



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

SITUACIÓN DE SALUD PARA LA ZONA DE LOS LLANOS Y LA
ORINOQUIA COLOMBIANA

Avance de trabajo para ser presentado ante Colciencias

Villavicencio, Noviembre 2011

Contenido

INTRODUCCIÓN	7
1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS	8
1.1. POBLACIÓN	8
1.2. PIRAMIDE POBLACIONAL REGION DE LA ORINOQUIA	9
1.3. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	10
1.4. TASA GENERAL DE FECUNDIDAD	10
1.5. TASA BRUTA DE NATALIDAD	11
1.6. ESPERANZA DE VIDA	11
2. CULTURA Y SALUD EN LA ORINOQUIA	11
2.1. ENFERMEDADES Y PRÁCTICAS DE MEDICINA TRADICIONAL	12
2.2. CONCLUSIÓN	13
3. FACTORES AMBIENTALES	13
3.1. COLONIZACIÓN	14
3.2. IMPACTO DE EXPLOTACIÓN DE RECURSOS	14
3.3. EXPLOTACIÓN PETROLERA	15
3.4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y DE LA INFORMACIÓN	15
4. FACTORES SOCIOECONÓMICOS	15
4.1. ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO	16
4.2. COEFICIENTE DE GINI	16
4.3. EMPLEO	17
4.4. POBLACIÓN SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INTERFERIDAS, ANALFABETISMO E ÍNDICE DE CONDICIONES DE VIDA	17
4.5. POBREZA Y DESNUTRICIÓN	18
4.5.1. Pobreza	18
4.5.2. Desnutrición	19
4.6. SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR	20
4.7. Afiliación al SGSSS	21
4.8. EDUCACIÓN	22
4.8.2. Educación en mujeres	23
4.8.3. Educación sexual	24
5. SALUD	25
5.1. Salud mental	25
5.1.1. Trastornos	25
5.1.2. VIOLENCIA	26
5.1.3. Violencia y conflicto	26
5.1.4. Violencia intrafamiliar	28
5.1.5. Adicciones y consumo de sustancias psicoactivas	28
5.2. COBERTURAS DE VACUNACIÓN	30
5.3. INDICADORES DE MORBILIDAD	31
5.3.1. Enfermedades Transmisibles	32
5.3.2. Limitaciones permanentes	36
5.4. MORTALIDAD	37
5.4.1. Mortalidad General	37
5.4.2. Mortalidad en grupos de riesgo	38
5.4.3. Mortalidad por grupo de causas OPS	39
5.4.4. Mortalidad por grupos etáreos	41
5.4.4.1. Mortalidad menores de 1 año:	41
5.4.4.2. Mortalidad en población de 1 a 4 años	43
5.4.5.3. Mortalidad en población de 5 - 14 años	44
5.4.5.4. Mortalidad en población de 15 - 44 años	45
5.4.5.5. Mortalidad en población de 45 - 64 años	46
5.4.5.4. Mortalidad en población de 65 y más años	48

6.	EJES ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	50
6.1.	EJES ESTRATEGICOS ARAUCA.....	51
6.2.	EJES ESTRATEGICOS GUAINÍA.....	52

Lista de Tablas

Tabla 1	Orinoquia, distribución de la población por departamentos y género. 2009.....	8
Tabla 2	Distribución del número resguardos y tribus. Departamentos de la Orinoquia. Año 2010	10
Tabla 3	Indicadores demográficos, fecundidad y natalidad 2009 y esperanza de vida al nacer	11
Tabla 4	Porcentaje de cobertura con servicios básicos porcentaje por departamentos 2010.....	16
Tabla 5	Distribución Porcentual de la Población de la Orinoquia, según Necesidades Básicas Insatisfechas, analfabetismo e índice de Condiciones de vida.	18
Tabla 6	Distribución porcentual pobreza en los departamentos de los Llanos y Orinoquia, 2010	19
Tabla 7	Distribución porcentual de desnutrición infantil niños y Niñas, menores de 5 años 2010	19
Tabla 8	Distribución porcentual, situación del adulto mayor Año 2010.....	20
Tabla 9	Distribución porcentual afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2010	21
Tabla 10	Distribución porcentual de cobertura en educación por departamento 2010.....	22
Tabla 11	Distribución porcentual de la educación en mujeres de los departamentos de la Orinoquia.	24
Tabla 12	Distribución porcentual de educación sexual en mujeres, según departamentos. 2010	24
Tabla 13	Prevalencias de vida de trastornos de salud mental, según sexo. Colombia 2003.....	25
Tabla 14	Homicidios y desplazamiento forzado en los departamentos de la zona Llanos y Orinoquia. Tasas x 10.000 Hab. Años 2008 Y 2009.....	27
Tabla 15	Porcentaje de mujeres que alguna vez han sufrido violencia por parte del cónyugue	28
Tabla 16	Porcentaje de principales causas de consultas por psiquiatra y psicología departamento Meta 2010	29
Tabla 17	Indicadores en salud mental con la más alta prevalencia en los Departamentos objeto de estudio.....	30
Tabla 18	Porcentajes de coberturas de vacunación por biológico y departamento de la Orinoquia 2010.....	30
Tabla 19	Casos de Fiebre Amarilla Confirmados en el Meta, según semana epidemiológica de 2008 - 2009.	34
Tabla 20	Relación tasa casos por departamento TB y mortalidad por VIH/SIDA	35
Tabla 21	Tasa de sífilis congénita por departamentos años 2008 y 2009.....	36
Tabla 22	Población con limitaciones permanente en la región de la Orinoquia. Censo 2005.	37
Tabla 23	Mortalidad general por departamento de residencia según grupos de edad. 2007. (tasas por 100.000 habitantes)	37
Tabla 24	Mortalidad bruta, infantil, neonatal precoz y materna por departamentos de la Orinoquia. Tasas 2009	38
Tabla 25	Distribución porcentual de citología cervicouterina y mamografía, según departamentos de la Orinoquia	39
Tabla 26	Mortalidad por departamento según grupo de causas de la OPS, Colombia 2007 (tasa por 100.000 habitantes)	40
Tablas 27	Tasa de Mortalidad en menores de 1 año por departamento de residencia.....	42
Tabla 28	Tasa de Mortalidad en población de 1 a 4 años por departamento de residencia	43
Tabla 29	Tasa de Mortalidad en población de 5 a 14 años por departamento de residencia.....	44
Tabla 30	Tasa de Mortalidad en población de 15 a 44 años por departamento de residencia.....	45
Tabla 31	Tasa de Mortalidad en población de 45 a 64 años por departamento de residencia.....	47
Tabla 32	Tasa de Mortalidad en población de 65 años y mas años por departamento de residencia.....	49



PDF Complete

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Lista de Figuras

Figura 1 Prevalencia de vida de consumo alcohol y tabaco. Colombia 2004.....	29
Figura 2 Distribución de dengue en los departamentos de la Orinoquia. Años 2008 y 2009. Tasas por 100.000 Habitantes.....	33
Figura 3 Distribución de la malaria en los departamentos de la Orinoquia. Años 2008 y 2009. Tasas por 100.000 Hab.....	33
Figura 4 Tasa de incidencia notificada TB todas las formas. Colombia, 1993 . 2008.....	35
Figura 5 Sífilis congénita x 1000 NV en departamentos de la Orinoquia años 2008 y 2009 (Tasas X 1000 NV).....	36

SIGLAS

ARS: Administradora de Riesgos en Salud
CCV: Citología Cervico Vagina
CNTHS: Consejo Nacional del Talento Humano en Salud
CODHES: Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento-ONG
CORMACARENA: Corporación para el Desarrollo Sostenible de la Macarena
CORPES: Corporación Regional
CORPORINOQUIA: Corporación para el Desarrollo de la Orinoquia
COVE: Comité de Vigilancia Epidemiológica
CTel: Ciencia, Tecnología e Innovación
DANE: Departamento Nacional de Estadísticas
DDHH: Derechos Humanos
DIH: Derecho Internacional Humanitario
DSR: Derechos Sexuales y Reproductivos
ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS: Empresa Promotora de Salud
ESE: Empresa Social del Estado
ETV: Enfermedades Transmitidas por vectores
FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía
FUAA: Fundación Universitaria del Área Andina
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
ICETEX: Instituto Colombiano de Crédito y Estudios Técnicos en el Exterior
ICFES: Instituto Colombiano de Fomento de la Educación Superior
IPS: Institución Prestadora de Servicios
IRA: Infección Respiratoria Aguda
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
MSP: Ministerio de la Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
NV: Nacidos vivos
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización No Gubernamental
ONIC: Organización Nacional Indígena de Colombia
OPS: Organización Panamericana de la Salud.
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones
PNAN: Plan Nacional de Alimentación y Nutrición
POS: Plan Obligatorio de Salud
PROFAMILIA: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana
RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios.
RN: Recién Nacido
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIPS: Sistema de Información para la protección Social



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

SIS: Sistema Información en Salud
SNAIPD: Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada
SNCTI: Sistema Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación
SPA: Sustancias Psicoactivas
SSR: Salud Sexual y Reproductiva
SURPD: Sistema Único de Registro para población Desplazada
TB: Tuberculosis
TIC: Tecnología e innovación Científica
UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF: Organización de las Naciones Unidas para Infancia
UNILLANOS: Universidad de los Llanos
UPC: Unidad de Pago por Capitación
UPTC: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
USAID: International Development Unitates Status Agency
VIH: Virus de inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en la zona de los Llanos y la Orinoquía Colombiana, se percibe un descenso de los indicadores de necesidades básicas insatisfechas debido no solo al influjo de la situación de conflicto armado, presente hace más de 50 años, a la presencia de grupos de paramilitarismo y narcotráfico, que ha desplazado una porción significativa de la población de sus lugares de origen, sino también al denominado *boom petrolero*, que induce migraciones internas hacia Arauca, Yopal, Villavicencio y Puerto Gaitán, en las que se experimenta aumento de la población flotante, lo que repercute considerablemente en los ejercicios de planeación estratégica y prospectiva que se habían realizado.

Los Llanos y la Orinoquia, comprende (5) departamentos: Arauca, Casanare, Guainía, Meta y Vichada de los cuales se indagó sobre la situación de salud y sus determinantes, llevando en consideración un enfoque de desarrollo humano y tomando como referencia los datos de la Nación para analizar el comportamiento de los principales indicadores y así permitir la descripción de la problemática en términos de las demandas del medio, de ésta forma se ofrece un panorama general de la salud.

El objetivo del documento es aportar elementos básicos de análisis de la realidad de la situación de salud y por lo tanto orientar hacia dónde deben dirigirse los esfuerzos de investigación en salud, concretados en los ejes estratégicos y sus respectivas líneas de investigación.

Lo conforman las siguientes partes organizadas: la descripción de algunos determinantes de la salud, entre ellos una breve reseña sobre la cultura y salud, una síntesis de la situación de salud en el ámbito regional; la descripción de la competitividad y el emprendimiento de las empresas de salud en el área y lo relacionado con las capacidades acumuladas de ciencia, tecnología e innovación en la región.

La situación de salud de los Llanos y la Orinoquia es un documento que está siendo elaborado con datos de fuentes nacionales, dado que las secretarías departamentales, excepto Meta, no han respondido a la solicitud hecha por medio de correos electrónicos a la Oficinas de Vigilancia de lo demás departamentos. Se espera que con la integración al trabajo de la agenda, puedan ser completados y actualizados algunos datos.

1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

La sociedad de la Orinoquia, por su particularidad histórica albergó grandes grupos de inmigrantes, el sector de los colonos inmigrantes provenientes de los departamentos del interior del país, los habitantes aborígenes de esta región y el sector llanero. Lo anterior generó sincretismo cultural por la amalgama étnica, que se expresa en cosmovisión de salud, costumbres alimenticias, entre otras.

1.1. POBLACIÓN

La región aloja al 3,37% (1'516.842Hab.) de la población colombiana, con una distribución por sexo del 51% del género masculino y el 49% del femenino, ver cuadro 1, y ocupando una área de 328.365 Km² representa el 28,75% del territorio nacional e implica una densidad poblacional de 4.6 Hab./Km², con la población dispersa, como lo muestra su distribución espacial en lo relativo a distribución Urbana-Rural. Se nota una tendencia de urbanización que es directamente proporcional con el grado de, accesibilidad vial, de servicios y de trabajo es decir de desarrollo de los departamentos, así: Meta (74,3%), Arauca (61,7%), Casanare (71,3%), departamentos considerados en el estudio de Corporinoquía dentro del área Integrada y Guainía (30,9%) y Vichada (41,2%) citados en la misma fuente, en el área aislada; en éstos últimos la accesibilidad a los servicios de salud, se toma más costosa por el transporte. Es de anotar además que en entidades, de manejo ambulatorio, pero que requieren controles frecuentes éste factor cobra importancia vital.

Tabla 1 Orinoquia, distribución de la población por departamentos y género. 2009

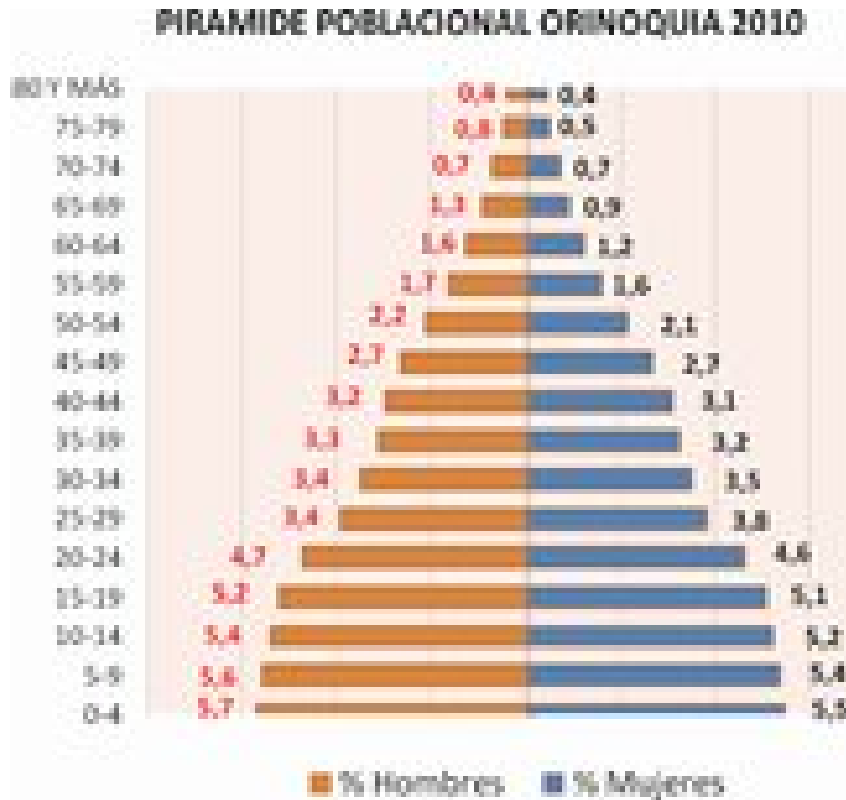
Departamento	Total de la población	Distribución por zona				Distribución por sexo			
		Cabecera	%	Resto	%	Hombres	%	Mujeres	%
ARAUCA	244.507	150.905	61,7	93.602	38,3	23.480	50,5	121.027	49,5
CASANARE	319.502	227.742	71.3	91.760	28.7	162.729	50.9	156.772	49.1
GUAINIA	37.705	11.666	30.9	26.039	69.1	19.595	52.0	18.110	48.0
META	853.115	633.866	74.3	219.249	25.7	428.949	50.3	424.166	49.7
VICHADA	62.013	25.534	41.2	36.479	58.8	31.699	51.1	30.314	48.3

Fuente: MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Indicadores básicos, distribución de población por sexo y zona año 2009.

No se presentan diferencias significativas en lo relacionado con distribución por género en el área.

Deben revisarse las diferencias entre la cantidad de población que arrojó en Censo 2005, sobre las que se generan proyecciones, y la cantidad de población en las regiones, es una de las causas para que los datos estén mostrando distorsiones.

1.2. PIRAMIDE POBLACIONAL REGION DE LA ORINOQUIA 2010



Fuente: Elaborado por agenda de investigación, a partir de datos de población DANE 2005, por grupos etáreos de los departamentos.

La población el resultado del crecimiento poblacional, con los componentes de nacimientos, muertes y saldo migratorio. En la región la distribución poblacional se visualiza en forma piramidal, con una base amplia, ésta forma suaviza los datos departamentales sobre todo los de Guainía y Vichada, en las que la base es amplia, pero a partir de los grupos de 25 -29 años se observa una constricción, (Ver anexo --- ..) La afectación a partir de éste grupo etáreos se observa en todos los departamentos, siendo Arauca en la que el efecto en la pirámide no es marcada a PESAR de que el fenómeno de la violencia (homicidios) presenta la mayor tasa de 204,84 x 100.000 hab. De la región. Esto implica que existen otros factores diferentes los homicidios, causantes de la disminución marcada de grupos poblacionales como desplazamientos (emigración), por ser ciudades fronterizas o por fenómenos asociados a la violencia como desplazamiento forzado.

La importancia de la población indígena, se toma el dato del Censo 2005, porque la ONIC, no respondió solicitudes de información, en la región se puede observar en el cuadro 2, con una presencia importante en los departamentos de Guainía y Vichada, siendo que esta última representa el 69% de la población. Ello conlleva contemplar formas de brindar cuidado de la

salud partiendo del empleo de metodologías basadas en la etnografía, con el fin de poder pernear la barrera cultural y aportar al mejoramiento de la salud de esta población vulnerable.

Tabla 2 Distribución del número resguardos y tribus. Departamentos de la Orinoquia. Año 2010

Departamentos	Población	Resguardos	Tribus
Arauca	3279	26	u'wa, macahuane, piapoco, Kuiba, betoyes, chiricoa, hitnu
Casanare	4338	11	achaguas, guahibos, sálivas, tunebos, sikuane
Guainía	32164	18	curripacos, puinaves, guahibos
Meta	7747	16	guahibos, achaguas, piapocos, sálivas y gabarras
Vichada ¹	21447	46	guahibos, piaroas, piapocos y puinares
Total	68975	117	

Fuente: DANE. Censo General 2005. Perfiles por departamentos.

1.3. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

Tasa Global de fecundidad: mide el número de hijos que en promedio tendrá una mujer durante su vida fértil. Los departamentos muestran cifras por encima del promedio nacional, siendo el Arauca el que muestra mayor número de hijos por mujeres en edades de 15. 44 años es de 4, siendo en la ENDS de 2005 de 2,6; Casanare también muestra un incremento, pasa de 2,1 en el 2005 a 2,9 en el 2010. El Meta pasa de 2,7 en la ENDS de 2005 a 2,64 en la de 2010. De los departamentos de Guainía y Vichada no se cuenta con dato anterior para compara, (ver cuadro 3).

1.4. TASA GENERAL DE FECUNDIDAD

Tasa general de fecundidad: Mide la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto periodo y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. En cuanto a esta tasa los departamentos superan la tasa nacional y, Arauca muestra la tasa más alta de la región, ver cuadro 3, puede expresar la falta de cobertura en lo relacionado con métodos de planificación, no en términos de conocimiento sino de accesibilidad, desconocimiento de derechos sexuales y de negociación con la pareja, como se muestra en el cuadro 10.

¹ SECRETARIA DE PLANEACIÓN DEL VICHADA. Informe de rendición de cuentas 2010.

1.5. TASA BRUTA DE NATALIDAD

Una causa del proceso de transición demográfica en Colombia es la disminución sistemática de las tasas de natalidad y mortalidad, situación que se retarda en la región estudiada, pues todos los departamentos muestran cifras superiores a la tasa Nacional. La Tasa de Arauca, es la más alta de la región, dato que resalta en razón a no contarse con información de los departamentos del Guainía y el Vichada.

Tabla 3 Indicadores demográficos, fecundidad y natalidad 2009 y esperanza de vida al nacer

Fuente: ENDS. 2010. Profamilia

DEPARTAMENTO	Fecundidad y Natalidad 2009				Esperanza de Vida al Nacer 2005-2010		
	Tasa global de fecundidad 2005-2010 *(X mujer(1))	Tasa Bruta de Natalidad 2005-2010 (X1000 Habitantes(1))	Tasa General de Fecundidad ** (X mil mujeres) 2005-2010 (1)	Mujeres en edad fértil (15-49) proyecciones DANE 2009 (2)	Hombre	Mujer	Total
ARAUCA	3,92	29,97	125,60	58.828	65,23	73,45	68,23
CASANARE	2,90	23,32	91,30	83.529	65,6	72,58	69
GUAINIA	2,9*	14,27 ²	92,68 ¹	9.051	72	75	73,5
META	2,64	22,07	83,6	228.920	66,84	74,62	70,63
VICHADA	2,6*	Sd	Sd	13.898	Sd	Sd	Sd
TOTAL NACIONAL	2,45	19,86	74,6	11.987.754	70,67	77,51	74

1.6. ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida, que muestra el cuadro 3 ha venido, en general, aumentando de forma significativa en el País desde hace algunas décadas, e igual la mujer logra una diferencia, que en la zona supera en 7 años (promedio) a la del hombre, esto puede ser efecto de la violencia que afecta más al género masculino.

2. CULTURA Y SALUD EN LA ORINOQUIA

Para las teoristas Purnell y Paulanka³, consideran la cultura como la totalidad de patrones de comportamiento, artes, creencias, valores costumbres, estilos de vida y otros productos del trabajo y el pensamiento humano socialmente transmitidos, característicos de una población de

² SECRETARÍA DE SALUD. Guainía 2009. Indicadores básicos en salud. Dinámica de la población.

³ PURNELL, L. y PAULANKA, B. Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach (citación 10 de oct./2008). Disponible en <http://www.nursingknowledge.org/portal/main.aspx?pageid=36&sku=76392&ProductPrice=48.9500>

personas, que guían su visión del mundo y su toma de decisiones, esto aporta a que cada ser sea único, con experiencias de vivencias pasadas y aprendidas. Con este conocimiento y la cosmovisión de los sujetos a los que se brinda cuidado, es que se pueden lograr cambios de comportamiento y conductas de estilos de vida saludables.

A continuación, en este aparte de la situación de salud se hace referencia al tema de salud y cultura, en cuanto las prácticas están presentes en el imaginario simbólico de la población y es un determinante de la salud.

2.1. ENFERMEDADES Y PRÁCTICAS DE MEDICINA TRADICIONAL

El ser humano como ser social, comparte con grupos de individuos y en ésta interacción están presentes componentes culturales que se expresan de diversas formas, una de ellas es el afrontamiento de la enfermedad, ello se ve reflejado en el comportamiento y decisiones de quien está enfermo y los que lo rodean.

Para los profesionales de la salud en general, no puede pasar desapercibido este hecho, puesto que el cuidado de la salud está presente en todas las culturas. Las creencias o enfermedades con manifestaciones físicas, más frecuentes en los llanos⁴:

a) El hielito o *velo* Es una especie de raquitismo que afecta especialmente a la población infantil y es producida por la introducción del frío de los muertos en el organismo de niños o mujeres embarazadas. Se contrae por acercamiento al cadáver, visita a cementerios, asistencia a velorios o alguien que después de haber asistido a estos sitios, alza o toca al niño. Prácticas: Ofrecimiento al compadre Bototo⁵, Inmersión en la panza de una vaca; baños con caldo de papa y brandy.

b) El descuaje: Es la desacomodación del *cuajo*⁶, ocasionado por una caída o por un susto, lo que desencadena episodios de diarreas acompañados de fiebre y vómito. La práctica: masaje y faja en el área del abdomen.
- Seco: Síntomas fiebre, inapetencia, náuseas, distensión del estómago y sed.
-Húmedo: Síntomas: Fiebre, soltura, vómito, diarrea con olor a cuajo de leche.

c) Erisipela: Síntomas: Pierna roja e hinchada. Causada por un golpe o por picadura de un zancudo. Prácticas, existen varias; Uno, sobar la parte afectada con la panza de una rana, por siete días y colocar un trapo rojo en la parte superior del eritema. Otro: Hacer baños con creolina, rezar el área y colocar por tres días el pié elevado. Los baños se continúan por dos semanas⁷.

d) Culebrilla: Aparición de brote con vejigas en forma lineal en brazo, pierna, abdomen o tórax, acompañado de rasquiña y dolor en la parte afectada, puede presentarse fiebre y malestar general. La evolución consiste en el avance lineal de la afección. Práctica: El rezo con vena de

⁴ SALTARÍN, Carmen & ZÚÑIGA, Nidia. Prácticas de Medicina Tradicional. Alternativas de salud y vida en los Llanos Orientales de Colombia. Universidad de los Llanos, Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Enfermería. Año 2002.

⁵ *Ibid.* Pág. 37

⁶ *Ibid.* Pág.92

⁷ *Ibid.* Pág. 95

plátano, aplican leche de higuerón y ordenan baños, cada tres noches, con agua de hierba mora⁸. Corresponde a un Herpes.

e) Tronchaduras y esquinces⁹: Síntomas: dolor e hinchazón en la parte afectada. La práctica sobar con cremas calientes, acomodar el hueso y vendar.

2.2. CONCLUSIÓN

Dentro de las tradiciones, que hacen parte de la cultura de un pueblo se encuentra la forma de tratar sus enfermedades, como fue ilustrado en el acápite anterior. Estos datos reportados por las investigadoras sobre tratamientos (prácticas) y creencias, deben considerarse información que en conjunto con la **percepción de salud y enfermedad** que poseen las comunidades se constituyan en los pilares para idear la forma de aportar a la conservación de la salud. Es desde esta mirada, con un cuidado humano de los grupos vulnerables de la población, desde donde enfermería y otros profesionales de la salud comprendan, reconozcan y lleven a cabo aprendizajes mutuos, es decir, con mediación de la intersubjetividad, en donde se respete el saber tradicional y los imaginarios y significantes que poseen los pobladores, abandonando la postura de impartir educación en salud desde la cosmovisión del profesional de la salud.

En la región de la Orinoquia, existe sincretismo cultural en las zonas de cabecera municipal y las medianamente pobladas, pero en las zonas aisladas, aún habitan indígenas que conservan sus tradiciones y con los cuales se tiene una deuda histórica en todo sentido, pero en salud, se hace imprescindible reconocer la importancia de los cuidados ancestrales que han perdurado en ellas conservando su salud espiritual, física, social y ambiental. Lo anterior implica, la cultura de la salud, conceptualizada por Pinto y Sánchez¹⁰ **es todo lo que el hombre ha hecho y hace para cultivar la vida humana en sus potencialidades físicas, mentales y sociales+**

3. FACTORES AMBIENTALES

La Orinoquia es un territorio que incluye sabanas tropicales, humedales, bosques, selvas húmedas y ecosistemas de montaña con rica diversidad biológica y ecológica¹¹. Los bosques en el 25% con colinas, terrazas bajas, de altillanuras y de vegas de río donde se encuentran árboles de 35 mts. de altura. Las sabanas, que corresponde al 75% del territorio, están cubiertas por gramíneas y plantas herbáceas, con algunos árboles dispersos que a veces se agrupan, como los morichales, las piñas de corozos y matas de monte. La superficie de las sabanas es ondulada y plana, presentándose el relieve denominado **banco+**, por donde van haciendo los caminos; y los bajos que pueden ser surales, que se inundan en la época de invierno. Esta estación dura siete meses y se caracteriza por fuertes y continuas lluvias, con descargas eléctricas.

⁸ Ibid. Pág.95

⁹ Ibid. Pág. 90

¹⁰ PINTO, Natividad y SANCHEZ, Beatriz. Cultura y cuidado de la salud. EN: Dimensiones del cuidado. 1° edición. Editorial Unibiblos. U. Nal. de Colombia. Año 1998. Pág. 46

¹¹ CORPORINOQUIA-UNIANDÉS-FESCOL. La mejor Orinoquia que podemos construir. Elementos para la sostenibilidad ambiental del desarrollo. Pág.18

3.1. COLONIZACIÓN

En de la Orinoquia-Altillanura, desde Puerto López hasta Puerto Carreño, desde hace casi una década tienen lugar procesos de colonización-transformación del territorio con participación de capital extranjero y nacional y el montaje de grandes empresas agroindustriales^{12,13}. Esta ampliación de la frontera agropecuaria, genera reflexiones sobre el modelo tecnológico y sus impactos sobre el medio ambiente y la biodiversidad, así como las definiciones de los compromisos de lo público y lo privado sobre el suministro de bienes públicos y la regulación de conflictos sobre el acceso y uso de los recursos.

Los actuales escenarios de colonización contemplan la convergencia de varios procesos: la paulatina conversión de las colonizaciones en aéreas campesinas, y la apertura de nuevos frentes (puntas) de colonización, como en Amanaven (Vichada) y, finalmente, el ingreso de grandes proyectos agroindustriales y mineros, algunos hasta ahora ilegales que se llevan a cabo en el Guainía y que muy seguramente serán legalizados y entregados a inversionistas de capitales nacionales y multinacionales; proyectos cuyos impactos ambientales son previsibles, dadas las experiencias en otros países, y de grandes repercusiones en los diferentes ecosistemas.

3.2. IMPACTO DE EXPLOTACIÓN DE RECURSOS

La Orinoquia es vista como espacio de oportunidades económicas, procesos de desarrollo en los que se olvida que hay una interdependencia entre clima, agua, la vida de los ecosistemas y la dinámica de las poblaciones humanas, esto es, la concreción de los servicios que prestan los ecosistemas ambientales; por lo tanto en la producción no siempre están presentes las medidas necesarias para construir procesos ecológicamente viables y sostenibles que sean además, incluyentes y equitativos.¹⁴

Las formas de ocupación agroindustrial más recientes, a diferencia de los anteriores, implican la transformación profunda de los ecosistemas naturales manejados, de las costumbres locales y las relaciones sociales¹⁵. Estas transformaciones severas, generan riesgos ambientales que podrían comprometer, incluso, la calidad y magnitud del desarrollo económico.

En la Orinoquia se prevén:

- Incrementos de la temperatura media
- Procesos de desertificación, agudizados por la expansión e intensificación de la agricultura y la explotación petrolera, especialmente, cuando implican el uso INTENSIVO del agua.

A lo anterior se suma, el hecho de no reconocer el papel de otros ecosistemas en el funcionamiento del ciclo hídrico, especialmente, el de los llamados sabanas inundables+

¹² Esta denominación para los asentamientos nucleados en territorios de frontera la propuso el geógrafo Gerhard Sandner, a propósito de las colonizaciones desarrolladas en Costa Rica a comienzos de la segunda mitad del siglo xx.

¹³ PNUD, Colombia rural. Op. Cit. Pág. 103

¹⁴ CORPORINOQUIA-UNIANDES-FESCOL. Op.Cit. pág. 42

¹⁵ Ibid. Pág. 48

Se llevan a cabo en la región explotaciones mineras de arcilla, materiales de construcción, esmeraldas, hierro, plata y metálicos; específicamente, en el Guainía extraen oro con precario manejo ambiental¹⁶.

La conservación ambiental es también escasa en áreas donde se carece de titulación formal de la tierra¹⁷.

3.3. EXPLOTACIÓN PETROLERA

En los departamentos de Arauca, Casanare y Meta donde hay extracción de petróleo, se impacta el medio ambiente y la biodiversidad, en todas las fases de las operaciones petroleras. Las dos principales causas de afectación ambiental¹⁸ son: Contaminación (Química especialmente sobre el recurso hídrico -, sonora y lumínica, con distintos tipos de impacto en la biodiversidad) y la deforestación generada por la construcción de infraestructura como: plataformas de perforación, campamentos, helipuertos y pozos, así como la apertura de carreteras de acceso, el tendido del oleoductos y líneas secundarias.

Además de los espacios estrictamente deforestados, hay un efecto ~~de~~ borde+ que conlleva a que la extensión alterada sea mucho mayor, pues impacta a los animales de la selva - sobre todo animales mayores y aves que huyen del lugar- y en consecuencia se afecta la alimentación o nutrición de los indígenas, con posterior deterioro de su salud y calidad de vida.

3.4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y DE LA INFORMACIÓN

Esta gestión es indispensable ~~para~~ para ganar capacidad de control ambiental y territorial e informar a la sociedad sobre los límites en la transformación productiva del territorio. Se trata de la generación y administración de conocimiento para mejorar el manejo de ecosistemas regionales, fortalecer la capacidad de planeación y gestión ambiental y territorial y hacer diagnóstico y prospección del entorno político, social, legal y ambiental¹⁹.

Las universidades e instituciones de la región no han logrado destacar una agenda de investigación sobre la Orinoquia ante Colciencias y no actúan en red en la búsqueda de un propósito común que permita una gestión adaptativa de la transformación productiva del territorio²⁰.

4. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Para la presente revisión sintética de estos factores en la Orinoquía, se tomarán indicadores que son el resultado de varios determinantes inmersos dentro del desarrollo de cada uno de los departamentos, entre ellos: composición poblacional de etnias, accesibilidad educativa. vial y

¹⁶ Ibid. Págs. 54 -57

¹⁷ Ibid. Pág. 88

¹⁸ BRAVO, Elizabeth. LOS IMPACTOS DE LA EXPLOTACION PETROLERA EN ECOSISTEMAS TROPICALES Y LA BIODIVERSIDAD. Mayo de 2007. Citado 14 de octubre de 2011. Disponible en: http://www.loff.cat/imagenes/destruccion/impactos_explotacion_petrolera-esp.pdf, Págs. 2 - 42

¹⁹ CORPORINQUIA-UNIANDÉS- FESCOL. Op. Cit. pág. 83

²⁰ Ibid. Pág. 84

de trabajo, que a su vez conllevan al nivel de ingreso de las comunidades. La panorámica de la situación de la región, permite deducir sus condiciones de vida.

Tabla 4 Porcentaje de cobertura con servicios básicos porcentaje por departamentos 2010

Departamento	Acueducto			Alcantarillado	Luz
	Cobertura	Apta	Continuidad		
Arauca	96***	Todos los municipios excepto Puerto Rondón	100%	92	Solo en cabeceras municipales**
Casanare	72***		100%	77***	95.08***
Guainía	61**	3,6	Cada tercer día	71**	En capital de depto.**
Meta	83,4	No apta		84.65	100
Vichada	89,2*	43	31*	60% En cabeceras municipales	

*FUENTE: Puerto Carreño, en el resto de municipios es del 25%.

**FUENTE: En la capital de departamento²¹.

*** FUENTE: SECRETARIA DE GOBIERNO CASANARE. Unidad Departamental Agua Potable y Saneamiento Básico -UDAPSAP-

*** FUENTE: ENERCA S.A. E.S.P, Subgerencia Técnica (02 de Octubre de 2009)

Apta para el consumo humano en todos los municipios excepto Puerto rondon

No tiene calculo especifico, pero en las cabeceras municipales si hay Luz .

Fuerza

4.1. INDICE DE DESARROLLO HUMANO

El PNUD, mide el nivel de desarrollo humano de un territorio, IDH, con base en tres indicadores: esperanza de vida al nacer (longevidad), nivel educativo, medido en función de una combinación de la tasa de alfabetización de adultos (ponderación, dos tercios) y la tasa bruta de matrícula combinada de primaria, secundaria y superior (ponderación, un tercio) y nivel de vida medido por el PIB real per cápita (PPA en dólares). En la región sólo se encuentra reportado para el Meta 0,76, supera el tercer percentil lo que implica condiciones de vida buenas. De los demás departamentos no se encuentran datos.

4.2. COEFICIENTE DE GINI

Mide el grado en que una distribución del ingreso se aparta de la perfecta equidad. El valor máximo es 1, implicando total inequidad y 0 significa equidad plena. El Coeficiente de GINI, para el 2001 se reporta para el Meta en 0,50, esto es muestra de la inequidad que se evidencia

²¹ SECRETARIA DE SALUD. Guainía 2009. Indicadores básicos en salud. Acceso a servicios domiciliarios. Grupo de Atención al Ambiente.

por medio de otros factores socioeconómicos. Para los demás departamentos no se reporta este dato, pero dada la brecha evidenciada en los indicadores, debe estar muy cercano a 1.

4.3. EMPLEO

Siendo el empleo un factor determinante de ingresos para las familias y que repercute en la calidad de nutrición que tenga acceso dicha familia. El DANE²² en encuestas de ciudades, reporta al Meta con una tasa de desempleo de 10,0%, una tasa global de participación de 63,2% y una tasa de ocupación del 56,9%. No se informa para los demás departamentos.

En el País la informalidad representada por trabajos por cuenta propia, empresas particulares y otras posiciones agrupan al 40,8% de la población colombiana²³. En la zona de los Llanos y la Orinoquia ese porcentaje, se ve incrementado por el trabajo a ~~estajo~~ en el campo; ya en la zona urbana o capitales de los departamentos se observa un gran número de trabajadores informales, tales: comerciantes ambulantes de frutas, comidas, bebidas, ropa, zapatos, discos, lentes, bisutería, cinturones..etc..La informalidad conlleva a inequidades respecto a acceso a salud, pues si bien, podrían vincularse como independientes o asociarse para hacerlo de forma grupal, pero el ingreso ~~no~~ alcanza²⁴

4.4. POBLACIÓN SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INTERFERIDAS, ANALFABETISMO E ÍNDICE DE CONDICIONES DE VIDA

Los indicadores simples seleccionados por el DANE, fueron: Viviendas inadecuadas, hogares con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, hogares con alta dependencia económica y hogares con niños en edad escolar que no asisten a la escuela²⁵. Según los resultados del censo 2005, Vichada y Guainía son los departamentos que tienen más NBI, mayor porcentaje de analfabetismo y coherentemente los que tienen menor ICV, esto está asociado al olvido estatal de que ha sido objeto y a dificultad de llegar con servicios a un porcentaje de población indígena (80%), poseedores de una cultura diferente a quienes hay que ayudar a que construyan planes de desarrollo acordes a su cosmovisión e incluirlos dentro de los planes de desarrollo departamental.

Los demás departamentos están con 35% o menos de NBI, pero con índices de analfabetismo por encima de las cifras nacionales, aún en departamentos como Arauca y Casanare que cuentan con dineros de regalías petroleras. Ver cuadro 5.

²² DANE Principales indicadores del mercado laboral departamentos -2010. Boletín de prensa 29 de abril de 2011. Disponible en: http://www.dane.gov.com/files/investigaciones/boletines/ech/juventud/boletín_dep_10.pdf,

²³ ACTUALICESE.COM. Informe sobre datos del DANE. La informalidad laboral acosa a los colombianos. 15 abril de 2010. Citación 14 de octubre de 2011. Disponible en: <http://actualicese.com/noticias/el-país-la-informalidad-laboral-acosa-a-los-colombianos>,

²⁴ GALVIS, Clara & CASTRO, Ana. Perfil Epidemiológico del trabajador informal que labora en la zona Centro de Villavicencio. 2005

²⁵ DNP, Sistema de Indicadores Básicos N° 30 Coyuntura económica e Indicadores sociales p. 19, 25 y 30.

Tabla 5 Distribución Porcentual de la Población de la Orinoquia, según Necesidades Básicas Insatisfechas, analfabetismo e índice de Condiciones de vida.

Departamento	NBI ²⁶ (Porcentaje) 2008	*Analfabetismo	*Índice de condiciones de vida (ICV)
	Total	Porcentaje	Porcentaje
NACIONAL	27.78	7,18	78,8*
Arauca	35,91	10.53	59.8
Casanare	35,55	18	58.1
Guainía	57,53 ²⁷	18,20 ²⁸	55.5
Meta	25.03	8.7	75.58
Vichada	66.95	25	65.5

* ICV total, porque la rural es de 60,7

*Fuente: DANE. Censo 2005

La CEPAL²⁹ muestra para 2009 datos que retoman los del censo 2005, por lo que se decide colocar directamente lo encontrado en éste censo y completar la información.

4.5. POBREZA Y DESNUTRICIÓN

4.5.1. Pobreza

El espectador³⁰ publicó un estudio realizado por el PNUD, en donde Colombia para el 2015 no alcanzará las metas en mejoramiento de los índices de pobreza, indigencia, tasa de analfabetismo para personas entre 15 y 25 años, cobertura en educación media y preescolar, el porcentaje de mujeres en embarazo, cobertura de saneamiento básico, y cobertura de acueducto urbano, dato posible con el panorama que se observa, ver cuadro 5, en los departamentos de la Orinoquia, donde el índice de pobreza alcanza al 100 en la zona rural de Guainía y Vichada, y en los demás departamentos muestran cifras que implican una situación de mayor deterioro frente a las nacionales. Lo anterior refuerza las afirmaciones del PNUD³¹, en cuyo informe afirma que el modelo de desarrollo rural, implementado en el País, no promueve el desarrollo humano, hace a la población rural mas vulnerada, es inequitativo, excluyente, poco democrático, no favorece la convergencia, invisibiliza las diferencias de género y discrimina a las mujeres, no promueve la sostenibilidad, concentra la propiedad y crea condiciones para el surgimiento de conflictos, y por último no afianzó la institucionalidad rural.

²⁶ MINISTERIO DE Protección Social. Indicadores básicos 2009. Situación de salud.

²⁷ SECRETARÍA DE SALUD. Guainía 2009. Op.cit. Acceso a servicios domiciliarios.

²⁸ Ibid. Nivel educativo

²⁹ CEPAL. Sobre base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares de los respectivos países. Para el año 2009. Citación: 9 octubre de 2011. Disponible en <http://www.risalc.org/portal/indicadores/ficha/?id=11>,

³⁰ EL ESPECTADOR. Colombia no mejorará los índices de pobreza para 2015, edición 22 de octubre de 2009. Disponible en [<http://www.elespectador.com/noticias/nacional/articulo168067-colombia-no-mejorara-los-indices-de-pobreza-2015>]

³¹ PNUD. Colombia rural, razones para la esperanza. Año 2011. Pág. 33-42. Citado 14 de octubre. Disponible en: http://hdr.undp.org/es/informes/nacional/americalatinacaribe/colombia/NHDR_Colombia_2011_ES_low.pdf,

Para efectos de nivel socioeconómico, el 76 % de población colombiana pertenece a estratos 1 y 2, este porcentaje, excepto el Meta, es superior en los demás departamentos en estudio. Ante este grupo de población con grandes desigualdades, el gobierno debe reforzar las políticas públicas para mejorar el ingreso y su calidad de vida.

Tabla 6 Distribución porcentual pobreza en los departamentos de los Llanos y Orinoquia, 2010

Indicador	Total país	Urbana	Rural	Arauca	Casanare	Guainía	Meta	Vichada
Índice de riqueza: quintiles más bajo, bajo y medio	59	46	100	89	75	100	67	100
Estratos para cobro de energía %SE %p 1 y 2:	72	66	88	92	93	85	67	79

Fuente: Observatorio del Territorio Universidad de los Llanos, con datos de la encuesta nacional de demografía y salud 2010, PROFAMILIA.

4.5.2. Desnutrición

Tabla 7 Distribución porcentual de desnutrición infantil niños y Niñas, menores de 5 años 2010

Tipo de desnutrición	Total Nacional	Urbana	Rural	Arauca ****	Casanare	Guainía	Meta	Vichada
*DNT Crónica	13	12	17	43	10	17	8	16
**DNT Global	3	3	5	51	1	5	2	6
***DNT aguda	1	1	1	37,9	1	1	1	1

Fuente: ENDS.2010 Disponible en:

http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=151&Itemid=10.

* DNT Crónica: Porcentaje de niños con talla inferior a la esperada para su edad³².

**DNT Global es la deficiencia del peso con relación a la edad.

*** DNT Aguda: Porcentaje de niños con bajo peso para la talla esperada.

****UNIDAD DE ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA. ESTUDIO observacional de la situación nutricional año 2010 (estudio de 5000 niños menores de 5 años nivel 1 y 2 del departamento de Arauca)

La ENDS (2010) reveló que entre el 8 y el 16% de la población mayor de 5 años sufre de desnutrición crónica en la zona de los Llanos de la Orinoquia. Estos datos son superados en departamentos que han hecho mediciones propias como Arauca en donde se encontró DNT

³² ENDS. Definiciones del documento indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud de la población y de las mujeres en edad fértil, por zonas, regiones y departamentos. Plegable. 2010.

crónica de 43%, Global 51% y aguda del 37,9%³³, dato de muestra de 5000 sujetos entre 5 -17 años en el departamento de Arauca.

Los departamentos de Guainía y Vichada muestran porcentajes muy superiores al dato nacional tanto en la DNT Crónica como en la Global, ver cuadro 6, pero que no son coherentes con cifras de índice de calidad de vida y pobreza de estos departamentos, sin embargo en los departamentos no se cuenta con información, la respuesta es % nosotros manejamos los datos de la ENDS 2010+. Un dato den la Primavera Vichada reporta en menores de 5 años datos de DNT.20% y DNT 9 observar tabla 7.

4.6. SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR

El adulto mayor constituye una población vulnerable y están considerados como prioridad de atención en el Plan Nacional de Salud Pública³⁴. En los departamentos de Guainía y Vichada, según la ENDS el 50% de ellos trabajaron la semana anterior y en Vichada la principal fuente de ingresos es la jubilación para el 4%. De los Programas alimentación se benefician entre 25 - 37 % de los adultos, siendo solo el 12 % en el Meta, dato inferior a la media Nacional que es el 14%. La frecuencia de morbilidad en los últimos 30 días varía entre un 13-25%.

La frecuencia de hospitalización y reingreso hospitalario está asociado a la calidad de vida que haya tenido el sujeto, a la calidad de atención médica, al autocuidado y al cuidado y apoyo social que tenga el adulto mayor, en la zona del 16 al 28% de esta población fue hospitalizada en el último año. Ver cuadro 7. Los adultos mayores hospitalizados, tienen características y condiciones de calidad de vida³⁵ que ameritan la generación de nuevas estrategias de atención en salud y ampliación del cubrimiento de prótesis y tecnologías para atender sus discapacidades.

Tabla 8 Distribución porcentual, situación del adulto mayor Año 2010

DEPARTAMENTO	Trabajaron en la semana anterior a la encuesta	Principal fuente de ingresos jubilación	Asisten a programas alimentarios	Enfermos 30 días antes de la encuesta	Hospitalizados en el último año
ARAUCA	29	10	25	25	28
CASANARE	33	9	32	19	16
GUAINIA	58	18	36	15	20
META	34	20	12	17	23
VICHADA	52	4	37	13	17
TOTAL NACIONAL	27	28	14	18	22

Fuente: ENDS 2010. Colombia, indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud de la población y de las mujeres en edad fértil por zonas, regiones y departamentos.

³³ UAESA. Estudio observacional descriptivo de la situación nutricional . año 2010

³⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL: Decreto 3039 de 10 agosto de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud.

³⁵ Fuente: Programa MIPAIOSF. 29/07/10.

4.7. Afiliación al SGSSS

El cuadro 8, muestra a un 11% de la población de la región fuera del SGSSS, es una faja de la población realmente sin acceso a servicios de salud, además se adiciona, el hecho de corresponder a población pobre de la región, quienes a su vez poseen otros factores de riesgo de enfermar y morir, por ser de zonas rurales dispersas, de difícil acceso, seguramente una gran parte de ésta población no recibe ninguna atención en salud, puesto que no está sisbenizada, condición básica para acceder a una inscripción en una EPS.

Se puede observar que el régimen que predomina es el subsidiado con porcentajes superiores al 60% en la mayoría de los departamentos objeto de estudio, excepto el Meta. Esto puede estar relacionado con las características de desarrollo y posibilidades de empleo de los departamentos, situación que determina la capacidad de pagar el contributivo. En los departamentos con ubicación de la población en la zona rural (Vichada y Guainía), y además perteneciente a grupos étnicos (afrodescendientes, indígenas) deben ser subsidiados o están sin afiliación.

Llama la atención que el 16% de la población del Meta se encuentre fuera del SGSSS, de los departamentos que manejan regalías petroleras, es el que tiene mayor porcentaje de población descubierta. A lo que se suma el hecho de accesibilidad económica, evidenciado durante el trabajo comunitario de la práctica Universitaria, en comunas de Villavicencio, se encuentran situaciones de personas enfermas que han sido atendidas por una determinada institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, pero que no cuentan con recursos para "completar" el valor de la fórmula, en realidad no se tiene acceso al servicio de salud. Lo anterior se encuentra como un problema para llegar a una cobertura universal, enunciado así: %a continua dependencia de los pagos directos, incluidas las cuotas de usuario³⁶. Evidencia un estado crítico para la atención de Salud a la población que más lo necesita.

Tabla 9 Distribución porcentual afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2010

Régimen	Total país	Urbano	Rural	Arauca	Casanare	Guainía ³⁷	Meta	Vichada
Régimen contributivo	40	49	16	21	26	9,5	35	14
Régimen subsidiado	44	36	69	64	60	85	45	64
Régimen especial	3	3	1	3	3	2,5	4	2
No Afiliados	13	12	14	12	11	3,1	16	20

Fuente: Observatorio del Territorio Universidad de los Llanos, con datos de la ENDS, 2010, PROFAMILIA

Comentario: La cobertura de la población por el SGSSS, muestra algunos departamentos con un déficit de cubrimiento, entre ellos el Meta es el que muestra al 16% de la población fuera de

³⁶ OMS. Informe salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud El camino hacia la cobertura universal Consulta 24 de sept. de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/index.html>, pág. 5 -15

³⁷ SECRETARIA DE SALUD. Guainía 2009. Op.cit. Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

cobertura de los regímenes contributivo y subsidiado, constituyéndose en el grupo de personas que deben ser atendidos como vinculados. Este panorama puede empeorar cada año, pues el acuerdo legislativo 001 de 2007 hace un recorte presupuestal a los entes territoriales, a partir del 2008 y hasta el 2018 que representa una reducción del 30% de lo correspondiente al Sistema General de Participaciones en los ingresos corrientes de la Nación³⁸, SGP, normativa que va en contravía con la política de lograr una cobertura universal en el aseguramiento.

4.8. EDUCACIÓN

4.8.1. EDUCACIÓN EL POBLACIÓN GENERAL.

Tabla 10 Distribución porcentual de cobertura en educación por departamento 2010

Indicador	Arauca**	Casanare*	Guainía ³⁹	Meta***	Vichada ⁴⁰
Primaria	73	49,08	71	84,3	63
Secundaria	56	33,57	26	59,5	22,2
Media	31	10,09	7	22,5	6,2

* FUENTE: Secretaría de Educación de Casanare

** FUENTE: SECRETARIA DE EDUCACIÓN ARAUCA. Informe de gestión de la cobertura del servicio educativo 2008 . 2011. Pg. 6

*** FUENTE: SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTO.

La educación es una función vital de la sociedad y se inicia desde el nacimiento de manera informal, luego se le asigna a instituciones ligadas a la estructura política y social de un país, que es cuando se formaliza en las aulas. A través de ella se aprenden conceptos que son productos de la creación humana que hacen posible al hombre descubrir y comunicar su percepción del mundo que lo rodea y tienen la función de guiar la observación o bien organizar la percepción para captar la realidad⁴¹, se constituyen así en un recurso mental que permite aprehender una realidad que en sí misma puede ser compleja e indivisible. De ahí, que la educación básica sea el pilar para la construcción del futuro ciudadano, no solo, porque lo habilita como miembro de una determinada sociedad, sino que lo fundamenta en lo relacionado con comportamientos saludables.

En una zona como la Orinoquia con departamentos que albergan poblaciones con diferencias culturales, el concepto adquiere distintos sentidos y significados, dificultando la comunicación. Esto hace prioritario considerar el estudio de las representaciones sociales con el fin de conocer determinados conceptos y valoración que los individuos tienen, para estratégicamente intervenir de forma coherente con la mentalidad de los individuos que los habitan.

³⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Boletín estadístico sectorial, 2005. Afiliación a la salud. Régimen contributivo y subsidiado.

³⁹ SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL GUAINIA. Oficina de ampliación y cobertura. Nov. 10 de 2011

⁴⁰ Secretaría de Educación y Cultura, Departamento de Vichada. Anexo 6a - resolución MEN 166 de 2003. Área de Cobertura Educativa.

⁴¹ VALADEZ- FIGUEROA, Isabel; VILLASEÑOR- FARÍAS, Martha y ALFARO- ALFARO, Noé. **Educación para la Salud: la importancia del concepto. Consultado 28 de noviembre de 2011.** Disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/edsal.pdf>, pág. 2

Tabla 10 muestra cifras, obtenidas en las secretarías de educación y en todas ellas dieron cifras que asegura una cobertura buena en primaria. Pero lo que está ocurriendo con la salud, implica el fortalecimiento de ésta educación y orientarla hacia la salud, EPS, desde que se inicia la escolarización, el docente se constituye en el multiplicador esencial para todos los hábitos saludables. Además de esto, la situación de salud clama porque se GARANTISE a una población VULNERABLE, suplir sus necesidades básicas de tal forma que evite causas de mortalidad totalmente evitables.

En departamentos como Vichada y Guainía, se hace indispensable la formación de etnoeducadores, que ~~viendan~~ ~~puentes~~ ~~interculturales~~, para que se pueda llegar a la mentalidad de los educandos y obtener cambios de comportamientos de riesgo a estilos de vida saludables.

4.8.2. Educación en mujeres

Observando Tabla 11. La educación de la mujer está relacionado positivamente tanto en ingresos como en salud y educación de sus hijos⁴², esto es en la calidad de vida de toda la familia y es un determinante de la salud del niño.

La tasa bruta de asistencia a la escuela es similar a la Nacional en tres de los cinco departamentos y es mayor en los departamentos de Guainía y Meta, siendo que poseen diferencias marcadas en infraestructura educativa y grado de accesibilidad.

El índice de paridad tanto en la primaria como en secundaria es 1 en todos los departamentos, y demuestra la equidad de género en esos niveles de educación.

Llama la atención el porcentaje de analfabetismo en MEF en el Meta, puede estar relacionado con el hecho de que Villavicencio es una ciudad receptora de un volumen significativo de los desplazados de la región. En Guainía se observa un porcentaje superior al rural Nacional, pero puede estar afectado por las características poblacionales.

Respecto a la vinculación laboral de las MEF, si bien mejora el ingreso de las familias, también hace que los niños estén más tiempo solos, bajo la responsabilidad de sus hermanos mayores o de familiares (expone a violación); otras veces la madre lleva a su hijo al trabajo y el niño empieza a ~~ayudar~~ a la labor, así, inicia el trabajo infantil que puede incidir en la inasistencia escolar y además es un obstáculo para el desarrollo de actividades propias de la niñez, como el juego. Lo anterior concita a la reapertura de los hogares infantiles del ICBF, en donde se brindaba atención integral a la niñez.

⁴² EDUCAR CHILE. Impacto de la educación de la madre. Citación 15 de octubre. Disponible en: www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?ID=75390,

Tabla 11 Distribución porcentual de la educación en mujeres de los departamentos de la Orinoquia.

Indicador	Total Nacional	Urbana	Rural	Arauca	Casanare	Guainía	Meta	Vichada
Niñas asisten a la escuela primaria (tasa bruta)	90	87	96	95	92	109	113	94
Niñas asisten a la escuela secundaria (tasa bruta)	97	98	95	94	100	81	85	90
Índice de paridad de género en primaria	1	1	1	1	1	1	1	1
Índice de paridad de género en secundaria	1	1	1	1	1	1	1	1
MEF analfabeta (%)	2	1	4	2	1	6	5	2
MEF con secundaria (%)	76	83	51	71	70	56	61	73
MEF que trabajan actualmente (%)	53	56	40	57	55	56	52	52

Fuente: ENDS. 2010

4.8.3. Educación sexual

Se puede afirmar que la falta de información general y específica de anatomía y fisiología, no es la causa del problema del embarazo en adolescentes, ver cuadro 10.

Hace falta reforzar lo relacionado con los derechos reproductivos, en lo que escasamente se pasa de 50% de la población informada, siendo una tarea que implica trabajo de grupos interdisciplinarios dada el componente cultural que conlleva.

La negociación con la pareja, es un aspecto determinante e implica la comprensión y la aprehensión de los derechos, así como el empleo de métodos y estrategias que faciliten la comunicación de la pareja. Es un campo en el que el Estado debe invertir, dado el efecto en la calidad de vida reproductiva y sexual de la mujer. Tabla 12.

Tabla 12 Distribución porcentual de educación sexual en mujeres, según departamentos. 2010

Indicador	Total Nacional	Urbana	Rural	Arauca	Casanare	Guainía	Meta	Vichada
Mujeres de 13 - 24 años que han participado en actividades sobre educación sexual.	80	83	70	88	85	67	78	66
Mujeres de 13 Æ 24 años has participado (%):								
Recibió información en el colegio	93	94	90	92	93	87	93	85
Recibió información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos	59	61	53	50	67	57	50	59
Recibió información sobre anatomía y fisiología	88	90	82	93	86	84	83	84
Recibió información sobre negocia con la pareja	22	23	19	15	29	10	22	6

Fuente: ENDS. 2010

5. SALUD

5.1. Salud mental

Dada la importancia del tema en cuanto a que los problemas relacionados con violencia en general, pero fundamentalmente la intrafamiliar, adicciones, suicidios subyace en ésta esfera, y ante lo cual se tienen %desatendidas+los signos y síntomas de un problema que se expresa en conductas y número de casos. En este acápite se muestran ahora datos nacionales de la encuesta de 2003, los cuales serán enriquecidos por datos recopilados directamente en los departamentos.

5.1.1. Trastornos

El estudio Nacional de Salud mental en Colombia⁴³, resumen del cuadro 13, reporta que le 40% de los colombianos ha tenido alguna vez un trastorno mental, siendo los más frecuentes:⁴⁴

- a) Trastornos de Ansiedad: 24.0 %
- b) Trastornos del Afecto: 13.9 %
- c) Uso de sustancias psicoactivas: 10.7 %
- d) Ideación suicida: 12.3%

Resulta preocupante y de análisis para las instituciones de salud y académicas, la situación de estos 11.592.000 colombianos que padecen alguno de los trastornos anteriormente mencionados y frente a los cuales el sistema de salud tiene una actitud de %desatención total+y a la cual solo se les destina el 2% del presupuesto de salud. A ello contribuye la escasez de profesionales formados en el área de salud mental, no así los profesionales psicólogos con los que se cuenta un buen número en el País.

Tabla 13 Prevalencias de vida de trastornos de salud mental, según sexo. Colombia 2003

Trastorno	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Trastornos de ansiedad	24.0	24.0	24.0
Trastornos del afecto	13.9	13.9	13.9
Uso de sustancias psicoactivas	10.7	10.7	10.7
Ideación suicida	12.3	12.3	12.3
Trastornos de personalidad	1.0	1.0	1.0
Trastornos de conducta	0.5	0.5	0.5

Fuente: ⁴⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL-OMS/Harvard-FES. ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL COLOMBIA 2003. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo15417DocumentNo2663.PDF>,

⁴³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL- FUNDACIÓN FES SOCIAL. Estudio Nacional de Salud mental en Colombia 2003.

⁴⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - OMS/Harvard - FES. ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL COLOMBIA 2003.

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo15417DocumentNo2663.PDF>

En la tabla 13, se evidencia el efecto de la carga de roles de la mujer (mamá, empleada, ama de casa y esposa) sobre su estado anímico, con trastornos de ansiedad, en un 8% superior, con relación al género masculino.

En referencia al abuso de sustancias, la razón es de 7,8 hombres por cada mujer, cifra que puede irse viendo afectada por la incursión de la mujer en el hábito de fumar y en ingerir bebidas alcohólicas.

5.1.2. VIOLENCIA

Según la OMS es *el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones y atenta contra el derecho a la salud y la vida de la población*⁴⁶

La violencia interpersonal, colectiva y autoinflingida se expresan no solo en el escenario del conflicto armado sino también en: las comunidades, calles, sitios de trabajo y en el hogar; son de gran magnitud y tiene un impacto elevado sobre la salud física y mental de todas las personas que las padecen, causando daños psicológicos y físicos y deteriorando su calidad de vida⁴⁷. Las víctimas de violencia corren mayor riesgo de sufrir problemas psíquicos y comportamentales de muy diversa índole como depresión y otros trastornos mentales, abuso de alcohol, ansiedad y comportamiento suicida⁴⁸.

Se requiere una política de Estado ante la violencia, pues solo con las acciones de gobierno se ha evidenciado ineficacia para *reanudar la ola*. Se llevan a cabo acciones que no llegan al núcleo del problema, se atacan las expresiones de una enfermedad *social* pero no se reconoce y por tanto no se destinan recursos para tratar esa enfermedad *desatendida*; sin embargo la violencia genera costos derivados tanto de su repercusión en la salud de las víctimas - *no visibilizados por el SSGSS* - como de la carga que imponen a las instituciones de salud, la cual se debe cuantificar para así atraer la mirada del Alto Gobierno.

En este trabajo se considera a la violencia como una situación multicausal y evitable con acciones de carácter interdisciplinario y multisectorial.

5.1.3. Violencia y conflicto

Existe en la zona de estudio, influencia de miembros de las FARC, el paramilitarismo y narcotráfico en disputa por el control de territorios y búsqueda de posicionamiento estratégico, principalmente, en sectores aledaños al río Guaviare, Meta, Vichada y Guaina quienes se enfrentan con las FF.MM.

⁴⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Estadísticas de programas de educación no formal. (fecha de citación 06 de mayo de 2007). <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo78DocumentNo33.DOC>

⁴⁶ OMS. Prevención de la violencia, los traumatismos y la discapacidad. Citado 25 de noviembre de 2011. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/resolutions/bogota/es/, 1 pantallazo.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Ibid.

Este conflicto armado, presente ya hace varios años, y %conflicto por tierras+ detectado y haciéndose %visible+ recientemente, han generado que los pobladores sean obligados a salir de sus lugares de origen y/o residencia, ver cuadro 11, donde se presentan cifras de los años 2008 y 2009 en los departamentos objeto de estudio. Las tasas finalmente confirman que existe una disminución relativa pero que continúan siendo departamentos con índices considerables de desplazamiento y homicidio.

En Guainía, si bien los homicidios no son frecuentes, sí llama la atención que la tasa de desplazados, por ejemplo en el 2009, fue la mayor en la zona. Los motivos podrían estar asociados con diferentes aspectos como: explotación de minera Oro y Coltan . entre otros-, hasta ahora %legal+, expropiación de tierras para contar con %corredores+de tráfico de drogas.

Tabla 14 Homicidios y desplazamiento forzado en los departamentos de la zona Llanos y Orinoquia. Tasas x 10.000 Hab. Años 2008 Y 2009

Departamento	Homicidios				Desplazados			
	2008		2009		2008		2009	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Arauca	259	16.92	216	8.83	10084	658.98	4667	190.87
Casanare	88	3.12	63	1.97	1527	54.28	1556	48.69
Guainía	3	1.59	3	0.79	685	364.41	805	213.49
Meta	510	7.14	367	4.30	16370	229.34	9621	112.77
Vichada	34	7.62	9	2.34	479	107.41	593	95.62

Fuente: Observatorio del Territorio Universidad de los Llanos, con datos de CODHES, informe 2010.

El Arauca duplica la tasa del Meta para el 2008 y 2009 en cuanto a homicidios. Los desplazados la tasa del año 2009 se redujo 300% respecto al año anterior, sin embargo sigue siendo alta, ocupando el 2° lugar en la región y la situación crítica de desplazados. Lo anterior puede responder a diversos factores: Persistencia del conflicto armado con grupos como FARC y ELN, presencia de paramilitarismo y las BACTRIM que presionan sobre posesión de tierras para generar corredores (municipio de Arauca- Tibú Santander, para el narcotráfico que puede darles salida hacia Venezuela), aprovechamiento del ambiente de sozobra, creado por acciones frecuentes de estos grupos armados, por otros grupos delictivos para llevar a cabo extorsiones.

El Meta, también e afectado por fenómenos similares a los de Arauca.

En lo relacionado con desplazamiento en el Meta el gobierno departamental publicó el Plan Integral Único para la atención y protección de la población desplazada que respecto a salud, en el análisis situacional, se refiere al %compromiso de la Secretaría de Salud de contribuir al desarrollo de la comunidad, fortaleciendo a la familia como núcleo social primario y como base para el cumplimiento de funciones biológicas, educativas, económicas, de solidaridad y protección, directamente relacionadas con la preservación de la vida humana y el bienestar+⁴⁹ no se encuentran datos que caractericen dicha población en cuanto a su situación de salud, educación, acceso a servicios, entre otros, como si se hizo en Antioquia⁵⁰, y con base en los cuales se pueda planear atención concreta y pertinente a sus problemas.

⁴⁹ GOBERNACIÓN DEL META. Plan Integral Único para la atención y protección de la población en situación de desplazamiento, departamento del Meta. 2009-2011. Pág. 98-99

⁵⁰ OPS-OMS- UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA: Salud y desplazamiento en Colombia, Módulo 1: Comparación de la situación de salud, entre población en situación de desplazamiento y receptora, en seis ciudades. Periodo 2002. 2003.

5.1.4. Violencia intrafamiliar

Observando el cuadro 14. El comportamiento de este problema en el País, se puede afirmar que no hay diferencias significativas entre las cifras de la zona urbana con respecto a la rural.

Ahora bien, en relación con la violencia verbal y psicológica (amenazas) y violencia física (incluye violación) las variaciones de los porcentajes en los departamentos es pequeña y similar a la Nacional, pero señala al Meta con mayor número de casos en los tres tipos de violación.

En cuanto a la violencia física con resultados de lesión física o psicológica muestra un comportamiento parecido en los departamentos de la zona y similar a lo que sucede en el ámbito Nacional, excepto Casanare que evidencia un porcentaje de 92%, esto es 10% más que los del área, lo que puede estar asociado al machismo existente en este departamento.

Tabla 15 Porcentaje de mujeres que alguna vez han sufrido violencia por parte del cónyuge

Mujeres unidas alguna vez que han sufrido violencia por parte del conyugue	Total Nacional	Urbana	Rural	Arauca	Casanare	Guainía	Meta	Vichada
Violencia verbal (situación desobligada)	26	26	26	28	36	22	34	25
Violencia psicológica (amenazas)	32	33	30	35	38	27	38	24
Violencia física (incluye violación)	37	39	34	33	38	32	46	36
Violencia física resultado en lesión física o psicológica	85	85	87	82	92	84	84	84
Violencia de otra persona diferente al conyugue	6	6	5	7	8	3	9	5

Porcentaje de violencia intrafamiliar por departamento.
http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=151&Itemid=10

5.1.5. Adicciones y consumo de sustancias psicoactivas.

En el mapa de Colombia, figura 1, se observa a 4 de los siete (7) departamentos de la zona de los Llanos como consumidores mayores de sustancias psicoactivas: Para alcohol, los departamentos del Meta, Vichada y Casanare e iguales para consumo de tabaco; la prevalencia del trastorno⁵¹ por uso de sustancias es de 13,2% en hombres y 1,6% en la mujer, siendo la dependencia del 4,7% en hombres y 0,3% en mujeres. En el Guainía el 17% de los adultos (18-69 años) son fumadores y el 2% de los adultos consumen marihuana, cocaína, tranquilizantes y disolventes o inhalantes⁵². Situación que exige intervención interinstitucional e intersectorial con el fin de aportar diferentes estrategias que puedan incidir en ésta problemática que conlleva deterioro paulatino de la salud de la población afectada.

Las edades (mediana) para: abuso del alcohol 23 años; la dependencia 21 y el abuso de drogas 20⁵³

⁵¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio Nacional de Salud Mental 2003. Edad de inicio de trastornos por uso de sustancias (citación: 22 de enero de 20089. Disponible en http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudio_salud_mental_colombia.pdf29

⁵² SECRETARÍA DE SALUD. Guainía 2009. Indicadores básicos de salud. Consumo de sustancias psicoactivas.

⁵³ Ibid. 42

Las principales causas de consulta en el departamento del Meta, están determinadas por la clasificación CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades publicada por la OMS). Con un total de 23.692 pacientes que consultaron por los diferentes trastornos en el último año. Los porcentajes que se exponen a continuación están divididos en dos valores el primero le corresponde a todos aquellos pacientes que su situación de salud fue atendida por un psiquiatra y el segundo valor por un psicólogo. Para el caso del numeral 6 dichos trastornos fueron atendidos además de un psiquiatra y psicólogo por un terapeuta.

Tabla 17 Indicadores en salud mental con la más alta prevalencia en los Departamentos objeto de estudio

- A. Intentos de suicidio y suicidio consumados
- B. Trastornos por consumo de SPA en mayores de 18 años
- C. Abuso del consumo de alcohol;
- D. Consumo de SPA entre los jóvenes escolarizados entre 12 y 17 años de edad;
- E. Alta prevalencia de vida de consumo de cigarrillo, marihuana y cocaína.
- F. Alta prevalencia de marihuana como sustancias predominante entre las sustancias psicoactivas ilícitas.

FUENTE: Gobernación de Arauca Intervención Forzosa Técnica Administrativa de la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca.

Fuente: SIVIM 2011, RIPS 2010 y SIVIGILA 2011. Diagnostico de Consumo de Sustancias Legales e ilegales- 2010.

Los jóvenes escolarizados entre 12 y 17 años y la adolescencia mayores de 18 años son dos etapas en donde el individuo se enfrenta a un sinnúmero de situaciones difíciles, a esta edad empiezan a buscar su autonomía y a rechazar la protección adulta, quedando así expuestos, con mayor frecuencia, a conductas de riesgo enfrentado situaciones de amenaza para su desarrollo personal, social y familiar como el uso de drogas, consumo de SPA, abuso del alcohol y tabaquismo, además de los intentos de suicidio en esta población, son hoy día problemáticas en salud pública para el país, situaciones que no son ajenas a cada uno de los departamentos cuyos indicadores señalan la prevalencia de estas mismas situaciones solo que alterando su orden, ver cuadro 15.

5.2. COBERTURAS DE VACUNACIÓN

Tabla 18 Porcentajes de coberturas de vacunación por biológico y departamento de la Orinoquia 2010

DEPARTAMENTO	Polio (3) dosis	DPT (3) dosis	BCG Única dosis	Hepatitis B(3) dosis	H,i,B (3) dosis	T,V Única dosis	Fiebre Amarilla Única dosis	Neumococo(1) dosis	Rotavirus (3) dosis
ARAUCA	77,0	77,1	70,4	78,8	77,1	78,4	78,4		
CASANARE**	87	93	100	96	92	91	98	89	93
GUAINIA ⁵⁵	51,9	51,9	77,2	51,9	51,9	70	70	36,8	45,9
META***	95,7	95,7	90	95,7	95,7	91,6	89,3		84,2
VICHADA*	71,3	71,3	50,2	71,3	71,3	76,9	59,5	29,5	89
Total Nacional****	82	97	97						

⁵⁵ SECRETARIA DE SALUD GUAINÍA. PAI. Responsable Edgar Sebastián Velásquez.



* SECRETARÍA DE SALUD DEL VICHADA. Programa PAI. Profesional Consuelo Sierra. Procesadas con cifras del DANE. Fecha de toma del dato 19 de septiembre de 2011.

** SECRETARIA DE SALUD YOPAL CASANARE. Fecha toma de datos 16 noviembre de 2011.

**** SECRETARIA DE SALUD META. Dirección promoción y prevención, coberturas de vacunación acumuladas por municipio, edad y tipo de biológico. Consolidado mes de enero a diciembre de 2010

**** ENDS 2010

Los datos que se muestran en el (Cuadro 18), son elaborados tomando datos poblacionales y secretarías de salud de cada departamento.

En cuanto a coberturas los cuales en Meta, Casanare y Arauca alcanzan coberturas útiles en BCG.

En el departamento del Guainía, que muestran cifras críticas, no se puede mejorar este dato debido a que se ha hecho vacunación domiciliar y se encuentran 538 niños y en el censo DANE reporta 1066.

En Vichada se toman datos directos . en la Secretaria de Salud . y la realidad se evidencia, con cifras críticas de cobertura para el 2010 y que son históricas. Desde el año 2010 la Unidad Básica de Atención, UBA, tiene afectada la atención por serios problemas económicos, con 10 meses de atraso en el pago a los servidores de la salud, y carencia de recursos para el trabajo en unidades básicas locales, situación que favoreció el descenso de cobertura, en el 2010 con relación al 2009. Otro elemento a considerar es que las maternas que presentan algún grado de complicación, las están remitiendo a Villavicencio o Bogotá.

Frente a estos datos llama la atención la información del Ministerio de la Protección Social⁵⁶ el 80% de los menores de dos años que viven en el país tiene el esquema completo de vacunación. Esta cifra representa un incremento importante con respecto a la ENDS 2005 cuando fue de 58%+. Será, que la fuente de los datos no son las Secretarías de salud?, porque aún tomando las cifras poblacionales reportadas por salud, no se alcanzan coberturas útiles, excepto con BCG en los departamentos ya citados.

5.3. INDICADORES DE MORBILIDAD

En la región, como en el País, se presentan cambios complejos e interrelacionados entre sí en los patrones de salud y enfermedad que ocurren en las poblaciones humanas a través de períodos más o menos prolongados⁵⁷. Normalmente suceden en una secuencia que va de un patrón dominado por las enfermedades infecciosas y de la primera infancia, íntimamente asociados con pobreza, hacinamiento, desnutrición y falta de asistencia médica, a un patrón donde predominan las enfermedades crónicas, lo que se denomina transición epidemiológica⁵⁸.

⁵⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Mejora la tasa de mortalidad infantil en Colombia. Boletín de prensa 058 de 2011. Citación 25 de noviembre de 2011.

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/EI80delasmujeresmenoresde25a%C3%B1oshaparticipadoalgunavezenactividadesobreeducaci%C3%B3nsexual.aspx>,

⁵⁷ Es una interpretación del complejo salud-enfermedad y los determinantes demográficos, socioeconómicos y ecobiológicos de la dinámica poblacional.

⁵⁸ Silvio Gómez Arango, M.D, M.P.H., Alba Lucía Vélez Arango, M.S.P. Programa nacional de investigación en salud pública y sistemas de salud. Avances en capacitación¹. Colciencias- Universidad de Caldas. (citada: 25 de agosto de 2006) , <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol29no2-3/programa.html>

Para el análisis se presentan de forma sintética a continuación, los indicadores según datos del Ministerio de Protección Social²³, algunas secretarías de salud y la OMS y OPS

5.3.1. Enfermedades Transmisibles

El efecto de la descentralización del control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, ETV. Sigue siendo contraproducente, como lo muestra el cuadro 23, en el que se evidencia en impacto de éstas enfermedades en la mortalidad. Las medidas nacionales han conseguido aumentar el número de casos del 2008 al 2009, como en el caso de la malaria en el Guainía y en Vichada. Desde la descentralización administrativa los entes departamentales han asignado la responsabilidad del control de ETV a los municipios y éstos no lo asumen con la eficiencia requerida, o no cuentan con el recurso preparado para ello.

Dengue

Los indicadores para enfermedad por dengue en sus dos clasificaciones, deja ver que la tendencia en los últimos tres años va en aumento en todo el País, según indicadores básicos 2009⁵⁹.

En la Orinoquia los departamentos más afectados por dengue clásico son Guainía con una tasa 3114,1 por 100.000 hab, y Arauca (tasa de 440,78 x 100000 Hab.), y los demás departamentos mostraron cifras muy por encima de las nacionales Tasa 114,2 x 100000 hab. así: Casanare (tasa 615,38 x 100000 hab.), Vichada (tasa 519,94 x 100000) y Meta (Tasa 369,4 x 100000 hab.), . La revista Semana⁶⁰ anuncia la emergencia sanitaria declarada principalmente en ciudades Villavicencio, pasando oficialmente de la endemia a la epidemia, lo que significa que los casos confirmados y registrados excedieron los esperados. En cuanto a dengue hemorrágico, Casanare concentra la atención con una tasa de 111, 76 x 100000 Hab. seguido del meta con 36,27 x 100000 hab, ver Figura 2.

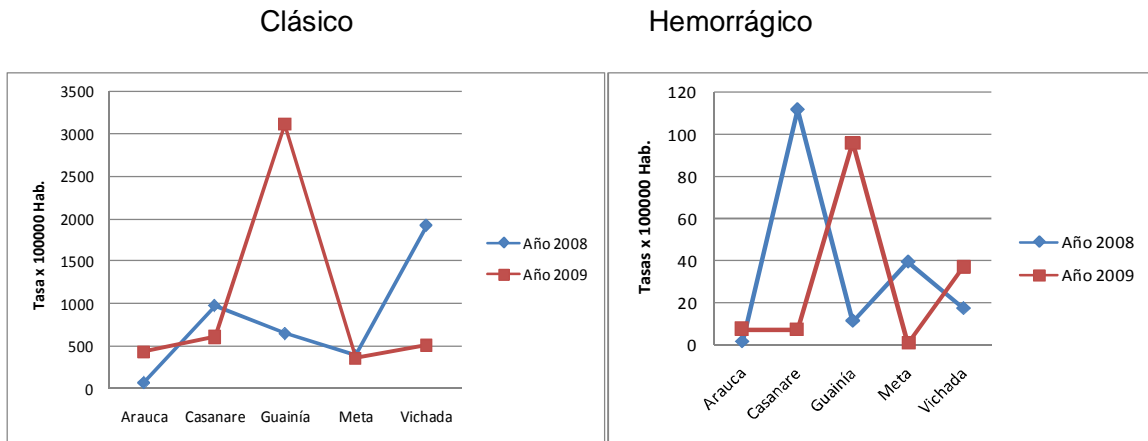
Entendiendo que es un evento de difícil control, el MPS adelanta esfuerzos con las EPS e IPS con el ánimo de seguir difundiendo la guía y protocolo establecido para su manejo y motivando a los Municipios y Departamentos para que no abandonen la vigilancia activa de este evento, sobre todo en épocas de lluvia donde tienden a incrementarse los casos.

Pero también deben reforzarse estrategias que tienen como base la participación comunitaria y en realizar análisis del riesgo percibido por las comunidades frente a los vectores con el fin de intervenir de forma acertada y eficaz.

⁵⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL . INS . Indicadores básicos 2009.

⁶⁰ REVISTA SEMANA, En aumento casos de Sida y dengue Colombia, citado 07 de octubre de 2011. Disponible en <http://www.semana.com/nacion/colombia-ha-registrado-93-muertes-dengue-casi-78000-casos-este-ano/139768-3.aspx>

Figura 2 Distribución de dengue en los departamentos de la Orinoquia. Años 2008 y 2009. Tasas por 100.000 Habitantes

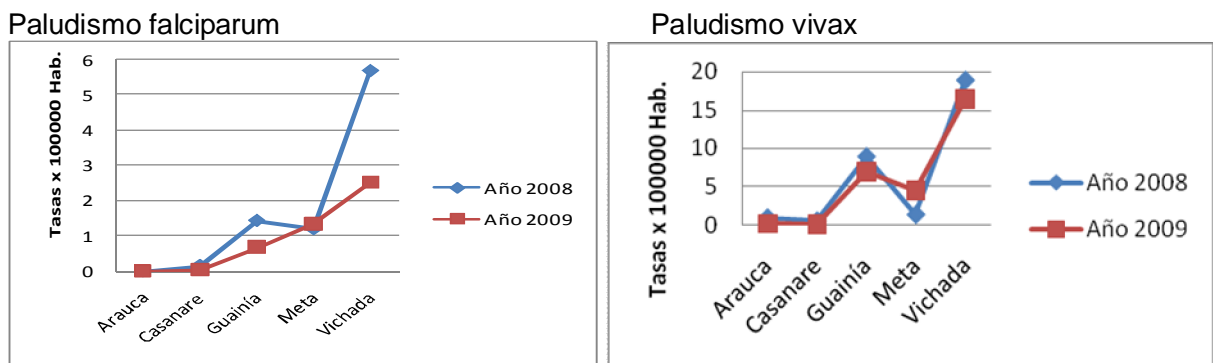


Fuente: MPS. Indicadores básicos de salud. 2008 . 2009

Malaria

Para el año 2008, la OMS⁶¹ informa que cerca de 250 millones de personas son afectadas por esta enfermedad, siendo la población infantil la más vulnerable. En Colombia, de las regiones con el mayor riesgo de transmisión están en territorios de la Orinoquia.

Figura 3 Distribución de la malaria en los departamentos de la Orinoquia. Años 2008 y 2009. Tasas por 100.000 Hab.



Fuente: MPS. Indicadores básicos de salud. 2008 - 2009

⁶¹ Según OMS la Malaria afecta casi a 250 millones de personas en el mundo, Periódico el Pulso. Medellín Colombia octubre del 2008, ejemplar N° 121. Disponible en [<http://www.periodicoelpulso.com/html/0810oct/general/general-12.htm>]

El Vichada es el departamento que evidencia mayores tasas x 100000 hab. de Paludismo falciparum (5,69) y vivax (18,88) para el 2008, disminuyendo para el 2009, en el que las tasas para Paludismo falciparum fueron 2,51y vivax 16,38, tasa cuatro veces mayor que la Nacional(4,49) x 100000 hab. Otro departamento a tener bajo observación es Guainía que si bien, en el 2009 disminuyó las tasas que presentó en el 2008. Ver figura 16.

Fiebre amarilla

Las regiones más afectadas suelen ser las ubicadas en el piedemonte de las cordilleras oriental y central, afectando áreas en la Orinoquia como el departamento de Meta en que presentan casos en varios años durante el último decenio.

Durante muchos años la población vulnerable se ha conocido particularmente por tener como factor de riesgo, ocupaciones como raspachines, agricultores, y aquellos que se dedican a la explotación de los recursos naturales en las diferentes selvas del territorio nacional y los indígenas. A este fenómeno se le puede sumar otro flujo de personas: (guerrilleros, paramilitares, contrabandistas narcotraficantes) los cuales también son actores en la creación de focos de infección móviles.

Tabla 19 Casos de Fiebre Amarilla Confirmados en el Meta, según semana epidemiológica de 2008 - 2009.

Consecutivo	Año	SE	Departamento	Municipio	Localidad	Edad	sexo
1	2008	51	Meta	Pto. Concordia	Vereda el tesoro	24	M
2	2009	1		La Macarena	Caño morrocroy	19	M
3		2		La Macarena	Vereda el diamante	23	M
4		2		Pto. Concordia	Vereda la isla	55	M
5		2		La Macarena	Villa Oviedo	17	F
6		2		La Macarena	Base militar	23	M

Fuente: MPS- INS Notificación casos de Fiebre Amarilla Colombia 2008 . 2009

Para el año 2008 se presentó 1 caso en el Departamento localizado en territorios endémicos para este evento. De los casos expuestos en el cuadro 19 para el año 2009 se confirmaron 5. El promedio de edad e los afectados oscila en 27 años, prevaleciendo el sexo masculino.

TB Y VIH/SIDA

Hoy día la TB es considerada como un problema de salud pública a nivel mundial. De acuerdo a estimación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶².

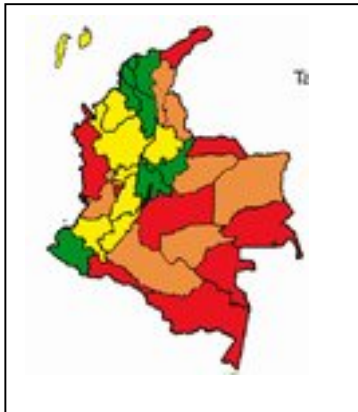
La asociación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), agrava la situación epidemiológica de la tuberculosis. El VIH favorece la reactivación de la tuberculosis en personas con infección latente o aquellas con reinfección. La mortalidad por TB y por VIH/Sida se encuentran fuertemente correlacionadas (coeficiente de correlación múltiple: 98,8%)⁶³ indicando que a medida que aumenta la mortalidad por VIH aumenta la mortalidad por TB en estos pacientes. De acuerdo a los casos reportados por el SIVIGILA durante el año 2008, de

⁶² Plan estratégico Colombia TBC. COLOMBIA 2010-2015.

⁶³Castiblanco CA, Ribon W. Coinfección de tuberculosis en pacientes con VIH/SIDA: un análisis según las fuentes de información en Colombia. Infectio 2006; 10 (4): 232-242.

9.288 eventos de TB 956 casos presentaron relación TB/VIH-Sida, esto es, un 10,3%. La mayoría de ellos presentaron TB pulmonar, seguida de la extrapulmonar.

Figura 4 Tasa de incidencia notificada TB todas las formas. Colombia. 1993 - 2008



Fuente:PNCT-MPS



Tabla 20 Relación tasa casos por departamento TB y mortalidad por VIH/SIDA

TASA DE TUBERCULOSIS POR DEPARTAMENTO AÑO 2009 (100.000 Hab)			TASA DE MORTALIDAD POR VIH/SIDA AÑO 2009 (100.000 Hab)	
DEPARTAMENTO	CASOS	TASA	CASOS	TASA
Arauca	69	22.28	2	0.82
Casanare	67	20.96	4	1.25
Guainía	7	18.56	0	0
Meta	302	35.39	16	1.88
Vichada	29	46.76	0	0

Fuente: Indicadores básicos 2009. Situación de salud en Colombia.

Analizando la incidencia de casos, ver cuadro 18, el Meta lidera el grupo de eventos por TB con una tasa de 35,39 casos por 100.000 Hab y mortalidad por VIH/sida de 1.88 casos por 100.000 hab. Esta situación amerita intervención inmediata con el fin de analizar cómo se están operacionalizando las normas Ministeriales de manejo de los programas y determinar otros factores que estén contribuyendo con este comportamiento.

De otra parte, el mapa expuesto se encuentra distribuido por zonas de riesgo. Bajo de 23,36 y muy alto por encima de 41,40 casos por 100.000 habitantes. Meta y Vichada se encuentran en los departamentos de mayor riesgo. Datos que coinciden con el panorama de dicho territorio y que a pesar de mostrar tasas menores para este año se sigue constituyendo como región de alto riesgo. Los departamentos restantes Casanare y Guainía entre tanto se mantienen en bajo riesgo.

Sífilis Congénita

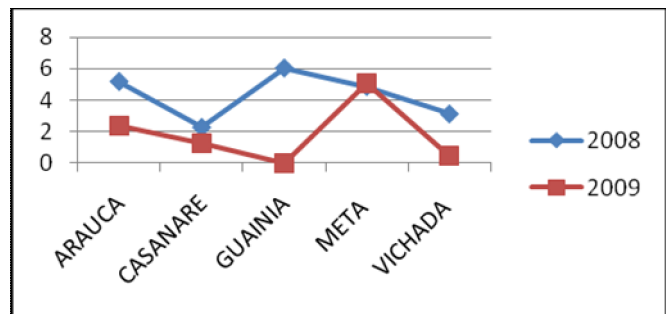
Las infecciones de transmisión sexual, ITS, se encuentran entre las primeras causas de enfermedad en el mundo y en la mayoría de los países de América Latina. Estas Tienen consecuencias económicas, sociales y sanitarias que repercuten directamente sobre la salud de un individuo. Algunas como la sífilis suele afectar de manera importante a las mujeres en edad reproductiva y sus hijos, motivo por el cual los programas de atención deben estar dirigidos a prevenir y mitigar los riesgos en salud.

En la Orinoquia el Meta está entre los cinco primeros departamentos que reportan la mayor incidencia por sífilis congénita. Aportó 74 casos en el cuarto lugar y una tasa de 4.87 por mil nacidos vivos para el año 2008 a nivel nacional. Aumentando para el 2009, en 15 casos para un total de 92 y una tasa de 5.1 por 1.000 nacidos vivos.

Tabla 21 Tasa de sífilis congénita por departamentos años 2008 y 2009

DEPARTAMENTO	2008*		2009**	
	Nº	TASA	Nº	TASA
Arauca	24	5,19	16	2,4
Casanare	14	2,26	9	1,3
Guainía	3	6,05	0	0,0
Meta	77	4,87	92	5,1
Vichada	2	3,12	1	0,5

Figura 5 Sífilis congénita x 1000 NV en departamentos de la Orinoquia años 2008 y 2009 (Tasas X 1000 NV)



*Fuente: MSP. Indicadores básicos 2009. Situación de salud en Colombia. Pág. 22 de 24.

**Fuente: ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN COLOMBIA 2008-2009. Universidad del Rosario - Universidad CES Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - Facultad de Medicina Especialización en Epidemiología. Pagina 60 de 72.

En la figura 5. Resalta la situación del Meta en el cual, a diferencia del resto de departamentos de la zona, el accionar de los programas de promoción y prevención no fue suficiente y como resultado la tasa se incrementó, en tanto en los otros departamentos las tasas disminuyeron considerablemente.

Conclusión: Es importante además, el repunte de entidades inmunoprevenibles, lo que puede obedecer no solo a la restricción de acceso a ciertas áreas del personal de Salud, sino también a la política de restricción de personal responsable de cada uno de ellos, concentrando varios programas en un solo profesional, esto sucede desde el Ministerio de la Protección Social y se replica en la Secretaría Departamental de Salud, lo que incide en que se pierda seguimiento a algunos programas o se desatiendan sus requerimientos.

5.3.2. Limitaciones permanentes

La población con limitaciones permanentes en la región, para ver, solo dos departamentos están por debajo del promedio nacional Vichada; el Meta es el que tiene más población con problemas para oír y entender, como lo muestra el cuadro 18. Es de resaltar el porcentaje de 51,7 de limitaciones para hablar, se puede asociar a la existencia de un número alto de indígenas que tienen su propio dialecto

Tabla 22 Población con limitaciones permanente en la región de la Orinoquia. Censo 2005.

División administrativa	Ver (por cada 100 con limitaciones)	Oír (por cada 100 con limitaciones)	Hablar (por cada 100 con limitaciones)	Entender o relacionarse con los demás (por cada 100 con limitaciones)
NACIONAL	43.2	17.4	13.2	10.1
Arauca	50.4	16.8	13.6	7.5
Casanare	49.6	18.9	14.3	8.0
Guainía	43.7	9.5	8.2	5.4
Meta	43.9	19.8	15.3	10.7
Vichada	29.4	13.4	51.7	10.6

Fuente: DANE. Censo general 2005. Discapacidad, prevalencias e índices. 1098 Municipios y 20 Corregimientos departamentales.

5.4. MORTALIDAD

5.4.1. Mortalidad General

Tabla 23 Mortalidad general por departamento de residencia según grupos de edad. 2007. (tasas por 100.000 habitantes)

DEPARTAMENTO	Menores de 1 Año	1 a 4 Años	5 a 14 Años	15 a 44 Años	45 a 60 años	60 y mas	Total
ARAUCA	839,7	58,2	31,9	317,9	588,3	3.428,8	399
CASANARE	1174,4	67,4	35,0	210,1	461,1	3.331,5	344,2
GUAINIA	2.034,6	41,05	19,87	87,46	247,38	959,59	274,2
META	1.342,5	97,3	34,7	255,7	570,4	3.968,1	468,9
VICHADA	1.696,8	7	43,0	270,2	537,0	1577,6	329,4
TOTAL NACIONAL	1.268,9	65,8	28,3	175,3	492,9	3.757,8	441,5

Fuente: Indicadores básicos 2009. Situación de Salud en Colombia. Págs. 12 y 13

La tasa de mortalidad infantil de los departamentos de Guainía y Vichada es altísima, éstas cifras podrían estar asociadas a: precariedad de los servicios básicos, falta de cobertura con programas apoyo a la lactancia materna y de nutrición, falta de acceso a la atención de salud, ya sea debido a las distancias y dificultades topográficas, como a las diferencias culturales (80% de población indígena en Guainía). También puede explicarse por ser el grupo etareo en donde se pasan las atendidas+ la EDA e IRA . Es indispensable acudir a la Nueva Atención Primaria+para brindar coberturas mínimas de atención a una población altamente vulnerable.

Los datos de este cuadro 21, a pesar de la cifra Nacional, muestran una realidad tan crítica que llama a confirmarse. Puede estar asociado a denominadores que no se ajustan a la realidad, esto es que se procesen datos con menor población . dado el Censo 2005 . que la existente en estos departamentos.

5.4.2. Mortalidad en grupos de riesgo

Tabla 24 Mortalidad bruta, infantil, neonatal precoz y materna por departamentos de la Orinoquia. Tasas 2009

Departamento	Tasa bruta de mortalidad 2007 por (100.000 hab*) Según causas de la lista 6/67 de la OPS**	Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos. Informe de gestión y rendición de cuentas 2008 . 2010	Tasa de mortalidad neonatal precoz por 1000 Nacidos Vivos. 2006 ⁶⁴	Mortalidad materna por 100.000 Nacidos Vivos. 2007 ⁶⁵
ARAUCA	399	12.3	5,4	108,1
CASANARE	51.4	13.2	6.8	32.2
GUAINIA	274.2	22,8 ⁶⁶	18.1	0.0
META	944.9	15	5.9	101.2
VICHADA	329.4	42,6 ⁶⁷	18.7	327,87
TOTAL NACIONAL	441.5	15.2	6.8	75.6

(*)Fuente: DANE. Población 2007 ESTIMACIONES DEPOBLACIÓN 1985-2005 ⁽⁴⁾ Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2002-2020 NACIONAL Y DEPARTAMENTAL DESAGREGADO POR ÁREA, SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. Disponible en http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121,

(**)Fuente: MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Indicadores básicos 2009, situación de salud en Colombia. Mortalidad por departamento de residencia según los grupos de causas de la lista 6/67 de la OPS.

Tasa de Mortalidad materna: Mide la probabilidad de que una mujer fallezca por complicaciones del embarazo, parto o puerperio en un periodo dado, en relación con el número de NV, muertes fetales e interrupciones provocadas del embarazo en el mismo periodo.

Tasa de mortalidad infantil: Mide la probabilidad de que los Recién Nacidos vivos fallezcan durante su primer año de vida, en relación con el número de NV en el mismo periodo.

Tasa de mortalidad neonatal precoz: Mide la probabilidad de que los recién nacidos menores de 24 horas, fallezcan en relación con el número de NV en el mismo periodo. Es un componente de la mortalidad infantil.

La tasa bruta de mortalidad que se observa en el cuadro 24, es producto de diversos factores, tales como: nutrición, cuidado de la salud - tanto autocuidado como atención en promoción y prevención- y calidad de la atención médica entre otras. En este marco, hace un llamado al análisis las cifras que tiene el Meta, frente a Casanare, por ejemplo, que cuenta las mejores condiciones de biotecnología, concentra talento humano de alta preparación y además está a dos horas de la capital de la República. Que está pasando?.

Datos de departamentos con precariedad de infraestructura en salud y más dispersión poblacional, se entienden los datos. Caso como el de Vichada que la red pública está colapsada por déficit presupuestal . problema estructural -, la atención se reduce a urgencias y programas de prevención, la consulta está restringida.

La mortalidad infantil, en el área presenta cifras inferiores a las nacionales en los tres departamentos: Meta, Casanare y Arauca, en donde la infraestructura de salud y calidad de atención al grupo materno infantil, evidencia cumplir con la normativa establecida. Las condiciones de estos recursos en los departamentos del Vichada y Guainía es diferencial, en razón a carencias de infraestructura (recursos para atender neonatos y atención pediátrica) y los programas de control prenatal a los que no asisten las maternas, es de recordar la

⁶⁴ Dane. Dirección de censo y Demografía. Estadísticas Vitales. Archivo de nacidos vivos y defunciones 2007 (por departamento de residencia).

⁶⁵ DANE. Dirección de censo y demografía. Estadísticas vitales. Archivo de NV y defunciones 2007 (por departamento de residencia)

⁶⁶ SECRETARÍA DE SALUD. Guainía 2009. Indicadores básicos en salud. Dinámica de la población.

⁶⁷ PLANEACIÓN DEPARTAMENTA VICHADA. Informe de gestión y rendición de cuentas 2008 . 2010

composición poblacional altamente indígena). Otros factores se consideran el lo relacionado a mortalidad en menores de 1 año, más adelante en este trabajo.

La mortalidad materna es un indicador de la calidad de atención en salud. El departamento con mayor tasa es el Vichada, con una muerte materna, en Santa Rosalía, en el 2010, este departamento ha venido teniendo problemas críticos de atención con falta de personal médico para atención, por demora de hasta 10 meses e pagos de salario a personal de salud. Cualquier cifra en este indicador es preocupante en razón a que es un evento prevenible.

5.4.3. Mortalidad por grupo de causas OPS

En las enfermedades transmisibles y neoplásicas, los departamentos del Guainía y Vichada muestran, ver cuadro 24, tasas que duplican y triplican las cifras nacionales. Dada la naturaleza de las enfermedades, ésta situación incita al estudio de estrategias innovadoras de acercamiento y promoción por parte de grupos interdisciplinarios, de tal forma que se llegue, efectivamente, a lograr entender la cosmovisión de eventos en salud, y así intervenir, coherentemente con la cultura. Lo anterior en razón a que enfermar y sanar no solo son procesos biológicos, sino fenómenos que involucran la esfera social como producto de interacción con la realidad.

Tabla 25 Distribución porcentual de citología cervicouterina y mamografía, según departamentos de la Orinoquia

Indicador	Total Nacional	Urbana	Rural	Arauc5a	Casanare	Guainía	Meta	Vichada
Mujeres de 18 a 69 años que se han hecho una citología cervicouterina (%)	90	91	88	88	91	70	91	82
Ultima CCU resultado anormal.(%)	4	4	4	5	3	2	4	2
Mujeres de 13-69 años que conocen sobre la vacuna para prevenir el CCU.	25	29	12	12	14	9	18	8
Mujeres de 40 . 69 años se ha hecho una mamografía (%)	38	43	18	30	33	13	36	17
Ultima mamografía que salió anormal.	4	4	4	4	2	7	8	7

Fuente: ENDS. 2010

En las enfermedades del sistema circulatorio, éstos departamentos tienen tasas superiores a las nacionales, sobretudo el Vichada. El control de estos eventos requiere asistencia médica y de enfermería periódica lo que, dada la dispersión poblacional, se dificulta. Amerita, lo anterior y las actividades referentes al programa materno, la aplicación de la nueva atención primaria, que pueda llegar con servicio de salud a lugares distantes.

Concita explicaciones concretas, la tasa de mortalidad por afecciones del embarazo, parto y puerperio que tiene el departamento del Meta, en donde se cuenta con atención médica, de enfermería y la tecnología para atención de calidad a la embarazada.

En cuanto a causas externas, los departamentos muestran cifras similares, lo que podría significar que los determinantes también lo son. Las cifras que alcanza esta causa SUPERA, la de cualquier otra mortalidad, por lo tanto la violencia es una situación a la que deberá atenderse, también de forma multidisciplinaria y colectiva, con aportes de la sociedad civil en la construcción de ambientes desarmados+ de acciones agresivas, sean parte de la educación ciudadana e institucional. Los problemas de salud mental deberán dejar de ser un asunto desatendido+ y al que se le destina menos del 2% del presupuesto de salud.

Las tasas de mortalidad por síntomas, signos y afecciones mal definidas, con cifras que duplican y triplican las nacionales en departamentos de Casanare y Meta, respectivamente, son francamente inaceptables dadas los avances en medios de diagnóstico disponibles. Debe analizarse este aspecto desde dos perspectivas: calidad de la atención médica y política de racionalización+ de solicitudes de medios de diagnóstico que sugieren las IPS a los profesionales de la salud.

Tabla 26 Mortalidad por departamento según grupo de causas de la OPS, Colombia 2007 (tasa por 100.000 habitantes)

DEPARTAMENTO	Transmisibles	Neoplasias (tumores)	Sistema circulatorio	Afecciones del periodo perinatal tasa x 1.000 NV	Embarazo, parto y puerperio (2) Tasa x 1000 NV	Causas externas (1)	Todas las demás causas	Síntomas . signos y afecciones mal definidas	Total
ARAUCA	23.9	6.7	8.0	71.8	108.1	73,4	147,4	0,0	399,0
CASANARE	26.7	6.2	8.1	49.8	32,2	61,8	135,7	5,2	344,2
GUAINIA	54.8	19.2	5.5	56.5	101,2	87,7	209,8	4,6	468,9
META	29.0	8.3	7.2	63.3	624,0	64,5	61,1	6,8	329,4
VICHADA	52.6	20.4	11.9	103.0	624,0	83,0	238,1	6,8	329,4
NACIONAL	24.7	5.1	5.7	50.7	75,6	83,0	238,1	2,8	441,5

Fuente: Indicadores básicos 2009. Situación de Salud en Colombia.

Conclusión: La solución a las problemáticas que afectan la salud de los pobladores de la zona de los Llanos y la Orinoquia, algunas se encuentran más allá de los límites del sector de la salud. Pues como se afirma en el documento de la OMS, «las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen influyen, en gran medida, en la manera en que la gente vive y muere»⁶⁸. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se evidencian en la salud.

⁶⁸ WHO. Closing the gap in a generation . health equity through action on the social determinants of health. Geneva, 2008 consultado 11 octubre 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf,

5.4.4. Mortalidad por grupos étnicos

5.4.4.1. Mortalidad menores de 1 año:

La salud infantil es uno de los factores que indican el desarrollo de un País, entre ellos factores socioeconómicos esenciales como (empleo, vivienda, educación de los padres, salud). En un estudio⁶⁹ encontraron que en ésta edad, la salud de los infantes es producto de: a) la conducta preventiva de la madre durante el embarazo, especialmente el mes en que la madre se realiza el primer control, b) la disponibilidad de recursos dentro del hogar, c) el estado nutricional de la madre, y d) las características de los niños, como edad y género.

La OMS⁷⁰, reconoce la influencia de la educación de la madre en el cuidado de la salud, y los datos de la ENDS_ 2010, cuadro 11, muestra unos porcentajes de cobertura con primaria y secundaria altos, con un analfabetismo de 6% en Guainía y 2% en Vichada en mujeres, datos que no serían compatibles con las causas de mortalidad de los menores de cinco años.

Ahora considerando la mortalidad infantil que evidencian éstos cuadros, sugiere dos grupos de departamentos: Uno conformado por: Meta, Casanare y Arauca con causas de mortalidad similares y en el mismo orden, problemas respiratorios y afecciones específicas del periodo perinatal y las malformaciones.

El otro, agrupa a los departamentos de Vichada y Guainía que presentan causas infecciosas intestinales, de vías respiratorias y desnutrición, que son la repercusión de servicios públicos básicos y programas públicos de salud, **críticos** específicamente los de atención materno infantil, así como de carencia de vivienda y mercado laboral.

Con el fin de permitir una mirada sobre las causas por departamento, se presentan los cuadros individuales. Es Claro que dada la concentración que tiene el Meta, los datos generales de la Orinoquia son influenciados por este efecto. En los grupos de mayores de 15 se hizo el cálculo de las tasas totales por región.

⁶⁹ TOVAR-CUEVAS, Luis & GARCÍA . CRUZ, Gustavo. La producción de Salud en Colombia: Una aproximación. Citación 25 de noviembre. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1691/169113811003.pdf>, pág. 5

⁷⁰

Tablas 27 Tasa de Mortalidad en menores de 1 año por departamento de residencia

META		
Causa	Tasas	Casos
082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	382,86	67
059 Neumonía	165,71	29
084 Infecciones específicas del periodo perinatal	148,57	26
087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	114,29	20
088 Las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	131,43	23

CASANARE		
Causa	Tasas	Casos
082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	103,44	8
080 Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	38,79	3
087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	38,79	3
089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	38,79	3
062 Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	25,86	2

Fuente: DANE. Cuadro 11. Mortalidad por depto y grupo etareo. Población proyectada censo 2005

VICHADA		
Causa	Tasas	Casos
082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	213,11	4
001 Enfermedades infecciosas intestinales	159,83	3
042 Deficiencias nutricionales	159,83	3
062 Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	159,83	3
059 Neumonía	106,55	2

GUAINÍA		
Causa	Tasas	Casos
J189 Mortalidad por IRA	398,80	4
J181 Neumonía Lobal	199,40	2
P229 Dificultad respiratoria del RN	99,70	1
A419 Septicemia no especificada	99,70	1
P241 Aspiración de líquido amniótico	99,70	1

Fuente: DANE. Cuadro 11. Mortalidad por depto y grupo etáreo. Población proyectada censo 2005

ARAUCA		
Causa	Tasas	Casos
082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	148,8	7
084 Infecciones específicas del periodo perinatal	106,3	5
088 Las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	63,78	3
083 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	21,26	1
087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	21,26	1

5.4.4.2. Mortalidad en población de 1 a 4 años

Gaviria y Palau⁷¹ demostraron que en la salud de estos niños tienen influencia factores como: **la edad de la madre**, los indicadores de talla y el peso mejoran con la edad de la madre, de otra parte existen diferencias considerables en la talla del niño según la posición **socioeconómica del hogar**, también influye **la afiliación al régimen subsidiado**.

La situación de salud en este grupo etéreo es crítica en departamentos como Vichada y Guainía, en donde la accesibilidad geográfica económica y cultural es difícil, y el estado su vez no brinda cobertura con servicios básicos ni acerca los servicios de salud a la población. La mortalidad por enfermedades como diarrea y gastroenteritis, IRA, sépsis son evitables y Allí va el pediatra una vez al mes por tres días. En el Vichada, los casos graves, son remitidos a Villavicencio o a Bogotá, cuando se alcanzan a surtir los trámites y aún existe paciente.

Tabla 28 Tasa de Mortalidad en población de 1 a 4 años por departamento de residencia

META		
Causa	Tasas	Casos
095 Ahogamiento y sumersión accidentales	11,51	8
059 Neumonía	10,07	7
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	7,19	5
042 Deficiencias nutricionales	7,19	5
035 Leucemia	4,32	3
062 Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	4,32	3

CASANARE		
Causa	Tasas	Casos
095 Ahogamiento y sumersión accidentales	10,94	3
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	7,29	2
089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	3,65	1
062 Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	3,65	1
088 Las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	3,65	1

ARAUCA		
Causa	Tasas	Casos
059 Neumonía	10,34	3
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	10,34	3
039 Anemias: nutricionales, hemolíticas, aplásticas y otras	3,45	1
082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	3,45	1
087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	3,45	1

⁷¹ GAVIRIA, A & PALAU, M. Nutrición y salud infantil en Colombia: determinantes y alternativas de política. 2006. Universidad de los Andes. CEDE y Facultad de Economía

VICHADA		
Causa	Tasas	Casos
059 Neumonía	27,57	2
039 Anemias: nutricionales, hemolíticas, aplásticas y otras	13,79	1
042 Deficiencias nutricionales	13,79	1
053 Todas las demás formas de enfermedad del corazón	13,79	1
095 Ahogamiento y sumersión accidentales	13,79	1

GUAINIA		
Causa	Tasas	Casos
J189 Neumonía no especificada	77,54	3
AO9X Diarrea y Gastroenteritis	51,69	2
C692 Tumor maligno de retina	25,85	1
R570 Choque cardiogénico	25,85	1

5.4.5.3 Mortalidad en población de 5 - 14 años

Este grupo, constituye un grupo vulnerable por la inquietud e imprevisión, propia de la edad, y que se refleja en el comportamiento regional de la Orinoquia en dos eventos los accidentes de transporte de motor y sus secuelas y el ahogamiento y sumersión accidentales. Estos eventos de causa externa son evitables y prevenibles. También están presentes entidades como: VIH/SIDA, TB y secuelas, meningitis, neumonía, infecciones intestinales, insuficiencia cardíaca, leucemia y homicidios.

Tablas 29 Tasa de Mortalidad en población

META		
Causa	Tasas	Casos
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	7,56	13
035 Leucemia	3,49	6
101 Agresiones (homicidios) y sus secuelas	2,91	5
095 Ahogamiento y sumersión accidentales	2,33	4
059 Neumonía	2,33	4

CASANARE		
Causa	Tasas	casos
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	2,80	2
095 Ahogamiento y sumersión accidentales	2,80	2
102 Eventos de intención no determinada y secuelas	1,40	1
105 Otros accidentes, incluso los efectos tardíos y secuelas	1,40	1
087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	1,40	1

de 5 a 14 años por departamento de residencia

ARAUCA		
Causa	Tasas	Casos
095 Ahogamiento y sumersión accidentales	9,80	6
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	3,27	2
009 Enfermedad por el VIH (SIDA)	1,63	1
002 Tuberculosis y secuelas	1,63	1
097 Exposición a la corriente eléctrica, radiación y temperatura y presión del aire ambientales extremas	1,63	1

VICHADA		
Causa	Tasas	Casos
001 Enfermedades infecciosas intestinales	6,22	1
054 Insuficiencia cardiaca	6,22	1
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	6,22	1

GUAINIA		
Causa	Tasas	casos
G039 Meningitis	9,94	1
T794 Choque traumático	9,94	1

5.4.5.4 Mortalidad en población de 15 - 44 años

Se toman los datos de la población de este grupo etáreo en la Orinoquia. Es de resaltar que en este grupo etáreo las tasas de cuatro de las cinco primeras causas de mortalidad la constituyan todas aquellas relacionadas con la violencia: Homicidios (98,62 x 100.000 hab.), accidentes de transporte de motor y sus secuelas (37,51 x 100.000 hab.), la intervención legal y las operaciones de guerra (18,12 x 100.000 hab.) y eventos de intención no determinada y secuelas (5,76 x 100.000 hab.) la quinta es VIH/SIDA (6,74 x 100.000 hab).

La situación aquí reflejada, en donde la población económicamente activa de un País, se muere por causa de la VIOLENCIA, concita a tomar acciones tendientes a aportar desde los diferentes ámbitos de las ciencias humanísticas: del comportamiento, sociología, antropología y demás a plantear estudios que permitan llegar a las verdaderas causas y así poder plantear intervenciones que sean efectivas.

Cabe anotar que la mortalidad de Guainía, no aportó a las cinco primeras causas. Es un departamento que muestra comportamiento singular, como se observa en el respectivo cuadro.

Tabla 30 Tasa de Mortalidad en población de 15 a 44 años por departamento de residencia

META		
Causa	Tasas	casos
101 Agresiones (homicidios) y sus secuelas	104,65	427
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	41,91	171
103 Intervención legal y operaciones de guerra y secuelas	26,72	109
009 Enfermedad por el VIH (SIDA)	9,80	40
102 Eventos de intención no determinada y secuelas	6,86	28
100 Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	5,39	22
089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	4,17	17
095 Ahogamiento y sumersión accidentales	3,19	13
025 Tumor maligno del cuello del útero	3,19	13
059 Neumonía	2,94	12

CASANARE		
Causa	Tasas	casos
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	37,61	58
101 Agresiones (homicidios) y sus secuelas	27,23	42
102 Eventos de intención no determinada y secuelas	8,43	13
100 Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	5,84	9
009 Enfermedad por el VIH (SIDA)	5,19	8
089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	4,54	7
051 Enfermedades isquémicas del corazón	3,89	6
013 Tumor maligno del estómago	3,24	5
059 Neumonía	2,59	4
025 Tumor maligno del cuello del útero	2,59	4

ARAUCA		
Causa	Tasas	Casos
101 Agresiones (homicidios) y sus secuelas	204,83	218
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	31,01	33
103 Intervención legal y operaciones de guerra y secuelas	16,91	18
100 Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	12,21	13
095 Ahogamiento y sumersión accidentales	7,52	8
025 Tumor maligno del cuello del útero	5,64	6
102 Eventos de intención no determinada y secuelas	5,64	6
051 Enfermedades isquémicas del corazón	4,70	5
089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	4,70	5
105 Otros accidentes, incluso los efectos tardíos y secuelas	4,70	5

VICHADA		
Causa	Tasas	Casos
101 Agresiones (homicidios) y sus secuelas	57,83	15
095 Ahogamiento y sumersión accidentales	23,13	6
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	19,28	5
100 Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	7,71	2
103 Intervención legal y operaciones de guerra y secuelas	7,71	2
105 Otros accidentes, incluso los efectos tardíos y secuelas	7,71	2
009 Enfermedad por el VIH (SIDA)	3,86	1
045 Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	3,86	1
050 Enfermedades hipertensivas	3,86	1
062 Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	3,86	1

GUAINIA		
Causa	Tasas	casos
R571 Choque hipovolémico	17,49	3
A09X Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5,83	1
C340 Tumor maligno de bronquis	5,83	1
E878 Otros trastornos del equilibrio de los electrolitos y de los líquidos	5,83	1
G931 Lesión cerebral anóxica	5,83	1
I678 Otras enf. Cerebrovasculares especificadas	5,83	1
O459 Desprendimiento prematuro de la placenta	5,83	1
R092 Paro respiratorio	0,00	
R579 Choque no específico	5,83	1
S272 hemoneumotorax traumático	5,83	1
T172 Ahogamiento y sumersión no mortal	5,83	1

5.4.5.5 Mortalidad en población de 45 - 64 años

En la Orinoquia de las cinco primeras causas de mortalidad, teniendo en cuenta las tasas, se encuentran: Enfermedades isquémicas del corazón (66,99 x 100.000 hab.), Agresiones (homicidios) y sus secuelas (53,77 x 100.000 hab.), Accidentes de transporte de motor y sus secuelas (38,79 x 100.000 hab.), Enfermedades cerebrovasculares (35,70 x 100.000 hab.) y Diabetes mellitus (24,24 x 100.000 hab.).

Las causas externas sumadas se constituyen en primera causa de mortalidad con una tasa de 92,56 x 100.000 hab. Las ECNT y sus secuelas se erigen como enfermedades de primer orden. Se hace prioritario estudiar presencia de factores de riesgo en

población infantil y adolescente con el fin de empezar a intervenir tempranamente en los factores de riesgo.

Nuevamente se resalta que la mortalidad de Guainía, no aportó a las cinco primeras causas. Es un departamento que muestra también un comportamiento singular en este grupo étnico. Como se observa en el respectivo cuadro que respecta a este departamento.

Tablas 31 Tasa de Mortalidad en población de 45 a 64 años por departamento de residencia

META			CASANARE		
Causa	Tasas	Casos	Causa	Tasas	Casos
051 Enfermedades isquémicas del corazón	78,53	108	051 Enfermedades isquémicas del corazón	53,15	24
101 Agresiones (homicidios) y sus secuelas	47,99	66	090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	50,94	23
055 Enfermedades cerebrovasculares	42,18	58	101 Agresiones (homicidios) y sus secuelas	33,22	15
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	38,54	53	003 Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	33,22	15
041 Diabetes mellitus	33,45	46	102 Eventos de intención no determinada y secuelas	17,72	8
025 Tumor maligno del cuello del útero	18,18	25	053 Todas las demás formas de enfermedad del corazón	15,50	7
059 Neumonía	16,00	22	055 Enfermedades cerebrovasculares	15,50	7
060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	14,54	20	013 Tumor maligno del estómago	13,29	6
050 Enfermedades hipertensivas	13,82	19	020 Tumor maligno de la traquea, los bronquios y el pulmón	11,07	5
020 Tumor maligno de la traquea, los bronquios y el pulmón	13,09	18	028 Tumor maligno de la próstata	11,07	5

ARAUCA		
Causa	Tasas	Casos
101 Agresiones (homicidios) y sus secuelas	127,37	41
051 Enfermedades isquémicas del corazón	49,76	16
055 Enfermedades cerebrovasculares	43,54	14
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	37,28	12
041 Diabetes mellitus	21,77	7
024 Tumor maligno de la mama de la mujer	18,66	6
066 Enfermedades del hígado	18,64	6
089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	18,64	6
050 Enfermedades hipertensivas	12,44	4
100 Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	12,44	4

VICHADA		
Causa	Tasas	Casos
051 Enfermedades isquémicas del corazón	52,08	4
041 Diabetes mellitus	26,04	2
055 Enfermedades cerebrovasculares	26,04	2
089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	26,04	2
101 Agresiones (homicidios) y sus secuelas	26,04	2
025 Tumor maligno del cuello del útero	13,02	1
054 Insuficiencia cardiaca	13,02	1
065 Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	13,02	1
066 Enfermedades del hígado	13,02	1
067 Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	13,02	1

GUAINIA		
CAUSA	Tasas	CASOS
R571 Choque hipovolémico	45,81	2
T71X Asfixia	45,81	2
N179 Insuficiencia renal aguda	22,90	1
S018 Herida de otras partes de la cabeza	22,90	1
S062 Traumatismo cerebral difuso	22,90	1
T794 Choque traumático	22,90	1

5.4.5.4 Mortalidad en población de 65 y más años

A lo largo de la vida el individuo, ya con factores predisponentes, acumula factores protectores y factores de riesgo, acordes con el entorno social en el que vive. La información se elabora con la población de la Orinoquia del grupo étnico. La mortalidad de este grupo está motivada por las ECNT así: Enfermedades isquémicas del corazón (619 x 100000 hab.), Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (323,96 x 100000 hab.), Enfermedades cerebrovasculares (322 x 100000 hab.), Enfermedades hipertensivas (202,64 x 100000 hab.) y Diabetes mellitus (194,64 x 100000 hab.).

También en este grupo el departamento del Guainia presenta una mortalidad diferente, excepto la hipertensión que en la que se encuentra una muerte. En las demás están presentes la DNT y las infecciones, como se observa en el cuadro que respecta a este departamento.

Tabla 32 Tasa de Mortalidad en población de 65 años y mas años por departamento de residencia

META		
Causa	Tasas	Casos
051 Enfermedades isquémicas del corazón	730,52	341
060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	398,47	186
055 Enfermedades cerebrovasculares	355,62	166
041 Diabetes mellitus	250,65	117
050 Enfermedades hipertensivas	239,94	112
059 Neumonía	137,11	64
013 Tumor maligno del estómago	122,11	57
028 Tumor maligno de la próstata	83,55	39
101 Agresiones (homicidios) y sus secuelas	79,26	37
053 Todas las demás formas de enfermedad del corazón	74,98	35

CASANARE		
Causa	Tasas	Casos
051 Enfermedades isquémicas del corazón	398,377	54
055 Enfermedades cerebrovasculares	309,849	42
060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	250,83	34
050 Enfermedades hipertensivas	199,188	27
041 Diabetes mellitus	140,17	19
053 Todas las demás formas de enfermedad del corazón	118,038	16
054 Insuficiencia cardiaca	118,038	16
059 Neumonía	110,66	15
003 Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	88,5282	12
013 Tumor maligno del estómago	88,5282	12

ARAUCA		
Causa	Tasa	Casos
051 Enfermedades isquémicas del corazón	581,65	64
055 Enfermedades cerebrovasculares	281,74	31
060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	199,94	22
053 Todas las demás formas de enfermedad del corazón	145,41	16
059 Neumonía	145,41	16
054 Insuficiencia cardiaca	127,23	14
050 Enfermedades hipertensivas	118,14	13
013 Tumor maligno del estómago	109,06	12
041 Diabetes mellitus	81,79	9
058 Enfermedades de los vasos sanguíneos y otras enfermedades del sistema circulatorio	63,61	7

VICHADA		
Causa	Tasas	Casos
051 Enfermedades isquémicas del corazón	238,10	6
055 Enfermedades cerebrovasculares	119,05	3
062 Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	79,37	2
089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	79,37	2
017 Tumor maligno del páncreas	39,68	1
035 Leucemia	39,68	1
041 Diabetes mellitus	39,68	1
054 Insuficiencia cardíaca	39,68	1
060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	39,68	1
099 Envenenamiento accidental por, y Exposición a sustancias nocivas	39,68	1

GUIAINIA		
Causa	Tasas	Casos
R092 Paro respiratorio	159,74	2
R571 Choque hipovolémico	159,74	2
A499 Infección bacteriana	79,87	1
C249 Tumor maligno de las vías biliares	79,87	1
E43X DNT protéicocalórica severa, no especificada	79,87	1
E46X DNT protéicocalórica	79,87	1
E86X Depleción de volumen	79,87	1
I10X Hipertensión esencial	79,87	1
I219 Infarto agudo del miocardio	79,87	1
R570 Choque cardiogénico	79,87	1
S065 Hemorragia subdural traumática	79,87	1

6. EJES ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En este acápite se considera que los ejes estratégicos son líneas básicas, decisiones fundamentales que agrupan un objetivo o varios que pretenden resolver problemas y necesidades o también ámbitos aglutinadores de actividades relevantes y significativas orientadas al logro de un determinado fin.

En los departamentos donde se ha realizado la mesa de consenso, se tuvo en cuenta la prioridad de la problemática de salud y se observa preocupación por la situación de violencia en el territorio, reflejada en homicidios, violación intrafamiliar, intentos de suicidio, adicción a drogas ilícitas y lícitas; frente a la cual se reconoce no contar con el recurso suficiente para atender problemáticas y reclaman la presencia de psiquiatras para dar tratamiento a una población que lo requiere, pero no se cuenta con la infraestructura para brindar atención.

6.1. EJES ESTRATEGICOS ARAUCA

Para la determinación de estos ejes se convocó al personal de salud de la Unidad Administrativa Especial de Salud del Arauca, UAESA, y al Hospital Departamental de San Vicente. Los participantes eran: del área de promoción social, población prioritaria, saneamiento, PAI, Gestión en Salud Pública, Epidemiología, Salud oral, Salud mental y de Cuidado asistencial del Hospital y la dirección de Salud pública.

SALUD		AMBIENTE	
E1. INNOVACIÓN EN MODELOS DE ATENCIÓN	E1L1. Modelos de atención con enfoque diferencial	E4. ENTORNOS SALUDABLES	E4L1. Innovación en promoción de disposición final de residuos.
	E1L2. Estudios de discapacidad con enfoque diferencial		
	E1L3. Innovación y nueva atención primaria en salud.		
	E1L4. Redes integradas de atención en salud		
	E1L5. Estudios de percepción sobre aceptación de atención en salud		
E2. CULTURA Y NUTRICIÓN	E2L1. Encuestas CAP de alimentación		E4L2. Tecnologías limpias
	E2L2.		E4L3. Estudios de impacto en salud por sustancias químicas
E3. CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	E3L1. Modelos de abordaje diferencial		
	E3L2. Estudio de la problemática de la salud mental		
	E3L3. Caracterización de sustancia psicoactivas		
E5. GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL RECURSO HUMANO EN SALUD	E5L1. Estudios de calidad de atención		
E6. SALUD OCUPACIONAL RETO PARA SECTOR SALUD+	E6L1. Perfil epidemiológico de trabajadores informales		
	E6L2. Estudios de prevalencia de enfermedades ocupacionales		
	E6L3. Evaluación de cumplimiento de normas de salud ocupacional.		

6.2. EJES ESTRATEGICOS GUAINÍA

SALUD		AMBIENTE	
E1. INNOVACIÓN EN PROCESOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	E1L1. Hacia un cuidado de la salud intercultural	E2 IMPACTO AMBIENTAL DE LA EXPLOTACION DE RECURSOS NATURALES	E2L1. Impacto en salud humana: Investigación en mercurio. Investigación en metales (Por bio-acumulación)
	E1L2. Medicina tradicional y etnobotánica		
	E1L3. Caracterización de especies transmisoras de enfermedades tropicales .		
	E1L4. Tecnologías e innovación en aprovechamiento y producción de alimentos.		
	E1L5. Estudios de factibilidad para establecer banco de especies de plantas medicinales y con valor nutricional .		
	E1L6. Innovación en estrategias de formación y fortalecimiento de recurso humano en atención de parto.		E2L2. Impacto en la biodiversidad.
	E1L7. Estudios de prevalencia de enfermedades zoonóticas en humanos y animales.		E2L3. Impacto en aguas : Tecnologías limpias en eliminación de residuos.
	E1L8. Búsqueda de nuevas especies transmisoras de ETVs.		
	E1L9. Estudios de factores asociados y formas de atender problemática de embarazos en adolescentes.		
E3. CALIDAD Y PERTINENCIA DE LA ATENCION EN SALUD ORAL	E3L1. Estudios longitudinales de aprehensión del conocimiento en Salud Oral.		
	E3L2. Estudios de percepción de alteraciones dentofaciolabiales		
	E3L3. Estudios de anomalías dentofaciales		
	E3L4. Practicas y creencias en salud oral		
E4 . INNOVACIÓN DE MODELOS PARA ABORDAJE DE AFECCIONES DE SALUD MENTAL.	E4L1. Estudios de percepción de la Salud Mental.		
	E4L2 Estudios de Salud mental		
	E4L3. Estudios de abordajes innovadores y pertinentes según tipo de población afectada por adicciones y violencia.		
	E4L4. Cuidando a los cuidadores (Familiares usuarios discapacitados.)		
E5. GESTION DEL CONOCIMIENTO	E5L1. Factibilidad de formación de recurso humano en investigación y atención en salud		