

ENF
0478

045018

**ANÁLISIS DEL CONTEXTO EN SALUD
EN EL DEPARTAMENTO DEL GUAINÍA**

MARCIA YADIRA PERDOMO

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
VILLAVICENCIO-META
2008**

**ANÁLISIS DEL CONTEXTO EN SALUD
EN EL DEPARTAMENTO DEL GUAINIA**

MARCIA YADIRA PERDOMO

**Trabajo elaborado para ser presentado como requisito para optar al título de
Enfermera**

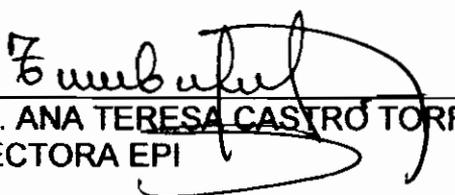
**Directora
ANA TERESA CASTRO TORRES
Enfermera, Magíster y Doctora en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
VILLAVICENCIO-META
2008**

Nota de aceptación

Aprobado Comité del
Centro de Investigación
Acta No. 002 del día 4
de Febrero de 2008.


DIRECTOR CENTRO DE INVESTIGACIÓN


DRA. ANA TERESA CASTRO TORRES
DIRECTORA EPI

Villavicencio, Enero de 2008

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso por darme las fuerzas para continuar, cuando no veo una salida.

A mi madre por ser esa persona maravillosa, que siempre está a mi lado cuando más la necesito.

A mi padrino Javier Ramos y principalmente a Angie por su ayuda incondicional en este trayecto de mi vida.

A la hermana Ángela Torres por sus oraciones para hacer realidad este trabajo.

Marcia Yadira

AGRADECIMIENTOS

La autora expresan sus agradecimientos a:

Doctora Ana Teresa Castro Torres, docente de la Universidad de los Llanos y directora de este trabajo de grado, por darme la oportunidad de ser participe de este proyecto y guiarme durante este proceso.

A la doctora Blanca Esther Yepes Romero secretaria de planeación departamental Gobernación del Guainía.

A todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron al éxito de esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. JUSTIFICACIÓN	20
2. OBJETIVOS DEL MAROPROYECTO	21
2.1 OBJETIVO GENERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. OBJETIVOS EPI	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. MARCO TEÓRICO	23
4.1 POLÍTICAS DE SALUD	23
4.1.1 La nueva salud pública	23
4.1.2 Fases del proceso de las políticas	24
4.2 POLÍTICAS DE SALUD (OMS)	24
4.3 PLAN DE DESARROLLO NACIONAL	26
4.3.1 Principios del plan de desarrollo	27
4.3.2 Plan de inversiones publicas	29
4.4 PROGRAMA PAI	37
4.4.1 Metas del programa ampliado de inmunizaciones	37
4.5 TASAS EPIDEMOLÓGICAS	38
4.5.1 Tasa bruta de mortalidad	38
4.5.2 Tasas de morbilidad	39

4.5.3 Prevalencia	39
4.5.4 Incidencia	39
4.6 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES SEGÚN EL CIE	40
4.7 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	43
4.7.1 Desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Principios Orientadores	43
4.8 SISBEN	44
4.8.1 ¿Qué es el Sisbén?	44
4.9 INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD	45
4.10 EMPRESAS SOCIALES DE ESTADO	45
4.11 ADMINISTRADORA DE REGIMEN SUBSIDIADO	46
4.12 INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	46
4.13 COBERTURA DE LOS SERVICIOS EN COLOMBIA	46
4.13.1 Desarrollo Social	46
4.13.2 Índice de condiciones de vida	47
4.13.3 La distribución poblacional por regiones	49
4.13.4 Incidencia de la migración en la transformación de los asentamientos	49
4.13.5 Densidades de población	49
4.13.6 Cobertura de servicios públicos	50
4.13.7 Servicio de acueducto	50
4.13.8 Servicio de alcantarillado	51
4.13.9 Servicio de recolección de basuras y desechos sólidos	51
4.13.10 Presión humana sobre las principales cuencas	51
4.13.11 Presión humana sobre los bosques	52

5. METODOLOGÍA	53
5.1 TIPO DE ESTUDIO	53
5.2 TÉCNICAS Y MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
5.2.1 La observación	53
5.2.2 Lectura selectiva	53
5.2.3 Síntesis de información	53
5.2.4 Flujograma de trabajo de campo	53
5.3 VARIABLES	54
5.4 FUENTES DE DATOS	54
5.5 ACTIVIDADES REALIZADAS	54
5.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	55
5.7 RECURSO HUMANO	55
6. RESULTADOS	56
6.1 LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA	56
6.2 LÍMITES	56
6.3 GEOGRAFÍA FÍSICA	58
6.3.1 Ubicación, extinción y límites	58
6.3.2 Fisiografía	58
6.3.3 Clima	58
6.3.4 Recurso Hídrico	58
6.4 SERVICIOS PÚBLICOS E INFRAESTRUCTURA VIAL	60
6.4.1 Infraestructura vial, fluvial y aérea	60
6.5 ASPECTOS POLÍTICO - ADMINISTRATIVOS	61
6.6 DEMOGRAFÍA BÁSICA DEL DEPARTAMENTO DEL GUAINIA	62

6.6.1 Distribución de la población de Guainía	62
6.7 AMBIENTE SOCIOECONÓMICO	65
6.8 ESTADO DEL SISTEMA MUNICIPAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	65
6.8.1 Aspectos poblacionales	66
6.8.2 Por grupos étnicos	68
6.8.3 Población colona rural	69
6.8.4 Aspecto religioso	70
6.8.5 Actividades económicas	71
6.8.6 Vías de comunicación	71
6.8.7 Vivienda urbana municipio de Inirida	71
6.8.8 Resguardos indígenas a nivel municipal	72
6.8.10 Control social	73
6.9 SECTOR EDUCACIÓN	75
6.9.1 Infraestructura educativa	75
6.9.2 Educación superior	76
6.10 SERVICIOS PÚBLICOS	77
6.10.1 Alcantarillado	77
6.10.2 Acueducto	78
6.10.3 Gestión de residuos sólidos	78
6.10.4 Energía	80
6.11 POLÍTICA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	81
6.11.1 Presencia institucional	81
6.11.2 Recursos sociales	81
6.12 PROGRAMAS PARA EL DESARROLLO SOCIAL	81

6.12.1 Programa: Apoyo al desarrollo infantil	81
6.12.2 Programa: Apoyo al desarrollo integral de la juventud	83
6.12.3 Programa: Apoyo a población discapacitada	84
6.12.4 Programa: Apoyo al desarrollo integral de la mujer	85
6.12.5 Programa: Apoyo a la población de la Tercera Edad	85
6.12.6 Programa: Fortalecimiento y acompañamiento a organizaciones de participación ciudadana	85
6.12.7 Programa: Fomento, promoción y participación del sector solidario local	86
6.12.8 Programa: Prevención y control de enfermedades prevalentes en la infancia	86
6.12.9 Programa: Salud sexual y reproductiva	86
6.12.10 Programa: Enfermedades Crónicas y Degenerativas	86
6.12.11 Programa: Salud mental	87
6.12.12 Programa: Participación social	87
6.13 SECTOR SALUD	87
6.13.1 Estado del sistema municipal de salud	87
6.14 MORTALIDAD	88
6.14.1 Por grupos de edad	88
6.15 MORBILIDAD	89
6.15.1 Por diagnóstico	89
6.15.2 Por Edad y Diagnóstico	90
6.16 ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y EVENTOS DE SALUD DE INTERÉS NACIONAL Y DEL DEPARTAMENTO DE GUAINIA	93
6.17 ASEGURAMIENTO	97
6.18 PROGRAMAS DE SALUD	99

6.19 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	102
6.20 ÁREA DE PATOLOGÍAS INFECCIOSAS	102
6.21 ÁREA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS	103
6.22 PROGRAMA DE PATOLOGÍAS TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV)	103
6.22.1 Zoonosis	104
6.23 RED DE SERVICIOS	105
6.23.1 Oferta de Recurso humano para la prestación de servicios de salud en el sistema territorial de salud	105
6.23.2 Indicadores de disponibilidad de Recursos Humanos del Subsector Oficial	106
6.23.3 Recursos Físicos	106
7. LIMITACIONES	108
8. CONCLUSIONES	109
BIBLIOGRAFÍA	111

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Diagrama de flujo de tareas	53
Figura 2. El departamento del Guainía y su división política	56
Figura 3. El departamento del Guainía y su división por extensión	57
Figura 4. Rio inírida – Colombia	59
Figura 5. Distribución de la población por edad y sexo Inírida 2004	65
Figura 6. Composición de la población por grupo de edades en el país 2005	67

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Principales indicadores macroeconómicos 2002-2006	27
Tabla 2. Inversión plan de desarrollo 2005	30
Tabla 3. Localización del departamento del Guainía	58
Tabla 4. División política administrativa departamento del Guainía	62
Tabla 5. Dinámica poblacional del Guainia 2005	63
Tabla 6. Distribución de población según zonas Inírida 2005	64
Tabla 7. Distribución de la población según grupos de edad y zona de residencia Inírida 2005	64
Tabla 8. Distribución de la población por edad y sexo Inírida 2005.	64
Tabla 9. Distribución poblacional por Etnias	67
Tabla 10. Distribución porcentual de la población por edades del departamento del Guainía durante el año 2005	68
Tabla 11. Distribución poblacional por genero departamento del Guainía año 2005	68
Tabla 12. Proporción de mortalidad por grupos de edad municipio de Inírida 2005	88
Tabla 13. Primeras causas de mortalidad general departamento del Guainía año 2005	89
Tabla 14. Índice específico en consulta medica en menores de un año Inírida 2005	90
Tabla 15. Índice específico de morbilidad en consulta médica en el grupo de edad de 1 a 4 años Inírida 2005	90
Tabla 16. Índice específico de morbilidad en consulta médica en el grupo de edad de 5 a 14 años Inírida 2005	90

Tabla 17. Índice específico de morbilidad en consulta médica en el grupo de edad de 15 a 44 años hombres Inírida 2005	91
Tabla 18. Índice específico de morbilidad en consulta medica en el grupo de edad de 15 a 44 años mujeres Inírida 2005	91
Tabla 19. Índice específico de morbilidad en consulta medica en el grupo de edad de 45 a 59 años Inírida 2005	92
Tabla 20. Índice específico de morbilidad en consulta médica en el grupo de edad de 60 y más años Inírida 2005.	92
Tabla 21. Indicadores de Morbilidad por enfermedades trasmisibles departamento del Guainía año 2004 - 2005 (Número de casos y tasas por 10.000 habitantes)	94
Tabla 22. Indicadores de Morbilidad por enfermedades trasmisibles de la nación año 2004 - 2005 (Número de casos y tasas por 10.000 habitantes)	94
Tabla 23. Enfermedades de notificación obligatoria total de casos municipio de inírida 2005	95
Tabla 24. Problemas prioritarios de salud Inírida 2005	96
Tabla 25. Población vulnerable para el municipio de Inírida 2005	96
Tabla 26. Clasificación de la población según nivel de pobreza Inírida 2005	97
Tabla 27. Cobertura de aseguramiento según régimen de seguridad social Inírida 2005	98
Tabla 28. Cobertura de aseguramiento del régimen subsidiado por nivel socio económico Inírida 2005	98
Tabla 29. Esquemas completos de vacunación en niños menores de 1 año municipio de Inírida 2005	101
Tabla 30. Esquemas completos de vacunación en niños de 1 - 4 años municipio de Inírida 2005	101
Tabla 31. Coberturas en mujeres en edad fértil y embarazadas municipio de Inírida 2005	101
Tabla 32. Coberturas de vacunación en mujeres embarazadas municipio de Inírida 2005	101
Tabla 33. Coberturas en población mayor de 1 año municipio de Inírida 2005	101

Tabla 34. Coberturas en mujeres post parto y post aborto municipio de Inírida 2005	101
Tabla 35. Usuarías de planificación familiar municipio de Inírida 2005	102
Tabla 36. Disponibilidad de recurso humano para la prestación de servicios de salud Inírida 2005	106
Tabla 37. Oferta de servicios del hospital "Manuel Elkin Patarroyo" Inírida 2005	106

GLOSARIO

ADMINISTRADORA DE REGIMEN SUBSIDIADO, ARS: son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de los subsidios.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES, CIE: clasificación de causas de morbilidad o muerte.

EMPRESAS SOCIALES DE ESTADO, ESE: Son los hospitales y centros de salud del Estado que se transforman en empresas con autonomía administrativa.

INCIDENCIA: es la frecuencia con la que aparecen casos nuevos de una enfermedad en una población determinada, en un periodo determinado. Generalmente expresada en número por cada 100.000 habitantes.

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD, IPS: es una Institución Prestadora de Servicios de Salud. Se constituye como el módulo ejecutor del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del cual se suministrarán los servicios de salud en favor de los beneficiarios ya sea del Régimen Contributivo o Subsidiado.

PLAN DE DESARROLLO: De acuerdo con la Constitución Política de 1991, la gestión pública debe estar orientada a resultados concretos en materia de mejoramiento del bienestar y de la calidad de vida de la ciudad, como deber del Estado y derecho de los ciudadanos.

POLÍTICAS DE SALUD: son el marco donde los individuos, las organizaciones, las empresas y las asociaciones de una comunidad pueden ejercer su actividad y condicionan además la forma y el contexto en el que se desenvuelven nuestras vidas. Las políticas tienen que ver con los procesos y el poder para situar los valores (recursos e ideas) en la sociedad.¹

PREVALENCIA: cuantifica la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado.

PREVENCIÓN: Busca la rehabilitación oportuna de riesgos que aumenten la condición de discapacidad de una persona.²

¹ ANIORTE HERNANDEZ, Nicanor. Políticas y planes de salud. En: <http://perso.wanadoo.es>.

² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos de política. Habilitación / Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Documento preliminar. Colombia, 2003.

PROGRAMA AMPLIADO DE ISOINMUNIZACIONES, PAI: es el resultado de una acción conjunta de las Naciones del mundo que requiere de alto nivel técnico y respaldo político para lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles a la población menor de 5 años.³

PROGRAMA DE SALUD: tiene como propósito el de contribuir a mejorar la salud de la población y ampliar la cobertura de los servicios, con prioridad para los habitantes de localidades con los niveles de mayor marginación, mediante un sistema temático de alto contenido social.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: Busca establecer estilos de vida saludables, con el fin de instaurar o fortalecer conductas que influyan en el mantenimiento de estados de salud óptimos.

SISBEN: Es una herramienta básica para lograr equidad, conformada por un conjunto de reglas, normas y procedimientos que permiten obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos en todos los departamentos, distritos y municipios del país, cuyo objetivo central es establecer un mecanismo técnico, objetivo, equitativo y uniforme de selección de beneficios del gasto social para ser usado por las entidades territoriales.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Es el conjunto de entidades públicas y privadas normas y procedimientos destinados a garantizar a toda la población el servicio de salud en todos los niveles de atención, cuyo objetivo es regular el servicio público esencial en salud y crear las condiciones de acceso al mismo.

TASA: es similar a una proporción, con la diferencia de que las tasas llevan incorporado el concepto de tiempo. El numerador lo constituye la frecuencia absoluta de casos del problema a estudiar. y, el denominador está constituido por la suma de los períodos individuales de riesgo a los que han estado expuestos los sujetos susceptibles de la población a estudio. De su cálculo se desprende la velocidad con que se produce el cambio de una situación clínica a otra⁴.

TASA BRUTA DE MORTALIDAD: Es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada mil habitantes, durante un periodo de tiempo determinado, generalmente un año.

TASAS DE MORBILIDAD: La morbilidad, entendida como el patrón de

³ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. ¿Qué es PAI? Disponible en: <http://www.miniproteccionsocial.gov.co/NBecontent/home.asp>, consultado el 14 de julio del 2006.

⁴ COLIMÓ, K.M. Fundamentos de epidemiología. 2ª ed. Madrid, 1990.

enfermedades que sufren los habitantes de alguna región, puede ser estudiada numéricamente mediante las tasas de morbilidad. Ellas son la tasa de incidencia, la tasa de prevalencia y la tasa de letalidad.⁵

⁵ Castañeda Abascal I y col. Indicadores más utilizados para medir la mortalidad. Monografía. La Habana. Segunda Edición Escuela Nacional de la Salud Pública, 2001.

INTRODUCCIÓN

El actual trabajo de investigación permite dar a conocer a los demás profesionales el presente análisis de contexto en salud del Departamento del Guainía, como resultante de un macroproyecto planteado por docentes de la Facultad para un proceso de registro calificado dentro del programa de Enfermería, que exigía contar con el contexto actualizado de la salud en la Región de la Orinoquia Colombiana, para el año 2005. Además me permitió como estudiante EPI, analizar el contexto de la salud en el departamento del Guainía teniendo en cuenta las políticas gubernamentales, ubicación geofísica y el comportamiento de la morbimortalidad, desplazamientos, políticas, programas en salud, cobertura dentro del sistema general de seguridad social en salud, Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros conexos con el tema de la salud.

Para la realización de este proyecto se tomó una metodología basada en la investigación ex - posfacto y comparativa de corte transversal mediante datos estadísticos y eventos en salud como son morbi-mortalidad, coberturas, accesibilidad a servicios en la población del Departamento del Guainía antes y durante el año 2006.

Se espera que este proyecto sirva como guía de trabajo en el centro de investigación para la culminación de nuevos trabajos y como documentos de consulta para procesos de docencia, esperando que los resultados de éste, sirvan como herramienta para la ejecución de un plan de acción relacionados con las necesidades en salud que se hayan encontrado tras el actual análisis del contexto.

2. OBJETIVOS DEL MAROPROYECTO

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el contexto de la salud de la Orinoquía colombiana, teniendo en cuenta el comportamiento departamental y nacional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Enunciar las políticas del orden internacional, nacional y departamental que orientan las decisiones en salud.
- ❖ Describir las diferentes expresiones de cultura regional que tienen influencia en el comportamiento poblacional y la Salud de la comunidad de la Orinoquia colombiana
- ❖ Describir los aspectos geofísicos de los departamentos de la Orinoquia
- ❖ Describir la demografía básica de la población de la Orinoquia colombiana
- ❖ Analizar el perfil epidemiológico de los departamentos de la Orinoquia colombiana
- ❖ Establecer las áreas de contaminación ambiental del área
- ❖ Determinar la oferta de servicios en salud de la Orinoquia colombiana, teniendo en cuenta el recurso humano con que se cuenta.

1. JUSTIFICACIÓN

El proyecto que se llevó a cabo nació de la construcción de un macroproyecto llamado Análisis de contexto en salud de la Orinoquía colombiana, realizado por docentes, estudiantes, de la escuela de enfermería facultad de Ciencias de la Salud Universitaria de los llanos, se actualizaron los datos referentes en salud, político, socio-económicos y ambiental del departamento del Guainía, donde la calidad de vida de sus habitantes se asocia a múltiples factores como acceso a los servicios sociales, accesibilidad de carreteras siendo prioritario definir las necesidades, de sus habitantes para así establecer áreas de influencia o cobertura.

Este proyecto genera una alternativa para la búsqueda de datos que permita recabar información que conllevó a un análisis de los factores tanto de riesgo como protectores a los que la población esta diariamente sumergida, como es la cobertura en salud, la movilidad poblacional, demografía básica del departamento (desplazamiento e inmigraciones) y el acceso a los servicios diferentes a salud que de una u otra forma afecta la calidad de vida de los habitantes. Igualmente sirve como guía a los postgrados en las áreas en salud como es salud ocupacional, administración en salud, y en epidemiología para la construcción de trabajos de investigación y la realización de un macroproyecto llevado a cabo por docentes y estudiantes que hacen parte de la facultad ciencias de la salud universidad de los llanos para la elaboración de programas de asesoría en: cultura organizacional, elaboración de proyectos productivos asociativos y promoción de de estilos de trabajo y vida saludables.

3. OBJETIVOS EPI

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el contexto de la salud en el departamento del Guainía, teniendo en cuenta el comportamiento durante los últimos años en el municipio como el departamento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Describir las diferentes expresiones de cultura del departamento del Guainía.
- ❖ Describir los aspectos geofísicos del departamento del Guainía.
- ❖ Analizar el perfil epidemiológico del departamento del Guainía.
- ❖ Determinar la oferta de servicios en salud del departamento del Guainía teniendo en cuenta el recurso humano con que se cuenta.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 POLÍTICAS DE SALUD

Se considera de esta manera a la búsqueda, ejecución y resultados en forma continua de los mejores niveles de salud a través de medidas compromisos multisectoriales que incluyen áreas aparentemente diferentes como la política fiscal, de obras publicas, de educación, agroindustrial, de vivienda, ecológicas, etc., etc.¹

Las políticas son grandes directrices formuladas por la Alta Dirección para orientar y facilitar el cumplimiento de la misión y el desarrollo de la visión. Son reglas o guías que expresan los límites dentro de los que debe ocurrir la acción. Las políticas conforman el marco de acción en el que se deben resolver los conflictos que resulten en desarrollo de las operaciones de la empresa.

También son principios que sirven de guía y dirigen los esfuerzos de una organización para alcanzar sus objetivos. Guías para orientar la acción; criterios o lineamientos generales a observar en la toma de decisiones, sobre problemas que se repiten una y otra vez en el ambiente de una organización.

De igual forma se consideran guías para orientar la acción; criterios o lineamientos generales a observar en la toma de decisiones, sobre problemas que se repiten una y otra vez en el ambiente de una organización.

4.1.1 La nueva salud pública

Todas las políticas deberían tener en cuenta los intereses para la salud de la población y deberían hacer que las elecciones más fáciles fueran las más saludables (menos costosas desde diferentes puntos de vista) y las elecciones más difíciles las que más daño produjeran a la salud. Las políticas son las que tienen que ver con el contexto en que uno vive y que éste es uno de los elementos que condiciona nuestra vida no es nuevo, ¿qué es lo nuevo? o nuevo es el esfuerzo para que el impacto sobre la salud de estas políticas sea explícito.

- Cambio de circunstancias
- Cambio en las decisiones de las organizaciones más que el cambio en los individuos.

Los estilos de vida no son un problema de libre elección sino de oportunidades disponibles para las diferentes personas.

Los estilos de vida son patrones de elecciones hechos desde las alternativas que son posibles a las personas, de acuerdo con sus circunstancias estructurales (sociales, culturales, económicas, de género) y con la facilidad con la que es posible elegir ciertas alternativas sobre otras.

4.1.2 Fases del proceso de las políticas

- Identificación de un problema.
- Decidirse a decidir.
- Formulación de soluciones.
- Ejecución del programa implementación.
- Terminación de la acción- evaluación.⁶

4.2 POLÍTICAS DE SALUD (OMS)

Las políticas de salud es uno de esos temas de los que se habla bastante, se entiende poco y se practica aún menos. Hay otros temas a los que les sucede algo parecido.

Se habla de ellas porque, una vez comprobadas las limitaciones del abordaje biomédico a los problemas actuales de salud, había que encontrar una fórmula alternativa y esta le pareció oportuna a la OMS. De esta manera ha entrado a formar parte del vocabulario de responsables políticos y de profesionales, se ha convertido en un término relativamente de moda, y por lo tanto, también ha asumido los riesgos de transformarse en "palabras huecas".

Se entiende poco qué son las políticas de salud porque, como término nuevo sobre el que existe escasa experiencia y que supone un cambio en la forma de pensar y de actuar, ha sido aceptado por algunos y rechazado por otros en función, fundamentalmente, de factores tan poco científicos como intereses, experiencias, miedos y pasiones individuales o colectivas, siendo percibido como oportunidades o como amenazas según ellos. Además, se produce un problema semántica con interpretaciones diferentes del término que lo asimilan bien a la política que ejercen los partidos políticos, bien a la política sanitaria, es decir, a las decisiones sobre los sistemas o servicios de salud. En el primer caso la confusión se debe a la falta de palabras diferentes para cada una de ellas, como sucede en la lengua inglesa donde "politics" es lo que hacen los políticos y "policies" las acciones organizadas para la prestación de servicios a la población. En el segundo caso la interpretación errónea se debe a que tradicionalmente el único tipo de planificación de actuaciones dirigidas a resolver los problemas de salud de la población ha estado basado en el desarrollo de servicios sanitarios.⁷

⁶ La mayoría de los datos del Gasto en Salud (salvo puntualización en contrario) son tomados de Tobar, Federico; El Gasto en Salud en Argentina. Ediciones ISALUD; 2002.

⁷ CROZIER, M. La posición del Estado ante los otros actores. Gestión y Análisis de Políticas Públicas 2; 93-100, 1994.

Las políticas de salud es uno de esos temas de los que se habla bastante, se entiende poco y se practica aún menos. Hay otros temas a los que les sucede algo parecido.

Existen escasas experiencias de cómo llevar a la práctica las políticas de salud porque el desconocimiento sobre cómo desarrollarlas y cómo evaluar sus resultados es grande. Hasta ahora no existía un marco teórico ni una metodología cercana al sector sanitario que permitiera aplicar de manera parecida el trabajo intersectorial, las modificaciones estructurales de los entornos donde se genera y se pierde la salud o la participación de los ciudadanos y ciudadanas en las políticas. Las experiencias existentes, con algunas excepciones, se han basado más en los modelos biomédico y experimental, que en los sociales y de acción, que serían los más adecuados. Así, se ha contribuido a la confusión y falta de credibilidad de sus resultados. Se han considerado como políticas de salud campañas informativas o educativas dirigidas al cambio individual de conductas de riesgo para la salud, que no han tenido en cuenta los determinantes sociales de la salud. Además, sus resultados se han medido en términos de disminución de la morbilidad y mortalidad, que no son indicadores pertinentes para su evaluación, por lo que se ha concluido, erróneamente, que son escasamente efectivas.⁸

La falta de un cuerpo de conocimientos consolidado sobre cómo plantear las soluciones a los problemas actuales de salud, no nos exime de la responsabilidad de hacerlo. Se sabe que la salud y su pérdida obedecen a procesos multicausales complejos, en los que intervienen factores sociales cuya modificación no depende de las personas individuales, por lo que los programas que los ignoran adolecen de peligrosa ingenuidad o intolerable hipocresía. Dedicar los esfuerzos y recursos a actuar contra aquellos temas que se conocen mejor -aunque no sean los más importantes- posponiendo indefinidamente las acciones dirigidas a problemas o factores fundamentales, supone un derroche de los recursos públicos, una falta de responsabilidad social, una desmotivación de los profesionales que realizan trabajos poco efectivos y el engaño a ciudadanos y ciudadanas haciéndoles sentir que son los únicos responsables de sus problemas. El ejemplo de lo dicho hasta ahora se tiene en el resultado de la evaluación de las políticas de salud llevadas a cabo en España en los últimos años, y que se presenta en los capítulos siguientes.

No es casual que ni siquiera existan indicadores planteados por la OMS ni por el Ministerio de Sanidad para la evaluación de las políticas de salud, sino que demuestra por un lado la falta de conocimientos científicos y por otro el escaso interés político en desarrollar facetas que suponen compromisos difíciles de cumplir.

⁸ *Ibid.*

Aunque en muchas instituciones se ha realizado el esfuerzo de formular planes de salud, que podrían haber servido de plataforma para el desarrollo de políticas de salud, su desarrollo se ha circunscrito al sector sanitario y, como mucho, con colaboraciones con el educativo para programas de educación para la salud. Las actuaciones intersectoriales para abordar con objetivos concretos y explícitos de cada sector público y privado y con la comunidad, aspectos con importantes repercusiones para la salud como el transporte, las drogas, la agricultura o el turismo, por citar algunos, no han sido más que declaraciones de interés o experiencias concretas de investigación o demostraciones de buena voluntad o de populismo de algunos gobiernos, que no han contado con los apoyos políticos, técnicos y financieros necesarios.⁹

La complejidad y el impacto potencial de las políticas de salud dependen en gran medida del ámbito desde el que se formulen y al que se pretendan aplicar. Los entornos más pequeños y más cercanos a las personas como las ciudades, las escuelas, los lugares de trabajo, los hospitales, las prisiones u otro tipo de organizaciones, parecen adecuados, según la experiencia existente, para consensuar cambios estructurales que avancen hacia el establecimiento de entornos saludables. En este sentido los programas promovidos por la OMS han conseguido impulsar redes de colaboración para el intercambio de experiencias que aumenten el conocimiento sobre cómo llevar a la práctica las políticas de salud.

4.3 PLAN DE DESARROLLO NACIONAL

De acuerdo con la Constitución Política de 1991, la gestión pública debe estar orientada a resultados concretos en materia de mejoramiento del bienestar y de la calidad de vida de la ciudad, como deber del Estado y derecho de los ciudadanos.

La gestión pública no es otra cosa que la administración de los asuntos colectivos, por parte del gobierno de la ciudad, y se define como el proceso integral de planeación, ejecución y evaluación de las principales estrategias de desarrollo social, económico y ambiental. En particular, la planeación como primer momento de la gestión, es el proceso donde se concretan con mayor detalle las propuestas del programa de gobierno del candidato elegido como alcalde, a través del voto programático. La planeación es entonces un proceso democrático de señalamiento de las prioridades de acción del mandatario local en el momento mismo de ser elegido y, posteriormente, durante el proceso de concreción de estas prioridades, en términos de políticas, estrategias, programas y proyectos.

El resultado del proceso de planeación se concreta en el plan de desarrollo. Dado que este instrumento ha sido construido, de manera participativa, el plan de desarrollo es el pacto entre los gobernantes y los gobernados para trabajar con

⁹ *Ibid.*

los mismos propósitos y sobre la base de las mismas políticas. En el plan de desarrollo se consignan, entonces, los objetivos de desarrollo y bienestar, las estrategias y programas que se van a impulsar, las metas que se pretenden alcanzar y los recursos que se van a invertir durante el período de gobierno del alcalde elegido. Un buen plan de desarrollo le permite a la ciudad ejecutar sus proyectos, cuya viabilidad y financiamiento ya han sido garantizados en el proceso de planeación. De igual forma le permite a la ciudadanía ejercer el control social o seguimiento al cumplimiento de las metas del plan. Actores de la Planeación en el Distrito.

El proceso de planeación y el plan de desarrollo como su instrumento principal, así como otros conceptos de la gestión, se encuentran consignados en la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, Ley 152 del 15 de julio de 1994.

De acuerdo el artículo 31 de esta ley, los planes de desarrollo de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones, en los términos generales que reglamenten sus corporaciones de elección popular.

El artículo 32 de la mencionada ley afirma que las entidades territoriales; es decir, departamentos y municipios tienen autonomía en su proceso de planeación, siempre y cuando se realice en el marco de sus competencias, recursos y responsabilidades.

Tabla 1. Principales indicadores macroeconómicos 2002-2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Crecimiento real (%)	1,6	2,0	3,3	3,7	3,9
IPC fin de período (%)	6,9	5,5	4,5	3,5	3,0
Déficit en cuenta corriente (% del PIB)	-1,9	-1,2	-1,5	-1,6	-2,0
Déficit fiscal (% del PIB)	-4,0	-2,5	-2,1	-2,0	-2,2
Relación deuda/PIB	50,0	51,5	52,1	51,7	51,4

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público, DNP y Banco de la República.

4.3.1 Principios del plan de desarrollo

- **Gobernabilidad.** Propiciar las condiciones políticas para que los representantes sociales ejerzan adecuadamente el poder atribuido por el pueblo, a fin de realizar inversiones con alto impacto de bienestar. La Administración Departamental orientará todos sus esfuerzos a lograr la estabilidad política, la participación ciudadana y la equidad.
- **Transparencia.** Se ejercerán acciones que contrarresten la corrupción administrativa a fin de reducir costos en los procesos de contratación y el apoyo a la fiscalización de las entidades públicas por parte de las veedurías ciudadanas, como instrumento fundamental del control social.

- **Proyección.** A pesar de la limitación impuesta por su período gubernamental de solo dieciocho meses, el gobierno tendrá visión de futuro con la construcción de políticas, programas, proyectos y acciones que trasciendan su periodo de gobierno que orienten las futuras administraciones para lograr un mayor bienestar socioeconómico de los habitantes del Vaupés.
- **Participación.** La comunidad será la mayor protagonista de esta gestión, otorgándole la relevancia que se merece, para lo cual se desarrollaran acciones orientadas a crear y fortalecer las organizaciones sociales del departamento, con el ánimo de posibilitar la intervención ciudadana y el control social a la administración pública.
- **Sensibilidad social.** El Gobierno priorizará las mayores necesidades de la población más pobre del Vaupés, para ejecutar acciones y políticas orientadas a minimizar las condiciones de pobreza que atraviesan muchos de los habitantes del departamento.
- **Equidad.** La gestión gubernamental estará orientada a favorecer con equidad a los diferentes municipios, subregiones y habitantes del Vaupés, otorgando mayor énfasis a las inversiones que mejoren el nivel de vida de la población más vulnerable del departamento.
- **Planificación integral.** El Gobierno tendrá como principal apoyo de su gestión la proyección y el desarrollo armónico del territorio, para atender la diversidad territorial, ambiental, económica y cultural de las diferentes subregiones y municipios, con el apoyo de la comunidad.
- **Sustentabilidad ambiental.** El desarrollo productivo que debe construirse, respetará el medio ambiente y la biodiversidad para lograr un crecimiento sustentable que mitigue los impactos ambientales, resultantes de la realización de los proyectos de infraestructura y desarrollo regional.¹⁰
- **Concurrencia.** En concordancia con la Constitución y la ley, el departamento asumirá las atribuciones asignadas, mediante la unión de esfuerzos con la región, nación y otras entidades territoriales, orientadas a la ejecución de obras y proyectos de interés común.
- **Valores Éticos.** El desarrollo de la Administración "La Vía Correcta para el Vaupés", tendrá como ética gubernamental la aplicación de valores como la honestidad, imparcialidad, justicia y responsabilidad.

¹⁰ CONVICT J. Leprosy and Leishmaniasis. Similar clinical-immunological-pathological models. Ethiopian Medical Journal, 1974; 12: 187-195.

- **Priorización de la Inversión.** Con la colaboración de la comunidad metense se desarrollarán conversatorios comunales, que permitan orientar la inversión hacia los programas y proyectos que generen mayor impacto social y económico.
- **Paz y Justicia Social.** Como eje articulador de las políticas nacionales, la administración departamental colaborará y facilitará el ejercicio de la fuerza pública que permita la estabilización del orden público para lograr una paz duradera y perdurable y la puesta en marcha de proyectos que generen bienestar a la población.
- **Gobierno para todos.** El Gobierno departamental será incluyente, generador e impulsor principal de la convivencia pacífica, para lo cual extenderá sus acciones a toda la población, sin exclusiones de raza, género, condición política, social o religiosa.

4.3.2 Plan de inversiones publicas

La Subsecretaria de Proyectos de Inversión y Gestión de recursos del Departamento contribuye a mejorar la integración de los procesos de planificación y asignación de recursos de inversión pública para contribuir a la eficiencia, eficacia y transparencia; asesora y asiste técnicamente a la implementación de los Bancos de Programas y Proyectos de Inversión Pública a nivel departamental y municipal y capacita a las entidades centralizadas y descentralizadas de la administración Departamental, entes municipales y comunidad organizada en el conocimiento y actualización constante de las metodologías departamentales nacionales e internacional para acceder a recursos de inversión pública; a la Subsecretaria de Proyectos de Inversión esta adscrito el Banco de proyectos del Departamento. El Banco de Programas y Proyectos se define como un instrumento de gestión pública sistematizado y dinámico de la planeación, orientado a resultados que registra los programas y proyectos viables, susceptibles de ser financiados con recursos públicos, ya sea municipal, departamental o nacional. El Banco de Proyectos es la herramienta que apoya la gerencia y toma de decisiones sobre inversión pública, permite consolidar información veraz y confiable, para integrar los programas y proyectos con las políticas de desarrollo; apoyar los procesos de evaluación ex-ante, evaluación ex-post y seguimiento sobre las decisiones de inversión pública. Es un instrumento de gestión invaluable para el proceso de planificación de la inversión y la toma de decisiones de la inversión pública, el cual tiene como objetivo último, que las estrategias y programas de desarrollo se lleven a cabo y se perciban sus beneficios para la sociedad.

Como instrumento de gestión, el Banco está en capacidad de registrar la información de los proyectos a lo largo de todo su ciclo de vida, puede generar indicadores de ejecución y operación, listados de requerimientos por sectores, por dependencia, tipo y apoyar el proceso presupuestal en la programación del gasto

de inversión a través de la elaboración del Plan Operativo Anual de Inversiones - POAI.

La presentación de los proyectos de inversión al Departamento deben realizarse a través de las Secretarías, Dependencias y Entidades Descentralizadas para ser viabilizados y remitidos por éstos para ser radicados y registrados en la Subsecretaría de Proyectos de Inversión Pública y Gestión de Recursos tramitando la Metodología establecida para tal fin. El Banco de Programas y Proyectos del Departamento se encuentra ubicado en la Subsecretaría de Proyectos de Inversión y Gestión de Recursos de la Secretaría de Planeación.

4.3.3 Proyección de recursos financieros

Artículo 7º. Proyección de los recursos financieros disponibles para el Plan de Inversiones Públicas 2002-2006. El Plan Nacional de Inversiones Públicas y Gasto Social tendrá un valor de ciento doce billones seiscientos setenta y cuatro mil ochocientos once millones de pesos (\$112.674.811 millones), a pesos constantes de 2002, financiados de la siguiente manera

Tabla 2. Inversión plan de desarrollo 2005

Fuentes		Usos	
Ingresos Corrientes	52.372.282	Gobierno	73.965.566
Crédito	21.593.284	Funcionamiento (SGP)	51.872.282
Recursos propios	19.066.654	Inversión	22.093.284
Participación sector privado	19.642.591	Estrapúblicos	9.428.903
		Descentralizado	9.637.751
		Otra inversión	19.642.591
TOTAL	112.674.811	TOTAL	112.674.811

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público, DNP y Banco de la República.

Artículo 8º. Descripción de los principales programas de inversión. La descripción de los principales programas de inversión que el Gobierno Nacional espera ejecutar durante la vigencia del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, es la siguiente:

A. Seguridad Democrática

Para alcanzar la Seguridad Democrática, el Gobierno plantea una estrategia que comprende el control del territorio y defensa de la soberanía nacional, el fortalecimiento de la fuerza pública, la desarticulación de la producción de drogas ilícitas, el fortalecimiento de la justicia y la atención a las zonas deprimidas y de conflicto. La puesta en práctica de esta estrategia demandará ingentes recursos fiscales y una activa participación de la comunidad internacional.

B. Crecimiento Económico Sostenible y Generación de Empleo

Para alcanzar el crecimiento económico sostenible y generación de empleo se plantea impulsos a la vivienda y la construcción, Impulso a la exploración

y explotación de hidrocarburos y minería, Impulso a la infraestructura estratégica en transporte, Servicios públicos domiciliarios, Ciencia, tecnología e innovación, Competitividad y desarrollo, Política comercial, Sostenibilidad ambiental, Generación de empleo.

C. Construir Equidad Social

Los tres desafíos principales que tiene el Gobierno para construir una sociedad más justa son:

- a) Aumentar la eficiencia del gasto social para que los mayores recursos se traduzcan en mejores resultados;*
- b) Mejorar la focalización del gasto para que los recursos lleguen a los más necesitados; y*
- c) Consolidar un sistema de protección social para que las crisis económicas no comprometan, por completo, las posibilidades futuras de los grupos más vulnerables.*

D. La Renovación de la Administración Pública

El Gobierno Nacional promoverá una renovación de la administración pública basada en tres componentes:

- a) Fortalecimiento de la participación ciudadana.*
- b) Adopción de una nueva cultura de gestión de lo público.*
- c) Avance en la descentralización y su articulación con el ordenamiento territorial.*

E. Proyectos de Inversión Regionales

El desarrollo de los proyectos que a continuación se relacionan serán consistentes con las metas fiscales y estarán sujetos con la existencia de recursos corrientes adicionales a los contemplados en el Plan:

Colombia Profunda

- Infraestructura comunitaria en las regiones del Pacífico, Sur, Oriente y la Terraza Caribe, más las áreas deprimidas interandinas.*

Aeroportuario

- Mantenimiento de infraestructura aeroportuaria y aeronáutica¹¹.*

¹¹ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 812 de 2003. Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006. Ibid.

4.3.3 Plan nacional de desarrollo en el sector salud 2005

Siendo específicos el Plan de Desarrollo Nacional también aborda puntos concretos al Sector de la Protección Social, que fueron consultados y tenidos en cuenta para el presente estudio, como los fueron:

Artículo 38. Pagos a IPS.

Artículo 39. Criterios de habilitación.

Artículo 40. De la gestión en la salud pública.

Artículo 41. Políticas de recursos humanos en salud.

Artículo 42. Sistemas tarifarios.

Artículo 43. Reestructuración de IPS públicas.

Artículo 44. Contratación de Entidades del orden territorial.

Artículo 45. Depuración de las bases de datos del SISBEN.

Artículo 46. Subsidios parciales para la afiliación al SGSSS.

Artículo 47. Prestación de los servicios a la población no asegurada y atención de eventos no POS-S de población afiliada al régimen subsidiado.

Artículo 48. Regulación del uso de la tecnología en salud.

Artículo 49. Autorización a las Empresas Sociales del Estado y Empresas Promotoras de Salud públicas.

Artículo 50. Condiciones para que operen las exenciones y reducciones por generación de empleo.

Artículo 51. Licencia de paternidad.

Artículo 52. Suministro de información.

Artículo 53. Prohibición de prestación de servicios de salud en forma directa.

Artículo 54. Aseguramiento universal.

Artículo 55. Convenios de asociación.

Artículo 56. Número Único de Identificación. La Registraduría Nacional del Estado Civil coordinará con el Ministerio de la Protección Social el diseño del Sistema Único de Identificación.

Artículo 57. Para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Gobierno Nacional organizará el esquema de Gestión y de Inspección y Vigilancia y Control IVC a corto, mediano y largo plazo, descentralizado, con el apoyo y la concurrencia de las Entidades Territoriales, la participación ciudadana, las auditorías externas, las oficinas de Control Interno, las Universidades y en general los organismos de control fiscal del Estado, con el fin de proteger los derechos de los afiliados y/o usuarios, garantizar las condiciones de competencia, corregir las fallas del mercado y luchar contra la corrupción.

Artículo 58. Desarrollo integral de la primera infancia.¹²

4.3.4 Programas de salud en Colombia

- **Programas sociales en favor de los niños y las niñas.** La situación de la

¹² Ibid.

infancia, adolescencia y juventud (que representan casi la mitad de la población total del país), es aún precaria, debido a las graves iniquidades sociales, el difícil acceso a los servicios públicos, la salud, la educación y en general a la satisfacción de las necesidades básicas.

Además la infancia y la juventud son las principales víctimas del conflicto armado, no sólo como agredidos, sino que se les ha convertido en sujetos activos en las hostilidades. A estos factores se une la aberrante explotación laboral, la prostitución infantil, así como la utilización de los menores por parte de la delincuencia común.

Asimismo, el abuso psicológico y físico al que están expuestos los niños y las niñas, determina un panorama oscuro para la Colombia del presente y del futuro. Los niños de Colombia son las principales víctimas de la violencia y de la crisis política e institucional del país. Los derechos de los niños son violados constantemente.

La meta del Programa de País es expandir una cultura de respeto de los derechos consagrados en la CDN, CEDAW y la Constitución Colombiana que permita colocar el interés superior de los niños, niñas, y adolescentes y los derechos de las mujeres, en especial de aquellos más vulnerables, en el centro de atención de las familias, las comunidades, la sociedad civil y las instituciones del Estado.

Este ha sido estructurado en 3 programas: **Promoción y Defensa de los Derechos de Niños, Niñas, Adolescentes y Mujeres, Promoción de la Equidad y la Inclusión Social**, y Costos Trans-sectoriales para la operación interna de la oficina de UNICEF en Bogotá.

Los dos Programas, organizados jerárquicamente en Proyectos, se adaptarán a la situación de la niñez y del conflicto armado, incorporando la respuesta humanitaria ante catástrofes derivadas de fenómenos naturales y del conflicto armado.

Los objetivos de los tres programas son: Consolidar entre las Instituciones y la sociedad colombianas instrumentos y condiciones de promoción, cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los niños, niñas, adolescentes y mujeres. Contribuir a la construcción y difusión de modelos de gestión tanto en el nivel local, regional y nacional, de servicios y de asistencia humanitaria con enfoque de derechos y asegurar una gestión, asistencia técnica y monitoreo de alta calidad.

Los ejes transversales del programa son:

Contribuir a que la sociedad colombiana sea una sociedad más solidaria que respete los derechos de los niños, adolescentes y mujeres y que logre reducir los niveles de injusticia social e iniquidad.

Apoyar al Estado colombiano en el diseño e implementación de políticas públicas y modelos de desarrollo social orientadas al mejoramiento de la calidad de vida, en áreas rurales, urbanas y peri-urbanas con énfasis en grupos vulnerables, desplazados, indígenas y afro-colombianos.

Apoyar al Estado colombiano en el diseño de sistemas de información para el seguimiento y evaluación de impacto de las políticas públicas con particular énfasis en los compromisos adquiridos en la ratificación de la CDN y la CEDAW y las distintas cumbres internacionales.

Desarrollar estrategias de empoderamiento, comunicación y movilización que promuevan una cultura de respeto a los derechos de la niñez y adolescentes y mujeres.

Promover y apoyar iniciativas del Estado y la sociedad civil orientadas a la reconstrucción del tejido social y de mejorar las condiciones de convivencia pacífica como respuesta al conflicto armado.

El reto que se presenta para el programa de país es grande, ya que tiene que centrarse en la reducción de las inequidades del país, la situación de la niñez por causa del conflicto armado y otra serie de violaciones a los derechos de los niños que, una vez superadas las causas más inmediatas de supervivencia infantil, empiezan a manifestarse como problemas graves que aquejan a la infancia, niñez, adolescencia y mujeres en Colombia.

Se han identificado dos escenarios hipotéticos dentro de los cuales se piensa evolucionará la realidad nacional: el logro de unos acuerdos de paz o la agudización del conflicto. El dilema es moverse entre líneas de acción estructuradas en función de un propósito de desarrollo social, o de unas líneas de acción orientadas principalmente a la asistencia humanitaria por lo cual se han propuesto dos programas que puedan responder a cualquiera de estos escenarios.

Supone también mantener una flexibilidad en la forma como se adelantan las acciones en cada espacio geográfico, de manera que en algunas localidades y regiones las acciones humanitarias serán prioritarias, mientras que en otras, habrá más espacio a pensar en estrategias de desarrollo en función de la evolución del conflicto.

Dichas líneas de acción están orientadas a contribuir en el avance de los siguientes ocho propósitos que buscan responder a los momentos críticos del desarrollo del niño y la niña en su ciclo vital:

- Buen comienzo en la vida: Para niños y niñas que están dando comienzo a sus vidas, se privilegiará el mejoramiento de la oferta y calidad de los servicios**

de salud y seguridad alimentaria; La promoción de un Medio Ambiente sano para los hogares, la comunidad y la escuela.

- **Bases Sólidas para la ciudadanía:** Para niños y niñas que están en proceso de ir sentando las bases para el ejercicio de su ciudadanía, se promoverá prioritariamente el acceso, permanencia y mejoramiento de la calidad de la oferta educativa, principalmente en los niveles de educación inicial, preescolar y primaria; La prevención y atención a la violencia intrafamiliar.
- **Adolescencia:** Para aquellos niños y niñas en el período de adolescencia y de consolidación de su condición de ciudadanos y ciudadanas, se buscará promover y fortalecer la participación y construcción de ciudadanía.
- **Protección Especial:** Dentro de una mirada a la vez holística y buscando atender igualmente situaciones especiales, se promoverá la atención a víctimas de la violencia y el conflicto armado; El restablecimiento y garantía de los derechos de la niñez y adolescencia en condiciones de extrema vulnerabilidad; La gobernabilidad y fundamentación ético-jurídica de un nuevo proyecto de sociedad basada en una cultura de respeto y cumplimiento de derechos.

La adaptación de la legislación nacional a la Convención de los Derechos del Niño continuará siendo una prioridad. Para aquellos aspectos en los cuales no estamos en capacidad de cooperar directamente como el problema de los niños secuestrados y los niños con limitaciones especiales, se buscará incidir a través de procesos de movilización y defensa social apoyando a organizaciones que actúen en estos campos.

4.3.5 El Plan o programa de salud local

El Programa de Salud Comunal contiene la programación para todo el año, por lo general este documento está estructurado en los siguientes capítulos o áreas de trabajo:

A.- Introducción, antecedentes y/o misión

B.- Diagnóstico de la Situación: actual,(incluyendo también síntesis de evaluación año anterior) En esta etapa se incorporan los elementos que permiten hacer un análisis crítico de las causas que determinan, condicionan o producen problemas de salud, identificando y describiendo la población con la que se relacionan. Del mismo modo también analiza los problemas de la gestión comunal de salud. El diagnóstico tiene el propósito de sustentar la toma de decisiones en la etapa de formulación del programa y debe ser realizado con la participación de la comunidad. Sus principales componentes son: 1. Descripción y análisis de las características geográficas y/o culturales que pueden tener relación de riesgo

para la salud de la comunidad. 2 Descripción biodemográfica. 3 Identificación y priorización de los problemas de salud de las personas. 4 Cuantificación de los problemas de salud (tasas-indicadores). 5 Descripción de la distribución de los problemas de salud (¿a quiénes afectan, cuándo se presentan, en qué sectores de la comuna?).6 Análisis de causa de los problemas priorizados.7 Evaluación de resultados de estrategias anteriores.8 Identificación y priorización de los problemas de gestión y organización de la atención de salud en la comuna (nudos críticos).9 Evaluación de los programas anteriores: Se refiere a la evaluación del logro de objetivos y metas en cada programa básico.

C.- Plan: La programación es un proceso que consiste en el ordenamiento de las actividades y los recursos necesarios para abordar, en el plazo de un año, los problemas identificados y priorizados en la etapa de diagnóstico, tomando en cuenta las normas técnicas y orientado al logro de objetivos y metas en salud. El programa obtenido representa la propuesta de trabajo a futuro.

Pasos en la formulación del programa:

- Definición de la misión. (Esta puede ser presentada en la introducción del programa.)

La misión se refiere a la primera responsabilidad de gestión de una institución; es una declaración o expresión de objetivos duraderos y representa la filosofía constitucional.

Su formulación debe estar basada en el cliente o usuario de los servicios, y debe responder a preguntas cómo ¿Cuál es el objetivo del Servicio?, ¿Quiénes son nuestros usuarios?

¿Porque utilizan nuestro Servicio?

- Selección de bloques temáticos (surgen de los problemas identificados)
- Definición de objetivos generales y específicos por área problema o programa básico de salud.
- Definición de actividades a realizar
- Fijación de metas: se especifica qué se desea lograr y en qué tiempo se alcanzará dicho objetivo.
- Definición de indicadores. El indicador es una medida, permite determinar la cuantía del logro según la Meta propuesta. Los indicadores son útiles para medir aspectos relacionados con los procesos, la estructura, los resultados, la calidad y el impacto de las acciones de salud.

Percápita: Corresponde al financiamiento proveniente de Fonasa. Es un arancel fijo por habitante, el monto total recibido por la comuna corresponde al valor de dicho arancel multiplicado por el N° de personas inscritas validamente en él o los Centros de Atención Primaria Municipal. El valor Percápita varía en relación a las condiciones económicas y sociales de la Comuna.

D- Conclusiones: a) Si existe en el plan, algún tipo de conclusión, discusión o comentario final, descríbalos.

b. Desarrolle Ud. sus preguntas, observaciones o conclusiones y menciónelas.

El Programa de Salud Municipal es un "instrumento" que permite operacionalizar las políticas de Salud, en el nivel de Establecimientos de Atención Primaria Municipalizados a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud de las personas asignadas a la comuna.

En este sentido, el documento "Programa de Salud Municipal", debe ser el producto de un proceso de planificación en Salud, inserto el plan de desarrollo comunal.

4.4 PROGRAMA PAI

El Programa Ampliado de Isoinmunizaciones - PAI -, a cargo la Eliminación, Erradicación y Control de las enfermedades inmunoprevenibles, como lo señalamos al definir su objetivo, es el resultado de una acción conjunta de las Naciones del mundo que requiere de alto nivel técnico y respaldo político para lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles a la población menor de 5 años.

4.4.1 Metas del programa ampliado de inmunizaciones

- Vacunar con Antipolio, D.P.T., B.C.G., Anti-Hepatitis B y Anti-Haemophilus influenzae al 100% de los niños menores de un año.
- Vacunar con Triple Viral al 100% de los niños de un año y aplicar un refuerzo al 100% de ellos al cumplir los 10 años.
- Vacunar con Toxoide Tetánico - Diftérico al 100% de las mujeres en edad fértil residentes en áreas de riesgo para Tétanos Neonatal y al 100% de las gestantes del país.
- Aplicar una dosis de vacuna Anti- Amarílica al 100% de población mayor de un año residente en zonas de riesgo.
- Incorporar nuevas vacunas en el calendario nacional.
- Garantizar vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana objeto del PAI.
- Brindar asesoría y asistencia técnica a todos los entes territoriales a nivel nacional.

- Cumplimiento de indicadores objetos de erradicación en polio, sarampión, eliminación de tétanos neonatal y control de otras enfermedades.
- Capacitación permanente a todo el personal encargado del programa y de la vigilancia en salud pública de las enfermedades inmunoprevenibles.¹³

4.5 TASAS EPIDEMOLÓGICAS

El concepto de tasa es similar al de una proporción, con la diferencia de que las tasas llevan incorporado el concepto de tiempo. El numerador lo constituye la frecuencia absoluta de casos del problema a estudiar. A su vez, el denominador está constituido por la suma de los períodos individuales de riesgo a los que han estado expuestos los sujetos susceptibles de la población a estudio. De su cálculo se desprende la velocidad con que se produce el cambio de una situación clínica a otra.¹⁴

4.5.1 Tasa bruta de mortalidad

Es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada mil habitantes, durante un periodo de tiempo determinado, generalmente un año.

Tasa bruta de mortalidad = (Defunciones/Población) x 1000

Se considera:

- Alta tasa de mortalidad si supera el 30 ‰.
- Moderada tasa de mortalidad entre 15 y 30 ‰.
- Baja tasa de mortalidad por debajo del 15 ‰.

Generalmente en los países menos desarrollados la tasa de mortalidad y natalidad es más alta, mientras que en los más desarrollados la tasa de mortalidad y natalidad es más baja.

La tasa de mortalidad está inversamente relacionada con la esperanza de vida al nacer, de tal manera que cuanto más esperanza de vida tenga un individuo en su nacimiento, menos tasa de mortalidad tiene la población.

Al igual que hay tasas brutas de mortalidad hay **tasas específicas de mortalidad**, que son las tasas específicas para cada edad.

La tasa de mortalidad **por cáncer** en España se ha reducido en un 10% desde 1980.

¹³ Medicosgeneralescolombianos.com/Vacunacion.htm "norma técnica para la vacunación según el ampliado de inmunizaciones – PAI"

¹⁴ COLIMÓN KM. Fundamentos de epidemiología. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1990.

4.5.2 Tasas de morbilidad

La morbilidad, entendida como el patrón de enfermedades que sufren los habitantes de alguna región, puede ser estudiada numéricamente mediante las tasas de morbilidad. Ellas son la tasa de incidencia, la tasa de prevalencia y la tasa de letalidad.¹⁵

4.5.3 Prevalencia

La **prevalencia (P)** cuantifica la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado. Su cálculo se estima mediante la expresión:

$$P = \frac{\text{Nº de casos con la enfermedad en un momento dado}}{\text{Total de población en ese momento}}$$

Como todas las proporciones, la prevalencia no tiene dimensión y nunca toma valores menores de 0 ó mayores de 1, siendo frecuente expresarla en términos de porcentaje, en tanto por ciento, tanto por mil,... en función de la "rareza" de la enfermedad estudiada. La prevalencia de un problema de salud en una comunidad determinada suele estimarse a partir de estudios transversales para determinar su importancia en un momento concreto, y no con fines predictivos. Además, es evidente que el cálculo de la prevalencia será especialmente apropiado para la medición de procesos de carácter prolongado, pero no tendrá mucho sentido para valorar la importancia de otros fenómenos de carácter más momentáneo (accidentes de tráfico, apendicitis, infarto de miocardio,...).

Otra medida de prevalencia utilizada en epidemiología, aunque no con tanta frecuencia, es la llamada **prevalencia de periodo**, calculada como la proporción de personas que han presentado la enfermedad en algún momento a lo largo de un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, la prevalencia de cáncer en España en los últimos 5 años). El principal problema que plantea el cálculo de este índice es que la población total a la que se refiere puede haber cambiado durante el periodo de estudio. Normalmente, la población que se toma como denominador corresponde al punto medio del periodo considerado. Un caso especial de esta prevalencia de periodo, pero que presenta importantes dificultades para su cálculo, es la llamada **prevalencia de vida**, que trata de estimar la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en algún momento a lo largo de su existencia.

4.5.4 Incidencia

La **incidencia** se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población durante un periodo de tiempo determinado.

¹⁵ CASTAÑEDA ABASCAL I y col. Indicadores más utilizados para medir la mortalidad. Monografía. La Habana. Segunda Edición Escuela Nacional de la Salud Pública, 2001.

Hay dos tipos de medidas de incidencia: la **incidencia acumulada** y la **tasa de incidencia**, también denominada **densidad de incidencia**.

La **incidencia acumulada (IA)** es la proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un período de tiempo concreto. Se calcula según:

$$IA = \frac{\text{Nº de casos nuevos de una enfermedad durante el seguimiento}}{\text{Total de población en riesgo al inicio del seguimiento}}$$

La incidencia acumulada proporciona una estimación de la probabilidad o el riesgo de que un individuo libre de una determinada enfermedad la desarrolle durante un período especificado de tiempo. Como cualquier proporción, suele venir dada en términos de porcentaje. Además, al no ser una tasa, es imprescindible que se acompañe del período de observación para poder ser interpretada.¹⁶

4.6 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES SEGÚN EL CIE

En 1893 se adoptó, por primera vez, una clasificación de causas de muerte de uso internacional. *William Farr*, de Inglaterra, *Marc D'Espine*, de Suiza y *Jacques Bertillon*, de Francia, juntos trabajaron para conseguir una clasificación de causas de muerte que se adoptara universalmente.

En reunión de 1899, *Bertillon* relató los progresos obtenidos con el uso de la clasificación adoptada en 1893 por el Instituto Internacional de Estadística. Esta reunión emite la siguiente resolución "con satisfacción, se toma nota, de que el sistema de nomenclatura de causas de muerte de 1893, haya sido adoptado por todas las Administraciones de estadísticas de América del Norte, por una parte de América del Sur y por algunas naciones de Europa", y... "Aprueba, por lo menos en líneas generales, el sistema de revisión decenal propuesto por la *American Public Health Association* en su reunión de Ottawa en 1898". Por todo esto, la clasificación de 1893 es conocida con el nombre de la clasificación de *Bertillon*.

En la región de las Américas, la clasificación internacional de enfermedades viene siendo utilizada desde finales del siglo pasado. La Organización Panamericana de la Salud con su larga tradición en cuestiones ligadas al uso de este instrumento estadístico y epidemiológico propuso que la décima revisión pasará a ser utilizada en los países de las Américas en 1995 o en los años siguientes, para ello está realizando grandes esfuerzos en la implantación de esta nueva revisión.

¹⁶ TAPIA GRANADOS JA. Medidas de prevalencia y relación incidencia-prevalencia. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 216-218.]

La clasificación internacional de enfermedades no es una clasificación perfecta, debido a que no tiene un eje de clasificación definido. De hecho, en algunos capítulos, el eje es etiológico, en otros es anatómico y todavía para otros capítulos como en las causas maternas y enfermedades perinatales (es un período particular de la vida). Debe recordarse que, desde la primera clasificación internacional y sus primeras revisiones siempre hubo un ajuste de intereses por ser en la realidad difícil, sino imposible, obtenerse una sistemática de agrupamiento de enfermedades que obedezca a un único eje, mismo que este sea el anatómico, aparentemente el más simple o fácil de conseguir. El ejemplo clásico es el de la fiebre reumática clasificada dentro de las enfermedades del aparato circulatorio por su más grave y frecuente complicación que es la localización cardíaca.

Una crítica que se le hace a la CIE-10 es que, debido a su gran extensión, se hace difícil usarla en la clasificación de la mortalidad. Por ser la mortalidad, sin embargo, el uso más antiguo, más tradicional y más internacional de la clasificación internacional de enfermedades debiera, por ello, tener prioridad.

A pesar de lo extensa que resultó la CIE-10 con la finalidad dirigida principalmente a la morbilidad general hay por otro lado críticas por los usuarios en especialidades (cardiología, estomatología, gastroenterología, etc.) pues, en estos casos, no cubre todas las especificaciones deseadas. Para las especialidades son necesarias adaptaciones para usos específicos.

Los mayores cuestionamientos son hechos en el sentido, de que la CIE-10 tampoco satisface las necesidades en el nivel de la atención primaria de salud donde son atendidos la gran parte de los problemas de salud de las comunidades.

Así White comenta que la clasificación internacional de enfermedades se basa en los intereses y necesidades de aquellos que trabajan con las enfermedades en las etapas finales de la historia natural de la misma.

Discutiendo este aspecto, Avilan-Rovira dice "nadie discute el hecho de que la CIE-10 no es adecuada para las estadísticas de asistencia primaria". Gran proporción de la demanda en nivel de asistencia primaria no puede ser descrita en términos de enfermedades. Como se sabe, muchos elementos de esa demanda se expresan en términos de síntomas y signos o sus combinaciones (síndromes), lo que no facilita su categorización en una clasificación basada principalmente en la enfermedad.

Conociendo que la epidemiología no debe limitarse solo a la verificación de alteraciones biológicas en una serie de individuos a la Clasificación Internacional de Enfermedades se le ha señalado ciertas limitaciones por seguir un esquema "biologicista" sin ningún compromiso para ser un instrumento que favorezca un análisis más del proceso salud-enfermedad.

Con la intención de solucionar los variados problemas apuntados relacionadas con los diferentes tipos de usos de la clasificación internacional de enfermedades, la OMS y los centro colaboradores de la OMS para la clasificación de enfermedades vienen intentando crear desde los preparativos de la nueva revisión una "familia de clasificaciones" para obtener todas las informaciones necesarias para la salud, desde la clásica y tradicional estadística de mortalidad por causa; hasta las informaciones detalladas para especialidades médicas, así como las estadísticas de motivo de consulta en asistencia primaria. La conferencia internacional para la décima revisión de la CIE realizada por la OMS en Ginebra, 1989, aprobó la idea de que solamente una "familia" de clasificaciones de enfermedades y de problemas relacionados con la salud podría satisfacer las diferentes necesidades y uso en salud pública.

El núcleo de esta "familia" es la clasificación nuclear que consiste en la CIE-10 en el nivel de 3 caracteres, esto es, sin detalles de especificaciones en subcategorías, y que sería la clasificación para uso particular en mortalidad, y para ciertos niveles de morbilidad. A esta clasificación nuclear se sumarían una serie de otras, algunas relacionadas por jerarquía y otras de naturaleza suplementaria.

A partir de Graunt, con su publicación de 1662 donde presentaba una lista de causas de muerte, pasándose por Farr, en la segunda mitad del siglo XIX, por Bertillon, en las dos primeras décadas del siglo XX, con sus clasificaciones de causas de muerte y por la OMS que a partir de la mitad de este siglo elaboró las clasificaciones actuales, llegaremos al siglo XXI con una "familia" de clasificaciones. Así, partiéndose de necesidades de obtener informaciones sobre la mortalidad por causas se llega a la posibilidad de obtener información para todos los niveles de asistencia a la salud y a la enfermedad.

Las apreciaciones más importantes han sido las siguientes:

- Por todo lo anterior afirmamos que iniciaremos el siglo XXI, no solo con la Décima Revisión ya en su pleno uso, sino también, trabajando con una "familia de clasificaciones anexas" igual o parecidas a las ilustradas en este artículo.
- Hasta el presente en la Clasificación Internacional de Enfermedades ha sido imposible obtener una sistemática de agrupamiento de enfermedades que obedezca a un único eje.
- La principal característica de la CIE-10 es su gran extensión, pasando de 1178 categorías de la CIE-9 a 2032 en la CIE-10 (casi el doble, 854 categorías más) y pasando a códigos alfanuméricos (volcada a la morbilidad-3 volúmenes).
- A pesar de su extensión la CIE-10 no cubre todas las características deseadas por las especialidades y son necesarias adaptaciones para usos específicos.

- El mayor cuestionamiento que apoyamos, es que no satisface las necesidades en atención primaria de salud; que es donde se atienden la mayor parte de los problemas de salud de las comunidades.
- La CIE-10, tiene importantes limitaciones para estudios epidemiológicos por seguir un esquema puramente "biologicista", no ofreciéndose como instrumento para un análisis global de los problemas de salud.¹⁷

4.7 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

4.7.1 Desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Principios Orientadores

El Sistema general de seguridad social en salud —SGSSS— fue creado mediante la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, con el objeto de dotar de una nueva organización al sector salud, de modo que se hiciera posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país. A su vez, esta transformación implicó el rediseño de la estructura existente hasta el momento, en gran parte definida por la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993 y la Ley 715 de 2001.

De esta manera, SGSSS se rige por un conjunto de principios orientadores definidos en la Ley, que guían su desarrollo e implementación. Estos principios son:

- **Equidad.** El SGSSS contempla la gradual provisión de servicios de salud a todos los habitantes del país, independientemente de su capacidad de pago, con un financiamiento especial para la población pobre y vulnerable, y evitando la selección de riesgos por parte de las entidades aseguradoras mediante un fondo de compensación (subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía —Fosyga—). La cobertura universal se financia mediante los regímenes contributivo (aportes obrero-patronales) y subsidiado (subsidios a la demanda de origen fiscal y parafiscales de la subcuenta de solidaridad del Fosyga).
- **Obligatoriedad.** Se establece la obligación de afiliarse al SGSSS mediante una contribución obrero-patronal, con responsabilidad en la afiliación por parte de empleador. Por su parte, el Estado debe facilitar la afiliación de la población sin vínculo laboral o sin capacidad de pago.
- **Protección integral.** La afiliación al SGSSS confiere a los afiliados beneficios en la educación y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. El Sistema también propende por el mejoramiento de la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios a través del Plan obligatorio de salud.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 10ª rev. Ginebra, 1989; voll: XXV.

- **Libre escogencia.** Los afiliados al SGSSS tienen el derecho a la libre escogencia entre entidades administradoras y prestadoras de servicios de salud, sujeta a las posibilidades según las condiciones de la oferta de servicios.
- **Autonomía de las instituciones.** El SGSSS promueve la especialización institucional como camino para lograr mayores niveles de eficiencia y eficacia. En el caso de las instituciones prestadoras de servicios de salud —IPS—, se dará autonomía de acuerdo con el tamaño y complejidad de las mismas, otorgándoseles personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.
- **Descentralización administrativa.** En el SGSSS se reconoce la responsabilidad territorial por las funciones y servicios propios de salud pública. Las alcaldías y gobernaciones son responsables de la identificación de la población pobre, de la focalización de subsidios y de la contratación de la administración de estos recursos con entidades públicas y privadas.

Participación social el SGSSS fomenta y crea espacios para la participación ciudadana en la organización y control de las instituciones del SGSSS y del Sistema en su conjunto y, en particular, en la representación de las comunidades en las juntas directivas de las IPS públicas.

- **Concertación.** El SGSSS establece espacios de concertación, en los consejos de seguridad social en salud, entre los actores que hacen parte del Sistema, para su implementación y desarrollo en los ámbitos nacional y territorial. Por su parte, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tiene a su cargo la concertación de elementos de regulación para el SGSSS en todo el territorio nacional.
- **Calidad.** El sistema propende no sólo por la ampliación de coberturas, sino, además, por el mejoramiento en la calidad de los servicios ofrecidos a la población. Para ello se crea el Sistema de garantía de la calidad que contempla, entre otros mecanismos, la acreditación, el establecimiento de requisitos esenciales y la construcción de estándares de calidad.¹⁸

4.8 SISBEN

4.8.1 ¿Qué es el Sisbén?

Es el sistema de identificación de beneficiarios de programas sociales. Consiste en una encuesta que permite obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos de la población en todos los distritos y municipios del país, representada mediante un indicador resumen de calidad de vida. La encuesta ofrece resultados de niveles de pobreza, los cuales se

¹⁸ www.minproteccion-social.gov.co

identifican del 1 al 6, constituyéndose como beneficiarios del Régimen Subsidiado total la población perteneciente a los niveles 1 y 2 del SISBEN y del Régimen de Subsidios Parciales la población perteneciente a los niveles 3 y 4 del SISBEN. El Sistema de Selección de Beneficiarios "SISBEN" constituye el principal instrumento de focalización de recursos públicos destinados a programas sociales para satisfacer las necesidades básicas de la población más pobre y vulnerable, en desarrollo del mandato constitucional - artículo 357.

Es la herramienta básica que facilita el diagnóstico socioeconómico de la población y la clasifica en orden a indicadores de pobreza; todo a través de la información recogida de un cuestionario aplicado a los ciudadanos para determinar las características de la calidad de vida como empleo, ingresos, educación y servicios públicos.

Como otra función útil del SISBEN se puede destacar, el apoyo a los procesos de planeación y ejecución de programas específicos a nivel municipal y el fortalecimiento institucional, local y regional. Se constituye así un banco de información socio demográfico actualizado y confiable para priorizar la ejecución del gasto social.

4.9 INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD

Son las encargadas de prestar el servicio público de salud final a los usuarios del sistema. Es una Institución Prestadora de Servicios de Salud. Se constituye como el módulo ejecutor del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del cual se suministrarán los servicios de salud en favor de los beneficiarios ya sea del Régimen Contributivo o Subsidiado. Su naturaleza puede ser pública, mixta o privada y podrá constituirse a través de una persona jurídica o persona natural de conformidad con las disposiciones del Código del Comercio.¹⁹

Función de la institución prestadora de salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema

4.10 EMPRESAS SOCIALES DE ESTADO

Son los hospitales y centros de salud del Estado que se transforman en empresas con autonomía administrativa. Se constituye como la cabeza de la red pública de

¹⁹ CONTRALORÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Participación ciudadana en el sistema nacional de seguridad social en Colombia. En: http://64.233.169.104/search?q=cache:gPT9vUoqXo4J:www.contraloriagen.gov.co:8081/internet/central_doc/Archivos/315/PC_SGSSS.pdf+%22Son+las+encargadas+de+prestar+el+servicio+p%C3%BAblico+de+salud+final+a+%22&hl=es&ct=clink&cd=1&gl=co

servicios en salud y puede ser del orden Nacional, Departamental, Distrital o Municipal conformada por los hospitales públicos de los diferentes niveles de especialidad o complejidad y de los centros de salud cuya capacidad tecnológica y de oferta de los servicios así lo permita.²⁰

4.11 ADMINISTRADORA DE REGIMEN SUBSIDIADO

Es la sigla utilizada para referirse a las instituciones que han sido autorizadas como administradoras de los subsidios en salud, dentro de las cuales se encuentran las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y las Empresas Solidarias de Salud (ESS).²¹

Las ARS son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de los subsidios. Se fundamentan en la necesidad del seguro en salud para que los más pobres lo tengan. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio subsidiado a los afiliados.

4.12 INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD

Son las encargadas de prestar el servicio público de salud final a los usuarios del sistema.

Funciones las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

4.13 COBERTURA DE LOS SERVICIOS EN COLOMBIA

4.13.1 Desarrollo Social

Su población está conformada por aborígenes pertenecientes a varios grupos indígenas raciales y por "habitantes foráneos" en su gran mayoría colonos. Los primeros se localizan principalmente en el Vaupés, Guainía y el sur del Guaviare, mientras que los segundos, correspondientes a una inmigración relativamente reciente, ocupan todo el norte y occidente del Guaviare así como los asentamientos urbanos y los lugares aledaños a las capitales de los otros dos departamentos.²²

²⁰ Ibid.

²¹ HIDALGO ROBINSON ALIX, red de laboratorios, Arauca, unidad administrativa especial de salud de Vaupes, 29/08/2006, En: <http://www.unisaludarauca.gov.co/infoNoticia.asp?IdNot=28>

²² MINISTERIO DEL MEDIOAMBIENTE. Desarrollo social. En: <http://web.minambiente.gov.co/ecorre/medsocial7/desa.htm>

Se presentan muy bajas coberturas de servicios sociales básicos y de equipamiento social. El servicio educativo es deficiente y con bajos niveles de calidad. Los servicios de agua potable tienen muy baja cobertura y los de alcantarillado son casi inexistentes. La provisión de servicios de salud es defectuosa y se obstaculiza aún más por las dificultades de acceso. La presencia institucional es escasa propiciando el establecimiento de para estados. Las fuerzas insurgentes tienen allí una importante presencia así como grupos de paramilitares.²³

En los departamentos de Vaupés y Guainía la economía está basada en la producción primaria con pocos excedentes comercializables, carencia de capital, predominio de la producción indígena y extracción de recursos naturales como es el caso de la pesca y una incipiente explotación artesanal de oro. En el Vaupés la actividad es fundamentalmente ganadera de tipo extensivo y algunos pocos cultivos agrícolas de tipo comercial. En los últimos 20 años la producción de cultivos ilícitos especialmente en el departamento del Vaupés, tienen un peso sobresaliente en la economía.²⁴

Los centros dinámicos son San José de Guaviare, Miraflores, Mitú y Puerto Inírida. La tasa de desempleo es alta.

4.13.2 Índice de condiciones de vida

El nuevo índice de condiciones de vida (icv), elaborado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), permitió obtener un perfil del estado de la calidad de vida de la población colombiana, según las necesidades y las diferencias socio ambientales que se presentan de un departamento a otro y al interior de cada uno de ellos.

El DNP, a través del Programa de las Naciones Unidas 'Misión Social', elaboró un nuevo índice con base en el censo de población de 1993, que permite medir las condiciones de vida, clasificando a cada hogar colombiano en un continuo de 0 a 100 puntos. El icv combina las variables del índice de necesidades básicas insatisfechas (nbi) con las variables de capital humano y seguridad social. El puntaje icv varía entre 0 y 100 y resulta de la suma de los puntajes de las siguientes variables: escolaridad máxima del jefe del hogar, escolaridad promedio de personas de 12 y más años, asistencia a la secundaria o universidad de jóvenes de 12 a 18 años, recolección de basuras, eliminación de excretas, abastecimiento de agua, combustible con que se cocina en el hogar, proporción de niños de 6 o menos años en el hogar, asistencia escolar de niños de 5 a 11 años, hacinamiento, material de las paredes y material de los pisos (dnp, 1997. Índice de condiciones de vida sin población indígena).²⁵

²³ Ibíd.

²⁴ Ibíd.

²⁵ Ibíd.

Para el análisis de las condiciones de vida, el IDEAM estableció la siguiente valoración cualitativa: aceptables, regulares, malas y muy malas, con base en la posibilidad que ofrece el índice de asignar un puntaje de 100 a los municipios que, hipotéticamente, alcancen los valores máximos en cada una de las variables.

Para la situación de los municipios colombianos, cuyo valor máximo se acerca a 87.2 puntos y tiende a decrecer rápidamente, el primer rango apenas debe corresponder a una situación 'aceptable' y, por lo tanto, los demás rangos deben reflejar esta situación. El segundo rango, calificado como 'regular', se encuentra entre 55 y 71 puntos, con un valor inferior que apenas superan en 5 puntos al ²⁶valor medio del índice, que puede variar entre 0 y 100 puntos. De acuerdo a lo anterior, se consideraron como 'malas' las condiciones de vida entre 39 y 55 puntos, y como 'muy malas', aquéllas menores a 39 puntos.²⁷

Como resultado se obtuvo que tan sólo 123 municipios estarían considerados con unas condiciones de vida 'aceptables', 356 con condiciones de vida 'regulares', 481 se encontrarían con condiciones de vida 'malas' y 70 presentarían condiciones de vida 'muy malas'; para un total de 1.030 municipios con información. En estos cálculos no se incluye a la población indígena.

La localización de los municipios con condiciones de vida 'muy malas' corresponde primordialmente a los llamados polos de colonización, bien sea en la periferia (crecimiento de la frontera agrícola hacia los extremos o fronteras del país) o en su interior (ocupación de relictos o espacios que no presentaban interés en los procesos iniciales de poblamiento del país). Es así como se encuentran hacia la periferia las zonas del occidente nariñense, Chocó, algunos municipios del Catatumbo, Caquetá, sur del Vaupés, y como zonas al interior del país, las del sur de Bolívar (serranía de San Lucas), piedemonte Llanero (especialmente en Casanare), Bota Caucana y la región de Paramillo, en Antioquia. También aparecen algunos municipios de la Costa, en los departamentos de Córdoba, Sucre y La Guajira.

Las condiciones de vida 'malas' están bastante generalizadas en el país, y los municipios en este rango ocupan gran parte del territorio donde ocurrió la colonización de las décadas entre 1930 y 1960, así como las regiones donde la población ha sufrido por largo tiempo la pobreza y los efectos del centralismo. Tal situación se presenta en regiones como el piedemonte de Caquetá, sur del Tolima, sur del Huila, suroccidente de Nariño, buena parte del Chocó, sur de Córdoba, Nororiente y Suroriente Antioqueños y Oriente Cundinamarqués. También, amplias zonas de departamentos de la costa Norte, como Cesar,

²⁶ DÁVILA MERCADO SIRYT, Plan de Alimentación y Nutrición para el Departamento de Vaupes, unidad administrativa especial de salud de Arauca, 06/09/2006 En: <http://www.unisaludarauca.gov.co/infoNoticia.asp?IdNot=31>

²⁷ Ibid.

Magdalena, Bolívar y Sucre, además de muchos municipios de los altiplanos Nariñense y Cundiboyacense. Otras zonas donde se encuentra la misma situación corresponden a casi la totalidad del departamento de Norte de Santander, centro de Santander y municipios de Arauca y Casanare.

Las condiciones de vida 'aceptables' y 'regulares' se centran alrededor de las principales ciudades del país en regiones donde se han establecido además las actividades comerciales, industriales y agrícolas más importantes. Se destacan el Valle del Cauca y el Eje Cafetero, el Centro y Suroccidente Antioqueños, el eje entre Bogotá (Cundinamarca) y Neiva (Huila) y el norte del Tolima. En el norte del país, se encuentran en esta condición buena parte del departamento del Atlántico, el sur de La Guajira, alrededores de Cartagena (Bolívar) y de Cúcuta (Norte de Santander) y se destacan tres municipios del Urabá Antioqueño (Apartado, Carepa y Chigorodó). Finalmente, en estas condiciones favorables se halla una extensa zona agrícola y ganadera del norte del Vaupés, el eje de Barrancabermeja a Bucaramanga y la región industrial de Boyacá, entre Sogamoso y Duitama.

Las condiciones de vida en las pequeñas localidades presentan más limitaciones que en las grandes ciudades. Las deficiencias en acueductos y alcantarillados generan problemas sanitarios y de salud.¹⁸

4.13.3 La distribución poblacional por regiones

Según los niveles de urbanización, definida a partir de: una visión retrospectiva del país, el tamaño de las cabeceras municipales, la distribución espacial de la población y el establecimiento de municipios con una fuerte dinámica en relación con una ciudad principal, muestra que la región más rural del país es la Oriental, sin incluir los departamentos de Vaupés y Caquetá

Una característica destacable de esta región Oriental es que, con excepción de las capitales departamentales, no existe en ella ningún municipio con más de 30.000 habitantes en la cabecera; por el contrario, cuenta con la mayor proporción de cabeceras municipales con poblaciones menores a este rango.

4.13.4 Incidencia de la migración en la transformación de los asentamientos

La movilidad es un fenómeno que afecta la composición de la población, la estructura de los asentamientos y define la vida de muchas personas. En el futuro, la dinámica migratoria seguirá siendo un factor decisivo en los principales procesos de cambio en el país, con implicaciones sobre el medio ambiente. La migración ha sido un factor determinante de la acelerada urbanización y de la modalidad de asentamientos en zonas precarias, en áreas marginales y de colonización, entre otros.

4.13.5 Densidades de población

Colombia, con una superficie de 1'142.000 km² y una población de 37'422.791

habitantes en 1993, presentó una densidad territorial promedio de 32.7 habitantes por km², densidad bastante baja si se la compara con otros países de Europa o Asia e incluso, con algunas islas del Caribe, donde la densidad supera los 1.000 hab/km². El promedio total de la densidad en el país es igual al presentado por departamentos como Cauca y Cesar, con cerca de 30 hab/km².²⁸

La mitad del país presentó una densidad inferior a los 10 hab/km², con diferencias importantes en departamentos como Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada, que presentan una densidad inferior a los 0.4 hab/km².

4.13.6 Cobertura de servicios públicos

En la Encuesta de calidad de vida, realizada por el Dane en 1997, se detecta que, ha habido fuertes avances en materia de servicios públicos, al compararla con los resultados de 1993. En materia de energía eléctrica el país pasó del 86% hace cinco años, al 94%, ahora. En las zonas urbanas es casi del 100%. En acueducto pasó del 80% al 86% de cubrimiento. En alcantarillado del 63% al 71%. Más del 54% de los hogares colombianos cocinan con gas; en la zona urbana, el 64,5%, y en el resto, el 25%. En la zona rural, el elemento más utilizado es la leña, más del 74% de la población en la región Oriental lo emplea. Las regiones donde el gas es relativamente más utilizado son Bogotá, Orinoquía, Amazonia y la región Atlántica, mientras que en Antioquia el 61% de los hogares emplea la energía eléctrica". (El Espectador, 1998)

La misma encuesta señala que en la zona urbana los servicios de aseo recogen la basura en 93.6% de los hogares, mientras que 3.1% de las familias las queman, la entierran o la tiran a los ríos. En la zona rural, por el contrario, en sólo 12.2% de los hogares la basura es recogida por los servicios públicos, mientras que en 82.4% la queman, la entierran o la botan en las fuentes de agua. En la zona rural de regiones como Antioquia y la Oriental, más de 50% de los hogares arrojan la basura a los ríos o quebradas.

4.13.7 Servicio de acueducto

Según el censo de 1993, en la mayoría de los departamentos el servicio de acueducto no alcanza a cubrir el 50% de las viviendas rurales. Los departamentos con cubrimiento por encima de este porcentaje son Quindío, Valle, Antioquia, Huila, Risaralda y Caldas. La Guajira aparece con un porcentaje de cubrimiento de 63%, pero esta información no incluye las condiciones en que se encuentran 72.000 indígenas wayúus que habitan en este departamento y que representan más de 50% de la población rural. Las peores situaciones se presentan en los departamentos de la Orinoquía y la Amazonia y en otros, como Bolívar, Córdoba, Magdalena, Chocó y Sucre.

²⁸ ISAZA VILLA SERGIO, Ley del Talento humano, Bogota, Federación médica colombiana, En: <http://www.encolombia.com/fmcol-leydeTalentoHumanoenSalud.htm>

4.13.8 Servicio de alcantarillado

Según los estudios sobre el sector, el cubrimiento del servicio de alcantarillado en la zona urbana del país (conexión al alcantarillado) es 65.0%, mientras que en las zonas rurales (con otros medios) es 27%.

Los datos de la Superintendencia de Servicios Públicos indican que el cubrimiento del alcantarillado en las grandes ciudades aumentó así entre 1994 y 1997: Bogotá, 2.35%; Cali, 17.94%; Medellín, el 2.17%, y Barranquilla, 32.69%.

En las ciudades intermedias la situación de los alcantarillados es más grave que la de los acueductos; son notables las deficiencias en ciudades como Cartagena, Santa Marta y otras del piedemonte Llanero, incluyendo a Villavicencio, al igual que en ciudades de rápido crecimiento, como son Montería, Cartagena y Yopal, entre otras.

4.13.9 Servicio de recolección de basuras y desechos sólidos

La recolección de basuras es uno de los servicios públicos que causa mayor impacto sobre las condiciones del medio ambiente. Según el censo del Dane de 1993, las áreas urbanas de los departamentos de Antioquia, Caldas, Quindío, Santander y San Andrés aparecen con un cubrimiento del servicio de recolección de basuras superior a 90% de las viviendas. Con cubrimientos inferiores a 60%, se encuentran los departamentos de Bolívar, Cesar, Magdalena, Sucre y Vichada: varios de sus municipios no disponen de ninguna clase de servicio o es prestado con vehículos de tracción animal, que no garantizan la adecuada recolección.

En las zonas rurales solamente se podría destacar el cubrimiento en los departamentos del Valle y Quindío, con 18.5% y 12.5% de las viviendas rurales servidas, respectivamente. San Andrés es un caso especial por su reducida superficie, lo que permite el servicio de recolección de basuras en el área rural en un porcentaje alto.

4.13.10 Presión humana sobre las principales cuencas

La 'presión media' se da en cuencas situadas hacia la periferia del país, donde se presentan procesos de colonización y establecimiento de actividades agrícolas extensivas y extractivas. La población rural predomina en estas cuencas y aparecen núcleos de población indígena. Las cuencas a que se hace referencia son: alto Vaupés, alto Caquetá, río Cuyanero-Dagua, río San Juan, río Atrato, río Sanquianga, río Micay, alta Guajira, baja Guajira, bajo Cauca y ríos del Occidente de la Sierra Nevada de Santa Marta. Otras actividades, como la extracción de minerales (gas, petróleo, carbón, oro), predominan o han hecho aparición en las últimas dos décadas, originando movilidad de población hacia estas regiones y contribuyendo al incremento en las presiones.

Una 'baja presión' poblacional se encuentran en las cuencas hacia el oriente y suroriente del país, en sectores de la Orinoquía y de la Amazonia. Adicionalmente aparece en la cuenca del río Baudó, en la vertiente del Pacífico, que corresponde

a uno de los lugares menos intervenidos de esta región colombiana. Sin embargo, aunque la población y las densidades son bastante bajas, existen presiones originadas en actividades que afectan el ambiente, particularmente, en la devastación de áreas para el establecimiento de cultivos ilegales y en la contaminación hídrica generada por el procesamiento de estos productos. El mal uso y manejo que se hace de los recursos naturales en las comunidades ha provocado el deterioro progresivo de las cuencas y los ríos del país, y es una de las causas de la disminución del recurso agua.

4.13.11 Presión humana sobre los bosques

Dentro del grupo de municipios con 'alta presión' sobre los bosques aparecen algunas regiones del país donde la situación puede ser crítica. Se destacan algunos municipios de la Orinoquía-Amazonia, como Villavicencio, Villanueva (Casanare), San Miguel y Segundo (Putumayo).

Muchos de los municipios en estas zonas presentan alta densidad de población y territorios pequeños, con un poblamiento histórico que se remonta a épocas precolombinas. Otros presentan altas tasas de crecimiento y coberturas de bosques muy reducidas. Pero los que tienen territorios más grandes merecen especial atención, como: San Miguel (Putumayo); estos municipios, no sólo están mostrando su situación particular, sino también la presión que existe sobre los bosques de las áreas de municipios vecinos con procesos similares, con lo que se determinan regiones donde la cobertura boscosa está realmente amenazada, en especial por procesos de colonización y por cambios de uso con características extensivas ('potrerización').

Los municipios con 'presión media' se hallan diseminados a lo largo y ancho del país; el número es elevado, pero en algunos la presión se está ejerciendo de manera especial sobre los ecosistemas más importantes del país. Se puede apreciar una cuña que entra en la Amazonia, constituida por todos los municipios del piedemonte del Caquetá, y otra, a través del sur del departamento del Vaupés, en dirección al Vaupés, que amenaza a este sector de la Amazonia y a la serranía de la Macarena.²⁹

²⁹ web.minambiente.gov.co/ecorre/medsocial7/desa.htm

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El diseño de la investigación es de tipo Ex post facto (retrospectivo) y comparativo, debido a que la información que se analizó pertenece a un contexto de antes de 2006, además, cada variable se relacionó con las características propias de cada Departamento y de la región. Finalmente, también es de corte transversal pues la información se obtuvo en un periodo determinado de tiempo.

5.2 TÉCNICAS Y MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.2.1 La observación

Consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta

5.2.2 Lectura selectiva

Proceso de discriminar lo importante y pertinente para el tema en estudio

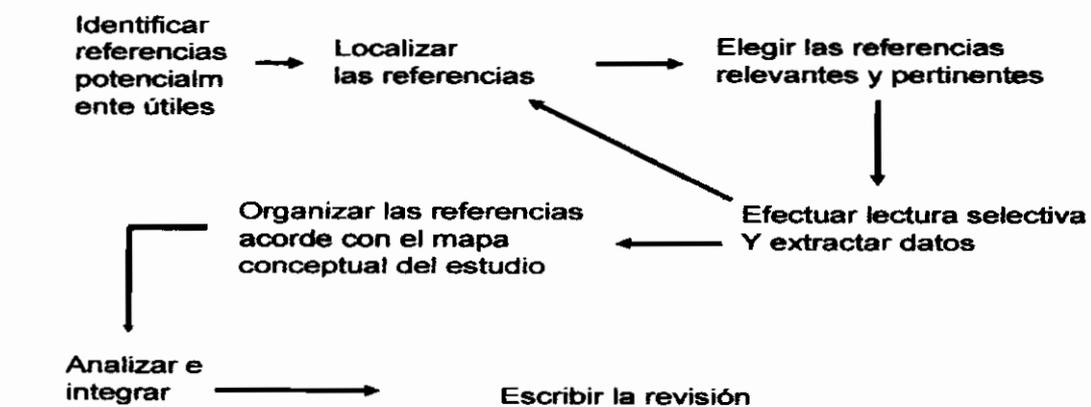
5.2.3 Síntesis de información

Concreción escrita de información precisa y concreta de aspectos relacionados.

5.2.4 Flujograma de trabajo de campo

Para lograr los objetivos del proyecto se establecieron los 7 (siete) pasos que se esquematizan en la Figura 2, y se explican en la siguiente página.

Figura 1. Diagrama de flujo de tareas



Fuente: POLIT, Denise & HUNGLER, Bernardette. Investigación Científica en las Ciencias de la Salud. 5ª Edición. Editorial McGraw – Hill Interamericana. 1997. P. 87. Con algunas modificaciones de la investigadora.

5.3 VARIABLES

Las variables consideradas en este proyecto fueron:

Aspectos generales de la Orinoquía por departamentos:

- Geofísicos
- Demográficos
- Culturales
- Socioeconómicas
- Sectores de la producción

Aspectos de Salud:

- Perfiles epidemiológicos por departamento: (Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada)
- Coberturas en Salud
- Infraestructura:
 - ✓ Física
 - ✓ Talento Humano
 - ✓ Financiación

5.4 FUENTES DE DATOS

La fuente de datos estuvo representada por la bibliografía sobre : Demografía, salud, educación, desarrollo de empresas, y estudios asociados existentes en diferentes bibliotecas, centros de documentación y hemerotecas de la capital de la República y de Villavicencio así como también consultas realizadas por medio electrónico. Las instituciones visitadas para la elaboración del proyecto, fueron: Ministerio de Protección Social, Secretaría Departamental de Salud, DANE, CORPES de la Orinoquía, Secretaria de Salud municipal, Oficina de Turismo de los Departamentos del la Orinoquía colombiana.

Es de anotar que es escasa la información encontrada sobre el Departamento del Guinia, debido a que los mismos entes departamentales no manejan estas informaciones, solamente se pudo recopilar información más completa y veraz del municipio de Inirida, capital de este departamento, por lo cual en los resultados en la mayoría de los casos se habla de este municipio.

5.5 ACTIVIDADES REALIZADAS

i) Se asistió a la explicación completa del proyecto institucional y su importancia para la Universidad

ii) En la fase de trabajo de campo:

- Se identificó las fuentes de información o referencias potencialmente útiles
- Se localizó a los responsables de la información y solicitarla

- De lo recibido o encontrado, se eligieron las referencias más relevantes y pertinentes
- Se efectuaron la lectura y extractar los datos, organizando la información, en texto o en gráficas
- Se analizó e integró la información
- Se elaboró el informe final del Departamento del Guaviare.

5.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se procesaron los datos en la base de EPI-INFO 2000, así mismo se reportaron los datos referentes a las medidas de tendencia central, además se elaboraron las figuras y tablas pertinentes a las variables con análisis univariado y divariado.

5.7 RECURSO HUMANO

El grupo interdisciplinario de profesionales

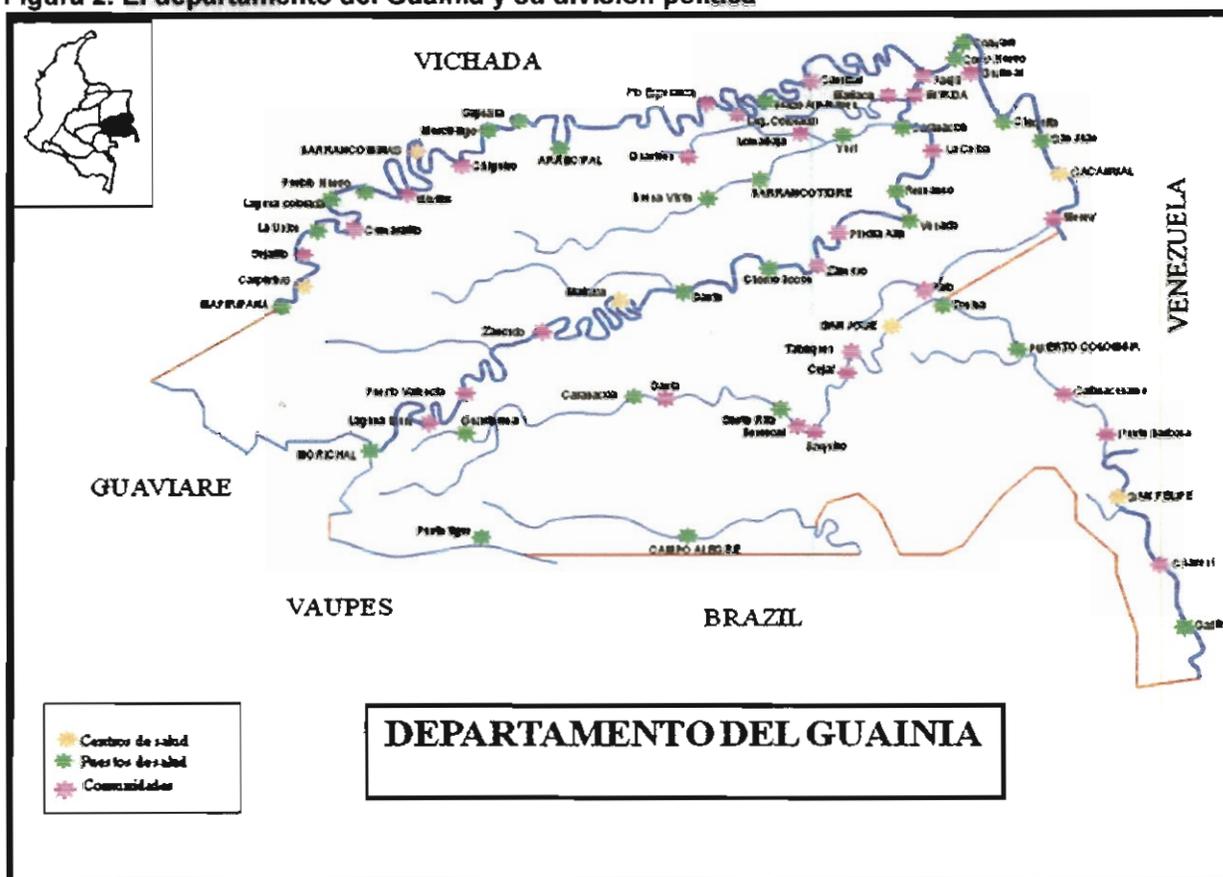
La estudiante EPI cursó VII semestre del Programa de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, donde aprobó el curso de epidemiología y cumplió con los requisitos de: I) Haber asistido puntualmente al entrenamiento por parte del grupo de investigación de 24 horas en lo relacionado aspectos a tener en cuenta en el contexto, II) Haber sido referenciados por sus docentes como responsables en la prácticas (ello nos da pautas de la veracidad en la consecución de la información), cualidad vital para el proyecto.

6. RESULTADOS

6.1 LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

El Departamento de Guainía está situado al oriente del país, en la región de la Amazonía, localizado entre los 01°10'17" y 04°02'21" de latitud norte, y los 66°50'44" y 70°55'16" de longitud oeste. Cuenta con una superficie de 70.691 km² lo que representa el 6.2 % del territorio nacional.

Figura 2. El departamento del Guainía y su división política



Fuente: PBOT, 2.000 Entre Todos Si, Alcaldía de Inírida Abril 2004 .p. 10

6.2 LÍMITES

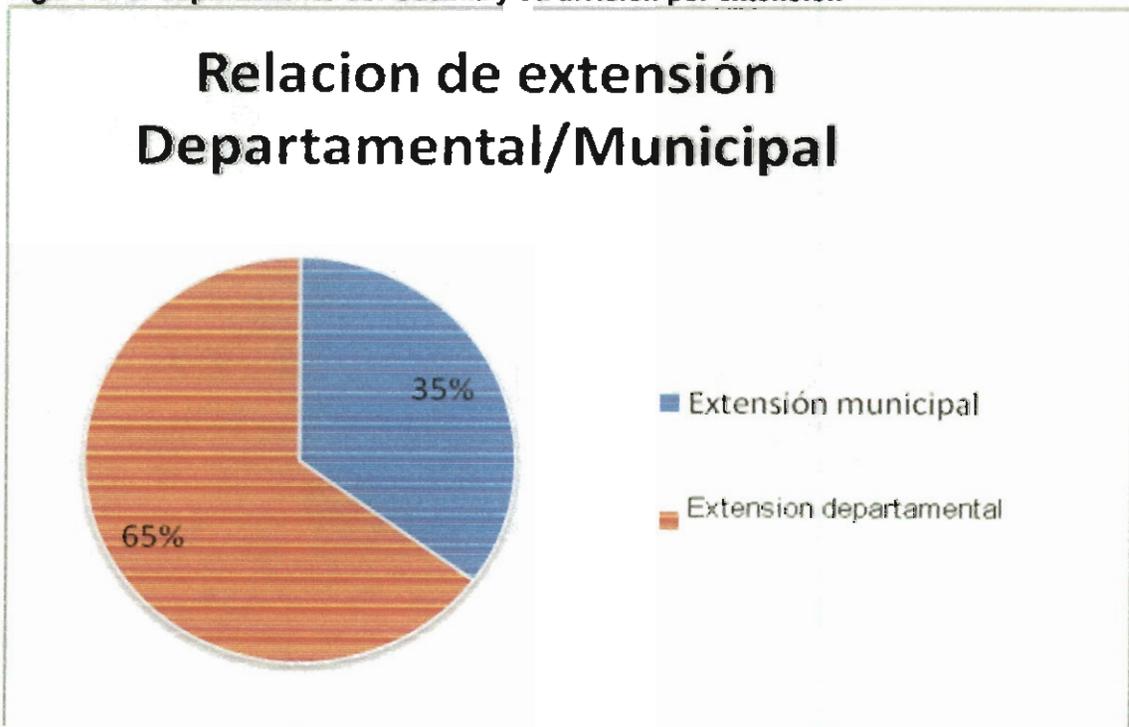
Limita por el Norte con el río Guainía, que lo separa del departamento del Vichada; por el Este con los río Atabapo, Guainía y Negro, que lo separan de la República

de Venezuela; por el Sur con la República de Brasil y por el Oeste con los departamentos del Vaupés, Guaviare y Vichada.

Una vez conquistado el territorio por los españoles, se hizo contacto con los indígenas de la región, siendo primero algunos grupos de la sabana del Ayrico y Barragua. Los nombres o topónimos de los lugares fueron tomados por los españoles de aquellos utilizados por los indígenas en sus idiomas. En el idioma Piapoco existen vocablos o palabras que pueden ser la raíz de la palabra actual "Guainía", esta compuesta de tres vocablos: AI-INI-ICHA, que quiere decir etimológicamente "del seno nuestro", semánticamente se puede interpretar la palabra Guainía como "río de leche de nuestro seno", o "río de nuestro seno" o "río que emana del seno nuestro" o "río de nuestra leche materna"

Históricamente el Municipio de Inírida ha tenido la siguiente trayectoria: Según la ley de 18 de Julio de 1963 el área del ahora Municipio de Inírida fue integrada a la Comisaría del Vaupés. El 12 de Mayo de 1965 Puerto Obando se configuro como Capital de la Comisaría del Guainía, tomando luego el nombre de Puerto Inírida en memoria de la mítica *Princesa Inírida*. En el año de 1974 Puerto Inírida es nombrada Municipio. En el año de 1991, con la nueva Constitución Política de Colombia, la Comisaría especial pasa a ser Departamento del Guainía y en ese mismo momento cambia de nuevo de nombre el municipio por el de Inírida.

Figura 3. El departamento del Guainía y su división por extensión



Fuente: Censo DANE para el año 2005

6.3 GEOGRAFÍA FÍSICA

Tabla 3. Localización del departamento del Guainía

Capital	Inírida
Superficie:	70.691
Población: Total densidad	43 194 habitantes*

Fuente: Censo DANE para el año 2005

6.3.1 Ubicación, extinción y límites

La población se encuentra conformada en un 80% por indígenas existiendo una presencia pluriétnica: habitan en su mayoría a las orillas de los ríos.

Del análisis de la siguiente tabla se puede concluir que el departamento del Guainía cuete con un municipio, Inírida (Ciudad capital), 7 corregimientos departamentales Barranco Minas, garza morichal, Cacahual, puerto Colombia, campo alegre, san Felipe, La Guadalupe; 7 inspecciones de policía, numerosos caseríos y sitios poblados por indígenas. Por otra parte la distribución territorial preponderante son resguardos indígenas departamentales y municipales, cada resguardo corresponde a una etnia y a su vez a un corregimiento.

6.3.2 Fisiografía³⁰

En la mayor parte los territorios del departamento del Guainía son planos o suavemente ondulados, pertenecientes al llamado Macizo Guyanés, geológicamente el más antiguo de Colombia, y en medio de ellos se encuentran algunas lomas y cerros como los denominados Aracuari, Canapiari, Guasacavi, Mavicure, Pajarito, Rana, Salvaje, Sáquiras, Sardinias, y las serranías de Caranacoa y del Naquén, con alturas ligeramente superiores a los 500 metros sobre el nivel del mar.

6.3.3 Clima

El departamento del Guainía presenta condiciones climáticas de transición entre el tipo de sabana tropical, alternada húmeda y seca. Las temperaturas son altas durante todo el año, con promedios superiores a los 27°C. Las lluvias en el sur, donde se inicia la selva amazónica, son abundantes y sobrepasan los 3.000 mm anuales. Sus tierras están comprendidas en el piso térmico cálido.

6.3.4 Recurso Hídrico

El sistema hidrográfico del departamento del Guainía comprende numerosos ríos y caños; entre los primeros se destacan el Guainía, Guaviare, Inírida, Atabapo,

³⁰ GUAINIA Y SU DIVISION POLITICA <http://www.todacolombia.com/departamentos/guainia.html> consultado el 28 diciembre 2007

Curarí, Isana, Cuiarí, Tomo, Guasacaví; entre los segundos, están el Cunubén, Jota, Bocón, Piapoco, Colorado, Naquén, Mane, Perro de Agua. Igualmente, posee varias lagunas de importancia, como Macasabe, Cajaro, Rayado, Rompida, El Tigre, More, Mucunarí, Mosquito, Minisiare, Chicuaco, Guacamayo, El Brujo, Mugre y Saridú entre otras. Como al municipio de Inírida, es el aislamiento en el que se encuentra, ya que la manera de acceso es solamente por vía aérea o fluvial (utilizando vías carreteables hasta ciertos puntos en los que se toman ríos para comunicar a Inírida con el interior de país).

Figura 4. Río Inírida – Colombia



Fuente: Secretaria de Obras Municipal.

Por vía fluvial el transporte es importante en todas las épocas del año para la comunicación interdepartamental, utilizando para esto los innumerables caños y ríos que permiten la comunicación entre las distintas comunidades indígenas y poblados colonos, no solamente del departamento sino con otros departamentos como Vichada, Guaviare, Amazonas, además de Brasil y Venezuela.

La comunicación por vía fluvial cambia según la época del año, ya que en verano los caños y ríos bajan significativamente el nivel dificultando o impidiendo transportarse de un sitio a otro:

- El río Guaviare: Es navegable a lo largo de todo el recorrido departamental durante todo el año, y hasta San José del Guaviare, por embarcaciones pequeñas debido a la presencia del raudal de Mapiripana. Es el límite natural entre los llanos de la Orinoquía y la selva amazónica.

Permite la comunicación con gran número de comunidades y de poblados colonos, tanto del Guainía como del Vichada y Guaviare. Para el sector colono proporciona una vía de comunicación importante con colonos del Vichada, ubicados a una orilla más alta y más apta para la ganadería y con poblaciones como Sejal, la cual cuenta con Puesto de Salud, Colegio y Convento de monjas.

- Caño Guarivén: Afluente de caño Bocón, este caño es navegable por embarcaciones medianas (bongos hasta de 5 toneladas y voladoras) en época de invierno. En verano baja considerablemente su nivel posibilitándose el acceso únicamente de embarcaciones pequeñas con motores de bajo caballaje. Es ruta de productos como plátano, yuca dulce, y maíz cultivados por los colonos.
- Caño Bocón: Es el caño más grande en la jurisdicción del municipio e importante para los colonos de caño Guarivén por ser afluente de caño Bocón y este a su vez del río
- Inírida. Es navegable por lanchas de alto tonelaje en invierno y por bongos de más de 10 toneladas en verano. Permite la comunicación además con caño Guarivén y con las comunidades que se encuentran en las riveras de este caño.
- El río Inírida: Presenta abundantes raudales que dificultan el transporte obligando a bajarse de la embarcación y arrastrarla hasta pasar la zona de raudal para volver a cargar la embarcación; esto cuando la embarcación no es muy grande. Este río no es navegable por embarcaciones de alto tonelaje sino desde su desembocadura en el Guaviare hasta la comunidad de Remanso (en verano) y hasta Zamuro (en invierno). Debido a que los balseros están por lo general ubicados río arriba de varios raudales, se les dificulta bastante el transporte de las remesas de los campamentos.
- Las relaciones que se establecen entre balseros e indígenas son significativas, puesto que en numerosas ocasiones los balseros transportan a los indígenas hasta sus comunidades cobrándoles algún dinero. También se benefician los indígenas al comprar productos en los campamentos sin tener que bajar hasta el pueblo.

6.4 SERVICIOS PÚBLICOS E INFRAESTRUCTURA VIAL³¹

6.4.1 Infraestructura vial, fluvial y aérea

El sistema vial en el Municipio de Inírida esta en pleno apogeo ya que se están pavimentando en concreto rígido la mayoría de sus calles y en los barrios que no

³¹ MUNICIPIO DE INIRIDA. Esquema de Ordenamiento Territorial (P.B.O.T) 1999/ 2000.

tienen vías pavimentadas es porque hace falta la red de alcantarillado de aguas negras, como lo son: Galan Primavera Etapa 1, primavera etapa 2, Vorágine, Cinco de Diciembre, Brisas del Palmar, Las Americas, Paraíso, Nuevo Horizonte, Zona de Indígena, La Esperanza y algunas calles de Libertadores y Centro.

Se cuenta con un eje vial que comunica a Inírida con Caño Vitina con una longitud de 11 Km. construidos en estado de afirmado, con Obras de drenaje. Existe la vía al Coco que tiene 6 Km. y esta en Concreto Rígido y otro que es el que comunica a Inírida con la Comunidad de Guamal que tiene 5 Kms, que esta en estado de afirmado con sus respectivas Obras de drenaje.

- **Transporte Fluvial.** Este transporte ofrece las mayores ventajas ya que es el medio de mayor utilización para traer los víveres y los materiales de construcción.

Existen :

- Transporte de pasajeros: Inírida - San Fernando de Atabapo, y Inírida - Pto Ayacucho, combinado via fluvial y terrestre.
- Transporte de carga: Lanchas como El Nuevo Condor, El Nuevo Navegante, El Rey, Ginna Yolanni, La Caracola, Leidy Paola, Llegó Edith, Maira Alejandra, Mayerly 1, Mayerly 2, Mayerly 3,. Las cuales traen combustible, víveres, gaseosas, licores y alimentos para animales y materiales de construcción.
- Transporte a comunidades: en lanchas pequeñas, Bongos etc.

- **Transporte Aereo.** En el Municipio de Inirida cuenta con un Aeropuerto llamando "CESAR GAVIRIA TRUJILLO", ubicado en la capital, Inírida.

Existen tres aerolíneas que realizan vuelos con las siguientes frecuencias :

- Satena transporte de pasajeros que vienen tres veces por semana
- Suramericana que viene por: Francisco Vallejo - Transporte de Carga solo viene un día a la semana sábado.
- Aerocarga Transporte de Carga. Vuela los Jueves y Sábados.

Inírida cuenta con vías de acceso aérea y fluvial; el transporte a nivel municipal se realiza principalmente en motos y en menor proporción camionetas y carros de servicio público.

6.5 ASPECTOS POLÍTICO - ADMINISTRATIVOS

En general el Sector Colono de la población del municipio se encuentra bastante abandonado por el Estado y por las instituciones municipales y departamentales, ya que los servicios prestados por éstas son mínimos:

El sector colono, en el Guainía, no cuenta con una educación adecuada a su proyección cultural ni a la realidad socioeconómica: Los niños estudian en los internados indígenas de La Fuga (río Guaviare) y el Internado de caño Guarivén,

En los cuales se imparte una educación que no es adecuada ni a los indígenas ni a los colonos. Otros colonos ponen a estudiar a sus hijos en el internado de Sejal, Vichada, en condiciones similares. Este aspecto de la Educación Compartida tiene sin embargo un aspecto positivo, en cuanto que propicia la convivencia pacífica entre colonos e indígenas. La Secretaría de Salud del Guainía no presta servicio de salud al sector colono, sino que tienen que venir al pueblo o asistir al Puesto de salud de Sejal, Vichada; el Puesto de salud del Internado de Guarivén no cuenta con promotor. La asistencia técnica no es constante ya que las instituciones no pueden contratar el personal suficiente para hacer presencia continuada en los proyectos emprendidos. Por otra parte los colonos no brindan la mejor colaboración en los proyectos institucionales, debido principalmente a las dificultades y tropiezos que se presentan a nivel institucional en el cumplimiento de las actividades.

Otra de las labores institucionales de gran importancia, es la del INCORA, que compra las tierras a los colonos que tienen ubicadas sus fincas en zonas de resguardo. Esta labor de "Saneamiento" la viene realizando el INCORA desde principios de la década del 90. En la actualidad se tienen proyectada la compra de varias fincas ubicadas en caño Guarivén y en las bocas del río Guaviare en el Inírida.

Tabla 4. División política administrativa departamento del Guainía

No	MUNICIPIO	CORREGIMIENTOS	INSPECCIONES
1	Inírida.	Barrancominas	Mapiripana
2		Garza Morichal	La unión
3		Cacahual	Sapura
4		Puerto Colombia	Arrecifal
5		Campo alegre	Caño colorado
6		San Felipe	Barranco tigre
7		La Guadalupe	Venado Isana
8			Bocas del Yari

Fuente: PBOT, 2.000 Entre Todos Si, Alcaldía de Inírida Abril 2004

6.6 DEMOGRAFÍA BÁSICA DEL DEPARTAMENTO DEL GUAINIA³²

6.6.1 Distribución de la población de Guainía

El departamento del Guainía cuenta con una población de 43.194 Hab³³ que se encuentra dispersas en pequeños asentamiento, distribuidos en su mayoría en el área rural y con un solo núcleo urbano, ubicado en el municipio de Inírida con una densidad poblacional de (0.61 hab/Km²), relativamente baja, respecto a una

³² DANE. Proyección 2005. Oficina de Epidemiología y Salud Pública. S.S.G.

³³ Censo DANE para el año 2005

superficie de 70.691 km²., reflejando los altos niveles de dispersión de los habitantes en el departamento, el clima es tropical húmedo con una temperatura promedio de 28-32 grados centígrados y una humedad relativa que en promedio anual es del 83%.

El predominio de la población joven aumentó la población dependiente, esto significa un aumento en la carga económica, creando la necesidad de elevar el número de empleos requeridos cada año para absorber la fuerza laboral que se incorporara al mercado de trabajo.

La mayor parte de la población del Municipio es de bajos y medios recursos económicos por lo que tan solo cubren sus necesidades básicas de alimentación y vivienda, las familias son en su mayoría numerosas; se observa gran hacinamiento en las viviendas debido a la utilización de pocos dormitorios. La población es dispersa y existen pocas vías de comunicación.

La población ha crecido en los últimos 4 años por el desplazamiento de personas en edad productiva en busca de mejores condiciones de vida que han llegado procedentes de otras regiones del País, sobre todo en busca de la tan anhelada Paz que todos los colombianos aspiramos tener algún día.

Los factores que determinan el estado de la salud de la población del municipio de Inírida son:

- **Población**

- **Dinámica.** La Tasa bruta de natalidad para 2005 con 394 nacidos vivos, según Certificados de Nacido Vivo del DANE, es de 14,2 por 1000 habitantes. La Tasa de Fecundidad general en mujeres de 15 a 44 años fue de 63,9 por 1000. La Tasa de reproducción fue de 31,3 por mil mujeres de 15 a 44 años. La Tasa de envejecimiento municipal es de 32 por 1000 habitantes. La Tasa de mortalidad materna es de 2.5 por mil mujeres, como se muestra a continuación la siguiente tabla.

Tabla 5. Dinámica poblacional del Guainia 2005

INDICADOR	TASA
Tasa bruta de natalidad*	14,2 X 1000
Tasa de fecundidad general en mujeres de 15 a 44 años*	63,9 X 1000
Tasa de reproducción*	31,3 X 1000
Tasa de envejecimiento municipal*	32 X 1000
Tasa de envejecimiento departamental	33,1 x 1000
Tasa de mortalidad materna	2,5 X 1000
Tasa de mortalidad infantil	20,3 X 1000
Muerte fetal espontanea < 20 semanas de gestación	149,7 X 1000
Muerte fetal temprana ocurre entre 20 a 27 semanas de gestación	2,5 X 1000
Muerte fetal tardía< de 28 semanas de gestación	22,8 X 1000
Muerte perinatal	35,5 X 1000

Fuente: Registros Médicos Hospitalarios.- Oficina de Estadísticas Hospital "Manuel Elkin Patarroyo"

- **Volumen.** Según la proyección del DANE para 2005, la población del municipio de Inírida es de 27711 habitantes.
- **Composición.** La composición de la población en el área urbana es de 79.99%, y en la rural 20.01%,

Tabla 6. Distribución de población según zonas Inírida 2005

URBANO	%	RURAL	%	TOTAL
22166	79.99	5545	20.01	27711

Fuente: Censo de Promotores 1999. Oficina de Estadísticas Hospital "Manuel Elkin Patarroyo". - Ajustado para 2005.

Como se aprecia en la tabla 7 la mayoría (80%) de población del municipio de Inírida se encuentra ubicada en el casco urbano, encontrando que el 46.92% de población total se encuentra entre los 15 a 44 años de edad, habiendo ligeramente más hombres que mujeres (ver tabla 8).

Tabla 7. Distribución de la población según grupos de edad y zona de residencia Inírida 2005

GRUPO DE EDAD	URBANA	RURAL	TOTAL
Menores de 1 año	640	160	800
De 1 a 4 años	2656	666	3332
De 5 a 14 años	5956	1491	7447
De 15 a 44 años - hombres	5414	1354	6768
De 15 a 44 años - mujeres	4935	1234	6169
De 45 a 59 años	1849	462	2311

Fuente: Proyección DANE 2003. Proyección por zonas según Censo de Promotores 1999 ajustado para 2005.

Tabla 8. Distribución de la población por edad y sexo Inírida 2005.

GRUPO ETAREO	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
Menores de 1 año	688	2.96	598	3	1286	2.98
De 1 a 4 años	2791	12	2551	12.8	5342	12.37
De 5 a 14 años	6067	26.1	5340	26.77	11407	26.4
De 15 a 44 años	10705	46	9564	47.95	20269	46.92
De 45 a 59 años	2090	8.99	1369	6.86	3459	8
De 60 y más años	911	3.92	520	2,6	1431	3.31
Total	23252	100	19942	100	43194	100

Fuente: Proyección DANE 2003. Oficina de Información y Sistemas. S.S.G.

6.7 AMBIENTE SOCIOECONÓMICO

Necesidades Básicas Insatisfechas. En el Municipio los servicios públicos han sido tradicionalmente muy precarios y algunos inexistentes, aunque la zona urbana cuenta con algún tipo de servicios estos solo llegan a la población en forma racionada por horas que no exceden las 12 horas.

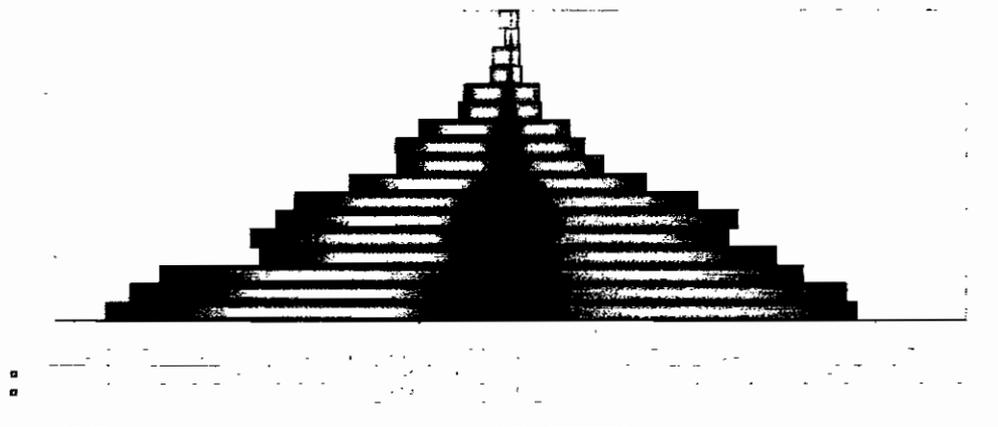
Aunque se puede establecer que el 83% de la población está conectada a un sistema de acueducto, este servicio es muy limitado y solo lleva a las viviendas agua del río a través de la tubería sin ningún tratamiento. El 13 % de la población se abastece por sus propios medios de agua de acuíferos subterráneos de mejor calidad aunque sin tratamiento.

El 25% de la población urbana esta conectada a una red de alcantarillado que drena las aguas directamente al Río sin tratamiento previo. El 2% de la población tiene un tanque séptico.

6.8 ESTADO DEL SISTEMA MUNICIPAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

En los últimos 13 años, el País ha realizado una serie de transformaciones en los sectores sociales tendientes a descentralizar la administración pública, que inician con la reorganización del Sistema Nacional de Salud mediante la Ley 10 de 1990. En ella se asignan al municipio funciones de dirección, planeación y adopción de políticas en el primer nivel y se establecen mecanismos de participación comunitaria en la gestión, vigilancia y control de servicios de salud

Figura 5. Distribución de la población por edad y sexo Inirida 2005



Fuente: Proyección DANE 2004. *Oficina de Epidemiología y Salud Pública. S.S.G.

Como se aprecia en la figura 5 la distribución por edades de la población del municipio de Inirida en el 2005 tiene forma de pirámide, aunque es de anotar una reducción en los hombres entre los 15 a 19 años, lo cual está relacionado con el aumento del índice de mortalidad de esta parte de la población a causa de

heridas, además muchos de estos jóvenes se han desplazado a otras partes del país en busca de mejores oportunidades, ya sea para profesionalizarse, buscar mejores trabajos o por temor a ser reclutados forzosamente por los grupos al margen de la ley. En el caso de las mujeres se aprecia una reducción que corta bruscamente la pirámide en el grupo en edades entre 20 a 24 años, generado por el aumento de enfermedades propias de su desarrollo sexual y acentuado al parecer por la migración de trabajadoras sexuales en este rango de edad por considerarse muy viejas para este oficio, ya que los pobladores hombres las prefieren jóvenes.

En comparación con la población nacional (ver figura 6), el municipio de Inirida muestra una reducción más rápida de los habitantes a medida que pasa el tiempo, especialmente en los primeros años de vida.

6.8.1 Aspectos poblacionales

La población aproximada del municipio de Inirida para el 2005 es de 27.711 (22.166 en el casco urbano y 5545 en el área rural) habitantes distribuidos casi igualmente entre sexos (11.972 hombres y 10.194 mujeres en el casco urbano).³⁴

La figura 5 indica que se trata de una población joven, con un elevado componente adulto en edad de máxima productividad.

La estructura está soportada en el grupo de cero a cuatro años lo que crea la necesidad de implementación de Guarderías o Jardines infantiles para contribuir a solucionar las dificultades en el cuidado de los hijos de la mujer trabajadora durante la jornada laboral.

Relacionando el censo DANE del año 1993 con 4.425 habitantes urbanos y el censo de SISBEN del año 1996 con 5.780 habitantes; determinamos un incremento de 1.355 habitantes en los tres años, con un promedio de 451 habitantes anuales y una tasa de crecimiento del 10.19 % anual³⁵.

El censo sanitario realizado por la Oficina del Ambiente, de la Secretaria de Salud Departamental, presenta una información de población de 9.906 habitantes en el año 1999 la cual presenta una diferencia de 4.126 habitantes, con un promedio anual de 1.375 personas, un crecimiento anual del 23.78 %. Este incremento desproporcionado que rebasa ampliamente la proyección del DANE de 5.817 habitantes para el mismo año 1999, una tasa de crecimiento anual de 4.54% para el año 1999: Se explica por los movimientos migratorios de los desplazados por la violencia que impera en los departamentos del Guaviare, Vaupés y Meta.³⁶ Así mismo para el mes de enero del 2.005, el SISBEN arroja una cifra de 27.711

³⁴ : Proyección DANE 2005. oficina de Estadística Hospital Manuel Elkin Patarroyo.

³⁵ DANE 1993 Y CENSO DEL SISBEN 1996

³⁶ Secretaria departamental del Guainía oficina de Estadística.

habitantes en el casco urbano, que comparados con los 9.906 Habitantes en 1.999, nos marca una diferencia de 17.805 con un promedio anual de crecimiento de 2967.5 habitantes.

Así mismo la distribución porcentual poblacional municipal por etnias esta dada acorde a la tabla 9 (ver página siguiente).

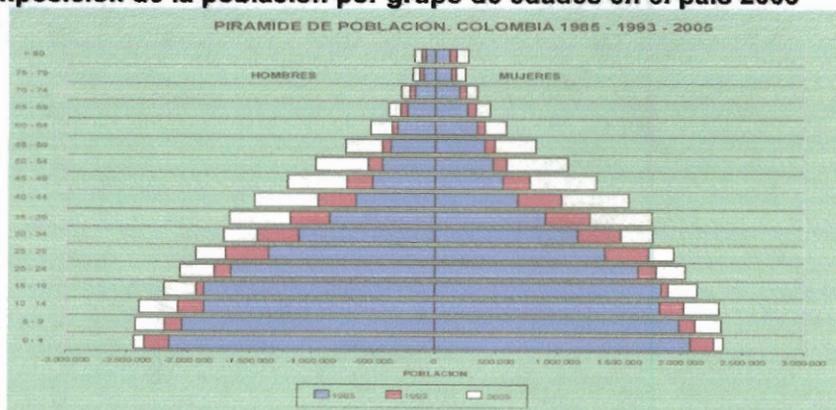
La población indígena esta compuesta por un 47.25 % , menor que la población no indígena con un 52.75 % , debido a un autosostenimiento alimentario ineficaz que implica, además deficiencias en la disponibilidad de alimentos tanto en calidad como cantidad por el mal uso que le han dado a las tierras los colonos y los grupos al margen de la ley se han apoderado de sus tierras desplazandolos a otros lugares a los cuales no pertenecen.

Tabla 9. Distribución poblacional por Etnias

GRUPO ETNICO O RACIAL	PORCENTAJE AÑO 2004	PORCENTAJE AÑO 2005
INDIGENA	47.25 %	47.09%
Curripaco	12.01	11.32
Cubeo	2.17	2.10
Guanano	1.67	1.60
Desano	0.70	0.55
Sicuaní	0.71	0.62
Piaroa	0.16	0.15
Piapoco	3.63	3.65
Yeral	2.47	2.40
Piratapuyo	0.84	0.78
Tucano	2.28	2.26
Puinave	19.57	20.55
Guahibo	1.04	1.03
NO INDIGENA	52.75 %	52.91%
Blancos	43.74	44.25
Negros	1.39	1.06
Mestizos	7.62	7.60
TOTAL	100 %	100 %

Fuente: DANE censo 2.004,2.005

Figura 6. Composición de la población por grupo de edades en el país 2005



Fuente: DANE. Censo general 2005 perfil Colombia.

6.8.2 Por grupos etéreos

La tabla 10 refleja que el departamento del Guainía cuenta con una mayor población que está entre los 15 - 44 años y una reducción en los menores de cinco años en comparación con la estructura del año 2004, probablemente por la implementación de programas de control de la natalidad y prevención de los embarazos no deseados, pero también a las elevadas cifras de aborto observadas en la Morbilidad por Egresos Hospitalarios, lo cual se podría aprovechar para implementar nuevas estrategias de planificación familiar con el propósito de procurarse una mejor calidad de vida con un núcleo familiar más pequeño. (véase tabla 10)

Tabla 10. Distribución porcentual de la población por edades del departamento del Guainía durante el año 2005

Población	Número de personas	Porcentaje
Población de < 1 año	1286	2.98%
Población de 1 a 4 años	5342	12.37.%
Población de 5 a 14 años	11407	26.40%
Población de 15 a 44 años	20269	46.93%
Población de 45 a 59 años	3459	8%
Población Mayor de 60 años	1431	3.31%
TOTAL	43194	100

Fuente: PBOT, Entre Todos Si.

En la Tabla 11 se observa la distribución de la población del departamento del Guainía por género, se puede apreciar una mayor población de hombres en edad de 45 a 59 años con un total de 2090 obteniendo una diferencia con mujeres de la misma edad de 721 mujeres menos esto se debe a que la mayoría de hombres viene procedentes de otros departamentos en busca de trabajos temporales

Tabla 11. Distribución poblacional por genero departamento del Guainía año 2005

Población	hombres	Mujeres
Población de < 1 año	688	598
Población de 1 a 4 años	2791	2551
Población de 5 a 14 años	6067	5340
Población de 15 a 44 años	10705	9564
Población de 45 a 59 años	2090	1369
Población Mayor de 60 años	520	1431
Total	20861	20853

Fuente: Oficina de Estadística Hospital Manuel Elkin Patarroyo.

6.8.3 Población colona rural

Posteriormente, con la bonanza de la coca y la violencia en muchas regiones de Colombia, muchos campesinos y colonos de otras regiones, comienzan a llegar al río Guaviare y Caño Guarivén, bien a trabajar como raspachines y procesadores de la pasta de coca o a establecer sus propios cultivos para trabajarlos y comercializarlos.

A mediados de la década de los 90^s las autoridades del Estado combatieron los cultivos ilícitos en caño Guarivén, logrando apresar algunas personas por estas actividades, lo que ocasionó que se minimizaran los cultivos de coca en Guarivén. Los propietarios de las fincas se dedicaron de nuevo y exclusivamente a las actividades agropecuarias.

En el transcurso del nuevo milenio, se han presentado incursiones militares en territorios del Guainía, Guaviare, Meta y Vichada, antes gobernados por fuerzas al margen de la ley que a su vez generaban rivalidades, lo anterior expuesto especialmente las operaciones Gato Negro y Siete de Agosto, por parte de fuerzas del Estado, y los ataques paramilitares en Puerto Albira (Caño Jabón) y la Libertad entre otros, han causado migraciones de grupos humanos desplazados, que finalmente se han asentado en la ciudad de Inírida, requiriendo del Estado atención humanitaria, empleo y vivienda.

- **Aspectos socio-económicos.** Actualmente las comunidades derivan su sustento de la Yuca Brava, ya que esta es la base alimenticia al igual que el pescado y algunas frutas que se producen en la región.

La agricultura es incipiente, a duras para medio complementar la alimentación, ya que esta no es de explotación media que permita la obtención de ingresos y que se puedan adquirir otros elementos que eleven la calidad de vida.

En las comunidades indígenas se presentan diferentes problemáticas que van desde el cambio cultural, como lo es la construcción habitacional, el aspecto educativo, cultivos ilícitos, falta de servicios públicos como lo es especialmente el de agua potable.

- **Recursos económicos propios.** Los recursos con los cuales cuentan las comunidades indígenas, son los del Sistema General de Participaciones, los cuales están destinados por Ley 715 de 2001, según lo establecido en el Artículo 82 y 83.

- **Costumbres indígenas.** Las mujeres Sikuanis tienen la costumbre de sentarse preferiblemente en las mañanas, 6 - 7 am a sacarse los piojos entre ellas, a niños o adultos pero siempre mujeres; los muerden y luego los botan. Esta práctica les ayuda a interrelacionarse entre ellas, ya que durante esta labor se

están comunicando y en ocasiones hasta burlándose entre ellas; una vez el sol ya esté calentando se van al conuco.

Dentro de la alimentación de esta etnia se encuentran una clase de hormigas, a las cuales no se les ha identificado su especie pero se sabe que pertenecen a la familia *Formicidae*, género *Atta*, de acuerdo a la información suministrada por el Facilitador indígena Sikuaní colaborador en este proyecto; los gusanos Orrewe que se ven más que todo en las sabanas hacia el Vichada al igual que el *gusano Mojojoy* que se encuentra en la palma real (después de tumbada empiezan hacer nido y al mes ya están listos para comerse). Estos tienen mucha grasa y se pueden cocinar o freír. Una especie común entre los Sikuaní es la rana "Tiipo" (en lengua Sikuaní), que se encuentra más que todo en pequeños charcos o lagunas que se forman en las sabanas, también hacen parte de la dieta de los indígenas de esta etnia. La práctica de comerse esta especie de rana se da más que todo, tiempo atrás entre las comunidades ubicadas en las sabanas del Vichada, ya hacia el río Guaviare al haber más posibilidades de alimento no es tan común que lo hagan.

Entre los adultos es común realizar charlas a partir de las 3 de la mañana aproximadamente hasta que amanezca para planear que actividades se van a realizar al día siguiente. Por otro lado los padres les cuentan historias con moralejas a los hijos antes de que estos se vayan a dormir con el fin de que pasen buena noche y no se estén levantando o estén inquietos.

6.8.4 Aspecto religioso

- **Pueblos indígenas.** La evangelización es una continuidad del rigor de los rituales tradicionales, y puede verse como una medida conservadora. La práctica religiosa demanda de los creyentes, esfuerzos e iniciativas como construir iglesias, asistir a las reuniones, sostener a los pastores, aprender a leer, comprar Biblia y textos religiosos.

Los pueblos indígenas no vivían procesos que fueran comparables con algún tipo de práctica religiosa actual. Ellos tenían muchos mitos, leyendas y costumbres, con múltiples dioses a los que les atribuían poderes que beneficiaban o perjudicaban su existencia y todos los procesos relacionados con su desarrollo eran ofrecidos a un "Dios".

Esto afecta gravemente la identidad cultural que se ha venido perdiendo por práctica de estos cultos introducidos por los blancos Sofia Muller, una misionera de origen norteamericano (fallecida en 1995), es reconocida en la Amazonía Colombiana por sus actividades de proselitismo religioso iniciadas en los años 40, como miembro de la misión de las nuevas tribus.

La señorita Sofia, como se le conoció, introdujo cambios sustanciales en la cultura indígena, en distintos niveles:

- El patrón de asentamiento de la antigua maloca fue abandonado definitivamente por casas unifamiliares, empero el comedor comunal restablece los espacios sociales de la maloca.
- Los rituales y las ceremonias de la iniciación de los jóvenes a la vida adulta se transformaron o desaparecieron.
- Las danzas, cantos y la música antigua fueron prohibidas y/o abandonadas. El yapurutú, las flautas y el bastón de ritmo, desaparecieron tras ser señalados como instrumentos diabólicos.
- Prohibió las relaciones de trabajo con los blancos y las mercancías que con ellos intercambiaban.
- Realizó una intensa labor de adoctrinamiento y conformó escuelas dominicales para la propagación del culto y la alfabetización.
- Promovió hábitos de lectura y escritura con libros del nuevo testamento.
- Inculcó conductas rígidas de castigos para quienes no siguieran su doctrina³⁷.

6.8.5 Actividades económicas

El departamento de Guainía presenta dos tipos de economía, una tradicional, desarrollada fundamentalmente por las comunidades indígenas y campesinos de subsistencia, y otra, formal que incluye la explotación minera y el comercio, y al margen los cultivos ilícitos. La mayor actividad agropecuaria está ubicada en el área de Mapiripaná hasta Amanavén; allí se localiza un frente de colonización que genera excedentes significativos de productos como cacao, plátano, yuca, maíz, ganado vacuno y porcino.

La ganadería es de carácter extensivo, con bajos niveles de productividad y limitantes de mercadeo, asistencia técnica y disponibilidad de insumos. La importancia económica del departamento gira en torno al proyecto minero aurífero de la serranía del Naquén y a la política de manejo de fronteras, acentuando entre otras cosas por la actividad minera. La explotación forestal es permanente, ejercida por el colono, en los frentes de colonización del río Ariari y Alto Guaviare.³⁸

6.8.6 Vías de comunicación

En el departamento del Guainía la principal vía de comunicación la constituyen los ríos, que son los ejes viales de penetración; también es importante el transporte aéreo, cuenta con dos aeropuertos ubicados en Inírida y en el corregimiento de Barranco Minas. Las vías carreteables son escasas y sólo transitables en los meses secos.

6.8.7 Vivienda urbana municipio de Inírida

Las viviendas del municipio de inírida están construidas en bloque de concreto y

³⁷ ESQUEMA DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL (P.B.O.T) 1999/ 2000 Municipio de Inírida

³⁸ GUAINIA <http://www.todacolombia.com/departamentos/guainia.html> consultado el 28 diciembre 2007

teja de Zinc, madera, bareque y otros materiales en mal estado. La mayoría De familias viven en hacinamiento.

Seria bueno que el municipio ejecute soluciones de vivienda dentro del perímetro urbano mitigando haci el el hacinamiento y el déficit de vivienda³⁹.

6.8.8 Resguardos indígenas a nivel municipal⁴⁰

La jurisdicción del municipio es habitada hoy en día por más de 54 comunidades indígenas de diferentes etnias: Puinave, Curripaco, Sikuaní, Piapoco, Tucano, Cubeo, Piaroa, Guanano, Desana, Yeral, Piratapuyo, siendo la mayoría puinaves, curripacos, y sikuanis.

Ancestralmente la jurisdicción del municipio ha sido habitada por puinaves y curripacos, pero se han dado procesos migratorios desde varias regiones, principalmente del Vichada, el Vaupés y de los ríos Isana y Guainía en el mismo departamento.

Del departamento del Vichada se dieron migraciones masivas de indígenas Sikuaní (Guahibos) ocasionadas por la presión colona, que llegó al punto de realizar matanzas indígenas “*por deporte*” como se relata popularmente, generando las famosas *Guahibadas* con el fin de apropiarse de las sabanas del Vichada y el Meta con fines ganaderos, sacándolos de su territorio. Estos indígenas que migraron a territorios del Guainía, encontraron ya no sabanas sino selva, lo cual cambió sus costumbres agrícolas y sociales, entre otras cosas porque ancestralmente habían sido nómadas y al llegar al Guainía debieron volverse sedentarios. Los indígenas sikuaní llegados al municipio se asentaron principalmente sobre el río Guaviare y caño Guaribén; aunque hay otras comunidades en donde hay sikuanis junto con miembros de otras etnias.

Otro de los procesos migratorios ha sido desde río Guainía y el río Isana. Estas migraciones se han dado debido principalmente a las dificultades que se presentaban en esos lugares para poder conseguir artículos tales como anzuelos, sal, jabón, fósforos, ropa, entre otros. Por otra parte, estos ríos se encuentran ubicados en tierras poco productivas y con escasez de pescados y carne de monte; mientras que por los ríos Guaviare, Inírida, Caño Bocón y Caño Guaribén hay mejores tierras y más facilidades para acceder a productos de primera necesidad además de prestación de servicios sociales como salud y educación.

Además de estas causas, la presencia de comerciantes del caucho y la fibra de chiqui-chiqui principalmente encontraran en la mano de obra indígena una importante fuerza de trabajo, Así muchos comerciantes trajeron indígenas de diferentes etnias a trabajar a las selvas y sabanas del Guainía y el Vichada,

³⁹ ESQUEMA DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL (P.B.O.T) 1999/ 2000 Municipio de Inírida

⁴⁰ Ibid.

pagándoles con artículos como ropa, sal y comida en general o en ocasiones con dinero, a cambio de la extracción de estos recursos naturales. Debido a este fenómeno llegaron indígenas del Vaupés y del alto río Guainía principalmente.

Otro fenómeno migratorio significativo se dio desde el departamento del Vaupés, ocasionado principalmente por la presión a que muchas de las etnias y comunidades se vieron sometidas por parte de los sacerdotes católicos, razón por la cual decidieron buscar otras zonas en donde no fuera tan fuerte la presencia de estas personas.

Las etnias del Vaupés se han asentado principalmente en el casco urbano, aunque no exclusivamente; es así como hay comunidades como La Ceiba, en donde la mayoría de la población es vaupeseña. Sin embargo la mayoría de indígenas de esta región se ubicaron en el casco urbano en barrios como La Zona Indígena, La Esperanza y la Primavera. Es posible que además de la presión religiosa haya habido otros factores para que ocasionaran la migración, como por ejemplo la explotación de los recursos naturales y la presión de los colonos.

6.8.9 Vivienda rural

La mayoría de las viviendas del área urbana del municipio de Inírida, combinan modelos propios de la región a modelos introducidos por colonos debido a la cercanía de centros de abastecimiento venezolanos y brasileños, como sucede en el caso del comedor comunal que puede ser interpretado como una extensión de la antigua maloca, paralelo a esto se ha implementado el uso de nuevos materiales y técnicas constructivas incorporados por el blanco como son: el reemplazo la cubierta en palma por cubierta en teja de zinc, los pisos en tierra por pisos en concreto, los muros de madera y bareque por muros en bloque de concreto.

Las casas son multifamiliares, se han construido teniendo como base la familia extensa, con la función de conservar las relaciones de parentesco, y las unidades intra familiares para el abastecimiento y distribución de productos en el asentamiento.

6.8.10 Control social

Cada resguardo es dirigido por un representante legal y cada comunidad por un capitán. Los inspectores de Policía son nombrados por la Gobernación del Departamento del Guainía y el Municipio de Inírida respectivamente, a su vez los pueblos indígenas del Guainía, están organizados en consejo regional, organizaciones zonales y organizaciones gremiales de la siguiente forma:

- **Crigua.** Consejo Regional Indígena del Guainía
- **Opdegua.** Organización del Pueblo Puinave, el objetivo principal del CRIGUA

es luchar por los derechos e intereses de la población indígena del Guainía, por su unidad, defensa y preservación de su territorio, cultura y autonomía.

Dependen, a nivel nacional de la OPIAC (Organización de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Colombiana) y la ONIC (Organización Nacional Indígena de Colombia).

Administrativamente se divide en cinco (5) zonas: Guaviare, Guainía, Inírida, Atabapo y Vichada. Los capitanes de cada zona y tres (3) representantes de la comunidad forman el CRIGUA, máxima autoridad del Consejo.

El comité ejecutivo está integrado por un presidente, Secretario, tesorero, dos Vocales y dos Suplentes.

Se nombra además una Secretaria, representante de las mujeres indígenas.

El objetivo principal es rescatar la tradición cultural y defender el territorio ancestral del pueblo puinave.

Otra función importante es coordinar y mediar las relaciones entre las instituciones y la comunidades indígenas del pueblo Puinave.

Administrativamente están organizados en un Coordinador, Tesorero, Fiscal, Secretaria, Suplentes y Vocales.

La creación de la Organización fue en el año de 1999 en la comunidad de Caranacoa, en la tercera reunión del pueblo puinave.

- **Aicurigua.** Asociación de Autoridades Curripacas del Río Guainía.
- **Ometmi.** Organización Multiétnica del Municipio de Inírida
- **Ozivig.** Organización Zonal Indígena del Vichada y el Guainía.
- **Asociación de artesanos indígenas del Guainía.** El objetivo principal de la asociación es mejorar la calidad de las artesanías y establecer canales para la comercialización

La Asociación está ubicada en Inírida, presenta importantes relaciones con las comunidades indígenas ya que muchos de ellos acuden a ella y comparten las nuevas técnicas aprendidas en la Asociación.

- **Amuive.** Asociación de mujeres indígenas de Venado.

- Asociaciones de Padres de Familia de las Comunidades de Coayare, Paujil, Barranco Tigre, Piedra Alta, Venado y Yuri.

6.9 SECTOR EDUCACIÓN⁴¹

La educación factor primordial, estratégico, prioritario y condición esencial para el desarrollo social y económico de una región. Y de acuerdo con la Constitución política de Colombia: Derecho fundamental del ciudadano, deber del Estado, instrumento esencial en la construcción de sociedades autónomas, justas y democráticas; el cual, le permite a los municipios la capacidad de acceder a las posibilidades de competir con otras regiones y auto desarrollarse dependiendo de la cobertura y calidad del servicio.

6.9.1 Infraestructura educativa

- **Área Urbana.** La infraestructura física de los centros educativos del área urbana cuenta con materiales acordes a las exigencias de la época, construidas por requerimientos inmediatos sin una planeación a largo plazo, por lo que se realizan trabajos de readecuación para prestar un mejor servicio, reduciendo en algunas ocasiones los espacios de recreación de los alumnos.

Los servicios públicos en las instituciones presentan deficiencias en su prestación. El agua y la energía eléctrica son generados por sistemas propios con las debidas implicaciones de mantenimiento y de operación. Se carece, en la mayoría de Colegios, de alcantarillado por lo que es común el uso de pozos sépticos.

La mayoría de las instituciones tienen deficiencias en unidades sanitarias, otras, en espacios para biblioteca, sala de informática, sala de audiovisuales, e incluso salones de clase.

El Instituto de Bachillerato Integrado Custodio García Rovira y el Colegio Luis Carlos Galán tienen construido y dotado los laboratorios de química y de física e incluyen sala de informática construida bajo un diseño. Los demás colegios tienen aulas adaptadas para el área de informática. El Instituto dispone de un taller de uso pedagógico y de una granja experimental, el resto de colegios carece de estos espacios.

- **Colegios con servicios básicos.** En la zona urbana existen tres colegios con servicio de alcantarillado. Los demás cuentan con pozos sépticos al igual que en la zona rural. La mayoría cuentan con sistemas de bombeo de agua de pozos acuíferos. Igualmente, en la parte urbana todos los colegios están conectados al servicio público de energía, pero a su vez algunos cuentan con plantas propias generadoras de energía. En la zona rural todas tienen plantas eléctricas.

⁴¹ Ibid.

La Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN, en convenio con el CENBA de la Primavera y en modalidad semi presencial, ofrece la formación técnica y profesional en las áreas de contabilidad y finanzas, administración de empresas, administración pública municipal, administración turística bilingüe, administración social y salud comunitaria y administración informática.

El Instituto de educación no formal INENFO de la Caja de Compensación Familiar Campesina (COMCAJA), ofrece la formación técnica en sistemas informáticos bajo la modalidad presencial.

Aún así existe un alto índice de estudiantes que no han podido proseguir estudios técnicos o profesionales, ya que el costo que demanda poder sostenerse para continuar en Inirida u otras ciudades del país, ha frenado el desarrollo de la ciudad y del municipio, de esta forma los bachilleres que se gradúan quedan totalmente desorientados y sin futuro; Algunos ante la falta de oportunidades y dificultades económicas prefieren buscar otras formas de trabajo que generalmente son trabajos eventuales y no continúan el bachillerato. Por otra parte no se han implementado modalidades de educación acordes con la región a nivel vocacional, tecnológico y profesional, que facilitarían el mejoramiento de la economía y la generación de empleo⁴².

Educación en Formación Técnica No Formal. A nivel de educación no formal existe establecimiento privado (PROCEDATOS) ofrece cursos en sistemas, La cooperativa de los trabajadores Cootregua capacita en gerencia microempresarial, entre otros cursos.

En este momento el SENA adelanta programas de formación profesional no formal en secretariado ejecutivo; técnico ambiental y recursos naturales; desarrollo empresarial; finanzas y contabilidad.

6.10 SERVICIOS PÚBLICOS⁴³

6.10.1 Alcantarillado

Las redes que conforman estas Unidades Básicas de Recolección UBR.

En cuanto a la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales, falta terminar su construcción que contempla en general su cerramiento, La zona de Administración, la manipulación del gas que causarán los reactores y lo más importante el personal que se encargará de su funcionamiento tanto administrativamente como mecánicamente.

⁴² COMDES. Estudio socio económico del Municipio de Inirida. 2003.

⁴³ CORPORACIÓN PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y EL ORIENTE AMAZÓNICO C.D.A., 2000/2005, Marco de Gestión Ambiental

En la actualidad, el Municipio de Inírida tiene un 75% de pozos sépticos y un 25% en la conexión a la Red de Aguas Negras. Por lo anterior no se cobra el servicio.

En cuanto al servicio de Alcantarillado se ha proyectado hacer tres(3) Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales (PTAR)

La Administración del Alcantarillado la realiza el Municipio de Inírida.

En la zona rural del Municipio no existen sistemas de alcantarillado debido a los conceptos culturales indígenas que se manejan al respecto.

6.10.2 Acueducto

El Municipio de Inírida dispone de agua no potable, que se obtiene del río Inírida. Esta es succionada del río por medio de un Motor Cummins 140 HP, colocado en una barcaza, que por medio de una tubería de 10" se lleva al municipio por gravedad. La red de acueducto llega hasta los barrios el Paraíso y Primavera I Etapa. La distribución corresponde al 45% del municipio. El 55% posee pozo acuífero del cual se succiona el agua por medio de una electro bomba.

La Administración del Acueducto es hasta la fecha responsabilidad de la Gobernación.

6.10.3 Gestión de residuos sólidos

En el Departamento del Guainía se ha generado el mismo proceso que en el resto del país. Se empezó a realizar la recolección de basuras en función de la necesidad de trasladar las basuras de los centros urbanos a otro sitio donde no se encuentre a la vista, el proceso inició en los años 1970 – 1980; en ese entonces, por el Comisaría del Guainía, con la utilización de un tractor con su respectivo vagón. Los residuos eran llevados y depositados en el sector de lo que hoy se conoce como el barrio la Primavera I y II etapa; posteriormente los residuos eran recogidos y llevados por los alrededores de la vía que conduce a la comunidad de Guamal (años 1980 – 1985), extendiéndose con dichas prácticas de disposición final de residuos hacia los alrededores de la vía que conduce a la comunidad de

Vitina años (1985 – 1996), a partir de esta fecha se realiza la disposición de residuos en un área de 8 hectáreas, ubicadas en el margen izquierdo de la vía hacia la comunidad de Almidón a 4 kilómetros del perímetro urbano del municipio.

El municipio de Inírida ha sido la entidad prestadora del servicio de aseo público domiciliario desde el año de 1990 hasta el 2004, presentando algunas eventualidades en las últimas administraciones municipales, que han contratado la recolección de basuras municipales, bajo la supervisión de la Secretaria de Planeación Municipal, además de adelantarse un proyecto abanderado por la Corporación CDA en el año 1997, sobre la Planta de Tratamiento de Residuos Sólidos en el Municipio de Inírida.

En la actualidad, el Municipio de Inírida tiene un 75% de pozos sépticos y un 25% en la conexión a la Red de Aguas Negras. Por lo anterior no se cobra el servicio.

En cuanto al servicio de Alcantarillado se ha proyectado hacer tres(3) Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales (PTAR)

La Administración del Alcantarillado la realiza el Municipio de Inírida.

En la zona rural del Municipio no existen sistemas de alcantarillado debido a los conceptos culturales indígenas que se manejan al respecto.

6.10.2 Acueducto

El Municipio de Inírida dispone de agua no potable, que se obtiene del río Inírida. Esta es succionada del río por medio de un Motor Cummins 140 HP, colocado en una barcaza, que por medio de una tubería de 10" se lleva al municipio por gravedad. La red de acueducto llega hasta los barrios el Paraíso y Primavera I Etapa. La distribución corresponde al 45% del municipio. El 55% posee pozo acuífero del cual se succiona el agua por medio de una electro bomba.

La Administración del Acueducto es hasta la fecha responsabilidad de la Gobernación.

6.10.3 Gestión de residuos sólidos

En el Departamento del Guainía se ha generado el mismo proceso que en el resto del país. Se empezó a realizar la recolección de basuras en función de la necesidad de trasladar las basuras de los centros urbanos a otro sitio donde no se encuentre a la vista, el proceso inició en los años 1970 – 1980; en ese entonces, por el Comisaría del Guainía, con la utilización de un tractor con su respectivo vagón. Los residuos eran llevados y depositados en el sector de lo que hoy se conoce como el barrio la Primavera I y II etapa; posteriormente los residuos eran recogidos y llevados por los alrededores de la vía que conduce a la comunidad de Guamal (años 1980 – 1985), extendiéndose con dichas prácticas de disposición final de residuos hacia los alrededores de la vía que conduce a la comunidad de

Vitina años (1985 – 1996), a partir de esta fecha se realiza la disposición de residuos en un área de 8 hectáreas, ubicadas en el margen izquierdo de la vía hacia la comunidad de Almidón a 4 kilómetros del perímetro urbano del municipio.

El municipio de Inírida ha sido la entidad prestadora del servicio de aseo público domiciliario desde el año de 1990 hasta el 2004, presentando algunas eventualidades en las últimas administraciones municipales, que han contratado la recolección de basuras municipales, bajo la supervisión de la Secretaria de Planeación Municipal, además de adelantarse un proyecto abanderado por la Corporación CDA en el año 1997, sobre la Planta de Tratamiento de Residuos Sólidos en el Municipio de Inírida.

Según información recopilada en la Secretaria de Planeación Municipal, la generación de residuos ha variado significativamente en los últimos años, debido a los fenómenos de consumo y al crecimiento poblacional. En la actualidad se presentan en el mercado un sin número de artículos desechables, no retornables, y otros, que hacen mas abundante esta generación.

Según ejercicios realizados por la Oficina de Planeación Municipal, en el segundo semestre del año 2002, la producción de residuos sólidos se estimó entre 316 y 396 toneladas mensuales.

En el año 2005 la Secretaria de Planeación municipal registra una producción de residuos sólidos recolectados que oscila entre 226 y 250 toneladas mes.

Sin embargo en el año 2005 la caracterización de los residuos sólidos del Municipio se ha dado en función de una clasificación por origen, es decir se puede definir el residuo por la actividad que lo origine, esencialmente en una clasificación sectorial; que da como resultado la caracterización general por las rutas de recolección. Los residuos son del siguiente tipo:

- Doméstico y/o Residencial
- Institucional
- Comercial
- Reciclaje
- De barrido
- Servicios Municipales (limpieza de parques, calles, jornadas de aseo).

Actividades y campañas realizadas para promover la reducción de los residuos sólidos presentados.

El manejo de los residuos sólidos en el Municipio de Inírida se ha realizado a lo largo de los años, centrandó su función únicamente a la recolección y transporte de basuras, presentado por la necesidad de trasladar el problema de higiene y sanitario a otro lugar mediante el retiro de las basuras del centro urbano sin importar a donde irían a parar dichos residuos.

Este concepto ha empezado a cambiar por la iniciativa de las instituciones involucradas directamente con el problema de los residuos sólidos, desde el orden Nacional, con los Ministerios de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y Ministerio de Protección Social, entre otros, que han implementado dentro de sus agendas la actualización de la normativa ambiental, con obligatoriedad para los entes regionales y territoriales que incluyan programas de promoción para la gestión ambiental y de protección a los recursos naturales.

A nivel Regional las campañas de reducción de los residuos sólidos presentados

se empezó a generar por la Corporación CDA a finales del año de 1996, con el proyecto "Protección y conservación del suelo, paisaje y ambiente del área urbana y vía al Caño Vitina, Municipio de Inírida, Dpto. del Guainía", el cual contempló la construcción de infraestructura física para el funcionamiento de una planta de transformación de residuos sólidos orgánicos mediante la elaboración de compostaje con procesos de lombricultura, además de programas de educación ambiental el proyecto vinculó al Municipio como ente prestador del servicio de aseo, además de ofrecer dotación de un tractor para la recogida de residuos y bolsas para darle a la comunidad para que efectuara la separación de los residuos en las casas.

Igualmente en este mismo año se adelantó el "Proyecto de Capacitación, Educación y Concientización Ambiental" el cual tuvo como dinámica el trabajo con el grupo de la Asociación de Mujeres Indígenas del Guainía - ADMI, las instituciones educativas y la Alcaldía de Inírida .

A nivel local el municipio empezó a realizar campañas de promoción para la reducción de residuos en el periodo 1998 – 2001, en la administración del doctor Jairo Wilson Mendivelson Huertas, trabajo emprendido en cabeza de un grupo de muchachos que se vincularon al proyecto de Opción Colombia, los cuales durante su pasantía realizaron el trabajo de práctica en la Alcaldía de Inírida.

Se adelantaron los programas de Inírida limpia y No Sea Mugre con Inírida.

Dichos programas plantearon sensibilizar a la población objeto, sobre la disposición adecuada de las basuras y los buenos hábitos ciudadanos en ese sentido, con el fin de mejorar el aspecto físico de la ciudad en materia de basuras.

Otros programas fueron:

- Embellece Tu Barrio "Aseo y Mantenimiento de las vías, zonas de recreación o espacios públicos urbanos".
- A través del programa Empleo en acción, se apoyó al servicio de Aseo denominado "ESCOBITAS".
- Programa Erradicación de Basureros "recuperación de áreas utilizadas inapropiadamente como botaderos o basureros "

6.10.4 Energía

Inírida cuenta con dos unidades de generación marca Cummins de 1250 kw y otra de 1000 KW nominales, En la actualidad su administración y operación está a cargo de la empresa EMELCE que con el apoyo de la Gobernación, Alcaldía y el IPSE. Puede operar y brindar un servicio de 8 horas a la comunidad. La cobertura de redes del municipio abarca el 90% de la población y con transformadores en funcionamiento.

6.11 POLÍTICA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL⁴⁴

6.11.1 Presencia institucional

En Inírida funcionan en la actualidad las siguientes instituciones:

- **De carácter nacional.** Defensoría del Pueblo, Dirección Territorial – Oficina de Trabajo, Fiscalía 25 y 33, Juzgado Promiscuo Municipal, Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Superintendencia de Notariado y Registro – Oficina de Registro de instrumentos Públicos de Inírida – Guainía, Red de Solidaridad Social – Delegación Guainía, Registraduría Especial del Estado Civil, Inspección Fluvial, Telecom, Dirección de Impuestos y Aduanas – DIAN – Unidad Administrativa Especial – Administración Delegada de Inírida e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Agencia Guainía, Fondo Nacional del Ahorro – Agencia Guainía, Unidad de Parques Nacionales Naturales.
- **De carácter departamental.** Gobernación del Guainía, Asamblea Departamental, Contraloría General Departamental, Consulado de Colombia en Venezuela, Infantería de Marina y la Policía Nacional.
- **De carácter regional.** La Corporación para el Desarrollo Sostenible del Norte y el Oriente Amazónico – C.D.A.
- **De carácter Internacional.** Consulado en Inírida – Guainía de la República Bolivariana de Venezuela.

Otras entidades que prestan servicios en el municipio son: El Vicariato Apostólico de Inírida, Hospital Manuel Elkin Patarroyo, la Cooperativa de Trabajadores del Guainía – COOTREGUA, el Fondo de empleados del Guainía FONDEGUA, el Fondo Mixto para la Promoción de las Artes del Guainía, la Caja de Compensación Familiar Campesina – COMCAJA, Aerolínea Satena - los diferentes sindicatos como SINTAMUNI, SINTRADEGUA, el sindicato de educadores del Guainía y el Sindicato Nacional de Salud.

6.11.2 Recursos sociales

Cuenta con un hospital administrado por el nivel departamental, un centro de salud del municipio que se encuentra en construcción, 5 escuelas y un colegio de bachillerato en el área urbana, 14 escuelas en el área rural; así como con un terminal para el suministro de combustible.

6.12 PROGRAMAS PARA EL DESARROLLO SOCIAL

6.12.1 Programa: Apoyo al desarrollo infantil

Inírida cuenta con una población en su gran mayoría niños y jóvenes, los cuales

⁴⁴ ESQUEMA DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL (P.B.O.T) 1999/ 2000 Municipio de Inírida

sueñan con un lugar apropiado para la ocupación y sano esparcimiento en el tiempo libre. Hay una serie de problemas que se han desarrollado por diferentes causas y con graves consecuencias en la niñez del municipio, como violencia intrafamiliar, abandono físico, y/o afectivo, abuso sexual, explotación laboral, etc. lo cual viene ocasionando traumas que generan dificultad y en algunos casos discapacidad en los diferentes niveles de funcionamiento. Esto representa un reto para la administración municipal y demás entidades responsables del normal desarrollo de la infancia. Por ello es necesario crear y propiciar espacios en los diferentes eventos educativos, culturales, sociales y familiares que brinden y den el valor apropiado al desarrollo integral del niño, especialmente a los que están por fuera de los servicios públicos estatales.

Para lo anterior la oficina de desarrollo social liderada por la primera dama del municipio y los coordinadores de cultura, tele Inirida, recreación y deportes, bajo la dirección del secretario de educación municipal; y en coordinación con la conserjería presidencial de programas especiales, y basados en la ley 724 de diciembre de 2001 "Por la cual se institucionaliza el día de la niñez y la recreación y se dictan otras disposiciones" Implementarán en el área municipal a partir del mes de abril del 2004, programas y proyectos que el actual gobierno ha establecido para ayudar a los niños y niñas en materia de desarrollo social, como son⁴⁵:

- **Proyecto.**

- **Participando.....ando (Dimensión política).** Recoge el derecho a la participación política y responsable de los niños y niñas para facilitarles el acceso a espacios de decisión y la canalización de sus opiniones en instancias donde se toman las decisiones que los afectan, expresados lúdicamente. E incluye actividades como: Niños concejales y diputados al congreso, la justicia empieza por casa, Oasis de paz y la implementación de consultas municipales para la formulación participativa de la política pública de infancia y el diseño del plan municipal de la infancia y familia con proyectos y programas sostenibles⁴⁶.

- **Saludable....Mente (Dimensión físico orgánica).** Incluye actividades como: Diagnóstico de necesidades y riesgos de la población infantil requerido por el gobierno⁴⁷, con el fin de acceder a los recursos parafiscales destinados por la nación orientados a financiar acciones de prevención, atención integral y protección de la población infantil, Capacitación a padres, cuidadores y agentes educativos. Gestión para acceder al Plan Nacional de alimentación y nutrición; como a los posibles subsidios económicos para las familias

⁴⁵Estos subprogramas son adoptados y coordinados por la corporación "día del niño" de la presidencia de la república.

⁴⁶ El plan municipal para la infancia y familia será financiado con recursos de acuerdo al documento CONPES, que adaptara las políticas y programas a las necesidades de cada población. Plan Nacional de Desarrollo 2002 – 2006 pg., 206.

⁴⁷ Plan Nacional de desarrollo 2002 -2206 "Hacia un estado Comunitario" Pg., 206 Párrafo 1 y2.

comprometidas con el retiro de sus hijos del trabajo⁴⁸. Y proyecto Deporteando, Lleva y gana y Construcción de hogares múltiples para niños y niñas en condiciones de extrema pobreza, o que pertenezcan a grupos vulnerables⁴⁹.

- **Explorando.... Ando (Dimensión cognitiva).** Aporta al desarrollo provocando en los niños una actitud plural, de respeto y tolerancia con la diversidad a partir de un conocimiento de nación, sus tradiciones, herencia cultural y riquezas, por medio de actividades de juego. E incluye Proyectos como: *Rescate y empaté, La cultura de la mano, Feria de bibliotecas, Covapaz*
- **Emprendedora.....mente (Dimensión económica laboral).** Facilita el ejercicio del derecho a la protección. Busca que los niños y niñas tengan conocimiento de las opciones de desarrollo laboral de las personas de nuestro municipio, las líneas de producción, roles, profesionales y oficios, por que es de esta manera que nuestra familia nos puedan brindar las condiciones mínimas para estudiar, crecer y sobre todo.... ¡jugar! Acciones: Institucionalizar el mes de abril como el mes del niño. Y Proyectos: *Jugueteando, Soñando ser.*
- **Estrategia.** Construir junto con los adolescentes y jóvenes y equipos interdisciplinarios políticas y planes de desarrollo juvenil, incluyendo propuestas de desarrollo personal, habilidades para vivir y cultura ciudadana.

6.12.2 Programa: Apoyo al desarrollo integral de la juventud

El gobierno municipal considera la formación ciudadana y productiva de los adolescentes y jóvenes garantía en el desarrollo de una región. Debido a las graves asignaciones culturales que se les ha dado a nuestros jóvenes, considerándolos como un problema más que una solución, no se ha aprovechado su capacidad de desarrollo y participación en beneficio de todos. Se han hecho grandes esfuerzos, con medianos resultados y en cierta forma ha sido una utopía en el municipio.

Por lo cual el gobierno municipal apoyado en el ICBF y el Departamento, liderará la búsqueda del mantenimiento y restablecimiento de vínculos familiares y comunitarios, al tiempo que fortalecerá la protección integral juvenil con el propósito de recuperar el ejercicio pleno de sus derechos; en especial de aquellos que han sido víctimas de la violencia intrafamiliar, del desplazamiento forzado, del abuso u del delito organizado, etc.

Y con el fin de evitar y controlar los comportamientos juveniles que infringen y contravienen la ley se buscaran los mecanismos de protección y reeducación, así como la penalización de delitos atroces juveniles y penalización rigurosa de los sujetos adultos que los induzcan.

⁴⁸ Plan Nacional de Desarrollo pg., 209. Párrafos 1 y 3.

⁴⁹ Basado en el Plan Nacional de Desarrollo 2002 –2006, pg. 207 párrafo 3.

6.12.4 Programa: Apoyo al desarrollo integral de la mujer

Con el fin de organizar y apoyar a las madres comunitarias en la consecución de objetivos sociales y económicos. La oficina de desarrollo social coordinará con el ICBF, instituciones educativas, Hospital Manuel Elkin Patarroyo, el fomento de figuras asociativas de carácter cooperativo, en los que se les ofrecerá capacitación en nutrición, pautas de crianza, desarrollo infantil, organización, manejo de microempresas y acceso a líneas de micro créditos.

De igual forma la oficina de desarrollo social liderara y hará gestiones para que las mujeres y en especial madres cabeza de familia del municipio de Inírida se beneficien de programas nacionales como: Desarrollo de proyectos productivos en zonas deprimidas y de conflicto, Sistema nacional de convivencia liderado por el ministerio del interior y de justicia, generación y protección al empleo coordinado por el ministerio de protección social, Apoyo integral a las mujeres microempresarias cabeza de familia, salud sexual y reproductiva liderado por el ministerio de protección social y violencia de genero enfocado a atender a las mujeres, niñas y niños victimas de cualquier tipo de violencia⁵⁰.

- **Acciones**

- Implementación de restaurantes comunitarios y escolares
- Capacitación en nutrición, manejo de microempresas y acceso a línea de crédito.
- Capacitación en pautas de crianza y desarrollo infantil.

6.12.5 Programa: Apoyo a la población de la Tercera Edad

Atención integral a las personas de la tercera edad o Adulto Mayor.

- **Acciones**

- Apoyo a la institucionalización del Centro Día para el desarrollo de las actividades dirigidas a la atención de esta población, soportado en el programa de salud – promoción de estilos saludables.
- Articular acciones con las instituciones que dirigen acciones y recursos para la atención del adulto mayor.

6.12.6 Programa: Fortalecimiento y acompañamiento a organizaciones de participación ciudadana

Fomento a la participación ciudadana en la ejecución y vigilancia de tareas públicas y su relación con la administración pública, como mecanismo principal de participación.

- **Acciones**

- Apoyo y asistencia al Consejo de Planeación Municipal para el cumplimiento de sus funciones

⁵⁰ Plan Nacional de desarrollo 2002 – 2006. Pg., 212 y 213.

- Apoyo y asistencia a las Juntas de Acción Comunal
- Apoyo y asistencia a las veedurías ciudadanas y otras formas de participación.

6.12.7 Programa: Fomento, promoción y participación del sector solidario local

La construcción de una sociedad más equitativa será uno de los fundamentos de la política de desarrollo social, que conduzca a un crecimiento económico soportado en estrategias de organización solidaria y participación ciudadana.

- **Acciones**

- Apoyo a programas de carácter solidario

6.12.8 Programa: Prevención y control de enfermedades prevalentes en la infancia

- **Proyectos**

- Prevención y control de EDA e IRA.
- Adopción del plan nacional de alimentación y nutrición e implementación de la política nacional de Seguridad alimentaria y nutricional.
- Programa ampliado de inmunización.

- **Acciones**

- Apoyar las actividades coordinadas por la Secretaría de Salud Departamental relacionadas con el programa.
- Crear grupos de apoyo para la lactancia materna.
- Orientar a los menores de 5 años hacia los programas de desparasitación y suplementarían alimentaria con micro nutrientes.
- Concertación con el departamento para el fortalecimiento de la red de frío del municipio.
- Coordinar, apoyar y participar en las jornadas de vacunación organizadas por los niveles nacional y departamental.

6.12.9 Programa: Salud sexual y reproductiva

- **Proyectos.** Implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

- **Acciones.** Popularizar el conocimiento de los diferentes métodos de planificación familiar para su libre adopción y promover el uso del condón como barrera para prevenir las ITS VIH/SIDA.

6.12.10 Programa: Enfermedades Crónicas y Degenerativas

- **Proyectos.** Promoción de estilos de vida saludables para la prevención y control de las enfermedades crónicas.

- **Acciones**

- Realizar en coordinación con el departamento actividades para la celebración

del Día Mundial sin Tabaco, Día del Adulto Mayor y Pensionado y Día Mundial de la Diabetes.

- Concertar con las instituciones educativas e instituciones del Estado la implementación de la estrategia "LUGARES LIBRES DE HUMO"
- Apoyo a programas de protección, cultura y recreación para el adulto mayor
- Focalizar a través del SISBEN a los beneficiarios de los diferentes programas de protección y atención del adulto mayor.
- Gestiones recursos del "Programa Mundial de alimentos", para apoyo a la seguridad alimentaria.

6.12.11 Programa: Salud mental

• **Proyecto.** Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las políticas de salud mental y de reducción de la demanda de Sustancias Psicoactivas.

• **Acciones**

- Coordinación interinstitucional y concertación comunitaria para la conformación de la red de protección y apoyo social.
- Realizar procesos de sensibilización a las instituciones educativas para la implementación de la estrategia Habilidades para Vivir y proyectos de vida sin drogas.

6.12.12 Programa: Participación social

• **Proyecto.** Participación Social

• **Acciones**

- Conformación de espacios de participación social como el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, las veedurías comunitarias, COPACOS y Asociaciones de Usuarios en Salud.
- Realizar asambleas comunitarias en los diferentes barrios del área urbana y comunidades del área rural para la depuración de listados de régimen subsidiado.

6.13 SECTOR SALUD

6.13.1 Estado del sistema municipal de salud

Pese a contar con una buena infraestructura y personal calificado así como tecnología adecuada para el desarrollo del sistema de información que tiene el Departamento, no cabe duda que existen también algunos factores desfavorables que conspiran contra la buena organización del sistema, ocasionando un gran subregistro que se presenta al analizar el estado de salud y los factores condicionantes⁵¹.

⁵¹ SECRETARIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINÍA. oficina de Estadística.

6.14 MORTALIDAD⁵²

Los datos de mortalidad, son suministrados por la Dirección Departamental de Salud y se originan en el certificado de defunción DANE que se diligencia para disponer de un cadáver y de los registros médicos hospitalarios oficina de estadística Hospital Manuel Elkin Patarroyo; sin embargo existe la posibilidad de subregistro de mortalidad sobre todo en las zonas rurales.

6.14.1 Por grupos de edad

Para 2005, Se observa que los grupos extremos de la vida presentan mayor riesgo de muerte. En el municipio, a pesar que al final de la existencia es cuando hay mayor riesgo de morir, todavía los menores de 1 año, continúan teniendo importancia fundamental con respecto a otros grupos de edad; otro grupo importante en riesgo es grupo de los 15 años a 44 con un alto índice de 14 defunciones después de los cuales nuevamente aumenta el riesgo hasta el grupo de 60 años y más. (Ver tabla 12)

Tabla 12. Proporción de mortalidad por grupos de edad municipio de Inirida 2005

GRUPOS DE EDAD	No. DE DEFUNCIONES	POBLACIÓN INIRIDAD	%
Menores de un año	8	800	10,0
De 1 a 4 años	1	3322	0,3
De 5 a 14 años	4	7447	0,5
De 15 a 44 años hombres	14	6768	2,1
De 15 a 44 años mujeres	5	6196	0,8
De 45 a 59 años	5	2311	2,2
De 60 y más años	21	894	23,5
Tasa bruta de mortalidad	58	27711	2,1

Fuente: Registros Médicos Hospitalarios.- Oficina de Estadísticas Hospital "Manuel Elkin Patarroyo"
*Oficina de Información y Sistemas. S.S.G.

La mortalidad en los niños es causada principalmente por problemas infecciosos, perinatales y desnutrición. Desde los 15 años hasta llegar a la vida adulta, la mortalidad aumenta progresivamente con la edad debido principalmente al trauma y la violencia reflejo de la hostilidad del ambiente social y laboral.

Las muertes en el grupo varones de 15 a 44 años, principalmente son ocasionadas por trauma, violencia y accidentes. La hepatitis B es una de las causas de muerte en este grupo de edad, asociada a la actividad sexual que constituye el principal modo de propagación de la enfermedad y convierte al municipio en territorio de alto riesgo para esta enfermedad.

⁵² OFICINA DE ESTADÍSTICAS HOSPITAL "MANUEL ELKIN PATARROYO". Registros Médicos Hospitalarios.- Oficina de Información y Sistemas. S.S.G.

6.14.2 Primeras causas de mortalidad

Tabla 13. Primeras causas de mortalidad general departamento del Guainía año 2005

CIE 10	CAUSA	CASOS	TASA X 100.000
I219	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	5	11,58
T751	Ahogamiento y sumersión	4	9,26
J189	Neumonía, no especificada	3	6,95
K566	Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas	3	6,95
S018	Herida de otras partes de la cabeza	3	6,95
S019	Herida de la cabeza, parte no especificada	3	6,95
A069	Amebiasis, no especificada	2	4,63
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2	4,63
R54X	Senilidad	2	4,63
X458	Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol: otro lugar especificado	2	4,63

Fuente: Certificado Individual de Defunción

La mortalidad en el adulto mayor (debida a enfermedades crónicas y degenerativas, neoplásicas, anemias y desnutrición) refleja además del deterioro del sistema inmune, la exposición acumulada durante la vida a factores de riesgo determinados por el estilo de vida de los individuos.

6.15 MORBILIDAD⁵³

El estado de salud de la población del Guania, apreciado desde los indicadores demográficos, mortalidad y morbilidad, ha mejorado en los últimos años, aunque en relación con los estimativos nacionales existen enormes diferencias por las especiales característica socioeconómicas etnoculturales, de orden público y de accesibilidad a los servicios de salud.

La implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha obligado a un desarrollo apresurado de la red de prestadores de servicios de salud y por ende a una ampliación de la cobertura, pero aun no es suficiente para soportar los incrementos en el aseguramiento que se han dado en el departamento, lo que conduce a que la información disponible no permita un análisis de la demanda satisfecha por las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, no permitiendo el análisis de la morbilidad sentida por la población al ser escasa la información de la atención prestada por las entidades privadas e igualmente carecerse de información de la demanda no satisfecha.

6.15.1 Por diagnóstico

Las enfermedades que más causan muerte en los menores de 1 año, según certificados de defunción DANE son afecciones originadas en el periodo perinatal.

⁵³ Registros Médicos Hospitalarios.- Oficina de Estadísticas Hospital "Manuel Elkin Patarroyo" *Oficina de Información y Sistemas. S.S.G.

Tabla 14. Índice específico en consulta médica en menores de un año Inírida 2005

CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	269	21.78
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnostico informado	266	21.53
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	181	14.65
Rinofaringitis aguda	140	11.33
Neumonía organismo no especificado	112	9.06
Fiebre de origen desconocido	95	7.69
Otros trastornos del sistema urinario	53	4.29
Otras infecciones locales piel y tejido subcutáneo	49	3.96
Infección viral de sitio no especificado	40	3.23
Otros trastornos respiratorios	30	2.48
TOTAL CONSULTAS	1235	100.00

Fuente: Registros médicos Hospitalarios. Oficina de Estadística Hospital Manuel Elkin Patarroyo.

El análisis de la tabla 14 muestra que los menores de un año siguen siendo la población mas vulnerable; las enfermedades que mas causan muertes son diarrea y gastroenteritis (21.78%), infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (14.65%), rinofaringitis aguda (11.33%) entre otras, esto al parecer se debe a la no utilización por parte de las madres del programa de crecimiento y desarrollo, descuido de los niños por parte de ellas, o por la dificultad de accesibilidad a los servicios médicos.

6.15.2 Por Edad y Diagnóstico⁵⁴

Tabla 15. Índice específico de morbilidad en consulta médica en el grupo de edad de 1 a 4 años Inírida 2005

CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
Parasitosis intestinal	632	20.71
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	594	19.46
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnostico informado	406	13.30
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	331	10.84
Neumonía organismo no especificado	255	8.35
Rinofaringitis aguda	251	8.22
Otras infecciones locales piel y tejido subcutáneo	174	5.70
Fiebre de origen desconocido	147	4.81
Otros trastornos del sistema urinario	138	4.52
Falta del desarrollo fisiológico normal esperado	123	4.09
TOTAL CONSULTAS	3.051	100.00

Fuente: Registros médicos Hospitalarios. Oficina de Estadística Hospital Manuel Elkin Patarroyo

Tabla 16. Índice específico de morbilidad en consulta médica en el grupo de edad de 5 a 14 años Inírida 2005

CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
Parasitosis intestinal	1218	37.92
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnostico informado	494	15.38
Control general de salud de rutina de subpoblaciones definidas	312	9.71
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	251	7.81
Rinofaringitis aguda	193	6.01
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	180	5.60
Otitis media supurativa y la no especificada	175	5.45
Otros trastornos del sistema urinario	146	4.55
Fiebre de origen desconocido	133	4.14
Dolor abdominal y pélvico	110	3.42
TOTAL CONSULTAS	3.212	100.00

⁵⁴ Registros Médicos Hospitalarios.- Oficina de Estadísticas Hospital "Manuel Elkin Patarroyo"
*Oficina de Información y Sistemas. S.S.G.

En el año 2005, En el municipio de Inírida, la demanda de los servicios ambulatorios en los menores de quince años se debió principalmente a parasitosis intestinal (29.31%), en segundo lugar lo ocupó el examen general e investigación (14.34%) seguido por las enfermedades infecciosas de las vías respiratorias (9.32%), por todas ellas patologías comunes para este rango de edad.

Tabla 17. Índice específico de morbilidad en consulta médica en el grupo de edad de 15 a 44 años hombres Inírida 2005

CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
Parasitosis intestinal	466	27,19
Control general de salud de rutina de subpoblaciones definidas.	317	18,49
Dorsalgia	257	14,99
Otras micosis superficiales	103	6,01
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	99	5,78
Paludismo debido a plasmodium vivax	98	5,72
Fiebre de origen desconocido	98	5,72
Otros trastornos del sistema urinario	95	5,54
Henda de la cabeza	91	5,31
Dolor abdominal y pélvico	90	5,25
TOTAL CONSULTAS	1.714	100.00

Fuente: Registros médicos Hospitalarios. Oficina de Estadística Hospital Manuel Elkin Patarroyo.

Al igual que los menos de 15 años, la población del municipio de Inírida entre 15 a 44 años de edad en su mayoría padeció de parasitosis intestinal (27.19%), aunque es de anotar que el control general de salud en estas edades es mayor ocupando el segundo lugar de consulta (18.49%). La presencia de malaria entre las principales causas de consulta obedece a una migración de trabajadores mineros ilegales que explotan yacimientos auríferos en el territorio Venezolano, lo cual originó el fenómeno de la urbanización de la malaria en Inírida. (ver tabla 17)

Tabla 18. Índice específico de morbilidad en consulta medica en el grupo de edad de 15 a 44 años mujeres Inírida 2005

CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
Supervisión de embarazo normal	911	17,54
Atención para la anticoncepción	820	15,79
Otras enfermedades inflamatorias de la vagina y la vulva	616	11,86
Parasitosis intestinal	603	11,61
Otros trastornos del sistema urinario	513	9,88
Control general de salud de rutina de subpoblaciones definidas	458	8,82
Dolor abdominal y pélvico	354	6,82
Menstruación ausente	349	6,72
Trabajo de parto	305	5,87
Dorsalgia	265	5,10
TOTAL CONSULTAS	5.194	100.00

Fuente: Registros médicos Hospitalarios. Oficina de Estadística Hospital Manuel Elkin Patarroyo.

Como se aprecia en la tabla 18 y coincidiendo con la edad reproductiva, en el grupo femenino de 15 a 44 años se consulta principalmente por afecciones del tracto genitourinario, que se relaciona con la actividad sexual principalmente, teniendo en cuenta la presencia de un buen número de trabajadoras sexuales presentes en el municipio de Inírida.

Es de resaltar que son el grupo de las mujeres entre 15 a 44 años las que con mayor frecuencia asistieron a consulta médica, esto se puede interpretar como que son el grupo de mayor prevalencia de morbilidad, o que son las que mayor acceso tienen al sistema de salud, o que son el grupo que más cuida su salud o una combinación de las anteriores.

Tabla 19. Índice específico de morbilidad en consulta médica en el grupo de edad de 45 a 59 años Inírida 2005

CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
Hipertensión primaria	311	20,77
Dorsalgia	191	12,76
Parasitosis intestinal	186	12,42
Diabetes mellitus no especificada	175	11,69
Control general de salud de rutina de subpoblaciones definidas	166	11,09
Otros trastornos del sistema urinario	133	8,88
Otros trastornos articulares no clasificados en otra parte	97	6,48
Trastornos del metabolismo	82	5,48
Dolor abdominal y pélvico	82	5,48
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	74	4,94
TOTAL CONSULTAS	1.497	100.00

Fuente: Registros médicos Hospitalarios. Oficina de Estadística Hospital Manuel Elkin Patarroyo.

Tabla 20. Índice específico de morbilidad en consulta médica en el grupo de edad de 60 y más años Inírida 2005.

CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
Hipertensión primaria	395	36,11
Parasitosis intestinal	101	9,23
Diabetes mellitus no especificada	101	9,23
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	90	8,23
Otros trastornos del sistema urinario	89	8,14
dorsalgia	81	7,40
Control general de salud de rutina de subpoblaciones definidas	77	7,04
Otros trastornos articulares no clasificados en otra parte	59	5,39
Otras artrosis	54	4,94
Hiperplasia de la próstata	47	4,30
TOTAL CONSULTAS	1.497	100.00

Fuente: Registros médicos Hospitalarios. Oficina de Estadística Hospital Manuel Elkin Patarroyo.

A partir de los 45 años aparecen las enfermedades crónicas y degenerativas como principales causas de consulta, evidenciando la presencia de factores genéticos y

Tabla 21. Indicadores de Morbilidad por enfermedades transmisibles departamento del Guainía año 2004 - 2005 (Número de casos y tasas por 10.000 habitantes)

Enfermedades transmisibles	2004*		2005**	
	Números de casos	Tasas de Incidencia x 10000	Número de Casos	Tasas de Incidencia x 10000
malaria	1624	386.76	3784	1251.65
tuberculosis	25	5,95	25	8,27
lepra	1	0,24		
Sífilis congénita	1	0,24		0,00
VIH/SIDA	4	0,95	2	0,66

Fuente: DANE. Dirección de censos y demografía. Proyecciones de población. Estimaciones de población con base en el censo 1993 **DANE. Censo general 2005. Perfil nacional.

Tabla 22. Indicadores de Morbilidad por enfermedades transmisibles de la nación año 2004 - 2005 (Número de casos y tasas por 10.000 habitantes)

Enfermedades transmisibles	2004*		2005**	
	Números de casos	Tasas de Incidencia x 10000	Número de Casos	Tasas de Incidencia x 10000
tuberculosis	7396	1,63	10023	2,21
lepra	456	0,10	477	0,11
Sífilis congénita	1223	0,27	1527	0,36
VIH/SIDA	1898	0,42	4405	1,05

Fuente: DANE. Dirección de censos y demografía. Proyecciones de población. Estimaciones de población con base en el censo 1993 **DANE. Censo general 2005. Perfil nacional.

Las Enfermedades Transmisibles son evidentemente perjudiciales para la población el análisis de la tabla 21 muestra como el numero de casos de malaria aumento para el año 2005 en 2160 casos nuevos, como segundo lugar lo ocupa la tuberculosis con cifras exuberantes a nivel nacional que aumentado rápidamente los casos del 2004 al 2005 esto por falta de responsabilidad por los entes departamentales asignados al control de las enfermedades transmisibles.

Es importante además, manifestar que existe cierta restricción de acceso al personal de Salud, esto obedece a que un solo profesional se haga cargo de uno o varios programas perdiéndose el seguimientos de los casos o desatendiendo sus obligaciones.

Tabla 23. Enfermedades de notificación obligatoria total de casos municipio de Inírida 2005

EVENTO SIVIGILA INFORMADO	Per 1	Per 2	Per 3	Per 4	Per 5	Per 6	Per 7	Per 8	Per 9	Per 10	Per 11	Per 12	Per 13	total
Dengue clásico	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Hepatitis B	2	3	4	8	7	5	3	0	0	0	0	0	0	32
Mortalidad perinatal	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Mortalidad por Eda de 0-4 años	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Mortalidad por neumonía de 0-4 años	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Malaria falciparum	14	5	4	7	3	0	1	2	0	0	0	0	0	36
Malaria vivax	59	41	30	25	16	24	5	3	0	0	0	0	0	203
Malaria asociada	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Tbc pulmonar	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4
tosferina	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Mortalidad por hepatitis B	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
VIH /Sida	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
varicela	1	1	0	1	5	16	5	5	0	0	0	0	0	34
leishmania	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Hepatitis A	0	0	0	1	1	2	3	3	0	0	0	0	0	7
parotiditis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sífilis gestacional	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Accidente ofídico	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3

Fuente: DANE oficina de estadística Manuel Elkin Patarroyo.

Entre los problemas de salud, la enfermedad de mayor incidencia durante el año 2005 fue la malaria, con una alta incidencia de casos durante los cinco primeros periodos del año, seguido por la varicela con 34 casos durante todo el año poniendo de manifiesto que las condiciones de vida de la población de Inírida son muy precarias, pues como vemos en desarrollo de los Factores condicionantes, los servicios públicos son todavía muy deficientes.

La Hepatitis B se vio una baja ocurrencia durante los 7 primeros periodos del año (condición explicable por la administración de la vacuna en el esquema del PAI a los menores de cinco años), es conocida su presencia en forma endémica en el municipio lo que lo convierte en territorio de alto riesgo.

Tabla 24. Problemas prioritarios de salud Inírida 2005

Orden	PROBLEMA	%	PUNTAJE
1	Neumonía	10,02	48
2	Helmintiasis	6,36	47
3	Trastornos Urinarios	5,28	36
4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4,96	25
5	Infección de las vías respiratorias superiores	4,82	19
6	Infecciones de la piel y el tejido subcutáneo	3,68	18
7	Desnutrición	3,50	18
8	Malaria	3,25	18
9	Hipertensión	2,56	15
10	Diabetes Mellitas	2,2	12

Fuente: secretaria departamental de salud del Guainía

De lo observado en el comportamiento de la utilización de los servicios de salud en el año 2005, se identificaron los 10 problemas prioritarios en salud para el municipio de Inírida, enunciados en la tabla 24, sobre los que la acción de la política pública local se ha comprometido en hacer el mayor esfuerzo en procura de reducir el impacto de las enfermedades sobre la salud de la población, siendo la neumonía, helmintiasis y los trastorno urinarios los de mayor prioridad.

Tabla 25. Población vulnerable para el municipio de Inírida 2005

	Grupo	Población
1	Niños menores de 5 años	5342
2	Mujeres obstétricas	708
3	Mujeres en edad reproductiva	6169
4	Población Mayor de 60 años	894
5	Población Indígena	8928

Fuente: secretaria departamental de salud del Guainía

La población indígena fue la que presentó mayores índices de vulnerabilidad en el municipio de Inírida en el 2005, esto se debe a su cultura y características sociodemográficas; las mujeres en edad reproductiva ocupan el segundo lugar y los niños menores de cinco años el tercero, es por ello que los programas de salud deberían ser reorientados a estos grupos humanos.

6.17 ASEGURAMIENTO

El desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a nivel municipal, presenta los inconvenientes que las dificultades de acceso plantean a los servicios de salud en el territorio. Desde su implementación en 1994, las administradoras del Régimen contributivo se limitaron a tratar de cumplir con las formalidades de las exigencias normativas como la firma de contratos con la red pública descargando en esta la totalidad de la responsabilidad de la atención al usuario lo cual no satisface las necesidades de la población que además no tiene alternativas ya que las EPS no tienen representación en el municipio.

La situación planteada obliga a que los usuarios tomen como alternativa el aseguramiento en el Régimen Subsidiado, al que llegan a través de mecanismos fraudulentos como las certificaciones del SISBEN y las Certificaciones de los Líderes y autoridades de las comunidades Indígenas.

La falta de control por parte de los organismos pertinentes ha permitido que los empleadores eludan sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social y la permisividad por parte de los funcionarios encargados de la contratación pública hace que los contratistas del estado a través de OPS permanezcan afiliados al Régimen Subsidiado de Seguridad Social.

El análisis de cobertura de aseguramiento muestra que el 73% de la población se encuentra cubierta por algún Régimen de Seguridad Social, mientras que el 27% restante no ha tenido acceso a la misma. El municipio presenta en la actualidad un déficit de aseguramiento del 27% que corresponde a 6.866 personas que se encuentran por fuera del Sistema de Seguridad Social en Salud y que son atendidos en calidad de vinculados a través de la Red Pública de propiedad del Departamento⁵⁶. (Tablas 26 al 28).

Tabla 26. Clasificación de la población según nivel de pobreza Inírida 2005

NIVEL SOCIO ECONOMICO	POBLACION
NIVEL 1	11.407,00
NIVEL 2	2.504,00
NIVEL 3	2.093,00
NIVEL 4,5 y 6	1.665,00
LISTADO CENSAL	4.650,00
SIN CLASIFICAR	3.072,00
TOTAL	25.391,00

Fuente: Oficina SISBEN. Secretaría de Planeación Municipal

La oferta de aseguramiento en el municipio para el Régimen Contributivo la garantizan tres (3) empresas: CAJANAL EPS., El ISS. EPS. y CAPRECOM EPS,

⁵⁶ ESQUEMA DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL (P.B.O.T) 1999/ 2000 Municipio de Inírida

todas ellas de naturaleza jurídica estatal; sólo esta última tiene sede con un representante en el Guainía. El ISS garantiza acceso a servicios de salud mediante contrato con el Hospital Departamental y la Sede encargada de atender a los afiliados del Guainía es la de Cundinamarca y Distrito Capital con asiento en Bogotá.

CAJANAL EPS, no garantiza servicios de salud a sus afiliados en el Guainía y debe al hospital todos los servicios desde el año 1994 incluidos los atendidos por urgencias vitales. La sede encargada de atender a los afiliados del Guainía a CAJANAL es la de los Llanos Orientales con asiento en Villavicencio. Los afiliados deben recurrir a mecanismos como la Tutela para recibir servicios de salud a través del Hospital "Manuel Elkin Patarroyo", que resulta siempre condenado a prestar los servicios por mandato de los jueces pero sin lograr recuperar los valores por ese concepto⁵⁷.

Tabla 27. Cobertura de aseguramiento según régimen de seguridad social Inírida 2005

RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	No. AFILIADOS	%
Contributivo	5.826	22
Subsidiado	12.699	49
RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	No. AFILIADOS	%
Vinculados	7.640	29
Total	26.165	100

Fuente: Oficina de Seguridad Social SSG.

El Régimen Subsidiado cubre al 49% de la población residente en el municipio, el 29% no están asegurados y el 22% se encuentran afiliados al Régimen Contributivo.

Tabla 28. Cobertura de aseguramiento del régimen subsidiado por nivel socio económico Inírida 2005

NIVEL SOCIO ECONÓMICO	No. DE AFILIADOS	%
LISTADO CENSAL - POBLACIÓN INDÍGENA	8.712	69
SISBEN NIVEL 1	2.706	21
SISBEN NIVEL 2	1.281	10
TOTAL	12.699	100

Fuente: Secretaría de Salud Municipal. Base de datos Régimen Subsidiado

Los habitantes del municipio que reciben los Beneficios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud son según su Nivel de Pobreza: Población Indígena el 69%. Nivel 1 del SISBEN el 21%; y el 10% restante corresponde al Nivel 2 del SISBEN.

⁵⁷ Ibid.

6.18 PROGRAMAS DE SALUD⁵⁸

En el año 2000 se inició la Reorganización del Sistema Departamental de Salud con la Reimplantación de los programas de salud que habían sido abolidos con la aparición del Sistema General de Seguridad Social en Salud debido a que las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado no habían cumplido con la prestación de los servicios de Promoción y Prevención contenidos en el POS respectivamente y en atención al mal entendido de funcionarios locales en el sentido de que el PAB era un Plan de beneficios que podía ser ejecutado mediante contratación por prestadores privados sin requerir el control ni lineamientos de un equipo coordinador que adoptara las políticas del Nivel Nacional y verificara el cumplimiento de la ejecución de acciones de Salud Pública dirigidas a la colectividad.

En estas circunstancias se organizaron en la Secretaría de Salud Departamental grupos multidisciplinarios para la organización y ejecución de los programas de Patologías Infecciosas, Programas de Salud Sexual y Reproductiva, Programa ampliado de inmunizaciones (PAI), Patologías crónicas y degenerativas, Área de Salud ambiental, Enfermedades transmitidas por vectores (ETV), Vigilancia Epidemiológica con el apoyo del Laboratorio de Salud Pública y el Área de Desarrollo Social. Con los grupos establecidos se inició la implementación de los programas de Salud y la ejecución de acciones de promoción, prevención, vigilancia en salud pública y control de enfermedades dirigidas a la colectividad. La operatividad de los programas ha tenido dificultades debido a que la ejecución de las actividades recae en su mayor parte sobre la Red de servicios que como ya se ha dicho tiene como principal exponente al Hospital Departamental, centro de referencia pero con orientación básicamente asistencial que no ha logrado organizar la atención por programas lo que reduce el impacto de las acciones.

De otra parte la Red del Primer nivel presenta problemas en la infraestructura, dotación y logística; anarquía en su funcionamiento debido a las restricciones para el desplazamiento por las principales vías de comunicación en ocasiones por orden público y en otras por la frecuente escasez de gasolina, a los que se agregan las dificultades de acceso geográfico, dispersión de la población e incapacidad administrativa y de liderazgo en el nivel político administrativo.

El municipio sin embargo, ha recibido los mayores beneficios de la ejecución de las acciones de Salud Pública; pues las mismas se concentran en su territorio con lo que se ha implementado en el 85% de las instituciones educativas el programa de ESCUELAS SALUDABLES, los tamizajes de Salud Visual, de concentraciones de colesterol en sangre, de Glucometría, los programas de prevención del maltrato infantil de Instituciones amigas de la mujer y de la Infancia(IAMI),

⁵⁸ SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL GUAINÍA. Programas Salud Sexual y Reproductiva, Coordinación ETV. SSG,

Prevención del Uso de Sustancias Psicoactivas, del alcoholismo y tabaquismo, el control y vigilancia de la TBC y Lepra, el control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores(ETV), el programa de control y vigilancia de IRA y EDA.

La implementación de los programas de Salud Sexual y Reproductiva con sus acciones de Planificación Familiar, de prevención y control de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS-SIDA) y prevención del embarazo no deseado. El Programa Ampliado de Inmunizaciones(PAI), la implementación del programa de atención integral de las enfermedades propias de la infancia(AIEPI), los programas de control de Roedores, de prevención y vigilancia de la Rabia canina, felina y humana, vigilancia de la calidad del agua y de alimentos por el Laboratorio de Salud Pública y control de las enfermedades transmitidas por alimentos, la Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de notificación obligatoria a través del SIVIGILA, la promoción de los derechos y deberes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la promoción de los programas de demanda inducida para la detección precoz de enfermedades como el Cáncer cervico uterino, de próstata y de mama.

La ejecución de los programas de atención de la demanda inducida ha tenido dificultades en la medida que los usuarios y las usuarias que demandan los servicios no son atendidos oportunamente por la falta de organización de la atención por parte de los prestadores en especial del hospital Departamental⁵⁹.

- **Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)⁶⁰**. El PAI es uno de los programas trazadores del grado de desarrollo del Sistema de Salud en el nivel territorial y las coberturas de vacunación son utilizadas como parámetro de referencia para asignar el presupuesto anual que financia la salud en los municipios por mandato de la Ley 715 de 2001.

El municipio pese a su privilegiada ubicación dentro del territorio departamental ofrece serias dificultades para el logro de las coberturas de vacunación como son las deficiencias en las Redes de Frío, de transportes y de comunicaciones para la operatividad del PAI. la dispersión de la población, la inaccesibilidad geográfica a las comunidades indígenas sobre todo durante el verano, la falta de combustibles para el desplazamiento por vía fluvial, y los obstáculos de carácter administrativo para la logística, a los que se suma la proyección estadística de la población a cubrir la cual resulta en algunos casos sobre dimensionada.

La infraestructura de vacunación igual que la Red de Servicios del primer nivel es propiedad del Departamento quien a través de la Secretaría Departamental de Salud se encarga de ejecutar las actividades de vacunación.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL GUAINÍA. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Las coberturas de vacunación para el año 2005 en el municipio son muy bajas lo que convierte a los habitantes en población de alto riesgo para contraer las enfermedades prevenibles. (Ver tablas 29 a 34).

Tabla 29. Esquemas completos de vacunación en niños menores de 1 año municipio de Inírida 2005

VACUNA	VOP		D.P.T		HVB		HIB		BCG		SARAMPION	
SUCEPTIBLES	756		756		756		756		756		302	
No. DOSIS	3D	%	3D	%	3D	%	3D	%	DU	%	DU	%
TOTAL	202	26,7	199	26,38	245	32,4	186	24,6	376	49,71	62	20,53

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). SSG.

Tabla 30. Esquemas completos de vacunación en niños de 1 - 4 años municipio de Inírida 2005

	VOP		D.P.T		HVB		HIB		BCG		TRIPLE VIRAL	
SUCEPTIBLES	972		1268		1708		1363		1207		1841	
No. DOSIS	3D	%	3D	%	3D	%	3D	%	DU	%	DU	%
TOTAL	226	23,2	204	16,08	203	11,9	359	26,3	101	8,35	642	41,85

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). SSG.

Tabla 31. Coberturas en mujeres en edad fértil y embarazadas municipio de Inírida 2005

VACUNA	TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO									
SUSCEPTIBLES	4368		4368		606		364		222	
No. DOSIS	T1	%	T2	%	T3	%	T4	%	T5	%
TOTAL	815	18,7	396	9,05	376	62	238	65,4	190	85,61

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). SSG.

Tabla 32. Coberturas de vacunación en mujeres embarazadas municipio de Inírida 2005

VACUNA	TOXOIDES TETANICO Y DIFTERICO									
SUCEPTIBLES	747		747		104		62		38	
No. DOSIS	T1	%	T2	%	T3	%	T4	%	T5	%
TOTAL	223	29,84	119	15,92	20	19,22	23	37,1	29	76,29

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). SSG.

Tabla 33. Coberturas en población mayor de 1 año municipio de Inírida 2005

VACUNA	ANTIAMARILICA	
SUCEPTIBLES	6611	
No. DOSIS	DU	%
TOTAL	4818	72,87

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). SSG.

Tabla 34. Coberturas en mujeres post parto y post aborto municipio de Inírida 2005

VACUNA	TRIPLE VIRAL	
SUCEPTIBLES	450	
No. DOSIS	DU	%
TOTAL	220	48,85

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). SSG.

Sus logros más relevantes son la Implementación de las UROCS y UAIRACS en cinco (5) comunidades rurales del municipio donde no se dispone de organismo de salud, implementar la notificación semanal de EDA e IRA a nivel municipal.

Coordina la ejecución del programa de Escuelas Saludables como una estrategia para la adopción de hábitos y estilos de vida saludables durante la infancia y la adolescencia, la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia AIEPI, que tiene el propósito de optimizar la utilización de los servicios de salud y prevenir las complicaciones de enfermedades como la IRA, la EDA, la desnutrición y el maltrato infantil

6.21 ÁREA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS

Incluye los programas de: Hipertensión, Diabetes, Cáncer de cuello y de mama, Epilepsia y Salud Mental.

Se ha implementado el programa de detección precoz del Cáncer mediante la toma de citología vaginal y el Diagnóstico de factores de riesgo para las enfermedades crónicas y degenerativas a través de tamizajes de concentraciones de colesterol y glucosa en sangre.

La implementación de los estilos de vida saludables para el adulto mayor mediante el fomento de la actividad física y los controles de enfermedades propios de esa edad.

Coordina la ejecución del programa de prevención de la violencia intrafamiliar y la convivencia pacífica.

El Municipio a través del PAB destinó la mayor parte de los recursos al programa de Estilos de vida Saludables para el adulto mayor

6.22 PROGRAMA DE PATOLOGÍAS TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV)

Hace parte del grupo de programas que el Estado delegó al Departamento para su ejecución a nivel territorial y se encarga del control de la Malaria, el Dengue, la Fiebre amarilla, la Leishmaniasis y la Enfermedad de Chagas. Tiene financiación desde el nivel central y el apoyo técnico y logístico del INS y el MINSALUD.

Es otro de los programas trazadores del Nivel de desarrollo del Sistema de Salud a nivel territorial y constituye como el PAI un parámetro importante para la asignación de los recursos de salud a través del SGP.

Como se observó en el análisis de la Morbilidad, el municipio de Inírida

experimentó en el último año un fenómeno de urbanización de la malaria y la incidencia de la enfermedad superó el comportamiento de los últimos 6 años. Se han presentado casos de Resistencia a la cloroquina y a la amodiaquina. El municipio es en consecuencia territorio de alto riesgo para malaria urbana y rural y su control requiera la participación conjunta de todos los sectores de la sociedad local.

Las actividades desarrolladas por el programa se orientan a la identificación de vectores, establecer los índices de infestación y al control químico de la transmisión que para el caso de la malaria ha resultado poco efectiva.

El territorio Municipal también es de alto riesgo para la transmisión de la enfermedad de Chagas. El principal vector en el municipio es el *Rhodnius brethesia* de hábito selvático. La transmisión se produce cuando los cortadores de fibra de palma de Chiquichiqui realizan su actividad laboral en la selva. La fibra es utilizada en la fabricación de escobas y de juegos pirotécnicos.

Es conocido el carácter incurable de esta enfermedad cuyo tratamiento no se ha podido lograr en forma efectiva, pero a nivel nacional se trabaja en el suministro de tratamiento a los menores de 12 años en la fase aguda de la enfermedad, edad en la que el tratamiento produce menos efectos colaterales y es mejor tolerado por el enfermo. Tiene como finalidad prevenir la presentación de la cardiopatía Chagásica en la edad adulta, principal causa de muerte por esta enfermedad.

La presencia de dengue ha sido tema de controversias ya que en el territorio municipal no se ha podido demostrar la existencia del *Aedes Aegypti*, no obstante la detección de sintomáticos febriles y a que los territorios vecinos son endémicos para dengue y fiebre amarilla. Sólo en las comunidades de Cumaral y Carrizal en la zona Rural del Río Guaviare se ha detectado una especie vectorial de importancia médica el *Aedes fulvus*.

Los casos de Leishmaniasis detectados en el territorio han sido importados y se han presentado generalmente en los mineros que se encuentran en territorio venezolano y en soldados provenientes de otras regiones del país, por lo general de los Santanderes.

El programa mantiene la vigilancia activa sobre la presencia de sintomáticos y el diagnóstico oportuno, dispone además de los insumos necesarios para el tratamiento.

6.22.1 Zoonosis

El control de Zoonosis se hace a través de la Sección de Salud Ambiental de la

Secretaría de Salud Departamental, quien produce la información y realiza las acciones de control y apoya además al ICA y a los ganaderos de la Región con la Red de Frío en la conservación de las vacunas para las especies bobina y equina.

En el año 2005, se presentaron 42 accidentes rábicos, todos (100%) en el área urbana. De ellos 41(98%) fueron causados por mordedura de perros y uno (2%) por murciélago hematófago.

Tres personas recibieron vacunación antirrábica, dos completaron el esquema y una de ellas no lo completó.

La población de perros en el municipio para el año 2005 fue de 900 en la zona urbana y 624 en la zona rural. La vacunación canina en el año alcanzó una cobertura del 80.7% en la zona urbana y del 67% en la zona rural⁶².

6.23 RED DE SERVICIOS⁶³

Por mandato de las Normas que regulan el sector, el Municipio tiene una Dirección Local de Salud en la que el único cargo existente es el de Secretario.

La Red Pública de prestación de servicios es propiedad del Departamento. El municipio en consecuencia asume las competencias de Dirección del Sistema de Seguridad Social en Salud y Salud Pública con personal contratado bajo la modalidad de OPS para la ejecución de las actividades operativas de Promoción, Prevención, Vigilancia en Salud Pública del PAB, y la interventoría de los contratos del Régimen Subsidiado; no obstante tomando como fuentes de información a la Secretaría Departamental de Salud y a la ESE "Hospital Departamental Manuel Elkin Patarroyo", mostraremos la disponibilidad de los servicios existentes en el territorio.

6.23.1 Oferta de Recurso humano para la prestación de servicios de salud en el sistema territorial de salud

El municipio de Inírida por ser la capital del Departamento dispone de la mayor oferta de servicios de Salud que tiene el Departamento; en el tienen cede el Hospital "Manuel Elkin Patarroyo" centro de Referencia y contra referencia y 14 puestos de salud del Sector Público, además de 3 Centros médicos privados y los servicios de salud del Batallón de Infantería de Marina y la Policía Nacional del Guainía.

⁶² OFICINA DE INFORMACIÓN Y SISTEMAS. S.S.G. Coordinación Programas Patologías Infecciosas, Coordinación Hospital Manuel Elkin Patarroyo.

⁶³ OFICINA DE RECURSOS HUMANOS ESE HOSPITAL DPTAL "MANUEL ELKIN PATARROYO". Secretaría de Salud Dptal del Guainía.

6.23.2 Indicadores de disponibilidad de Recursos Humanos del Subsector Oficial

Tabla 36. Disponibilidad de recurso humano para la prestación de servicios de salud Inírida 2005

Recurso	Indicador		
	Estándar	Municipio	Promedio Nal
Médico General	1/2000htes	3/10000	12.7/10000
Médico Especialista	5/municipio	0,4/10000	ND
Enfermera	1/2000htes	3/10000	5.7/10000
Auxiliar de enfermería	1/1000htes	13/10000	13.9/10000
Odontólogo	1/4000htes	2/10000	8/10000
Bacteriólogo	1/municipio	2/10000	ND
Nutricionista	1/municipio	1/10000	ND
Promotor de salud	1/1000htes	6/10000	ND
Técnico de saneamiento	1/6000htes	1/10000	ND

Fuente: Oficina de Recursos humanos ESE Hospital Dptal "Manuel Elkin Patarroyo".

El recurso humano disponible para la prestación de servicios de Salud en el municipio presenta déficit importante excepto en auxiliares de enfermería que se encuentran al mismo nivel del promedio nacional (tabla 36).

6.23.3 Recursos Físicos

- **Estado de la infraestructura de las instituciones de salud.** El principal Centro de atención es el Hospital "Manuel Elkin Patarroyo", transformado en una ESE del orden Departamental y funcionando como tal desde el mes de Marzo de 2003; cuenta con muy buena infraestructura y recursos tecnológicos modernos y adecuados para la atención de primero y segundo nivel, con 45 camas hospitalarias distribuidas según ilustración del (tabla 37).

Tabla 37. Oferta de servicios del hospital "Manuel Elkin Patarroyo" Inírida 2005

SERVICIOS	RECURSO DISPONIBLE
ATENCIÓN AMBULATORIA	
Urgencias	6 camas de recuperación, 1 Consultorio médico, 1 Sala de Cirugía menor, 1 Sala de Reanimación
Consulta Externa	4 Consultorios de Medicina General, 3 Consultorios Odontológicos, 1 Consultorio de Programas especiales, área de vacunación, Laboratorio Clínico, Radiología y Ecografía, Terapia física, Terapia respiratoria, Terapia ocupacional.
INTERNACION	Hospitalización
Medicina General	14 camas, 1 sala de procedimientos, 1 sala de preparación medicamentos
Gineco Obstetricia	12 camas, 1 sala de partos, 1 sala de legrados y biopsias
Pediatría	13 camas, 4 incubadoras, 2 cunas para foto terapia
Cirugía	2 quirófanos, 1 sala de recuperación, 1 sala de recepción de pacientes
APOYO OPERATIVO	Mantenimiento y Servicios Generales
	2 Ambulancias, Esterilización, Central de Gases, Lavandería y cocina.

Fuente: Oficina de Recursos humanos ESE Hospital Dptal "Manuel Elkin Patarroyo".

En el análisis del estado de la infraestructura de los organismos de prestación de servicios se aprecia que el 47% se encuentra en buenas condiciones para la prestación de servicios, el 41% se encuentra en regulares condiciones y el 12% se encuentra en condiciones no aptas para la prestación de servicios y amerita reconstrucción urgente.

El análisis revela que el 76% de la dotación está en buen estado, el 18% requiere mantenimiento por encontrarse en regulares condiciones y el 6 % debe ser cambiado por encontrarse fuera de servicio

- **Recursos de apoyo.** El organismo mejor dotado de recursos para la prestación de servicios en el municipio es el Hospital "Manuel Elkin Patarroyo", no obstante cabe aclarar que las ambulancias pese a encontrarse en buenas condiciones de funcionamiento no están dotadas con equipos y personal paramédico capacitado para la atención de pacientes durante el trayecto en caso de emergencias.

El resto de organismos del primer nivel muestran algunas deficiencias de apoyo: de los 14 puestos de salud sólo 3(21%) disponen de Radio de comunicaciones, 9(64%) cuentan con una lancha voladora y 2(14%) tienen un bongo (canoa) para transporte fluvial en caso de emergencias. El 21% de los puestos de salud no tienen medios de transporte

- **Cobertura y calidad de servicios.** La cobertura de servicios de salud en el municipio se evalúa con base en las actividades realizadas por el Hospital Departamental "Manuel Elkin Patarroyo" que constituye como ya se ha dicho en otros apartes de este diagnóstico el centro de Referencia Municipal y Departamental y los 14 puestos de Salud que conforman la Red de Servicios en el Municipio, de los que en el año 2005 sólo 12 funcionaron y reportaron informes de ejecución actividades.

- **Productividad.** La cobertura se fundamenta básicamente en la atención médica con el 71%, seguida de la atención odontológica con el 67%. Los controles de enfermería y las visitas de promotores de salud que guardan relación con los programas de salud pública, presentan coberturas muy bajas de 4 y 24% respectivamente. Este hecho obliga a planear en el corto plazo un re direccionamiento del modelo de atención a través de la Red de Servicios con el objeto de promover la salud y prevenir las enfermedades.

7. LIMITACIONES

- Debido a que el departamento del Guainía queda un poco retirado el EPI no se pudo desplazar hasta el sitio, los datos fueron entregados por correo, después de una recolección completa, de diferentes entidades administrativas del departamento.
- Algunas datos del total de la población que se encontraron en internet en la pagina del Dane nos permitieron actualizar datos y modificar su contenido
- No se obtuvo apoyo económico por parte de la Universidad para la realización del proyecto e informe final.

8. CONCLUSIONES

A través de esta investigación se conocieron datos muy importantes sobre el departamento Guainía, que son de gran importancia para el análisis del mismo.

La población a nivel urbana ha venido creciendo para el 2003 había una población de 17.886 hab, comparándolo con el 2005 la población ha aumentado en 27.711 hab, una alza de 9825 habitantes durante los últimos 2 años, lo que podría deberse a las diferentes situaciones que se presentan por el conflicto armado en el resto del departamento, o la afluencia de personas en busca de mejores condiciones de vida.

El Departamento cuenta con el programa nacional Apoyo al desarrollo integral de la mujer liderado por el ministerio de protección social enfocado a atender a las mujeres, niñas y niños víctimas de cualquier tipo de violencia, lo que contribuye al Desarrollo de proyectos productivos en zonas deprimidas y de conflicto, que generan protección y empleo a las mujeres microempresarias cabeza de familia

En cuanto a la cobertura de vacunación se apreciando bajos niveles, siendo el grupo de menores de un año de edad los de menor protección, ya que en promedio no alcanzan el 30% de la cobertura de la población total, elevando el índice de vulnerabilidad a adquirir enfermedades prevenibles, lo cual se reflejó en el alto índice de morbilidad presentado por este grupo. En contraste, el mayor nivel de vacunación se refleja en los grupos de mujeres en edad fértil y embarazadas (superior al 75%), a pesar de ello sigue siendo bajo la cobertura en vacunación. Existen factores que no permiten un buen desarrollo de los programas de vacunación, como por ejemplo la existencia de conflicto armado, población flotante, además el difícil acceso a los lugares de vacunación por la lejanía y el estado de las carreteras, la inexistencia de personal en las IPS

Con la ayuda de las Secretaría de Salud Departamental del Guainía, se logró identificar que el recurso humano existente en salud no es suficiente para cubrir las necesidades de la región.

Se analizaron las primeras causas de morbi-mortalidad que se presentan en el departamento del Guainía observando que los grupos extremos de la vida presentan mayor riesgo de muerte (50%). A partir de los 45 años aparecen las enfermedades crónicas y degenerativas como principales causas de consulta, La asociación de la mortalidad con la Enfermedad diarreica aguda (EDA), refleja la

exposición prolongada a factores condicionados por los hábitos y estilos de vida insalubres.

En cuanto a la cobertura actual en salud y la seguridad social, se encontró El Régimen Subsidiado cubre al 49% de la población residente en el municipio, el 29% no están asegurados y el 22% se encuentran afiliados al Régimen Contributivo lo que indica que falta un esfuerzo por ampliar la cobertura en la población no vinculada.

Plan de Desarrollo Departamental Vaupés, 1.998 - 2.000 Prediagnóstico Ambiental, 1.996. Departamento del Vaupés. C.D.A. Vaupés. (Citado 14 de marzo 2007). (19 pantallas) se encuentra en URL:// www.geocities.com/apsusach/guiacom.html

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, Indicadores en salud, (En línea), Santiago de Chile, Universidad Católica de Chile, 2002. En: <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/insIntrod6.htm> (Acceso: 7 octubre 2006)

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. –Consejo Presidencial para el Desarrollo de Territorios, 1995/1997, Informe de ejecución de la Inversión Pública de la Nación en el Departamento del Guainía.

PRORADAM (Proyecto Radargramético del Amazonas – Colombia). 1979. La Amazonia Colombiana y sus recursos. Tomos I a V. Mapas a escala 1:500.000 IGAC, CIAF, Bogotá.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 10ª rev. Ginebra, 1989; voll: XXV. (Citado 12 marzo 2007). (13 pantallas) Se encuentra en URL:// www.supersalud.gov.co

RUBIANO M, Concepto Técnico de la Minería de Taraira. CDA Vaupés. 1.996. (Citado 13 marzo 2007). (114 pantallas) Se encuentra en URL:// www.Juriscal.Banrep.Gov.co

SADAM A.C, Clasificación Internacional de Enfermedades 10º CIE 10º REVISION, (En línea), Buenos Aires, SADAM, 2006. En: http://www.sadamweb.com.ar/CIE_10_.pdf (Acceso: 15 octubre 2006)

SENA. Informe de la Visita Técnica al Municipio de Taraira, 1.996. Sogamoso. (Citado 24 noviembre 2006). (7 pantallas).se encuentra en URL: [http:// la Salud. Clasificación estadística.](http://laSalud.Clasificaciónestadística)

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA, Salud sexual y reproductiva, (En línea) Arauca, unidad administrativa especial de salud de Arauca, 27/07/2006, En: <http://www.unisaludarauca.gov.co/infoNoticia.asp?IdNot=14> (Acceso: 6 octubre 2006)