

DIAGNOSTICO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA – 2002

**LUCY AMPARO SOLANO ANDRADE
MARIA CLEMENCIA ROJAS GARCIA
LINA MARCELA ESCORCIA SÁNCHEZ**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA
NEIVA, HUILA**

2003

DIAGNOSTICO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA – 2002

**LUCY AMPARO SOLANO ANDRADE
MARIA CLEMENCIA ROJAS GARCIA
LINA MARCELA ESCORCIA SÁNCHEZ**

**Trabajo de Grado para obtener el título de Especialistas en
Epidemiología**

**Directora
DOLLY CASTRO B.**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA
NEIVA, HUILA**

2003

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Jurado

Neiva, _____

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Funcionarios de la Secretaría de Salud Departamental del Huila, por su valiosa colaboración y apoyo en este trabajo.

Edilberto Suaza Calderón, Enfermero Epidemiólogo, Jefe División Laboratorio de Salud Pública, por sus valiosas orientaciones y constante motivación.

Gladys Lozano Alarcón, Enfermera Salubrista, Jefe División Desarrollo de la Salud, por sus valiosas orientaciones.

Albino Castañeda Manchola, Médico Pediatra, Secretario de Salud Departamental, por su colaboración en este proceso.

CONTENIDO

	Pág.
ABSTRACT	
RESUMEN	
INTRODUCCION	
JUSTIFICACIÓN	19
OBJETIVOS	21
Objetivo General	21
Objetivos Específicos	21
METODOLOGÍA	22
DIAGNOSTICO DE SALUD HUILA 2002	23
1. CONTEXTO DE LA DEMANDA	23
1.1 CONSTRUCCION HISTÓRICA	23
2 CARACTERÍSTICAS TERRITORIALES	27
2.1 UBICACIÓN, EXTENSIÓN Y LIMITES	27
2.1.1Ubicación	27
2.1.2 Extensión	27
2.1.3 Límites del Departamento	28
2.2DIVISIÓN POLÍTICO – ADMINISTRATIVA	29
2.2.1 Municipios	29
2.2.2 Veredas	30
3. CARACTERÍSTICAS GEOGRAFICAS	32
3.1 OROGRAFIA	32
3.2 HIDROGRAFIA	33
3.3 CLIMA	35
4. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	37
4.1 INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS	37
4.2 POBLACIÓN	37
4.2.1. Natalidad y Fecundidad	38
4.3 POBLACION INDÍGENA	38
4.4 VIVIENDA Y COMUNICACIÓN	42
4.4.1 Vivienda	42
4.4.2 Medios de Comunicación	43
4.5 TRANSPORTE	44
4.5.1 Vías Terrestres Departamentales	44
4.5.2 Vías Secundarias	45
4.5.3 Transporte Aéreo	46
5. CARACTERÍSTICAS ECONOMICAS	48
5.1 PRODUCCION AGROPECUARIA	48
5.1.1 Producción Agrícola	48

5.1.2 Producción Pecuaria	49
5.2 PRODUCCION FORESTAL	50
5.2.1 Cultivos Ilícitos	51
5.3 PRODUCCIÓN MINERA	52
5.3.1 Estructura Petrolera	53
5.4 DESEMPLEO	55
6. EDUCACIÓN, CULTURA Y TURISMO	58
6.1 EDUCACIÓN	58
6.2 CULTURA	59
6.3 TURISMO	62
7. VIOLENCIA, SEGURIDAD Y ORDEN PÚBLICO	68
7.1 POBLACION DESPLAZADA	68
7.1.1. Municipios Expulsores y Receptores	69
7.2 DELITOS	74
7.3 NARCOTRAFICO	75
8. CALIDAD DE VIDA Y POBREZA	77
8.1 NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	78
8.2 LÍNEA DE INDIGENCIA Y DE POBREZA	79
9. PANORAMA DE RIESGOS AMBIENTALES Y DE CONSUMO	80
9.1 CONDICIONES DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO	80
9.2 SUSTANCIAS TOXICAS EN EL AGUA DE CONSUMO	81
9.2.1 Flúor	81
9.3 DISPOSICIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS	82
9.4 DISPOSICIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS	82
9.5 RIESGOS QUÍMICOS	83
9.6 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ORGANOFOSFORADOS Y CARBAMATOS	83
9.7 CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA	84
9.8 FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO	85
9.8.1 Alimentos	85
9.9 MATADEROS	87
9.10 BEBIDAS ALCOHÓLICAS	88
9.11 MEDICAMENTOS	88
9.12 ZONOSIS	89
9.13 RIESGOS NATURALES Y ANTROPICOS	90
10. ANÁLISIS DE MORBILIDAD	91
10.1 MORBILIDAD GENERAL	91
10.2 MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO	94
10.3 ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	95
10.3.1 Sarampión	95
10.3.2 Poliomieltis	98

10.3.3 Tétanos Neonatal	98
10.3.4 Difteria	99
10.3.5 Tos Ferina	99
10.3.6 Hepatitis B	100
10.3.7 Meningitis Meningococcica	101
10.3.8 Meningitis por Haemophilus Influenza Tipo b	102
10.3.9 Parotiditis	103
10.3.10 Rubeola	103
10.4 PATOLOGÍAS DE TRANSMISIÓN SEXUAL	104
10.4.1 Situación Epidemiológica del VIH/SIDA Huila 2002	104
10.4.2 Sífilis Congénita	105
10.4.3 Hepatitis C	106
10.5 PATOLOGIAS PRODUCIDAS POR MICOBACTERIAS	106
10.5.1 Tuberculosis	106
10.5.2 Lepra	109
10.6 ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES ETV	110
10.6.1 Leishmaniasis	110
10.6.2 Dengue	113
10.6.2.1 Situación Entomológica del Dengue	116
10.6.3 Malaria	118
10.6.3.1 Situación actual del vector de la Malaria	119
10.6.4 Chagas	120
10.6.4.1 Situación entomológica actual	121
10.7 ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS	121
10.8 ENFERMEDADES DE ORIGEN HÍDRICO	122
10.8.1 Enfermedad Diarreica Aguda	122
10.8.2 Cólera	124
10.8.3 Hepatitis A	124
10.9 INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	125
10.10 CANCER CERVICOUTERINO	125
10.11 HIPOTIROIDISMO NEONATAL	126
10.12 OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA EN SALUD PUBLICA	126
10.12.1 Enfermedades de la Cavidad Oral	126
10.12.2 Situación Nutricional en Menores de 12 años	131
10.12.2.1 Desnutrición Global	132
10.12.2.2 Desnutrición Crónica	133
10.12.2.3 Bajo peso para la talla	134
10.12.2.4 Riesgo a sobrepeso/obesidad	134
10.12.2.5 Nivel de riesgo de los municipios a los diferentes indicadores de desnutrición 2002	136
10.12.2.6 Deficiencias de Micronutrientes	140

10.12.2.7 Prevalencia de Bocio en escolares de 8 a 12 años en el Huila	142
10.12.2.8 Bajo peso al nacer	142
10.12.2.9 Lactancia y Nutrición	143
10.13 EVENTOS RELACIONADOS CON EL COMPORTAMIENTO Y RELACIONES HUMANAS	144
10.13.1 Violencia Intrafamiliar y maltrato Infantil	144
10.13.1.1 Indicadores relacionados con los factores de riesgo que inciden en el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar	145
10.13.2 Abuso en el consumo de sustancias psicoactivas	146
10.13.2.1 Clasificación de los resultados por sustancia	147
11. ANALISIS DE MORTALIDAD	149
11.1 MORTALIDAD GENERAL	149
11.1.1 Mortalidad por probable manera de muerte 2001	151
11.1.2 Mortalidad Infantil	153
11.1.3 Mortalidad Materna	153
11.1.4 Mortalidad Perinatal	155
11.2 MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS	155
11.2.1 Homicidios	156
11.2.2 Accidentes de Tránsito	158
11.2.3 Suicidios en Colombia y referencia de éstos para el Departamento Del Huila	159
11.2.4 Suicidios en el Departamento del Huila – 2001	161
11.2.5 Mortalidad por Enfermedades del Aparato Circulatorio	165
11.2.6 Mortalidad por Diabetes	166
11.2.7 Mortalidad por tumores	166
12. PROVISIÓN U OFERTA DE SERVICIOS	168
12.1. DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO	168
12.1.1 Secretaría de Salud Departamental	168
12.1.2 Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud	169
12.1.3 Municipalización de la Salud	169
12.1.4 Proceso de Planeación Sectorial	171
12.1.5 Subsistema Integral de Información en Salud –SIIS	172
12.2 INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (IVC)	172
12.2.1 Vigilancia en Salud Pública	173
12.2.2 Espacios de Participación Social en Salud	174
12.2.3 Veedurías ciudadanas en salud	174
12.2.4 Asociaciones o Alianzas de usuarios	175
12.2.5 Los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC)	176
12.2.6 Los Servicios de Información y Atención al Usuario	176
12.3. OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	176

12.3.1 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	176
12.3.1.1 Primer Nivel de Atención	176
12.3.1.2 Segundo nivel de atención	177
12.3.1.3 Tipos de Prestadores de servicios de salud	179
12.3.1.4 Servicios de Salud	180
12.3.1.5 Calidad en la prestación de los servicios de salud	181
12.3.1.6 Infraestructura Física Hospitalaria	182
12.3.1.7 Indicadores de Gestión	186
12.3.1.8 Ambulancias	186
12.4 OFERTA DE TALENTO HUMANO	186
12.4.1 Procesos, información y control de calidad	187
12.5 ANÁLISIS DE PRODUCCIÓN DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS DE SERVICIOS DE SALUD	188
12.5.1 Instituciones Públicas	188
12.5.2 Talento Humano	188
12.5.3 Oferta de Camas	189
12.5.4 Consulta Médica	189
12.5.5 Cobertura	190
12.5.6 Giro Cama	190
12.5.7 Días de estancia	191
12.5.8 Promedio días estancia	191
12.5.9 Porcentaje Ocupacional	192
12.6 SITUACION DE LOS RECURSOS Y CAPACIDAD INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA	193
12.6.1 Análisis de los Recursos Financieros del Sector Salud	193
12.6.1.1 Situado Fiscal	193
12.7 LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA	197
12.7.1 Descripción	198
12.7.2 Funciones	198
12.7.2.1 Las inherentes al Plan de Atención Básica PAB	198
12.7.2.2 Desarrollo de los programas de la Red	199
12.7.2.3 Referencia y Contrarreferencia	199
12.7.2.4 Control de Calidad	200
12.7.2.5 Capacitación	200
12.7.2.6 Asistencia Técnica	200
12.7.2.7 Investigación Entomológica	200
12.7.2.8 Información y Notificación	201
12.7.3 Estructura de la Red	201
12.7.3.1 Red de Laboratorios	201
12.7.3.2 Red de Bancos de Sangre	203

12.8. OFERTA DE SERVICIOS DE ASEGURAMIENTO Y ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	204
12.8.1 Aseguramiento	204
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	208
BIBLIOGRAFÍA	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. División Político Administrativa Departamento del Huila. 2001	29
Tabla 2. Comunidades Indígenas - Huila 2002	41
Tabla 3. Porcentaje de desocupación en las principales ciudades de Colombia. 2002.	55
Tabla 4. Indicadores de Desempleo en el Departamento del Huila durante El 2002	56
Tabla 5. Cobertura de Escolares matriculados por nivel educativo en el Departamento del Huila. 2002	58
Tabla 6. Deserción Escolar del Departamento del Huila por sector y zona. 2002	
Tabla 7: Municipios Expulsores y Receptores de Desplazamiento en el Departamento del Huila. 2001.	70
Tabla 8. Causas de Desplazamiento en el departamento del Huila. 2002.	73
Tabla 9. Indicadores de Condiciones de Vida y Pobreza. Departamento Del Huila. 1997 – 2001	78
Tabla 10. Resultados muestras de Laboratorio de Salud Pública Departamental dentro de la Vigilancia de Organofosforados y Carbamatos. 2001 - 2002	84
Tabla 11 Morbilidad por Consulta Externa Departamento Huila.2000	91
Tabla 12. Morbilidad General por Consulta Externa 2001	93
Tabla 13. Morbilidad General por Egreso Hospitalario 2000	95
Tabla 14. No de Casos de EDAS y Tasa por 100 Habitantes en el Departamento del Huila, en menores de cinco años,2002	123
Tabla 15. Morbilidad Oral en el Departamento del Huila 2001	128
Tabla 16: Distribución de la población, según resultados de la Encuesta Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas, Neiva,2001	147
Tabla 17: Clasificación de los resultados por tipo de sustancia Encuesta Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas, Neiva,2001	148
Tabla 18: Mortalidad por Probable manera de muerte Departamento del Huila 2001	151
Tabla 19. Mortalidad General – Huila 2001	153
Tabla 20. Mortalidad por Homicidios Huila 2001	157
Tabla 21 Tasa de mortalidad por Homicidios y Accidentes de Tránsito Neiva 1998 – 2002	157
Tabla 22. Mortalidad por Accidentes de Tránsito Departamento Del Huila 2001	159

Tabla 23: Suicidios por Municipio en el Departamento del Huila 2001.	164
Tabla 24: Servicios de Salud ofrecidos por Instituciones de Primer nivel de Atención. Huila- 2002	177
Tabla 25: Servicios de Salud ofrecidos por Instituciones de Segundo nivel de Atención. Huila- 2002	178
Tabla 26: Tipo y No de Prestadores de Servicios de Salud, Departamento Del Huila - 2002	180
Tabla 27: Inventario de Servicios Básicos de Salud, Departamento del Huila. 2001.	181
Tabla 28: Análisis Financiero de Reestructuración física de los Hospitales públicos, Departamento del Huila. 2001.	183
Tabla 29: Empresas Sociales del estado del nivel Dptal y Mpal. Huila 2001.	185
Tabla 30: Indicadores de Gestión, Departamento del Huila	186
Tabla 31: Oferta del Talento Humano, profesionales inscritos en el Departamento del Huila.	187
Tabla 32: Nivel de comparación del índice de ocupación de camas, Departamento del Huila. 2000 – 2002.	193
Tabla 33: Situado Fiscal en el Departamento del Huila. 1995-2001	194
Tabla 34: Rentas Cedidas en el Departamento del Huila. 1996 – 2001	195
Tabla 35: Ingresos Corrientes de la Nación en el Departamento del Huila. 1996 – 2001	195
Tabla 36: Fondo de Solidaridad y Garantía, en el Departamento del Huila. 1998 – 2001.	196
Tabla 37: Resumen análisis financiero, en el Departamento del Huila.2001	196
Tabla 38: Laboratorios Clínicos de I nivel de Atención, en el Departamento del Huila. 2002	202
Tabla 39: Población por Aseguramiento, Departamento del Huila. 2003.	204
Tabla 40: Oferta de Servicios de Aseguramiento (E.P.S), Departamento del Huila. 2002.	207

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: División político – administrativa. Departamento del Huila – 2002	29
Figura 2. Pirámide Poblacional, Departamento del Huila. Año 2002	38
Figura 3. Organizaciones Étnicas del Departamento del Huila	40
Figura 4. Flor de la Amapola (Papaver Somniferum), Cultivos Ilícitos Del Departamento del Huila	51
Figura 5. Pozo Petrolero en Neiva. Departamento del Huila	53
Figura 6. Paisajes de atracción turística del Departamento del Huila	63
Figura 7. Paisaje turístico del Departamento del Huila. Salto de Bordonos en el Municipio San José de Isnos	64
Figura 8. Lugar de Procedencia del 75% de la población desplazada en el Departamento del Huila.2001	72
Figura 9. Municipios de Asentamiento de Población Desplazada del Huila 85%.2001	72
Figura 10. Porcentaje de municipios expulsores y receptores de población desplazada en el Departamento del Huila. 2001.	73
Figura 11. Morbilidad por consulta externa 2001	94
Figura 12. Tuberculosis todas las formas. Incidencia - Colombia, Huila, Neiva 1984-2002	102
Figura 13. Incidencia TBC, en el Departamento del Huila 2002	108
Figura 14. Prevalencia de Lepra en el Departamento del Huila 2001.	109
Figura 15. Prevalencia de Lepra en el Departamento del Huila 2002	110
Figura 16: Casos de Leishmaniasis Colombia 2000 a 2002	111
Figura 17: Dengue Clásico y Probables por municipios Huila. 2000	114
Figura 18: Dengue Clásico confirmado por Laboratorio por Municipios, Departamento del Huila. 2001	115
Figura 19: Mapa Epidemiológico, Departamento del Huila. 2002.	117
Figura 20: Índices de Aedes Aegypti, en el Departamento del Huila. 2002.	118
Figura 21: Presencia de Anopheles en el Huila 2001	120
Figura 22: Tendencia % Fluorizaciones Vs Morbilidad Oral, Departamento Del Huila. 1996 – 2001.	129
Figura 23: Situación nutricional en < 12 años por grupo de edad, Departamento del Huila. 2002	132
Figura 24: Población por género, con riesgo a sobrepeso/obesidad, Departamento del Huila. 2002.	135
Figura 25: Situación nutricional < 12 años por género, en el Departamento del Huila. 2002.	135

Figura 26: Tendencia nutricional < 12 años Huila 1999-2002	136
Figura 27: Nivel de riesgo a desnutrición global < 12 años por Municipio, Departamento del Huila. 2002	137
Figura 28: Nivel de riesgo a desnutrición crónica por Municipio, en el Departamento del Huila. 2002	138
Figura 29: Nivel de riesgo a desnutrición aguda por Municipio, en el Departamento del Huila. 2002	139
Figura 30: Situación nutricional < 5 años Huila, Colombia 2002	140
Figura 31: Anemia Nutricional y deficiencia de Hierro, Colombia 1995	141
Figura 32: Deficiencia de Vitamina A, Región Central de Colombia. 1995.	142
Figura 33: No de defunciones por grupo de edad, Departamento del Huila. 2001	152
Figura 34: Tasa de Suicidio según edad y sexo. Colombia. 2001	161
Figura 35: Casos de Suicidios en el Departamento del Huila 1996 - 2000	162
Figura 36: Tendencia y Distribución de Camas del sector público, Departamento del Huila, 2000-2002	189
Figura 37: Egresos Hospitalarios por niveles de atención, Departamento Del Huila. 2000-2002	190
Figura 38: Días de estancia ESE Hospitales del Departamento del Huila por niveles de atención, 2000 - 2002	191
Figura 39: Promedio días estancia por niveles de atención, ESE Hospitales Del Departamento del Huila. 2000-2002	192

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Población por grupo de edad	185
Anexo 2. Población por zona y sexo	187
Anexo 3. Régimen Contributivo	189
Anexo 4. Régimen Subsidiado	193
Anexo 5. SIS 12 - 2002	195
Anexo 6. Incidencia TBC	196
Anexo 7 Prevalencia de Lepra	198
Anexo 8: Incidencia de Leishmaniasis Huila 1999 - 2002	200
Anexo 9: Dengue 2002	201

ABSTRACT

In the new social security model, that is based in the health promotion, the sickness prevention, gets great importance in the analysis of information that allows to built a situation or diagnostic of the *health estate – population sickness* and its features, getting to improve the planeation process, politics formulation, priorities definition and the intervention strategies desing.

To the presented information analysis, health stadistic data from the OPS basic information were used to the countries of América, the technical reports of the “Department the Health” nowadays social protection, the OPS epidemical bulletins, the national health institute, national SIVIGILA; to the department data from SIS 12 were used, national and regional SIVIGILA, health development department programme cases, the stadistic information of planeation, DANE reports and technical bulletins of the National Legal Medicine Institute (Forensis) and the regional bulletin, among others.

The results of the public health importance found in the analysis of Huila health situation gave a high risk of sickness and deaths by external causes, making great worry in the high range of mortality because of suicide and traffic accidents, events relationed directly with the Huila’s people behaviour; the breating infections like inflammation of the ear, faringitis, laryngothacheatys, bronchitis, throatypneumonia, and pneumonias in the population younger than five couses a great damage and a high number of hospitalization; the sickeness with hidrical origin as diarrhea, intestinal parasitism have a great influence perhaps due to the pour conditions of basic sanitation in the rural zone of the department, the vectorial transmtion illness have especial importance for the encrease of themselves generated by climate, geographical, ephidemical conditions and the displacement of the population by the war conflicts, the cronical and degenerative illness as hipertension, diabetes and cancer increase each day, this situation requires an investigation process of the mentioned sickness that allows to identify risk factors and to plan, impact interventions. The avoidable mortality events as perinatales, and maternal death require an oportune and integral intervention that allows to modify the behaviour; that sexual transmission diseas increase specially by inadecuate attention as sifilis and the unknown causing a great impact in the health, this is sida case and finally the sickness associated to consume risk factors, environment and behaviour that are not found totally identified unknowing their impact.

As result of the construction process of the diagnostic in the department, can be seen the integral system of health information is not adecuate, specially in register

process, codification and illness and events of interest information, the watching out of events is poor, the importance it has is not given and it is not divulged.

The characterization of healthy space and its divulgation conditions are considered essential elements to guide the efforts to the non-equitative situations in health, through more attention and promotion on health. To be more efficient the decision making process in areas which require those efforts it is suggested the information system improvement through different dimensions that include the health development. In conclusion, from the health promotion perspective, the identification and evaluation of health conditions means a very important advantage to the definition of priorities and the intersectorial work and interinstitutional in subject of health, including the health services adjustment.

INTRODUCCION

El nuevo marco legal definido por la ley 10 de 1990, la constitución política de 1991 y las leyes 60 y 100 de 1993, determinan un nuevo devenir institucional en los deferentes sectores y órdenes territoriales en el país.

Este define el proceso de descentralización, como ruta y horizonte para alcanzar autonomía administrativa y financiera local, dentro de un contexto de eficiencia y calidad y tiene como último propósito, mejorar la calidad de vida de las comunidades, propiciando su participación y la de las demás fuerzas vivas del municipio y el departamento.

El diagnóstico de la situación de salud fue definido como *"el proceso sistemático y organizado de reconocimiento de los problemas de salud que afectan el bienestar de la población, las formas de vida que protegen la salud o la deterioran, así como la respuesta individual, grupal y social frente a dicha problemática"*

El diagnóstico de Salud del Departamento del Huila ha sido una de las herramientas fundamentales para conocer la situación y necesidades de la población, en todos los aspectos que inciden la salud de ésta, cuyo concepto trasciende la ausencia de enfermedad y por ende incluye elementos como el ambiente, la recreación, el empleo, condiciones de vida entre otros.

Los criterios fundamentales para el proceso fueron la Intersectorialidad, participación, desarrollo como proceso, contextualización histórica y socio - económica, ampliación de la mirada institucional sobre el proceso salud enfermedad, multitemático, utilidad práctica para gestión, proceso potenciador de organización a todo nivel, recuperación de trabajos previos y definición objetiva de alcances y posibilidades.

De ésta manera el perfil epidemiológico se ha constituido en una herramienta de gran valor para la planeación en todas las instancias del sistema de salud; éste diagnóstico se ha realizado con el fin de nutrir tanto a los prestadores de servicios de salud públicos y privados como los agentes políticos y técnicos, haciendo más fácil la toma de decisiones en lo referente a la definición de políticas y a la asignación de recursos.

La Secretaría de Salud Departamental tiene dentro de sus principales derroteros brindar el mejor servicio de salud a la comunidad, para lo cual capacitó a tres de sus funcionarias en Epidemiología las cuales realizan este Diagnóstico

Departamental como proyecto de grado, y así contribuir de manera puntual en la toma de futuras decisiones en beneficio de la comunidad partiendo de una base real de la situación de la salud en el Departamento.

Dentro de los primeros ocho capítulos realizamos un remembranza de nuestro departamento donde recordamos nuestra historia, nuestra cultura, nuestras riquezas, se explican las condiciones de la vivienda, alimentación, transporte, educación, violencia, turismo; calidad de vida y pobreza de la comunidad opita.

A partir del capítulo 9 hasta el capítulo 10, establecemos un panorama de riesgos ambientales y de consumo como son: las condiciones del agua potable, las disposición de desechos, los riesgos químicos, la contaminación atmosférica, los riesgo del consumo de alimentos, los mataderos y por último los riesgos naturales y antrópicos.

En el capítulo 11 realizamos una descripción de la situación de la salud a partir de estas condiciones de vida, donde realizamos un pequeño análisis de la morbilidad en nuestro departamento; para luego determinar en el capítulo 12 con las causas más frecuentes de mortalidad.

Para terminar describimos la situación de salud teniendo desde el punto de vista de la prestación de los servicios en cuanto a la oferta y la demanda, la red de prestadores, el sistema de salud del departamento, la infraestructura hospitalaria, el talento humano y los recursos financieros.

Como fuentes de información para la realización de este diagnóstico se tuvo en cuenta los registros de los programas de la secretaría, los sistemas de notificación de eventos como el Sivigila y el SIS 12, la revista IQUEN del Instituto Nacional de Salud; además de libros, revistas y documentos de investigaciones referentes al departamento.

El resultado de este ejercicio que está en permanente actualización, muestra el comportamiento del patrón de salud enfermedad de la población Huilense, del cual es importante resaltar aspectos como cambios favorables en las tendencias de algunos macroindicadores de salud como la mortalidad infantil, el índice de desnutrición, la esperanza de vida al nacer y la reducción en la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, así como un incremento de las enfermedades crónicas y traumas producidos por accidentes y violencia.

RESUMEN

En el nuevo modelo de seguridad social en salud, que se basa en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, cobra gran importancia el análisis de la información que permite construir una situación o diagnóstico del *estado de salud – enfermedad de la población* y sus determinantes, buscando mejorar los procesos de planeación, formulación de políticas, definición de prioridades y el diseño e implementación de estrategias de intervención.

Para el análisis de la información presentada se utilizaron los datos estadísticos de salud provenientes del sistema de datos básicos de la OPS, para los países de las americas, los informes técnicos del Ministerio de Salud hoy de Protección Social, los boletines epidemiológicos de la OPS, el Instituto Nacional de Salud, SIVIGILA Nacional; a nivel departamental se utilizaron los datos obtenidos del SIS 12, SIVIGILA Departamental y Municipal, registro de casos de los programas de la División de Desarrollo de la Salud, la información estadística de Planeación Departamental , los registros de estadísticas vitales del DANE y boletines técnicos del Instituto Nacional de Medicina Legal (Forensis) y boletín regional, entre otros.

Dentro de los resultados de importancia para la salud pública que se encontraron en el análisis de la situación en salud del Departamento del Huila, se tiene un alto riesgo de enfermar y morir por causas externas, causando gran preocupación la alta tasa de mortalidad por suicidio y de accidentes de tránsito, eventos relacionados directamente con el comportamiento de los huilenses; las infecciones respiratorias como las otitis, faringitis, laringotraqueitis, bronquiolitis, bronconeumonías y neumonías en la población de menores de 5 años causan un gran daño y un elevado número de consultas y hospitalización; las enfermedades de origen hídrico como la Enfermedad diarreica aguda, el parasitismo intestinal tienen una alta incidencia quizás debido a las condiciones precarias de saneamiento básico que maneja especialmente la zona rural del departamento; las enfermedades de transmisión vectorial tienen especial importancia por el aumento de las mismas debido a las condiciones climáticas, geográficas, epidemiológicas y de desplazamiento de la población por el conflicto armado, las enfermedades crónicas y degenerativas como la hipertensión, la diabetes y el cáncer van en aumento, lo cual amerita un proceso de investigación de estas enfermedades que lleven a identificar factores de riesgo y nos sirvan para planear intervenciones de impacto. Los eventos de la mortalidad evitable como las muertes peri natales y materna requieren de una intervención oportuna e integral que permita tomar modificar el comportamiento; las enfermedades de transmisión sexual van en aumento especialmente aquellas que por mal manejo y inadecuada atención no se han controlado como la sífilis congénita y las que se desconoce y pueden estar causando un gran impacto sobre la salud como el SIDA y finalmente las

enfermedades asociadas a factores de riesgo del consumo y del ambiente y del comportamiento que no se encuentran plenamente identificadas y por lo tanto se desconoce su impacto.

Igualmente como resultado de este proceso de construcción del diagnóstico en salud del Departamento se puede observar que el sistema integral de información en salud no es adecuado, especialmente en procesos de registro, codificación y flujo de la información de las enfermedades y eventos de interés, los procesos de vigilancia de los eventos son precarios, no se les ha dado la importancia que tienen y además no se realiza la divulgación de la misma.

La caracterización de espacios saludables y el monitoreo de sus condiciones se consideran elementos esenciales para orientar los esfuerzos dirigidos hacia la reducción de las desigualdades en salud, por medio de mayor atención y promoción en salud. Para hacer más eficiente el proceso de toma de decisiones en áreas que requieren dichos esfuerzos se ha sugerido el mejoramiento del sistema de información a través de las diversas dimensiones que contempla el desarrollo en salud. En síntesis, desde la perspectiva de la promoción de la salud, la identificación y evaluación de las condiciones de salud es un paso muy importante para la definición de prioridades y el trabajo intersectorial e interinstitucional en materia de salud, incluyendo el ajuste de los servicios de salud.

JUSTIFICACION

La descripción y el análisis del estado de salud es un arma importante para la toma de decisiones basada en evidencias y para la programación de las intervenciones en salud, el análisis de indicadores en salud es una antigua tradición en salud pública particularmente en epidemiología que generalmente estaba enfocada únicamente en datos de mortalidad y sobre evidencia, sin embargo, el análisis de las medidas de morbilidad, discapacidad y de determinantes no biológicos de la salud como el acceso a servicios, la calidad en la atención, la condiciones de vida y los factores ambientales son de necesidad creciente para analizar con objetividad de la situación de salud de grupos poblacionales y poder documentar la capacidad de las personas de funcionar física, social y emocionalmente. En este sentido, el diagnóstico en salud manejado dentro de un sistema de información dinámico y con unos indicadores en salud de calidad, es una herramienta fundamental para los tomadores de decisión en todos los niveles de gestión.

Igualmente, la información sobre la situación en salud y sus tendencias es un insumo estratégico para la formulación, ajuste y evaluación de los programas de salud, así como en la reorientación de los servicios de salud y los sistemas de vigilancia en salud pública los cuales son utilizados en la programación, monitoreo, evaluación y adaptación de la cooperación técnica, la movilización de recursos y la diseminación técnica en salud.

La salud pública entendida como el conjunto de prácticas sociales y funciones del estado existentes en una sociedad, tendientes a desarrollar, preservar o mejorar la salud colectiva, a través de las condiciones, determinantes y significados de la salud para la población. En este contexto, la salud se constituye en un bien público, de interés y responsabilidad de todos, que debe producirse desde la sociedad y el estado. Teniendo en cuenta este concepto, el Departamento del Huila no contaba con un proceso adecuado de análisis de la información en salud, aunado la falta de información de eventos de interés en salud pública, y los precarios proceso de vigilancia, que permitieran adelantar las acciones en salud pública y tomar decisiones de mayor efectividad tanto con los recursos asignados para los planes de salud, como la oferta de servicios de salud. Evidenciando estas falencias dentro del sistema de seguridad social en salud del Departamento se considero prioritario efectuar un análisis de la situación en salud, teniendo el enfoque de observar la información, describir eventos y analizar el comportamiento de los mismos, al igual que los factores protectores y de riesgo asociados a la presentación o no de la enfermedad.

En el proceso de fortalecimiento de la vigilancia en salud pública del Departamento del Huila como una línea prioritaria se han venido desarrollando diferentes acciones que tienen su propia estructura en cuanto a sus componentes de información, análisis e intervención claramente definidos, además de una dinámica y desarrollo diferentes, sin embargo, la necesidad de contar con información útil para la planificación y la toma de decisiones y principalmente con el propósito de contribuir al conocimiento de la situación de salud e informar al nivel político, técnico, administrativo y a la comunidad en general sobre los datos más relevantes para el sector salud, se hace necesario contar con información que sirva no solo para que el departamento y los municipios evalúen su situación con respecto a la morbi-mortalidad y eventos relacionados, sino también para que se efectúe un proceso de depuración de los datos acercándonos a la realidad local, mejorando el proceso de análisis integral de la información que se genera en los diferentes sectores, y más allá de esto hacia la focalización de aspectos críticos en los cuales se deban fortalecer las actividades en pro del acceso a los servicios de salud y mejoramiento de la calidad de la atención de las patologías que conllevan a complicaciones del estado de salud.

Observando los procesos de la Secretaria de Salud Departamental y entre ellos el análisis y recopilación de la información es claramente identificado que la institución no cuenta con un documento donde se recopile y analice la información de salud que oriente las acciones competencia del departamento, de igual manera, contando con el informe técnico de la gestión del departamento, el Ministerio de Protección Social recomendó conocer de antemano la situación de salud mediante un documento de dominio público para que todos los actores del sistema accedan a su utilización

La situación anterior nos ha impulsado en este esfuerzo de recopilar y organizar la información existente de diferentes fuentes y que en el contexto de la salud y de las prioridades departamentales, de una u otra manera inciden en la caracterización de la situación de salud del departamento, motivo por el cual se hizo necesario realizar este diagnóstico de la situación de salud correspondiente al año 2002, el cual permite alimentar el sistema de vigilancia en salud pública fortaleciendo a su vez la implementación del mismo en el municipio y buscando brindar elementos que contribuyan a que la toma de decisiones por parte de los diferentes actores del sistema cuente con una visión integral del estado de salud – enfermedad de la población del Huila; de la misma manera el diagnóstico de salud del Departamento del Huila servirá como insumo de vital importancia para proyectar acciones como la orientación de las líneas de acción del PAB Departamental y municipal, el mejoramiento del sistema de información de salud actual, el poder observar los procesos de vigilancia de los eventos en salud y con el fin de que se use estratégicamente en la negociación política, en la gestión institución, en la movilización de los recursos y en la disseminación de información

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar el diagnóstico de la situación de salud del departamento del Huila en el año 2002, con el propósito de permitir a las autoridades en salud formular políticas, definir prioridades y diseñar e implementar estrategias de intervención que conlleven a modificar y mejorar tanto condiciones de salud como la calidad en la atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer la situación de las enfermedades de interés en salud pública del Departamento del Huila.

Describir los riesgos y eventos de impacto en la salud de los Huilenses.

Identificar las debilidades y fortalezas de los sistemas de información disponibles en el Departamento para obtener la información de los eventos de interés en salud pública.

Identificar la operatividad del sistema integral de información en salud del departamento.

Tomar oportunamente las medidas tendientes a prevenir, controlar, eliminar o erradicar las enfermedades y eventos más prevalentes.

Dar origen a hipótesis epidemiológicas, sobre eventos que no se han estudiado en profundidad y que presentan gran impacto en la salud del Huilense.

Recopilar, analizar y difundir los datos obtenidos para que los entes gubernamentales tengan un soporte técnico que permitan formular políticas saludables.

METODOLOGÍA

Para la realización del Diagnóstico en salud del Departamento del Huila se recurrió a una revisión de información de estadísticas vitales, informes anuales de los programas de la Secretaría de Salud Departamental, el Sistema de Información en vigilancia en salud pública (SIVIGILA), la información obtenida en documentos tales como boletines epidemiológicos, revisión de información sistematizada publicada por el Instituto nacional de Salud y el Ministerio de protección Social, Instituto de Medicina Legal y ciencias forenses, OPS y OMS.

Una vez compilada la información y buscando identificar la confiabilidad de la misma se procedió a realizar un análisis descriptivo retrospectivo de los eventos de mayor incidencia y prevalencia en el Departamento del Huila y que tienen impacto en la salud pública.

DIAGNOSTICO DE SALUD HUILA 2002

1. CONTEXTO DE LA DEMANDA

1.1 CONSTRUCCION HISTORICA

El nombre del Departamento del Huila es de origen indígena y quiere decir “anaranjado” también se atribuye la palabra a la lengua Páez con el significado de montaña luminosa; lo cierto es que el Departamento debe su nombre a la mas alta cumbre andina (5750 msnm), el nevado del Huila.

El Departamento del Huila está constituido por el territorio que acunan las cordilleras oriental y central, desde el macizo Colombiano en el sur, hasta los ríos Patá y Cabrera por el norte, formando una cuenca que riega por el centro el río Magdalena. En el recorrido abre un creciente valle con extensas llanuras dedicadas a la ganadería y la agricultura mecanizada. Las partes altas (laderas), se dedican al cultivo del café y productos tradicionales para la alimentación, como plátano, yuca, frijol, maíz, frutales y algunas hortalizas. Antes de la llegada de los españoles, este territorio fue habitado por nativos laboriosos que aprovechaban la naturaleza sin descomponerla, como lo indica su pasado histórico.¹

La historia del Huila se divide en tres periodos, el primero es el Formativo que va hasta el siglo I a. de C., en el cual el territorio del actual departamento del Huila estaba integrado a una amplia región que incluía parte del también hoy departamento del Tolima y buena porción de la Amazonía. El periodo siguiente, el Clásico Regional, se prolongó hasta el siglo VIII; durante él se desarrollo la cultura de San Agustín (Uyumbe o ullumbe), de cuyo grado de desarrollo habla por sí sola la estatuaria de los parques arqueológicos de San Agustín e Isnos, los hallazgos de Saladoblanco y La Argentina y los interesantes estudios de científicos que han localizado la frontera social de dicha cultura más abajo del municipio de Garzón. Al norte, la presencia aborígen quedó manifiesta en la Cultura del Valle Alto del Río Cabrera, llamada comúnmente Santana, y expresada en significativas obras de piedra y cerámica. El período Reciente abarca desde el siglo VIII planteamientos sobre la frontera cultural entre yalcones, paeces y pijaos, posibles primitivos pobladores del departamento, hipótesis que aún no ha sido investigada por los arqueólogos.²

¹ El Descubrimiento del Huila y el Poblamiento de la región central del Departamento.

² Opcit.

Otros estudios revelan que los aborígenes del sur y centro del Huila construyeron viviendas circulares, terrazas artificiales y redes de canales recolectores de agua para desecar los terrenos en los que cultivaron maíz, maní, frijol; además recogieron raíces y frutos como el nogal. Igualmente, los nativos se ocuparon de la minería, los tejidos, la alfarería y el comercio, respetando el orden ecológico de la naturaleza.

El historiador Reynel Salas Vargas (1992) señala que los españoles llegaron a este territorio por el sur, bajo la comandancia de Sebastián de Belalcazar, quien había participado de la conquista del Perú al lado de Pizarro y fundado las ciudades de Quito y Popayán. Poco antes de su llegada, como lo expresaron los indígenas del norte del valle Alto Magdalena, el territorio había sido reconocido por Gonzalo Jiménez de Quesada, quien a consecuencia del mal suceso experimentado durante la expedición bautizó a esta ardiente llanura con el nombre del “Valle de las Tristezas”.³

Cuando el conquistador Sebastián de Belarcazar, a la cabeza de la primera expedición española, logro introducirse a este valle a través de la cordillera, comenzaron las mas cruentas luchas entre peninsulares y aborígenes que cobraron gran número de víctimas en ambas partes⁴.

En 1538 Sebastián de Belarcazar dio la denominación de Neiva a las extensas llanuras según parece por la semejanza con las que bañan el río Neiva en la Isla de santo Domingo. Para averiguar la posición de esta dispuso el regreso posterior de los capitanes Juan de Ampudia y Pedro de Añasco; el primero con el fin de abrir y guardar el camino a través de la cordillera, y el segundo con el propósito de fundar un pueblo para establecer la comunicación entre los valles de Popayán y Magdalena. Es cuando aparece en escena la figura de orgullo de la historia Nacional La Cacica Gaitana, siglo XVI, estando estremecido el continente por la presencia del hombre europeo en su pueblo.⁵

Como resultado de la incursión de reconocimiento efectuada por Bel alcázar, éste ordenó al capitán Pedro de Añasco fundar Timaná, orden que cumplió el 18 de diciembre de 1538, localizando la villa en la zona de influencia del mas grande núcleo poblacional aborigen: dieciséis mil indígenas, según los cronistas de Indias. Del mismo modo, mandó al capitán Juan de Cabrera que sentar las bases de una nueva ciudad en la parte media del valle recorrido, lo que en efecto sucedió el 8 de diciembre de 1539, dando origen, por primera vez, a Neiva.⁶

La conquista del territorio huilense se circunscribió inicialmente al sur, pues Neiva debió ser abandonada pronto ante la urgencia de defender a Timaná de los continuos ataques aborígenes. De ahí que tan solo cuando la resistencia directa y bélica se volvió a la tarea sistemática de dominio de otras regiones, como la del

³ El Descubrimiento del Huila y el Poblamiento de la región central del Departamento.

⁴ Opcit.

⁵ Ibit.

⁶ Ibit.

norte, mediante la segunda fundación de Neiva por don Juan de Alonso, el 18 de agosto de 1550, y de la región occidente a través del establecimiento de San Sebastián de La Plata, el 24 de agosto de 1551, fundada junto a las ricas minas de este metal, por el capitán Sebastián Quintero, bajo las órdenes de la Real Audiencia.⁷

La primer reacción del aborígen ante el invasor fue expectativa y temor, y luego de curiosidad y hasta de amistad en algunos casos. Sin embargo, cuando el peninsular distribuyó al nativo en encomiendas, lo hizo siervo tributario suyo y le impuso pesadas leyes, entrando la pacífica y recelosa hospitalidad en guerra.⁸

Con el empleo de la mano de obra nativa el hombre blanco estableció haciendas y explotó minas en forma irracional, lo cual dio como resultado el agotamiento de los nativos, debilitados por el trabajo, dando origen a nuevas enfermedades de tipo transmisibles debido a los constantes enfrentamientos que sostuvieron contra los invasores. Sin embargo, su sangre se unió a la del español y originó un tipo racial que permanece vigente en el medio. Su lucha, entonces, se incorporó a los valores de la raza, simbolizada hoy por la imagen de una mujer que recibió el nombre de La Gaitana.⁹

A pesar de lo que pueda pensarse, el español no logró adueñarse del territorio en forma fácil; por el contrario, los aborígenes se asociaron y lucharon ferozmente contra el usurpador animados por la Cacica Gaitana. La lucha de los nativos, aunque no fructificó finalmente y contribuyó a su reducción numérica, perduró a través de los siglos como expresión constante de resistencia contra el invasor y caracterizó al huilense como amigo y defensor de la libertad. Las tres fundaciones que originan la conquista del territorio huilense responden a tres motivos comunes en el ambiente continental americano de la época. Timaná es la posibilidad de la explotación de la tierra y el tributo, gracias a la abundante población y a la calidad del terreno. Neiva es fundamental para el viajero que recorre el camino de Popayán a Santafé de Bogotá, y para delimitar los terrenos de una entidad gubernativa que prolonga el poder de Popayán hacia el Oriente venciendo la cordillera central. Por último, San Sebastián de La Plata es la opción de la prometedora explotación de las riquezas minerales, que ambicionaba el conquistador.¹⁰

En virtud de lo anterior, y como consecuencia de sucesos posteriores, cada una de las ciudades mencionadas tendría un desarrollo político y social diferente. Así, Timaná recibió el título de villa y se fundó con linajudos descendientes de españoles, cuyas familias de encomenderos, como las de Bernardino Calderón y Fernández, Ambrosio de Salazar, Antonio de Rojas Lozada y Juan de Cuellar, permanecieron ligadas a las de Popayán y desarrollaron esa cultura propia basada

⁷ El Descubrimiento del Huila y el Poblamiento de la región central del Departamento.

⁸ Opcit.

⁹ Ibit.

¹⁰ Ibit.

en el reconocimiento de la pureza de la sangre y en el prestigio que da el poder político, la posesión de la tierra cercanía a los poderes y beneficios de la Iglesia y la obsecuente servidumbre de los criados y peones. San Sebastián de La Plata, designada ciudad, se asemejó bastante a Timaná, aunque dependió de ella. Neiva, a su turno, destruida por segunda vez en 1569 por los pijaos, en 1610 se llamó Gobernación de Neiva y al formarse la Gran Colombia se adscribió al Departamento de Cundinamarca por Decreto 19 de 1825, donde se fijaron los límites de los cuatro cantones en que se subdividió la provincia de Neiva, en 1869 se dividió el estado del Tolima en dos departamentos (Norte y Sur) y es cuando el departamento del Huila se separa e éste creándose como tal, mediante la Ley 46 del 19 de abril de 1905, la cual fue derogada por la Ley 65 de 1909 y reglamentada por el Decreto 340 de 1910.¹¹

El proceso de reconocimiento y conquista termina con la creación, en 1610, de la Provincia de Neiva, cuyos límites están comprendidos entre el Río Saldaña en el norte y el Macizo Colombiano en el sur. Bajo su jurisdicción se colocaron la Villa de Timaná y las ciudades de La Plata y Neiva (Salas Vargas, 1992)

¹¹ Información Básica del Departamento del Huila. Rev. Así es mi Huila.

2. CARACTERISTICAS TERRITORIALES

2.1 UBICACIÓN, EXTENSIÓN Y LÍMITES

2.1.1 Ubicación: El Departamento del Huila es una cuna, es un territorio arcifinio, es decir es un territorio enmarcado por la naturaleza. Además, el territorio está comprendido por el sistema hidrográfico del río Magdalena, desde su nacimiento, hasta las desembocaduras del Pata y del Cabrera.

El Huila está ubicado en el interior del país, en la parte sur de la Región Andina, localizado entre los 01°33'08" y 03°47'32" de latitud Norte y los 74°28'34" y 76°36'47" de longitud Oeste.¹²

2.1.2 Extensión: 19.890 Km²

Perímetro: 1.105 Km.

Distancia máxima en latitud: 354 Km. del río Riachón a los Picos de La Fragua.

Distancia máxima en longitud: 123 Km. del Nevado del Huila a los límites con el Meta y Caquetá.

Distribución de Perímetro:

Límite con el Cauca	334Km	30.3%
Límite con el Tolima	306 Km.	27.8
Límite con el Caquetá	276 Km.	24.9
Límite con el Meta	167 Km.	15.1
Límite con el Distrito Capital	22 Km.	1.9

¹² El Descubrimiento del Huila y el Poblamiento de la región central del Departamento.

Perímetro Total	1.105 Km.	100.0%
Pisos Térmicos:		
Cálido	5.546 Km2	27.9%
Medio	7.621 Km2	38.2
Frío	5.450 Km2	27.5
Páramo	1.273 Km2	6.4
Superficie Total	19.890 Km2	100.0%

2.1.3 Límites del Departamento: La Asamblea Departamental del Huila mediante Ordenanza No 7 de 1919 adoptó los siguientes límites del Departamento:

“Desde el nacimiento del río Riachón, en el Páramo de Sumapaz, bajando este río que pasa cerca de la hacienda de Miraflores hasta su desembocadura en el río Cabrera; este río abajo, hasta el cerro llamado Pacarní, de aquí en línea recta, a buscar el Llano Hondo, de aquí a buscar la parte más alta del cerro de Buenos Aires; de aquí en línea recta y pasando por el Llano del Espinal a la desembocadura del río Cabrera en el Magdalena; éste arriba hasta encontrar la boca del río Pata; éste arriba hasta su nacimiento en la montaña más alta del occidente; de allí tocando el filo de La ceja hacia el sur; de este filo arriba, pasando por el Cerro del oso, en el mismo filo, hasta dar con los manantiales que forman el río Cachichí; de aquí línea recta en dirección occidental hasta el filo de la Cordillera Central; por la cima de esta Cordillera hacia el sur hasta dar con el río Negro de Narvéez; este río abajo hasta su desembocadura en el río Páez; éste arriba hasta la confluencia de la quebrada de La Topa; ésta agua arriba hasta su origen en la Cordillera denominada Moscopán que separa las hoyas del río Ullucos del de La Plata; por el filo de esta cordillera en dirección al sur, pasando por el Páramo de Las Papas y de Las lejías hasta su bifurcación en el páramo de Letreros; de allí tomando la cordillera oriental de los Andes a buscar los picos de La Fragua; de aquí hacia el norte por la cima de la cordillera hasta enfrentar las cabeceras del río Riachón, punto inicial”.

Así se concluye: De forma alargada, el departamento se extiende, por los ejes cordilleranos en dirección suroeste y noreste y su posición geográfica se encuentra limitada por cuatro departamentos y el Distrito Capital de Santafé de Bogotá. Por el norte con el Tolima y Distrito Capital de Santafé de Bogotá; por el oriente con Meta y Caquetá; por el sur con Cauca y por el occidente con Cauca y Tolima¹³.

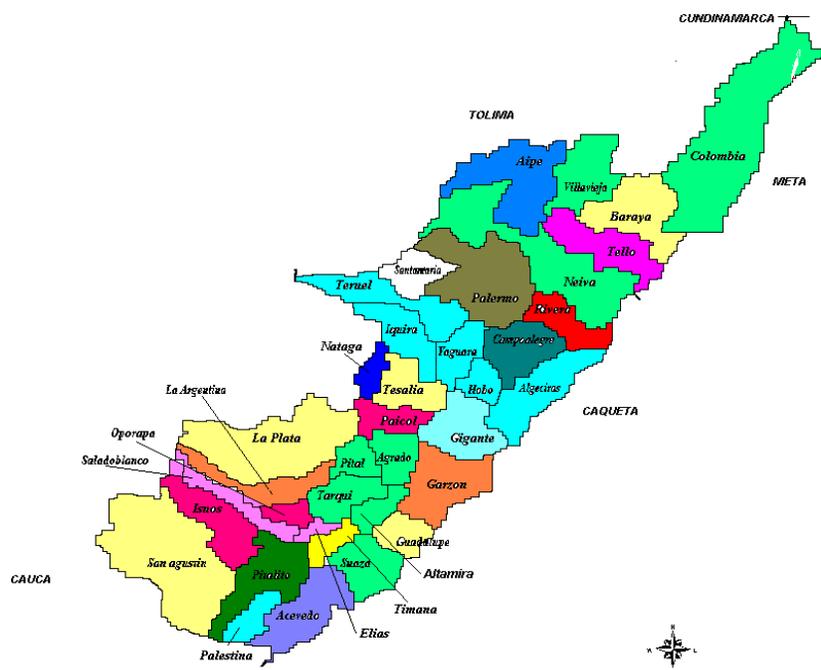
¹³ Información Básica del Departamento del Huila. Rev. Así es mi Huila.

2.2 DIVISION POLITICO-ADMINISTRATIVA

El territorio Departamental comprende 37 municipios, de los cuales 15 se ubican en el norte, 5 en el Occidente, 8 en el Centro y 9 en el Sur del Departamento; 51 corregimientos, 4 Inspecciones, 81 centros poblados y 1.558 veredas. (El 100% de los municipios del Huila, se encuentran descentralizados en materia de salud y seguridad social en salud)¹⁴.

2.2.1 Municipios: Los 37 municipios que comprende el Departamento del Huila son: Acevedo, Agrado, Aipe, Algeciras, Altamira, Baraya, Campoalegre, Colombia, Garzón, Gigante, Guadalupe, Iquira, Isnos, La Argentina, La Plata, Nátaga, Neiva, Oporapa, Palermo, Paicol, Palestina, Pital, Pitalito, Saladoblanco, San Agustín, Santa María, Suaza, Rivera, Tesalia, Tello, Teruel, Timaná, Villavieja, Yaguará (Figura 1).

Figura 1: División político – administrativa. Departamento del Huila – 2002.



¹⁴ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

Fuente: División Planeación – Secretaría de Salud Departamental.

2.2.2 Veredas

**TABLA 1: División Político – Administrativa.
Departamento del Huila, 2001**

MUNICIPIOS	No de Veredas	Inspecciones	Corregimientos	Centros Poblados
Acevedo	78	0	10	0
Agrado	23	0	0	0
Aipe	25	0	0	5
Algeciras	52	0	0	4
Altamira	10	0	0	0
Baraya	36	0	0	0
Campoalegre	27	0	0	4
Colombia	56	0	0	6
Elías	13	0	0	3
Garzón	81	0	0	13
Gigante	49	0	5	0
Guadalupe	45	0	0	2
Hobo	8	0	0	0
Iquira	40	0	0	2
Isnos	60	0	6	0
La Argentina	28	0	0	1
La Plata	120	0	9	0
Nátaga	18	0	0	0
Neiva	73	0	4	8
Oporapa	23	0	0	2
Paicol	23	0	0	0
Palermo	54	0	9	0
Palestina	37	0	0	0
Pital	36	0	0	1

Pitalito	124	0	0	6
Rivera	25	0	0	4
Saladoblanco	42	2	0	0
Santa María	38	0	0	2
San Agustín	79	0	0	8
Suaza	39	2	0	0
Tarqui	55	0	0	3
Tello	39	0	6	0
Teruel	24	0	0	0
Tesalia	19	0	0	1
Timaná	39	0	2	0
Villavieja	11	0	0	6
Yaguará	10	0	0	0
TOTAL DEPARTAMENTO	1558	4	51	81

Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi. 2001.

3. CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS

El Departamento por sus condiciones geográficas, climáticas ambientales y su origen de la principal red hidrográfica del país y la presencia de actividad volcánica. Entre el río Magdalena y sus afluentes se forman valles fértiles para cultivos, facilitando la organización de asentamientos poblaciones hasta las cabeceras urbanas de los municipios.

3.1 OROGRAFIA

Según el Diccionario Geográfico-Histórico del Huila, escrito por el general Julio Londoño (1955), la orografía del departamento del Huila está constituida fundamentalmente por las Cordilleras Central y Oriental que arrancan el Macizo Andino, lo limitan por el Oriente y el Occidente, y lo circunscriben por medio de ramales o estribaciones en el Norte del departamento, formando así un circuito cerrado y profundo que tiene la apariencia de haber sido en edades anteriores un inmenso lago.¹⁵

En el mismo Macizo Andino está el Páramo de Las Papas, así como los de Las Lejías y El Letrero. A partir de este punto arranca la Cordillera Oriental a grandes saltos entre los cuales quedan profundas depresiones que han sido siempre indicadas para los caminos que unen o han unido al Huila con las regiones de la Amazonía. Al terminar estos saltos en el Pico de La fragua, de aproximadamente 3.500 msnm, vuelve a descender suavemente formando una especie de seno, en toda la extensión del departamento, hasta el momento en que termina en el Páramo de Sumapaz, en los límites con Santafé de Bogotá D.C., sitio en el cual vuelve a tomar su elevación (4.560 msnm).¹⁶

De la cordillera oriental se desprenden tres sistemas, uno al sur, otro al centro y un tercero al norte, que caracterizan por completo la parte del departamento que está situada a la derecha del Magdalena.¹⁷

El primero arranca del cerro de La fragua, en donde la cordillera toma rumbo hacia el norte y se dirige hacia el NE, sirviendo de división entre los valles del Magdalena y el Suaza, llamada Serranía de La Ceja y contribuyendo a estructurar

¹⁵ Diccionario Geográfico Histórico del Huila.

¹⁶ Opcit.

¹⁷ Ibit.

la orografía de los municipios de Acevedo, Pitalito, Palestina, Suaza, Timaná, Guadalupe y Altamira.¹⁸

El Sistema del centro arranca del cerro de Miraflores, en plena cordillera, y formando una especie de media lupa regresa a la misma, confundándose con ella.

La parte sur recibe varios nombres, entre ellos: Yarumal, La Ensellada, Talmalá. De este sector precisamente arranca un ramal que se conoce con el nombre de la Sierra de Picamaría, la cual, después de marchar paralelamente a la quebrada de Pescador, cambia repentinamente de rumbo y toma dirección al norte, recibiendo a poco el nombre de Serranía de Seborucos que sigue paralela al Magdalena hasta la inmediación del municipio de Neiva. Esta configuración del sistema permitió la construcción del Embalse de Betania.¹⁹

El sistema septentrional está prácticamente circunscrito al municipio de Colombia y formado por numero dos ramales que se desprenden de la cordillera, entre las cuales se destaca el conocido con el nombre de Cordillera de Altamizal, con otro subalterno denominado Gigante. La Cordillera Central lanza hacia el NE, un sistema que sirve de divorcio entre los valles de La Plata y Páez, de un lado, y el Magdalena del otro, y se conoce con el nombre de Serranía de Las Minas: inicia su desprendimiento en el cerro de San Bartolo y va a morir a orillas del Magdalena en el cerro Matambo. De la Serranía de Las Minas se desprenden ramales subalternos: hacia el este, las Serranías de Las Cimarronas y de El Medio que prácticamente delimitan el municipio de El Pital; y se destaca la Serranía de Nátaga. Bastante más norte y frente al municipio de Palermo corre una Serranía paralela a la Cordillera, encerrando los valles del Tune y El Baché, distinguiéndose por su composición granítica y su forma abrupta.²⁰

Además de estos sistemas, la Cordillera Central ostenta en el Huila notables alturales tales como las de la Serranía de Coconucos, perteneciente en parte al departamento y que integran el gran Macizo del Puracé y el Páramo de Guanacas.

3.2 HIDROGRAFIA

El departamento del Huila cuenta con una gran potencial hídrico tanto superficial como subterráneo para satisfacer las necesidades de la comunidad en los usos domésticos, de irrigación, industrial, de transporte y turístico. Una de las mayores riquezas del territorio huilense está dada por la gran cantidad de ríos que lo bañan

¹⁸ Información Básica del Departamento del Huila. Rev. Así es mi Huila.

¹⁹ Opcit.

²⁰ Ibit.

y que constituyen no solo una fuente de desarrollo económico, sino un complemento perfecto para la variedad paisajística de la región.²¹

El sistema hidrográfico del Huila funciona alrededor del río Magdalena. El río recorre el departamento de sur a norte y recibe las aguas que descienden de los flancos de las dos cordilleras, acompañado de un hermoso y fértil valle sobre el cual descansa la mayor parte del territorio.²²

El Magdalena nace en el Macizo Colombiano y desemboca en el Atlántico; es la corriente más extensa del país y constituye una importante vía de comunicación, pues la mayor parte de su cauce es navegable. El río presenta el famoso paso de El Estrecho, localizado a 11 Km del casco urbano de San Agustín, en donde rompe las formaciones rocosas por donde irrumpe y abre una brecha de 2.27 metros de ancho, la cual constituye un sitio de atractivo turístico extraordinario por su belleza natural.²³

El río Magdalena en sus primeros kilómetros es torrencioso y su lecho inicial está formado por rocas de origen volcánico; luego se define en pequeños valles hasta llegar a Pitalito. Más adelante, el río vuelve a encañonarse hasta llegar a la localidad de Tarqui, en donde adquiere una cierta tranquilidad que permite la navegación de pequeñas embarcaciones.²⁴

A pesar de atravesar el departamento del Huila de sur a norte, el río Magdalena está subutilizado debido a que su cauce es muy profundo y dificulta su uso para irrigación.²⁵

En su transcurso por el departamento, el río Magdalena baña los municipios de San Agustín, Isnos, Pitalito, Timaná, Saladoblanco, Elías, Altamira, Tarqui, Garzón, Agrado, Gigante, Paicol, Tesalia, Hobo, Yaguará, Campoalegre, Rivera, Palermo, Neiva, Tello, Villavieja y Aipe.²⁶

El Magdalena divide al departamento en dos vertientes: la oriental y la occidental. De éstas, la occidental es la más rica en aguas por la mayor altura de la cordillera Central y porque en tiempo de verano el deshielo del nevado mantiene los caudales de los ríos.

²¹ Información Básica del Departamento del Huila. Rev. Así es mi Huila.

²² Opcit.

²³ Ibit.

²⁴ Ibit.

²⁵ Ibit.

²⁶ Ibit.

También deben destacarse los ríos Sombrerillos, Naranjos, Suaza, Neiva, Las Ceibas, Bache, Aipe, Cabrera, Ambicá, El oro, Yaguará, Fortalecillas y Páez, todos ellos tributarios del Magdalena.²⁷

3.3 CLIMA

Además de su riqueza hidrográfica, el Huila tiene la ventaja de poseer todos los climas, incluyendo el páramo, lo cual facilita la diversidad y extensión de la producción agrícola y ganadera; predomina una temperatura promedio de 24 °C. Como puntos extremos de clima frío están las zonas montañosas del parque Natural Nevado del Huila sierra nevada de los Coconucos, lugares donde la temperatura está por debajo los 0°C. Las regiones más cálidas del valle de Neiva, Aipe y Villavieja, con una temperatura promedio de 26°C; los municipios mas fríos son Isnos y San Agustín (cuya temperatura oscila entre 18 y 19°C).²⁸

Como toda comarca de la zona ecuatorial, el Huila tiene cuatro estaciones que determinan su clima: dos de lluvias y dos de sequías (invierno y verano). Pero estas estaciones tienen peculiaridades muy especiales debido a la topografía. La forma de valle profundo del departamento en su mayor parte, hace que el efecto de las capas bajas de los alisios del noroeste y del suroeste pasen muy altas y no pueda sentirse directamente sobre su suelo. Así, a lo largo del departamento se perciben solamente dos tiempos de vientos definidos: los que van de sur a norte y los que van de norte a sur. Los primeros son el resultado de las aberturas que la cordillera Oriental en la región que hemos llamado del Suaza, por las cuales se filtran los vientos del NSE que tratan de atravesar el continente con tanta mayor fuerza cuanto más fuerte sean los alisios del Sureste. Estos, que vienen desde el Atlántico Sur y en vez de descargar la humedad que han recogido en toda la hoya amazónica, sobre los flancos de la cordillera Oriental, como sucede en el resto del país, penetran profundamente por las depresiones, descargan su humedad sobre los flancos próximos de la cordillera Central o de la Serranía de Las Minas, y ya secos tratan de seguir por el valle hacia el norte. Esto solo lo consiguen en las épocas fuertes del alisio de SE es decir, hacia mediados de agosto cuando alcanzan casi el norte del departamento, pero a medida que avanzan los vientos son mas secos, de modo que cuando se aproximan a Neiva dan la impresión de que vinieran en un horno; tratan de arrebatarse toda la humedad que hay en las plantas y corrientes de agua, dando al valle un aspecto desolado y casi completamente desértico.

Afortunadamente, la duración de esta intensidad es corta y una vez terminada viene el invierno que redime la tierra de los estragos causados por aquellos

²⁷ Información Básica del Departamento del Huila. Rev. Así es mi Huila.

²⁸ Opcit.

vientos cálidos. Es ésta también la época de las grandes crecientes del río Magdalena, debido precisamente al agua que han dejado los vientos en el comienzo del curso del río.²⁹

Cuando no se conoce bien la causa de este fenómeno aparece un hecho paradójico en el ritmo climático de la región. Los vientos del norte se deben al juego monzónico que se sucede en el litoral atlántico durante el desplazamiento de los alisios del noreste y algunas veces al recrudescimiento de su fuerza. Al encajonarse los vientos que vienen de la costa, llegan al Huila cargados de humedad, por lo cual son siempre precursores de lluvia.

Las consideraciones anteriores hacen que las estaciones climáticas se alteren en el departamento casi en su totalidad. De enero hasta principios de marzo el invierno es crudo en el norte. Luego hay un corto verano hasta entrando abril y empieza el invierno de nuevo hasta principios de julio cuando el verano se hace más fuerte y se prolonga hasta octubre para entrar luego un invierno, fuerte también, que dura hasta comienzos de marzo, salvo unos quince días que comprende los últimos de diciembre y los primeros de enero, durante los cuales se goza de un corto verano esplendoroso y fuerte, denominado el veranillo de los quesos.

En el sur el invierno va de enero a mediados de marzo; entra entonces el verano hasta mediados de junio para iniciarse un largo invierno que alcanza hasta fines de octubre, cuando el verano vuelve a repetirse hasta enero. La lluvia es menor en el valle que en ninguna otra parte. Esta escasez se extrema en la parte árida del valle de Neiva en donde alcanza solo unos 750 milímetros al año.³⁰

En la parte media de las cordilleras es donde está la zona cafetera, allí pluviosidad alcanza unos 1.600 milímetros, luego aumenta a los 2.000 metros donde se obtienen unos 2.000 milímetros de precipitación. De allí en adelante crece hasta alcanzar el piso térmico de páramo en el cual comienza nuevamente a disminuir.³¹

En general, puede decirse que el ciclo de las estaciones coincide hacia el norte con el departamento del Tolima y hacia el sur con el departamento del Cauca³².

²⁹ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

³⁰ Opcit

³¹ Ibit.

³² Ibit.

4. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

4.1 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

Miseria	16.8 %
NBI	40.4 %
Hacinamiento critico	11.3%
Incapacidad de cubrir requerimientos existencia digna	16.5%
Vivienda inadecuada	14.6%
Analfabeta	11.6%
Sin servicios públicos	11.3%
Cobertura de Educación	75.3%

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. 2002.

4.2 POBLACION

El Departamento Administrativo Nacional de estadística (DANE) difunde anualmente las proyecciones oficiales de la población por cada ente territorial. En el Departamento del Huila la proyección para el año 2003 corresponde a una población de 967.831 habitantes, para el año 2002, se cuenta con una población total de 953.426 habitantes, (Anexos 1 y 2). En el año 2000 la población era de 924.969 habitantes. De esta población el 16.8% vive en la miseria, el 40.4% tiene necesidades básicas insatisfechas, el 11.3% vive en hacinamiento crítico, el 16.5% está en incapacidad de cubrir los mínimos requerimientos de una existencia digna; el 14.6% habitan en viviendas inadecuadas, el 11.6% es analfabeta y 11.3% de los habitantes viven en forma deficiente por falta de infraestructura de servicios públicos y sociales. Con una cobertura promedio en educación del 75.3% en general³³.

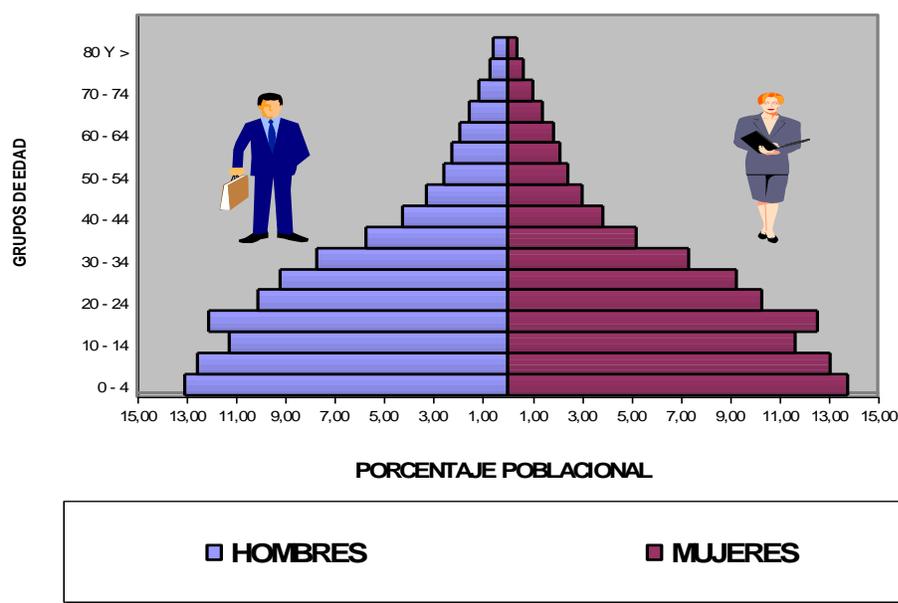
La oficina de planeación de la Secretaría de Salud Departamental basado en esto realiza una distribución por (edad y sexo) por municipio del Departamento.

El análisis poblacional del Huila muestra que en 1996 la población se concentraba en el grupo poblacional de 5-19 años con una participación del 47,239 % disminuye su participación en el 2000 en un 0,085% y en el 2001 en 0,102%, población que al proyectarse al 2010 probablemente seguiría su descenso con una mayor participación porcentual . De igual forma se observa incremento de la población de 20 años en adelante³⁴.

³³ Departamento Administrativo Nacional – DANE- Estadísticas Vitales.

³⁴ División de Planeación. Secretaría de Salud Departamental del Huila.

Figura 2. Pirámide Poblacional, Departamento del Huila. Año 2002.



Fuente: División Planeación – Secretaría de Salud Departamental. 2002.

Los datos de población están condicionados a las tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad, y a la migración existente en el departamento durante estos años; sumándose los factores de riesgo externos como la violencia social, incremento de grupos armados, desempleo, pobreza, que están relacionados de manera directa o indirecta con el acceso a los servicios de salud, mejoramiento de la calidad de vida de esta población y posible disminución de la esperanza de vida de la población del Departamento la cual durante el periodo 2000 al 2005 corresponde al 68.69 para hombres y 74.6 para mujeres, para un total de 71.57, muy similar a la de Colombia la cual es de 72.17.³⁵

4.2.1. Natalidad y Fecundidad: Para el 2002 el Huila alcanzó una tasa de natalidad de 23.54 X 1.000 habitantes, y una Tasa General de fecundidad 89.7 X 1.000 Mujeres. El comportamiento se encuentra muy relacionado con factores como: nivel educativo, la zona de residencia y el nivel de desarrollo de los municipios. Si comparamos la tasa de natalidad del Departamento frente a la de

³⁵ Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos. 2002.

Colombia, esta última corresponde a 21.69, mientras que la de fecundidad es de 82.2³⁶.

4.3 POBLACION INDIGENA

El gobierno en su política de reconocimiento y restauración de los derechos de las etnias indígenas del país, promulgó la Ley 21 del 4 de marzo de 1991, que aprueba el Convenio No 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76 reunión de la Conferencia General de la OIT, celebrada en Ginebra, Suiza en 1989.

Para dar cumplimiento a la Ley 21 el gobierno, a través del INCORA, en el departamento del Huila, se ha estado entregando tierras a los pueblos indígenas, en las modalidades de resguardo y comunidad. La modalidad de comunidad hace referencia a un grupo de familias indígenas que buscan sus raíces, tipos de asentamientos y costumbres, sin importar que hayan perdido el dialecto, dando cumplimiento al deber establecido para las unidades territoriales conformadas por grupos autóctonos sujetos a formas de autogobierno y regulación autónoma, a los cuales se les debe respetar en el desarrollo de políticas para su atención, sus valores culturales, usos y costumbres es decir su modo de vida, de tal forma que se garantice la preservación de su unidad cultural, de criterio sobre el manejo y administración del territorio.

En la territorialidad de los pueblos indígenas del Huila, según las últimas investigaciones, es evidente que la ocupación se desarrolló en largos y continuos periodos con sus respectivos cambios socioculturales, económicos y tecnológicos, reflejados en el estilo de la alfarería y del arte lítico, que dieron origen a culturas autóctonas. Cabe anotar que la orfebrería y la metalurgia no es representativa en la época hispánica huilense.

Ante la resistencia guerrera y cultural de los pueblos indígenas frente a la invasión y dominación española, éstos fueron exterminados o reducidos a resguardos y sus territorios usurpados. A pesar de la independencia de Colombia han sido pocas las mejoras en su calidad de vida y muchos continúan en las mismas condiciones de marginalidad social, económica y cultural que soportan desde hace varios siglos.

En la actualidad los grupos indígenas no existen como etnias puras debido a las mezclas y a la predominante e inevitable presencia del desarrollo y del hombre blanco en sus territorios aunque, algunos grupos conservan tradiciones y manifestaciones propias de su cultura ancestral.

El incremento en la población indígena del Huila se produjo por desplazamiento de la etnia Guambiana en la cordillera central sobre el municipio de La Plata, en la

³⁶ Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2002.

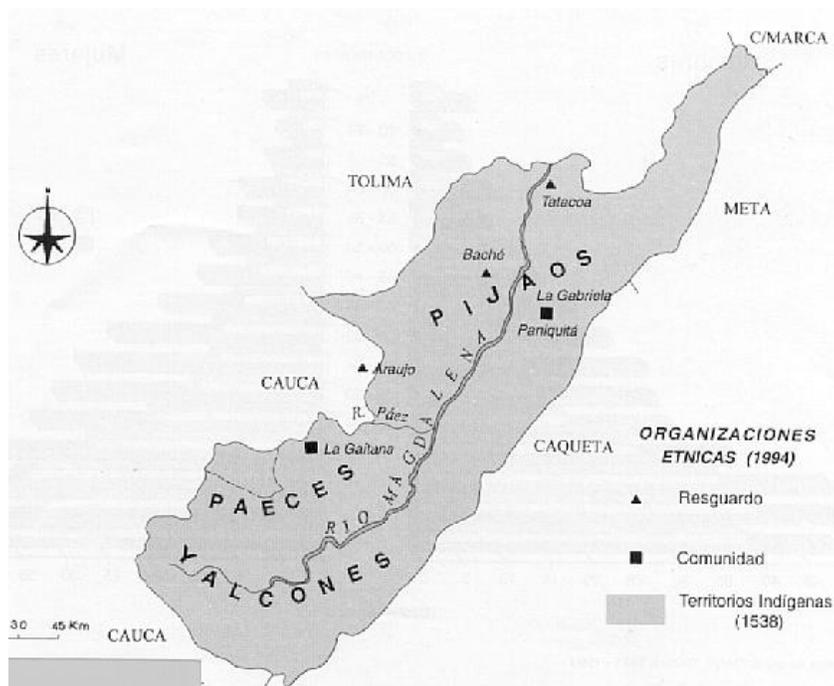
década del 80 y luego por efectos de la avalancha del río Páez, que obligó a la Corporación Nasa Kiwe a comprarles tierras en el Huila para reubicarlos.

Por ésta época, el departamento del Huila se encontraba con cinco resguardos legalizados: de las etnias Tamas-Dujo ubicados en el municipio de Rivera; Tama-Páez en el Corregimiento de El Caguán, perteneciente a Neiva; Guambiana-Páez en La Plata; Pijao en Villavieja y Tama-Páez en Palermo.³⁷

Los demás asentamientos estaban en vía de legalización, algunos de ellos, de las etnias Guambiana en el municipio de La Argentina; Guambiana y Páez en La Plata; Yanacona en el municipio de Pitalito; Pijao en Aipe; Páez en Timaná; Yanacona en San Agustín; Tama-Páez en Neiva, corregimiento de El Caguán y Páez en Palermo³⁸ (Figura 3).

De esta manera dieciséis municipios del Huila contaban con grupos indígenas reconocidos o no, en la región norte figuraban los municipios de Aipe, Colombia, Neiva, Iquira, Palermo, Rivera, Santa María y Villavieja; en la zona sub - occidente, La Argentina, La Plata, Nátaga y Tesalia y en la zona sub-sur Acevedo, Pitalito, San Agustín y Timaná. La región sub-centro era la única que no contaba con comunidades indígenas.³⁹

Figura 3: Organizaciones Étnicas del Departamento del Huila



Fuente: Huila Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

³⁷ El Descubrimiento del Huila y el Poblamiento de la región central del Departamento.

³⁸ Opcit.

³⁹ Ibit.

Actualmente en el Departamento del Huila se encuentran referenciados 5 resguardos reconocidos formalmente con sus cabildos y territorialidad como son: Paniquita, la Gabriela, La tatacoa, Bache y la Gaitana (Tabla 2).

TABLA 2: Comunidades Indígenas. Huila – 2002.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD	ETNIA A LA QUE PERTENECE	UBICACIÓN GEOGRAFICA	# de FAMILIAS Y PERSONAS
Resguardo La Gabriela	Tama – Paéz	Caguan – Neiva	20 –100
Resguardo La Tatacoa	Pijaos	Insp. La victoria – Villavieja	16 – 80
Resguardo Paniquita	Tama – Paéz	Insp. La Ulloa – Rivera	58 –290
Resguardo Bache	Paéz	Vda. San Francisco Palermo	14 – 70
Resguardo La Gaitana	Guambianos – Paéz	Vda. el Líbano, El Rosal, San Mateo – La Plata	139 –695
Cabildo Yanaconas	Yanacona	Vda. Palmar del Criollo – Pitalito	40 – 200
Yanaconas	Yanacona	San Agustín	80- 400
La Reforma	Guambianos - Paéz	Insp. Belén – La Plata	20 – 100
Talaga la Estación	Paéz	Vda. Candelaria – La Plata	58 – 290
Ricaurte, Togoima, Cohetando	Paéz	Vda. Santa Martha , Finca San Miguel – Mpio La Plata	42-210
Los Angeles	Paéz	Insp. San Vicente – Mpio La Plata	35-175
“CSHAW” DE PAEZ	Paéz	El Vergel, el Aguacate – Municipio La Plata	24-120
Irlanda	Paéz	Vda. Alto Coral – La Plata	32-160
Potreritos	Paéz	San Fco, Villa Amparo – Mpio La Plata	41-105
Nuevo Amanecer	Guambianos	Insp. El Pensil – La Argentina	45 – 225
Pic´ Kue Ikh	Paéz	Vda. Buenos Aires , La Vega Mpio La Argentina	94-470
	Paéz	Vda. El Guamal Insp. Rionegro –Iquirá	297-2.485
Llanobuco	Paéz	Vda. Yarumal, Mpio Nataga	69-395
TOTALES			1124- 5.620

Fuente: Incora y Oficina Asuntos Indígenas del Departamento del Huila. 2002.

Doce comunidades indígenas con sus cabildos y territorios propios cuyos resguardos de origen siguen ubicados en el Cauca, algunas han comenzado el proceso de autonomía y su reconocimiento como resguardo en el Huila; de éstas 10 son comunidades reasentadas desde la avalancha del Páez en el año 1994; y 2 comunidades por migración logrando la asignación de tierras por el INCORA. A partir de la avalancha del Páez en el año 1994 ha crecido geométricamente la población asentada en nuestro departamento, de tal manera que se reportan 757 familias para un total de 3.785 nuevos indígenas⁴⁰.

4.4 VIVIENDA Y COMUNICACIÓN

4.4.1 Vivienda: Hasta el año 1990 la actividad de la construcción tuvo una tendencia decreciente, pero, en 1991 se duplica el área construida debido al impulso que se dio a la construcción de vivienda de interés social.

La recuperación del sector responde en gran medida a la Ley 83 de 1991, por la cual se liquida el Instituto de Crédito territorial, INSCREDIAL, por sus problemas financieros y la parálisis de los proyectos de construcción de vivienda. Esta Ley a la vez creo el Instituto Nacional de Vivienda de Interés Social y Reforma Urbana, INURBE, instituto que subsidia la construcción de vivienda para las familias de escasos recursos económicos.

Para los años 1992 y 1993, la vivienda unifamiliar contribuyó con el 84.8% y 62.4%, respectivamente, del total del área construida. La proporción de vivienda unifamiliar disminuyó en el último año en relación con el aumento de la construcción de vivienda multifamiliar.⁴¹

Pese al gran dinamismo que ha adquirido la construcción, este sector aún soporta problemas de abastecimiento de insumos, altas tasas de interés de financiación, baja capacidad de compra de los adjudicatarios y tramitología que retrasa y encarece los proyectos.

Las áreas urbanas del Departamento presentan el mayor déficit cuantitativo de vivienda, producto del desplazamiento de la población rural hacia las cabeceras municipales mas grandes como Neiva, Pitalito, Garzón y La Plata, generalmente buscando mejorar las condiciones de vida. Se incrementa por los desastres naturales geológicos y fluviales, por esto, hay necesidad de considerar la reubicación de viviendas localizadas en zonas de alto riesgo. El problema de falta de vivienda se ha agudizado por los desplazados de la violencia provenientes no solo de la zona rural del Departamento, como de los departamentos vecinos del Caquetá, Putumayo y sur del Tolima. En el año 2001 el número de desplazados fue de aproximadamente de 10.000 personas (2000 Familias), las cuales

⁴⁰ Secretaría de Gobierno y Desarrollo Comunitario.

⁴¹ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

aumentaran a medida que se agudiza el conflicto armado y esta población incrementará el déficit de Vivienda y disminuirá la capacidad de los municipios para atender los problemas sanitarios que se generan por los asentamientos⁴².

La solución a esta problemática es una posibilidad grande para la reconstrucción del tejido social y la creación de espacios saludables, tanto en el entorno interno como en el externo de las viviendas, en razón a que la vivienda es el punto de encuentro de la familia y el espacio social privilegiado para la construcción de la solidaridad, el afecto y de los estilos de vida saludables.

4.4.2 Medios de Comunicación: La misión de los medios de comunicación, masivos y alternativos es la de ayudar a comprender fenómenos y procesos sociales a sus preceptores, en virtud de un claro proyecto informativo que parte de considerar la gran responsabilidad social que los asiste y mediante la formación y capacitación continua de sus redactores y periodistas, con miras a garantizar el cumplimiento y realización del derecho fundamental a la información veraz, oportuna y adecuada, en condiciones de igualdad para todos.

La información debe entenderse como derecho y como deber en permanente retroalimentación. Es decir, es un derecho de doble vía, aplicable tanto a los emisores, que son tanto los empresarios como los periodistas, y a los preceptores. Esta información tiene una responsabilidad social que conlleva efectos sobre contenidos y sobre el acceso a las diversas fuentes. No se debe olvidar que los medios de comunicación deben ser formadores en valores que dignifiquen la sociedad y la hagan participativa y actuante.

El sector de los medios de comunicación en el Huila está integrado por el canal de televisión regional (TeveAndina), el canal público local de televisión (Alpevisión y Cable Centro), teniendo presencia en el Departamento todas las cadenas radiales nacionales, aunque su cobertura en el no es total, muchas cuentan con emisoras locales o regionales, también se cuenta con los diarios regionales que circulan fuera del departamento (Diario del Huila y La Nación), las emisoras de cadenas nacionales (Caracol, RCN, Súper, Todelar, INRAI), los periódicos alternativos semanarios que circulan en la ciudad de Neiva y otros municipios, las emisoras independientes de ámbito departamental y municipal y los periódicos alternativos de comunidades específicas, las organizaciones de televisión comunitaria, así como los corresponsales de los medios de comunicación, todos los cuales cumplen con el propósito fundamental de informar, formar y entretener a sus respectivas audiencias, ofreciendo una alternativa para mejorar la capacidad de comunicación efectiva, con gran utilidad en educación en estilos de vida saludables.⁴³

Se cuenta con medios de comunicación que se pueden aprovechar para mejorar la información, comunicación en salud desde y para los espacios culturales, familiares, grupales y comunitarios.

⁴² Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

⁴³ Opcit.

Así mismo hacen parte del sector de Medios de Comunicación del Huila la facultad de Comunicación Social (Universidad Cooperativa de Colombia), los docentes y los estudiantes que participan en el proceso formativo, el Círculo de Periodistas del Huila, las programadoras de televisión, las empresas asesoras.

Igualmente se dispone la Red Telefónica en 100% de los Municipios y Radio Teléfono con cobertura del 97% en las Instituciones de Salud Municipales de la Red Pública. Además existen servicios de comunicación satelital y de comunicación telefónica, que han mejorado las posibilidades de los huilenses en cuanto a obtener información actualizada y diversa⁴⁴.

4.5 TRANSPORTE

Las vías y medios de transporte (terrestre, fluvial y aéreo) son básicos en el desarrollo socioeconómico de una región, su estudio permite analizar la importancia de los diferentes centros urbanos que influyen a su vez en la organización del transporte.

4.5.1 Vías Terrestres Departamentales: Ha sido preciso superar serios obstáculos para la construcción de vías terrestres en general en el territorio Colombiano, situación que no es ajena al departamento del Huila.

Hacia 1920, se observa que en el Huila la falta de vías repercute en los deficientes mercados regionales, situación que continuó hasta la década de los 30. La actual malla vial del departamento está limitada por la forma alargada de su territorio, el relieve, las altas y constantes temperaturas han sido los obstáculos permanentes en su desarrollo.

Por el centro del departamento paralelo al río Magdalena se construyó La Troncal central, que como eje estructura las vías alternas por el resto del territorio huilense.

El mantenimiento de las vías es escaso, y sumado al problema de derrumbes en épocas de invierno ocasionan parálisis en las comunicaciones entre los municipios del departamento, obstaculizando la comercialización de los productos. Por otro lado aproximadamente un 70% de las vías del departamento se encuentran sin pavimentar.

No hay duda que la región más aislada del departamento es septentrional, cuya redención está en la futura carretera bolivariana que integrará al municipio de

⁴⁴ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

Colombia a la actividad económica nacional, y complementará la Troncal. El departamento cuenta con tres vías departamentales que permiten enviar los productos del departamento al mercado nacional:

Altamira-Guadalupe-Florencia

Esta vía se encuentra pavimentada en el trayecto Altamira – Guadalupe, el resto se halla destapado y en los límites entre el departamento del Huila y Caquetá es en épocas de difícil transitar. Es un trayecto importante ya que Florencia provienen productos como el arroz, la madera y el ganado.⁴⁵

Puerto Seco – Tesalia – Paicol - La Plata - La Argentina – Belén – Puracé - Popayán

Es una de las vías más antiguas del departamento, destapada en toda su longitud, en algunas partes estrecha y de difícil tránsito, especialmente en época invernal se interrumpe la comunicación interdepartamental entre el Cauca y el Huila.⁴⁶

Neiva-Palermo-Teruel-Iquira-Tesalia

Esta vía se halla ubicada sobre el margen izquierdo del río Magdalena, empata con la anterior en el municipio de Tesalia, para continuar hacia el Cauca, bien por el municipio de Puracé o por Belalcázar. Esta vía recorre una región de gran riqueza agrícola (arroz, maíz y pastizales de buena calidad). Solamente se encuentra pavimentada en el trayecto Neiva-Palermo.⁴⁷

4.5.2 Vías Secundarias: Una vía de gran importancia es aquella que partiendo de Pital hacia el sur por Tarqui se une con la Troncal Central.

Neiva-Tello-Baraya-Colombia

El trayecto pavimentado corresponde a Neiva-Tello-Baraya. Esta vía es de singular importancia por cuanto permite la comunicación de la región del Sumapáz con el centro del Departamento. A esta vía se hace necesario realizar permanentemente obras de adecuación y mejoramiento, en especial a la altura del municipio de Colombia, porque en épocas de invierno quedan completamente incomunicados dichos municipios.⁴⁸

⁴⁵ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

⁴⁶ Opcit.

⁴⁷ Ibit.

⁴⁸ Ibit.

Pitalito-San Agustín-Isnos-Pitalito

De Pitalito parte una carretera que posteriormente se bifurca: un ramal se dirige hacia el municipio de San Agustín y el otro, hasta el municipio de Isnos, y se prolonga en el territorio caucano.⁴⁹

Dentro de las vías inter departamentales se encuentran los trayectos:

- Isnos-Paletará-Popayán: Transversal sin pavimentar.
- Pitalito-Mocoa: trayecto correspondiente a la parte que falta por construir de la gran troncal central nacional.
- Algeciras-Guacamayas: en el trayecto hacia San Vicente del Caguán, se encuentra aún sin pavimentar.

4.5.3 Transporte Aéreo: La historia de la aviación en el Huila arranca en 1922 cuando sobre las aguas del Magdalena se posó el primer hidroavión de la Empresa Alemana SCADTA, posteriormente, se establecieron los itinerarios entre Bogotá, Girardot y Neiva.

Hacia 1936 se inaugura el Aeropuerto La Manguita, hoy llamado Benito Salas, de la ciudad de Neiva, y para el año de 1940 se incorporaron empresas como la Lanza y Saeta, gracias al desarrollo regional de la época. En 1955 se funda el aeroclub de Neiva que empezó a transportar a Alpujarra y Neiva.⁵⁰

Finalmente llega TAO, empresa netamente huilense de alcance nacional cuyo radio de acción se extendió hasta Bogotá, San Andrés y Providencia, Bucaramanga, Cúcuta, Cali, Pasto y los Llanos Orientales.⁵¹

En la actualidad existen varias empresas particulares dedicadas a la fumigación.

El aeropuerto de Neiva tiene una pista de 1680 m de longitud. En cuanto a su infraestructura es suficiente para atender el movimiento de pasajeros y de carga que lo coloca entre uno de los más importantes del país desde el punto de vista de su densidad de tránsito.⁵²

Por su parte, la pista del aeropuerto de Pitalito tiene una longitud de 1500 m, casi de las mismas especificaciones técnicas que el de Neiva. Existen además otros aeródromos en el departamento, al servicio de diversos intereses.

⁴⁹ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

⁵⁰ Opcit.

⁵¹ Ibit.

⁵² Instituto Geográfico Agustín Codazzi – Subdirección de Geografía

En cuanto a los datos de información sobre el origen y destino de pasajeros, la variación no ha sido significativa en su participación a nivel nacional; en efecto, para el año 1981, fue de 1.2%, para 1986, aumento en 1.83% y para 1991, disminuyó a 1.64%.

En el aeropuerto de la ciudad de Neiva para el quinquenio 1981-1986 se registró un aumento ostensible de pasajeros que llegó al 39.5%, posteriormente, disminuyó en 8.6% para el periodo 1986 – 1991. En cuanto a transporte de carga se registró un aumento del 29% para el primer periodo y se mantuvo para el quinquenio 1986 – 1991.⁵³

Para 1993 las empresas de Aires e Intercontinental fueron las empresas de aviación con mayor actividad en el aeropuerto Benito Salas, cubriendo las rutas Neiva – Bogotá, Florencia, Pitalito y Cali.

A diferencia de otras divisiones administrativas donde este sistema de transporte es el único medio de comunicación rápida entre apartadas regiones y el centro del país, en el Huila la existencia de una aceptable red vial, sin estar la mayoría de vías en perfecto estado, facilita el transporte oportuno de la producción económica del departamento. En parte es una de las razones para que el transporte aéreo no tenga una significativa importancia, como sucede en otras ciudades⁵⁴.

⁵³ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

⁵⁴ Opcit.

5. CARACTERISTICAS ECONOMICAS

La globalización de la economía, la apertura como modelo de desarrollo y la descentralización política fiscal y administrativa exigen cambios sustanciales en los sistemas de producción, comercialización y gestión de la economía colombiana al igual que una transformación radical hacia la competitividad.

La estructura económica del Huila, se fundamenta en el sector agropecuario, de servicios y minero - industrial de muy escaso desarrollo tecnológico.

5.1 PRODUCCIÓN AGROPECUARIA

5.1.1 Producción Agrícola: La producción en Colombia se ha visto afectada por la falta de una política clara y concisa que conlleva a hacer poco atractivo, rentable y con capacidad de incrementar el ingreso productor.

Durante el año 2000, se sembraron 214.200 hectáreas incluido el café, lo cual representa una disminución del 1% en comparación del año 1999 en área sembrada. El índice de participación de los cultivos fue: Semestrales 36.390 Has / semestre, Anuales 6.137 Has / año, Permanentes y Semi permanentes (incluido el Café) 135.278 Has/año.⁵⁵

El área de cultivo semestrales por año disminuyó en un 5% y su producción en un 10.14%, decrecimientos que se fueron influenciados por el desestímulo a plantar arroz debido a los bajos precios al productor. En contraste el cultivo de algodón y tabaco rubio presentaron un ligero incremento en el área plantada. Con relación a los cultivos permanentes y semi permanente para el año 2000, las áreas sembradas disminuyeron en un 0.83%.⁵⁶

Toma importancia en el departamento el cultivo de frutales participando significativamente los cultivos de lulo, tomate de árbol, mora, maracuyá, y cítricos, con un índice superior al 76% de la producción total del departamento. De igual manera se debe resaltar el auge que presentan los cultivos de granadilla, uva y cholupa, los cuales poseen en el departamento unas condiciones óptimas

⁵⁵ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

⁵⁶ Opcit.

ambientales para su producción y además de su aceptación en los mercados nacionales e internacionales.

En producción de café ocupamos el quinto lugar en el país. El área destinada incremento en el 24%, con lo que su producción aumentó en más del 80%, las excelentes condiciones climáticas presentadas y el adecuado manejo realizado para el control de la broca, propiciaron el referido avance.⁵⁷

Además existen cultivos de cereales (arroz, sorgo, maíz), leguminosas (frijol, habichuela) y hortalizas que son de importancia en la economía del Departamento y que por su manejo no tecnificado (artesanal) y el uso de agroquímicos constituyen factor de riesgo para la salud tanto de los productores, como de los consumidores de estos productos.

5.1.2 Producción Pecuaria: Este sector contribuye con mas del 5.3% dentro de la participación del PIB departamental.

La ganadería bovina registra para el año 2000 un hato aproximado de 450.000 cabezas, con un área de explotación de 736.000 Hectáreas en pasto y una capacidad de carga de 0.6 cabezas por hectárea, factor que se ha conservado a lo largo de varios años; sigue predominando la raza cebú-pardo en la ganadería de doble propósito y en menor proporción los tipos de explotación de carne y leche.

La producción bovina de carne para el año 2000 fue de 30.087.000 Kilos y una producción de leche aproximada de 76.201.060 litros año. La producción de pollos de engorde para el año 2000 fue de 2.197.060 unidades con peso promedio de 1.75 Kilogramos.

La población porcina se consolidó en 71.330 cabezas predominando la explotación tipo tradicional (50%); se observa un incremento en la explotación tipo tecnificado donde sobresalen los cruces Landrace – York y Landrace con Criollo.⁵⁸

La producción de pollos de engorde fue de 2.197.060 unidades con un peso promedio de 1.75 kgrs, con una producción que se incrementó en un 10%. La producción de huevos disminuyó en un 18%; manteniéndose estable a pesar de las importaciones procedentes de Ecuador y Venezuela.⁵⁹

⁵⁷ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

⁵⁸ Opcit.

⁵⁹ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

Se destaca la gran población de animales de labor, que sobrepasa las 80.000 cabezas, en donde el 65% corresponde a la especie caballo.

En los últimos tres años se ha incrementado la producción de mojarra roja en jaulas flotantes en la represa de Betania que paso de 1920 toneladas año para 1999 a 2880 toneladas /año para el 2000. La tendencia para el año 2001 era de situarse por encima de 4000 toneladas, lo que podría generar unos ingresos aproximados de 14.400 millones de pesos, cuya participación sería de importancia dentro del valor total de la producción del Departamento.

5.2 PRODUCCIÓN FORESTAL

El proceso de deforestación en el departamento del Huila es producto de: La explotación de especies comerciales nativas, el amplio e incontrolado proceso de colonización, de la utilización de la madera como fuente energética alterna de consumo doméstico, cultivos ilícitos, especialmente la amapola. Como consecuencia de este proceso aumentó considerablemente el área en pasto, utilizada de manera inadecuada, especialmente en la actividad pecuaria.

De acuerdo a estudios realizados en 1997, existía un área de 540.372,9 Has, entre bosques naturales y secundarios, disminuyéndose en 57.665,4 has, en el periodo de 1987 – 1997, correspondiente al 9.6% de las áreas de bosques existentes, para un decrecimiento promedio de 5.766 has / año en bosque. El área de reforestación anual en el departamento se estimó en 1.293 has.⁶⁰

El Departamento del Huila tiene un área de 1.910.200 hectáreas de las cuales el 39.6 % del área (756.398.29 Hectáreas) se encuentra cubierta por pastos, específicamente por pastos naturales, con rastrojos y /o enmalezado; 28.29 % (540.372,97 Hectáreas) están cubiertos por bosques; 15.08 % (288.143,75 Hectáreas) corresponden a vegetación natural arbustiva; los cultivos semipermanentes y permanentes, se encuentran dispersos por todo el territorio cubriendo un área de 190.482.51 hectáreas correspondiente al 9.97% del área; los cultivos anuales cubren un área de 53.404,13 hectáreas equivalente al 2.8%; áreas sin uso agropecuario y /o forestal cubren 80.274,01 hectáreas correspondientes al 4.2% y áreas correspondientes a los cuerpos de agua, tierras eriales, afloramiento rocosos, zonas mineras y canteras, y centros urbanos son el 0.02%, del total del área del Departamento.⁶¹

⁶⁰ Plan de Desarrollo Departamental. 2000 – 2003.

⁶¹ Plan de Desarrollo Departamental. 2000 – 2003.

El medio huilense, está siendo afectado por la agresión a los recursos naturales: Deforestación de bosques; pérdida consecuente de la riqueza biológica, flora y fauna; alteración de los sistemas hidrológicos; erosión, compactación, acidificación y laterización de los suelos y, con todo ello degradación del territorio, avance de la desertización, escasez y contaminación de agua. Actualmente existe entre la población una baja concienciación y capacitación de la población en el manejo de conservación de los recursos naturales que trae como consecuencia su deterioro.

5.2.1 Cultivos Ilícitos: Desde el punto de vista ecológico, la franja altitudinal para el cultivo de la amapola se localiza entre los 1.800 y 2.200 msnm, abarcando dos tipos de bosque: el andino y el subandino, compuestos por una vegetación arbórea mixta con altos niveles de biodiversidad, de poca accesibilidad que presentan alto valor comercial pero, sobre todo realizan fundamentalmente funciones de protección y conservación de aguas y suelos.⁶²

**FIGURA 4: Flor de la amapola (*Papaver somniferum*)
Cultivos Ilícitos del Departamento del Huila**



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

Los cultivos de amapola se ocultan cada vez más en las zonas boscosas, de difícil acceso, muchas veces baldías y en ocasiones vírgenes, de esta manera el cultivo ilícito se ha sumado a las amenazas que existen sobre los bosques y las fuentes de agua. Por un lado representa un peligro porque deja “claros” en el bosque que después son adecuados para potreros conllevando a la fumigación que afecta cursos de agua y la vegetación de los bosques de las zonas aledañas a los cultivos. Esta problemática que compete tanto los temas ambientales como

⁶² Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

sociales y económicos refleja un modelo de ocupación insostenible que puede ser corregido a partir de una intervención concertada con todos los actores sociales.

En Colombia se encuentran sembradas 25.000 hectáreas en amapola con 30.000 familias cultivadoras, de acuerdo a la información que maneja el PLANTE; para el departamento del Huila actualmente existen 1.424,7 hectáreas con 2.653 familias involucradas directamente en la producción. Se calcula que por cada hectárea de amapola se destruyen 2.5 has de bosque, estas cifras permiten establecer que es alta el área deforestada anualmente para amapola, si se tiene en cuenta que después de cada cosecha se talan nuevas áreas.⁶³

La proliferación de cultivos ilícitos como la coca y la amapola, localizadas en la zona de laderas a lo largo y ancho del territorio Departamental, han generado conflictos sociales, políticos y ambientales, los que se reflejan en el tráfico de droga, aumento al consumo de narcóticos, deforestación indiscriminada de bosques y la presencia de grupos insurgentes armados, que afecta gran número de la población.

5.3 PRODUCCIÓN MINERA

De acuerdo con la información geológica básica disponible, el departamento del Huila cuenta con una diversidad de recursos mineros (Recursos naturales No renovables energéticos y no energéticos), de los cuales se tienen identificados 225 minerales (39 yacimientos, 38 prospectos y 148 manifestaciones), pero se desconoce su verdadero potencial, razón por la cual el nivel de desarrollo alcanzado en el sector minero, no guarda proporción con la amplia gama de recursos mineros existentes en el suelo y en el subsuelo.

La información geológico – minera existente ha permitido diferenciar dos categorías o grupos de minerales, clasificación hecha según la incidencia que ha tenido su aprovechamiento dentro de la economía regional, así:

Grupo Uno: Calizas, mármoles, dolomitas, oro, roca fosfórica y materiales de construcción (arcillas, arenas, gravas y cantos).

Grupo dos: Yeso, Feldespato, cuarzo, bauxita y carbón.

Las explotaciones de mármol se localizan en el Distrito Minero de Palermo conformado por los Municipios de Palermo, Neiva, Santa María y Teruel, se constituyen en el recurso más representativo en la minería del Departamento.

⁶³ Informe anula. 2002. PLANTE.

En cuanto a la producción fiscalizada de gas natural por día calendario ha aumentado de 15712 en 1998 a 34200 pies cúbicos en el 2000. En cuanto a las Regalías por la explotación de Hidrocarburos se recibieron 84.333 millones en 1999 y 169.213 millones en el 2000, del total del país el Huila recibe el 8%.⁶⁴

5.3.1 Estructura Petrolera: El Huila es un departamento petrolero, ya que a lo largo de la cuenca del río Magdalena tiene las más prometidas formaciones petrolíferas.

La infraestructura petrolera abarca los municipios de Aipe, Palermo, Yaguará, Paicol, Agrado, Tarqui, Timaná, Altamira, Guadalupe, Garzón, Gigante, Hobo, Campoalegre, Rivera, Neiva, Tello, Baraya y Villavieja. Hay un área de 298.000 ha, aproximadamente un 17% del área departamental, con posibilidad de contener petróleo, de las cuales han sido exploradas hasta ahora 84.000 ha con una reservas probadas de 364 millones de barriles de petróleo.

FIGURA 5: Pozo Petrolero en Neiva. Departamento del Huila.



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

La historia petrolera del Huila es relativamente reciente, se remota a 1956 cuando el Gobierno otorgó a la compañía norteamericana Tennessee una extensión aproximada de 49.000 ha, en la concesión Neiva, que fue abandonado posteriormente por problemas técnicos. Hacia 1963, en terrenos de la misma

⁶⁴ Plan de Desarrollo Departamental. 2000 – 2003.

concesión, se obtiene una buena producción en el pozo DINA 2, que se convirtió en el primer pozo del Huila.

La producción petrolera genera para el Huila, los mayores ingresos por concepto de las regalías, estas han fluctuado en la década de los sesenta, con ligeras disminuciones en algunos años, de todas maneras registró un aumento a una tasa anual promedio del 41% aproximadamente.

La década del setenta registra un incremento dinámico que se expresa en el aumento de volúmenes de explotación y en el arribo de la compañía Houston oil (Hocol) a la concesión Tello, asignada por el gobierno nacional.⁶⁵

Durante ésta década, a nivel nacional se observa una tendencia al decrecimiento, mientras que en el Huila, por el contrario, la explotación creció a un mayor ritmo, ganó participación a nivel nacional en la producción de crudo, mientras que el 1970 la participación era sólo de un 1%, en 1979 alcanzaba un porcentaje del 10.6%, con una tendencia permanente de crecimiento.

Los pozos petroleros del Huila adquirieron importancia para el capital internacional petrolero, por cuanto se redujo el costo del transporte debido a la cercanía a los centros de consumo y refinación, gracias a la construcción de los oleoductos, que conectaron a los pozos de DINA con Puerto Salgar y a Neiva con Mariquita, aumentaron la capacidad de transporte a 110.000 barriles diarios.⁶⁶

Los hallazgos de pozos petroleros en los Llanos Orientales, por parte de la OXI-ECOPETROL en la década de 1980, la producción del departamento del Huila se vio afectada, sin embargo, su participación era con algo más de 22 millones de barriles al año y una producción de 60.600 barriles de petróleo por día.⁶⁷

No hay duda que la producción de petróleo en el Huila presenta una tendencia ascendente desde los primeros años de producción. Corresponde a quienes manejan los destinos del departamento definir una política económica que permita diversificar las fuentes de ingreso y evitar la dependencia casi exclusiva de éste recurso.⁶⁸

⁶⁵ Información Compañía Houston oil (Hocol)

⁶⁶ Opcit.

⁶⁷ Ibit.

⁶⁸ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

5.4 EL DESEMPLEO

La recesión económica que experimenta el país, agravada por el desplazamiento forzado de miles de colombianos que no solo perdieron su núcleo básico de supervivencia en el campo, sino que fueron obligados a incorporarse a las filas de desempleados o a la economía informal, ha hecho que no sólo aumente el desempleo, sino que se deteriore la calidad de empleo. La situación más alarmante la presenta Bogotá que paso de 9.9% en 1997 a 20.3% en el 2000, y es preocupante no sólo por los problemas económicos que lleva implícita una tasa de tal magnitud, sino por los problemas de criminalidad y violencia.

A nivel Nacional la tasa de desocupación al corte del mes de diciembre de 2002 fue de 15.6%, mientras que en las 13 principales ciudades el índice se redujo del 16.4% al 15.7% (Tabla 5).⁶⁹

Con base en esta última cifra el Director del Dane, indicó que se debe a que en las grandes ciudades se está notando la reactivación de la economía, lo que no sucede en las zonas rurales afectadas con mayor rigor por la violencia y el desplazamiento.

El Dane percibió que el índice de subempleo nacional cayó, en el último año del 31.3% al 30.2%. Hoy 6 millones 48 mil colombianos se encuentran en ese escenario. Por ciudades Ibagué con 21.9%, Bucaramanga con 19% y Manizales con 18.2% fueron las tres capitales con mayor tasa de desocupación.⁷⁰

Tabla 3: Porcentaje de Desocupación en principales Ciudades de Colombia. 2002.

DEPARTAMENTO	DESOCUPACIÓN %
Ibagué	21.9%
Bucaramanga	19%
Manizales	18.2%
Montería	17.3%
Barranquilla	16.1%
Pasto	16%
Pereira	15.7%
Bogotá	15.7%
Medellín	15.2%
Cartagena	15%
Cali	14.5%
Villavicencio	14.1%
Cúcuta	14%
TOTAL	15.7%

Fuente: DANE- 2002.

⁶⁹ Departamento de Estadísticas Vitales. DANE. 2002.

⁷⁰ Opcit.

Caso contrario ocurrió en Cúcuta y Villavicencio que con 14% y 14.1% respectivamente, fueron las ciudades de menor impacto en desempleo. Neiva no está incluida entre las 13 principales ciudades del país para esta encuesta.

A ello se le agrega la inseguridad e inestabilidad para el inversionista que no encuentra un ambiente propicio para materializar su proyecto, lo que ha desestimulado la inversión, disminuyendo la acumulación del capital, reduciendo la base empresarial que es la generadora de empleo.

El desempleo en el país crece para todos los grupos de ingreso, pero existe una correlación inversa entre desempleo y nivel de ingreso. El desempleo de los mas pobres es el doble de los mas ricos. En general, en el 2000 este comportamiento es válido para todos los departamentos del país.

Igualmente, hay que agregar la falta de coordinación y del establecimiento de políticas públicas a favor del empleo y que los pocos esfuerzos que se han hecho han sido dispersos.

Tabla 4: Indicadores de Desempleo en el Departamento del Huila durante el 2002.

Porcentaje en edad de trabajar	74.0%
Tasa Global de Participación	60.0%
Tasa de Ocupación	47.2%
Tasa de Subempleados	36.4%
Empleo inadecuado por Competencia	4.4%
Empleo inadecuado por ingresos	28.4%
Población Total	953.394
Población en edad de trabajar	705.308
Población económicamente activa	423.014
Ocupados	333.125
Desocupados	89.889
Subempleados	153.986

Fuente: DANE – 2002.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística Dane, reveló que el Huila cerró en el mes de diciembre de 2002 con una tasa de desocupación del 21.2%, cifra que ubicó al Departamento con el índice de desocupación más alto del país.

Con base en lo anterior, se puede decir que en la región hay 89.889 personas económicamente activas sin nada que hacer, cifra que desmienten las

organizaciones sindicales si se tiene en cuenta que el Dane no incluye la ocupación informal (Tabla 4).⁷¹

No se necesita ser un analista económico para saber las causas del índice de desempleo que hay en el país y en especial en el Huila. La violencia que ha ocasionado el gran número de desplazados, la falta de dinero o pérdida del poder adquisitivo que no estimula la demanda y la incertidumbre jurídica que impiden la materialización de las inversiones.

⁷¹ Departamento Nacional de Estadísticas Vitales – DANE.

6. EDUCACIÓN, CULTURA Y TURISMO

6.1 EDUCACIÓN

Los logros obtenidos en educación en los últimos años se miran a través de varios indicadores: la disminución del analfabetismo, la evolución de las tasas de cobertura bruta y neta, los años promedio de educación y los cambios en la asistencia escolar.

El analfabetismo está íntimamente ligado con la pobreza. La alfabetización es un derecho humano y se considera como una necesidad básica. El indicador permite medir el grado de pobreza en términos educacionales; clara evidencia de esta asociación es que los departamentos más pobres del país, de acuerdo con los indicadores mencionados, son los que tienen mayores tasas de analfabetismo; con valores que superan el 11 %. En Colombia la tasa de analfabetismo en población de 18 años y más es de 9.9%, la cobertura de niños de 6 a 14 con educación básica primaria y secundaria es de 86.0% y los años promedios de la educación en población de 15 años y más es de 7.5%⁷².

En el departamento del Huila mas de 10 niños de cada cien del grupo de edad de 7-11 años, están por fuera del Sistema educativo. Igualmente 40 niños de cada cien, en el grupo de edad de 12- 17 años no asisten al colegio. Los indicadores de Educación Formal durante el 2002, reflejaron que la Tasa de escolaridad bruta fue del 89% equivalente a 248.278 estudiantes, de esta manera, fuera del sistema encontramos el 11% correspondiente a 30.692 niños y niñas Huilenses.⁷³

Tabla 5: Cobertura de Escolares matriculados por nivel educativo en el Departamento del Huila. 2002.

MATRICULA POR NIVEL EDUCATIVO					POBLACIÓN (5 A 17 AÑOS)	COBERTURA BRUTA
Pre- escolar	Básica Primaria	Básica Secundaria	Media	Total		
18.645	144.391	64.466	20.776	248.278	278.960	89%

Fuente: Secretaría de Educación Departamental – Huila 2002.

Analizando la situación de deserción escolar se observa que el 10.0% de los escolares inscritos se retiran durante el año escolar, cifra muy similar al porcentaje de alumnos que reprobaron el año, siendo ésta del 10.5%; en cuanto a

⁷² Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2002.

⁷³ Secretaría de Educación Departamental. 2002.

la zona y sector se tuvo que el sector oficial en el área rural fue el más afectado por la deserción escolar durante el 2002, teniendo un porcentaje del 12.8, seguido por la misma zona (rural) del sector no oficial (10.5%); es claro que deserta un mayor número de escolares de la zona rural del departamento, lo que de una u otra manera interfiere con la continuidad de los programas de salud que el Departamento del Huila ha implementado, pues cuando éstos dentro de sus lineamientos además del impacto general busca contar con el descenso de indicadores a nivel individual, hace que este factor sea una de las debilidades dentro del proceso.

Tabla 6: Deserción de Escolar del Departamento del Huila por sector y zona. Huila. 2002.

SITUACIÓN ACADÉMICA DEL DEPARTAMENTO POR SECTOR Y ZONA				
SECTOR	TIPO ZONA	APROBADOS	REPROBADOS	RETIRADOS
Oficial	Urbana	112.075	11.333	10.784
Oficial	Rural	57.908	8.422	7.451
No Oficial	Urbana	26.827	1.072	1.481
No Oficial	Rural	1.117	139	118
TOTAL		197.927	20.966	19.834

Fuente: Secretaría de Educación Departamental – Huila 2002.

De otra parte, vale la pena resaltar que la educación informal en el departamento se encuentra tomando gran peso, de esta manera observamos que para el 2002 se capacitaron 5.608 estudiantes de 11 Escuelas Artesanales ubicadas en los municipios de: Campoalegre, Garzón, Pitalito, San Agustín, Suaza, La Plata, Tesalia, Nátaga, Tello, Baraya y Colombia⁷⁴.

6.2 CULTURA

Otro elemento que el departamento del Huila ya está desarrollando para fortalecer su identidad como pueblo y enriquecer la actividad turística, es el que conforma la cultura popular.

Son numerosos los huilenses que se han dedicado a investigar las formas culturales del departamento a través de las entidades estatales, y han podido establecer que el Huila está en búsqueda de sus manifestaciones con un afán del reencuentro de las raíces de todos esos bagaje cultural que se desarrolló a nivel familiar.

La actividad cultural en las diferentes épocas históricas trató de ser definida por la entidad de poder gubernamental. Así en el periodo colonial, España impuso sus

⁷⁴ Secretaría de Educación Departamental – Huila 2002.

propias características, sin embargo, no logró impedir el sincretismo y mestizaje de lo indio y de lo español.

La actividad cultural que se ha venido transmitido de familia en familia no tiene en el Huila un conocimiento documentado, de tal manera que, recientemente se ha comenzado el trabajo de investigar cómo se originó y estructuró lo que hoy las gentes llaman artes y folclor, en lo que respecta a la investigación entre lo indígena y lo español.

Para el desarrollo del mencionado proyecto se han planteado estrategias, entre las que citan:

- Investigación de los procesos culturales subregionales.
- La dotación de una infraestructura en el departamento que facilite la sistematización de la información cultural regional y universal.
- Establecer formas de investigación de los resultados de las investigaciones que se realicen.

Dentro del desarrollo del plan a nivel municipal se han establecido los Institutos Municipales de Cultura y las Casas de Cultura, de carácter oficial, entidades que desarrollan actividades de recolección de información de la amplia gama de festividades. La cultura popular del Huila se divide en chirimías en el sur y raja leñas en el norte, con un corredor de transición hasta Garzón, Altamira y Tarqui. Ya esta división cultural popular se reflejó en un primer festival de Chirimías en San Agustín (Julio de 1994). Entre las figuras representativas de estas manifestaciones folclóricas se tienen a José Hidrovo, en San Agustín y a José Antonio Cuellar “Rumichaca” y Miguel Barreto, en Neiva.⁷⁵

Debido a su cercanía y a su historia común, los departamento del Huila y Tolima presentan expresiones culturales enraizadas. Ambos formaban parte de lo que fue el Tolima Grande, y algunas festividades son parecidas, como sucede con el San Juan y San Pedro en el mes de Junio, fiesta que se institucionalizó en la provincia de Neiva el 12 de Octubre de 1790. Estas festividades se organizaron con el fin de celebrar la JURA (Acción y obediencia al Rey), Monarca Don Carlos IV de España (celebración que coincidía con las festividades de la cosecha de esa época), según consta en el Acta posterior de marzo 1 de 1790, Notaria 1 de Neiva, Tomo varios, folio 30 de 1790.⁷⁶

En el año de 1960 se realizó el primer reinado nacional del bambuco, certamen que hasta la fecha reúne grupos folclóricos de todo el país con gran esplendor y vistosidad. Otros festivales se realizan en los diferentes municipios del Huila como el festival de la alegría en Garzón, el del cacao en Gigante, el arroz en Campoalegre y las romerías en Suaza. Con el fin de preservar las expresiones

⁷⁵ Secretaría de Cultura Departamental. 2002.

⁷⁶ Opcit.

populares autóctonas, se realizan en los pueblos del Huila los festivales de San Pedro, a manera de integración municipio-departamento.⁷⁷

En las cuatro subregiones del departamento se han realizado encuentros CREA – “Creo en una Tierra” – en los cuales se ha logrado la participación de todo tipo de edades, especialmente en la elaboración de artesanías. Esta expresión popular es muy importante en el Huila y reconocida a nivel nacional.⁷⁸

También hay que destacar las costumbres particulares de la zona. En el Huila sus habitantes han expresado su riqueza intelectual y espiritual a través del canto, la música, los bailes, los poemas, las coplas, las artesanías, las comidas y la vestimenta. Todos éstos varían con la altura y hacen particulares a diferentes zonas.

La mayor actividad cultural del departamento se concentra en Neiva aunque cada municipio tienen su biblioteca y un Consejo Municipal Cultural. A nivel departamental se creó el Consejo de Cultura Departamental y la Escuela de Especialización Artística del Alto Magdalena.

El Huila cuenta con poetas conocidos dentro de los cuales vale la pena destacar los nombres de José Eustasio Rivera, Julián Motta Salas, Joaquín García Borrero, David Rivera y Régulo Suarez, Guillermo Martínez; en la dramaturgia sobresalen Gustavo Andrade Rivera y Alvaro Gasca; en la narrativa, Humberto Tafur, Antonio Palmar Avilés, Benhur Sánchez, Antonio Iriarte y Guillermo González; dentro de los ensayistas, Gilberto Vargas Motta y José Hernando Ruiz; historiadores como Eduardo Unda Lozada, Isaías Peña Gutiérrez y Reinaldo Salas.⁷⁹

Con grandes aportes a la música regional se destacan Jorge Villamil Cordobés, Luis Alberto Osorio, Carlos Cortés, Alvaro Córdoba, Héctor Álvarez, José Miller Trujillo, José Ignacio Olave, José Ignacio Tovar y el sacerdote salesiano de origen italiano Andrés Rosa quien compuso la música de los himnos del Huila y Neiva. El departamento cuenta también con grandes intérpretes de la música popular como Rodrigo Silva, del duo Silva y Villalba, y Lizardo Díaz, del duo los Tolimenses. En las danzas ha realizado una importante labor la coreografía y folclorista Inés García de Durán, quien se distingue por su coreografía del sanjuanero.⁸⁰

Sobresalen en las artes plásticas el escultor Emiro Garzón y el pintor Ricardo Borrero Álvarez, a quien el Museo Nacional de Colombia le conserva varias obras.

En conclusión, es posible decir que el mapa y el calendario turístico y cultural del Huila se sigue configurando. La creciente valoración de las riquezas naturales del

⁷⁷ Secretaría de Cultura Departamental. 2002.

⁷⁸ Opcit.

⁷⁹ Ibit.

⁸⁰ Ibit.

departamento, la investigación sobre su rico pasado arqueológico y la creatividad de sus habitantes, hace del Huila un territorio que vale la pena conocer. Todo esto para resumir la belleza de esta tierra ubicada al sur del cerro del Pacandé que le ofrece a Colombia y al mundo todo lo que tienen sus habitantes y todo lo que son⁸¹.

6.3 TURISMO

El tiempo de reposo, libre o de ocio, es inherente a la naturaleza humana. A lo largo de su existencia, el hombre siempre ha sacado tiempo libre para sus actividades personales. Sin embargo, este nunca había llegado a convertirse, como ocurre en estos tiempos, en un fenómeno masivo y de una importancia tal como para transformar espacios geográficos, variar la mentalidad de las sociedades y producir cambios económicos.

Siendo el turismo un recurso, constituye también una oportunidad más allá del simple negocio para adelantar actividades de promoción social en beneficio de aquellos grupos de la población que no cuentan con los medios necesarios para este tipo de desplazamientos.

Colombia dentro del mercado internacional, se ubica entre dos bloques turísticos: el centroamericano y del Caribe; y el suramericano. De tal manera, el país tiene la posibilidad de atraer visitantes interesados en cualquiera de esos dos destinos.

Los pueblos primitivos agregaron a la exótica belleza de las tierras del sur lo fascinante y misterioso de sus construcciones monumentales, que aún el investigador no termina de descifrar y el viajero de admirar.

Entre los lugares turísticos que Colombia ofrece, se destaca el Parque Arqueológico de San Agustín en el departamento del Huila, con doble atractivo cultural y científico. El Departamento del Huila cuenta con un potencial turístico especialmente por el Patrimonio Histórico Universal que representa el parque arqueológico en San Agustín y sus alrededores y que pueden generar valiosos recursos económicos.⁸²

La forma de llegar al Huila, revela y posibilita el encuentro con una gran variedad de patrimonio cultural tangible que encontramos desde el momento en que entramos a la tierra de promisión.

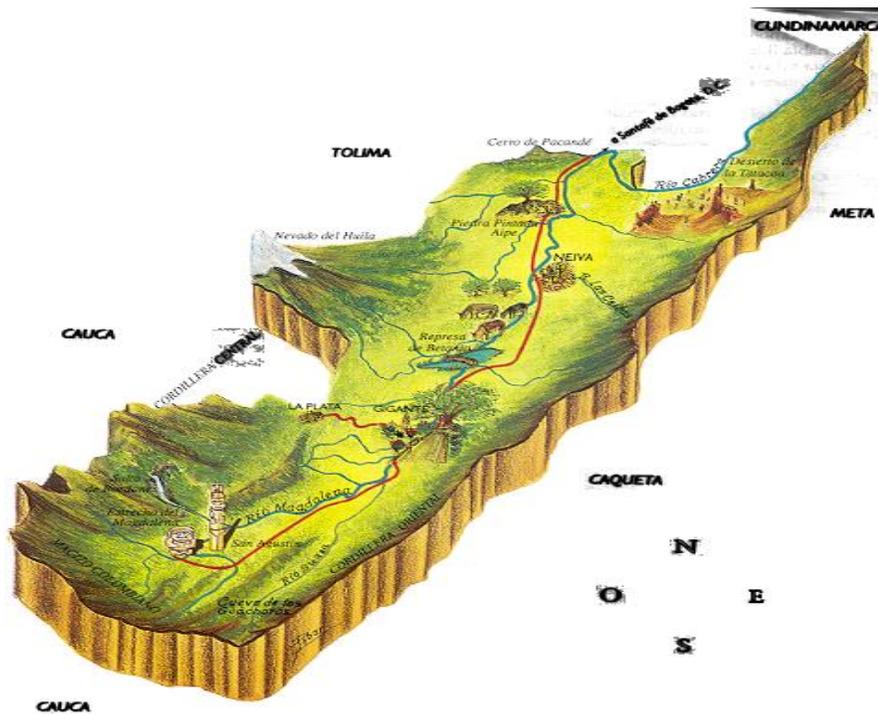
La Arquitectura y el paisaje se confabulan para guardar y difundir la historia, la UNESCO, declaró los vestigios arqueológicos de las culturas indígenas del sur del Huila, localizada en San Agustín y en San José de Isnos como patrimonio cultural e histórico de la humanidad. El Estado colombiano ha reconocido como patrimonio cultural de la Nación, La Capilla de San Antonio, en Gigante, y las estaciones de ferrocarril de Neiva, Fortalecillas, Villavieja , Potosí y Golondrinas.

⁸¹ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

⁸² Opcit.

Es también patrimonio cultural la Casa Natal de Adriano Perdomo en Yaguará, y la Casa Natal del Monseñor Ismael Perdomo.⁸³

FIGURA 6: Paisajes de Atracción Turística del Departamento del Huila



Fuente: Foto - Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

Como amantes de la naturaleza, se disfruta en el Huila de cuatro parques Nacionales: Picachos, Sumapáz, Cueva de los Guácharos, Nevado del Huila y el Puracé.

Es fácil encontrar por todo el territorio bienes de interés histórico, arquitectónico o ecológico; las Iglesias de todos los municipios, las haciendas, los puentes, las casas cùrales, y algunas zonas urbanas como las de Paicol, Garzón, Hobo y Agrado, que permiten un reencuentro con la historia viva, y con los ambientes originales de aquella época.

La arquitectura de Neiva presenta algunas construcciones de la época de la colonia, edificios de estilo árabe como el de correos nacionales, levantado en 1930, la hacienda Mata mundo, refugio de los patriotas durante la guerra de los

⁸³ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

mil días, el templo colonial construido en el siglo XVII que aún conserva su estructura original.⁸⁴

Otras áreas del departamento se destacan también, particularmente por su belleza natural. Por una parte, está la variada flora y fauna de los diferentes pisos térmicos, desde las nieves perpetuas hasta el desierto de la Tatacoa. Por otra, están diversos sitios creados por los ríos que en su descenso de la cordillera han construido formas caprichosas. Tal es el caso de El Estrecho (río Magdalena), la Cueva de los Guacharos (río Suaza), el Salto de Bordonos (río Bordonos), el salto de Mortiño (Quebrada de Mortiño), los parques naturales Puracé, Nevado del Huila y Cueva de los Guácharos y las tranquilas aguas de las lagunas, La caja de agua de Paicol, La gruta de Santa Rosalía en Palermo, Las caídas de agua de Nátaga, el alto de las Piedras en Isnos.⁸⁵

Además de los numerosos sitios del sur, en que se mezclan la belleza natural y la creatividad humana, otros paisajes y lugares se encuentran para continuar hacia el norte el recorrido turístico. Así sucede con la pintoresca Timaná, población que incluye la leyenda de La Gaitana, con sus templos indígenas y religiosos. También hay que destacar a Gigante por su arquitectura construida a la sombra de su ceiba centenaria, símbolo de la libertad de los esclavos. Siguiendo el viaje encontramos sitios de recreación construidos recientemente en las tierras planas del valle del Magdalena y conectados por carretera como la Represa de Betania, atractivo lugar para los deportes náuticos y sede del festival del agua.⁸⁶

FIGURA 7: Paisaje Turístico del departamento del Huila. Salto de Bordonos en el Municipio de San José de Isnos.



Fuente: Foto - Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

⁸⁴ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

⁸⁵ Opcit.

⁸⁶ Ibit.

No menos visitadas son las fuentes termales de Rivera, y las cascadas y saltos en ríos y quebradas, en las vertientes de la cordillera. Otros lugares de valor cultural son los municipios de Aipe y Villavieja, con sus misteriosas escrituras de petroglifos.

Se destaca en el norte huilense un paisaje de escasa vegetación, que contrasta fuertemente con la exuberancia del sur. El desierto de la Tatacoa es un hermoso lugar, con un modelado muy singular en su topografía y reliquias paleontológicas, que no puede evitar visitar el turista.

En el extremo noreste y dejando el curso del río Magdalena y la carretera principal, el territorio departamental cierra sus límites turísticos en el municipio de Colombia, sitio que guarda la herencia de pueblos primitivos, en la estatuaría y cerámica con rasgos diferentes a los de los hallazgos de San Agustín.

En todas las poblaciones las comidas típicas como el asado huilense, achiras, bebidas como el guarrús y la sevillana y los dulces hacen las delicias de los visitantes, igualmente el deseo de admirar y adquirir las bellas artesanías.

El trabajo artesanal huilense tiene su origen de tiempo remoto, puede decirse que los ceramistas del pasado plasmaron en el trabajo del barro sus manifestaciones culturales, y los ceramistas del presente con base en lo tradicional, pero con gran creatividad elaborando obras artesanales del más bello arte autóctono.

En la elaboración de las artesanías en barro se destaca el trabajo de la familia Vargas Muñoz, no solo conocidas en Colombia sino internacionalmente. Otros trabajos artesanales muy aceptados entre los turistas son los sombreros de Suaza, canastos, muñequería, muebles, encajes y todas las reproducciones del arte pre-hispánico.⁸⁷

Aún cuando las estadísticas del turismo son limitadas, no hay duda de que el lugar más visitado en el departamento del Huila es el Parque Arqueológico, en el cual se estima que el 83% de las visitas corresponde a turismo doméstico. Por parte de los extranjeros, el bloque europeo representa el 8% de los visitantes y los Estados Unidos el 1.1%. Según las cifras más recientes el número de visitantes al parque ha sido constante en los últimos años, con un total de 41.000 turistas (Parque Arqueológico).⁸⁸

La ruta de hoteles de Neiva a San Agustín, tiene una corta desviación en Yaguará. No obstante, en las cinco poblaciones cercanas al Parque, se encuentra el 35.95% de la disponibilidad hotelera departamental. La mayoría de las camas de se encuentran en Neiva, que concentra el 59.3% del total del Huila.⁸⁹

⁸⁷ Huila. Características Geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

⁸⁸ Opcit.

⁸⁹ Ibit.

En las temporadas de festividades y reinados, ya sea el más populoso como el San Pedro, el del Agua y los deportes Náuticos en la represa de Betania y los que se realizan en las poblaciones menores, la afluencia de turista tiende a rebasar la capacidad hotelera. En el resto del departamento, exceptuando San Agustín, se realiza un turismo de paso por la falta de infraestructura. Los sitios turísticos llegan a constituir lugares especiales; en el caso huilense, el Parque Arqueológico y todas las áreas aledañas han caracterizado un territorio con numerosas atracciones para el visitante.

No obstante, a pesar del potencial turístico del Huila y de todas las posibilidades existentes en materia de generación de empleo, riqueza y desarrollo, el departamento comenzó a planificar desde hace poco tiempo el desarrollo del sector. Así mismo, es reciente la promoción de sus riquezas naturales y culturales, incluyendo la amabilidad y sensibilidad de sus gentes.

Dentro del desarrollo turístico del Huila existen efectos socioculturales positivos que vale la pena resaltar, como son:⁹⁰

- Contribución a la divulgación e integración de las manifestaciones culturales, al facilitar el intercambio del conocimiento de las costumbres, tradiciones, expresiones artísticas y folclóricas de los diferentes lugares.
- Mejoramiento social por medio del acceso a servicios de salud más adecuados, saneamiento, medio ambiente, aumento de los niveles de empleo e ingresos, mayores oportunidades para la mujer y desarrollo de las oportunidades educativas.
- Incremento de las actividades recreativas, con instalaciones concebidas para el turismo pero utilizables también por la población local.
- Mayor protección del patrimonio nacional, principalmente de parques y recursos geográficos, flora y fauna silvestres, y también del patrimonio histórico-cultural, bases de la oferta turística.
- Intercambio de experiencias entre distintas naciones, lo cual coincide en el plano de la imagen internacional de cada país, en los sistemas político vigentes y el acercamiento de espacios diferentes en lo idiomático, lo religioso, las formas de vida y los valores predominantes.
- Dinamización de las sociedades más subdesarrolladas a través de la reducción de formas conservadoras y acceso a expectativas y exigencias para la actualización y desarrollo.

⁹⁰ INTURHUILA, CORTURISMO y Secretaría de Cultura Departamental.

Entre los aspectos negativos se pueden citar:⁹¹

- Deterioro y destrucción de espacios culturales locales; degradación de las manifestaciones folclóricas, religiosas, artísticas e idiomáticas; presiones sobre los juicios de valor, las costumbres y las normas de comportamiento; disminución de la propia estima cultural.
- Aumento de los conflictos sociales, delincuencia, consumo de drogas; hacinamiento y tensiones familiares; competencias propias del individualismo carentes de sentido social; destrucción de la espontaneidad social.
- Incremento del consumismo; cambios en los hábitos de consumo, imitación del comportamiento y las pautas de los visitantes; producción de bienes y servicios no necesarios para la comunidad local.
- Crecimiento del costo de vida y de la apetencia de bienes materiales; aumento de la importancia de los intereses comerciales y de la economía monetaria.
- Aumento de las tensiones políticas; introducción de formas neocoloniales en la política y en la economía con efectos socioculturales; deterioro de los valores entendidos como nacionales e imposición de criterios universales contrarios a la identidad cultural nacional.⁹²

⁹¹ INTURHUILA, CORTURISMO y Secretaría de Cultura Departamental.

⁹² Opcit.

7. VIOLENCIA, SEGURIDAD Y ORDEN PÚBLICO PROBLEMÁTICA DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA

7.1 POBLACIÓN DESPLAZADA

Existe hoy día el convencimiento general de que los desplazamientos internos, que afectan en todo Colombia a millones de personas, se han convertido en uno de los fenómenos más trágicos de nuestro tiempo. Los desplazamientos, consecuencia habitual de experiencias traumáticas de conflictos violentos, violaciones manifiestas de los Derechos Humanos y causas similares en las que la discriminación tiene el papel significativo, generan casi siempre condiciones de sufrimiento y penalidades para las Poblaciones afectadas. Provocan la ruptura familiar, cortan los lazos sociales y culturales, ponen término a relaciones de empleo sólidas, perturban las oportunidades educativas, niegan el acceso a necesidades vitales como la alimentación, la vivienda y la medicina, y exponen a personas inocentes a actos de violencia en forma de ataques a los campamentos, desapariciones y violaciones.

La Ley 387 de 1997 define como desplazada a toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertades personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH) u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público.

En el orden social, la magnitud del problema de desplazamiento forzado constituye hoy día una de las más graves crisis humanitarias que afronta el país. El desplazamiento tiene efectos devastadores sobre las personas que lo padecen directamente, los coloca en una condición de emergencia y de vulnerabilidad por el desarrollo integral de las familias en condiciones dignas y estables.

En nuestro departamento se tenían registrados en el 2001 por la Red de Solidaridad Social 1.185 familias que corresponden a un promedio de 5.925 personas que se han desplazado por la violencia de sus lugares de origen, pero se

mantiene la tendencia para el año 2002, logrando un acumulado (1996-2002) de 4.151 familias, con un total de 20.755 personas.⁹³

Dentro de los Departamentos Expulsores en Colombia se encuentran: Antioquia, Bolívar, Chocó, Valle del Cauca, Meta, Sucre, Putumayo, Cesar, Cauca, Córdoba, Tolima, Caquetá, Risaralda, Santander, Norte de Santander, La Guajira, Guaviare, Nariño, Cundinamarca, Boyacá, Arauca, Vaupés, Casanare, Vichada y Huila.⁹⁴

Y en cuanto a los Departamentos Receptores se cuenta con: Antioquia, Bolívar, Bogotá, Chocó, Putumayo, Atlántico, Meta, Magdalena, Sucre, Cesar, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Huila, Caquetá, Risaralda, Tolima, Norte de Santander, Cauca, La Guajira, Boyacá, Caldas, Casanare, Guaviare, Quindío, Vichada, Córdoba, Arauca, Nariño y Amazonas.

En el Departamento del Huila los municipios que presentan mayor concentración son: Neiva con 2274 familias, Pitalito con 691 familias, Garzón con 277 familias y la Plata con 196 familias, el resto de familias se han ubicado en los municipios de Guadalupe, San Agustín, Acevedo, Aipe, Campoalegre y otros con un número de familias pequeño. Las causas aludidas por las familias desplazadas en un 79% corresponden a la amenaza generalizada y el enfrentamiento armado.⁹⁵

La atención en salud a la población desplazada esta a cargo de las IPS de la red pública del Departamento por demanda de servicios.

7.1.1. Municipios Expulsores y Receptores: Obviamente la lógica de las zonas receptoras (Tabla 7) de la población desplazada es distinta a la manera como estadísticamente se presenta; esto se debe normalmente a que la población en su mayoría de origen rural, se dirige a zonas urbanas (ciudades grandes e intermedias). De igual manera es sintomático que el 63.8% de los desplazados no quieran regresar a sus lugares de origen, en razón de la persistencia de los factores de violencia que los obligaron a salir.⁹⁶

Los que desean regresar, están motivados principalmente por el deseo de volver al campo, por propósito de reunificar la familia o por el deseo de recuperar los bienes materiales que tuvieron que dejar al salir.

El desplazamiento fortalece la ruptura del tejido social; en el que este choque violento de culturas impera muchas veces la intolerancia, razón que lleva no sólo a la ruptura de los lazos de solidaridad, sino a catalogar al otro como invasor del espacio que se poseía.

⁹³ Sistema único de registro nacional de desplazados-Red de Solidaridad Social- Fecha corte 19/V/2001.

⁹⁴ Opcit.

⁹⁵ Ibit.

⁹⁶ Ibit.

En un país con una clara expansión urbana, el desplazamiento por violencia muestra un claro sesgo rural en la medida en que el 67.8% del total nacional de población desplazada pertenece a hogares con vínculos rurales.

Tabla 7: Municipios Expulsores y Receptores de Desplazamiento en el Departamento del Huila. 2001.

MUNICIPIO	EXPULSORES HOGARES INCLUIDOS	RECEPTORES HOGARES INCLUIDOS
Acevedo	19	9
Agrado	1	
Aipe	6	2
Algeciras	37	8
Baraya	19	4
Campoalegre	7	1
Colombia	37	
Garzón	10	29
Gigante	13	2
Guadalupe	3	3
Isnos		1
Iquira	8	
La Argentina	7	2
La Plata	5	26
Nátaga	16	1
Neiva	52	494
Oporapa	2	1
Palermo	1	21
Palestina	1	7
Pital	1	
Pitalito	12	148
Rivera		2
Saladoblanco	4	
San Agustín	4	6
Santa María	9	
Suaza	5	
Tesalia	1	
Tello	4	
Teruel	1	2
Timaná		3
Villavieja	9	3
Yaguará	1	1
TOTAL	295	776

Fuente: Sistema único de registro nacional de desplazados-Red de Solidaridad Social-
Fecha corte 19/V/2001.

Para 1997, el desplazamiento a nivel nacional aumentó de manera vertiginosa, y se presentó con mayor frecuencia en la modalidad de éxodos colectivos, sin que haya cesado el desplazamiento individual. El desplazamiento sigue siendo mayoritariamente de población campesina, adquiriendo a nivel internacional una gran relevancia como principal manifestación de la violencia en el país.

Según información reportada por la Red de Solidaridad del departamento del Huila, en éste, la coexistencia de los grupos armados al margen de la Ley, que se ha manifestado a través del hostigamiento permanente de las poblaciones, afectando infraestructura y vidas humanas; y el establecimiento de la zona de distensión para facilitar los diálogos de paz de San Vicente del Caguán (Caquetá), dio lugar a agudizar el proceso de abandono de tierras por parte de los pobladores de las regiones aledañas y de las afectadas por el angustioso ambiente que viven.

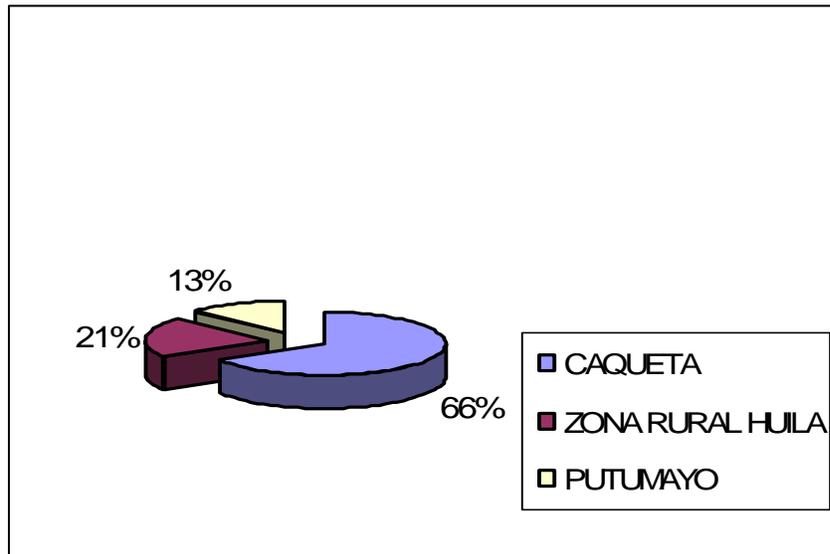
El Departamento del Huila, desde la época de los años 40 y 50, se ha caracterizado por ser un territorio de población desplazada por la violencia generada a partir de las disputas de tipo político forjada por los gobiernos y la población.

En la actualidad la vecindad de este departamento con los departamentos del Caquetá y Putumayo; y específicamente por ser la conexión a la anterior zona de distensión con el centro del país, ha llevado una vez más a que se halla convertido en un receptor atractivo para la población desplazada por la violencia; generada como consecuencia del conflicto armado en el que se encuentra sumido el país, cuya concentración se ha dado en Neiva la ciudad capital y en sus principales centros urbanos como son Pitalito; Garzón y La Plata; según lo reflejan las estadísticas de la Red de Solidaridad del Huila a través de las certificaciones expedidas por esta entidad a los desplazados que han llegado al Huila, quienes acuden a familiares y amigos intentando una resocialización e inserción económica al amparo de estos contactos, dando lugar a debilitar la estructura socioeconómica de estas familias.⁹⁷

Las Figuras 8 y 9 muestran las cifras del desplazamiento registrado mediante las certificaciones en el Huila por lugar de procedencia, así como por el lugar de llegada y asentamiento. La primera gráfica resalta que la población desplazada que ha llegado a los principales centros urbanos del Huila, provienen del Caquetá en un 66%, del mismo Huila (zona rural) en el 21% y del putumayo en el 13%. A su vez, la segunda gráfica destaca que el 85% de la población desplazada se ha asentado en los principales centros poblacionales del Huila en donde Neiva recoge el 56% de ellos, Pitalito como la segunda ciudad del departamento y colindante con el Putumayo recibe el 19%, Garzón en menor proporción con el 6% y La Plata con el 4%.

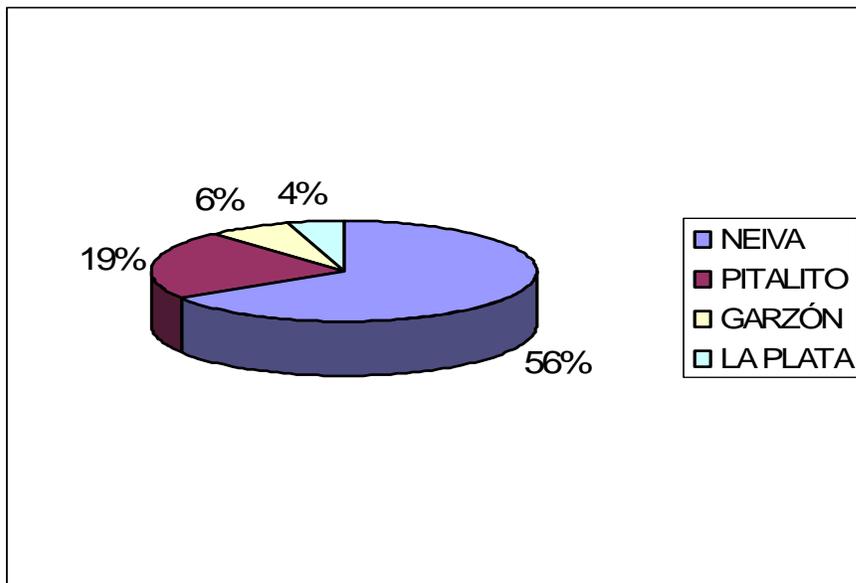
⁹⁷ Sistema único de registro nacional de desplazados-Red de Solidaridad Social- Fecha corte 19/V/2001.

Figura 8: Lugar de Procedencia del 75% de la población desplazada en el Departamento del Huila. 2001.



Fuente: Sistema único de registro nacional de desplazados-Red de Solidaridad Social- Fecha corte 19/V/2001.

Figura 9: Municipios de Asentamiento de población Desplazada del Huila 85%. 2001.

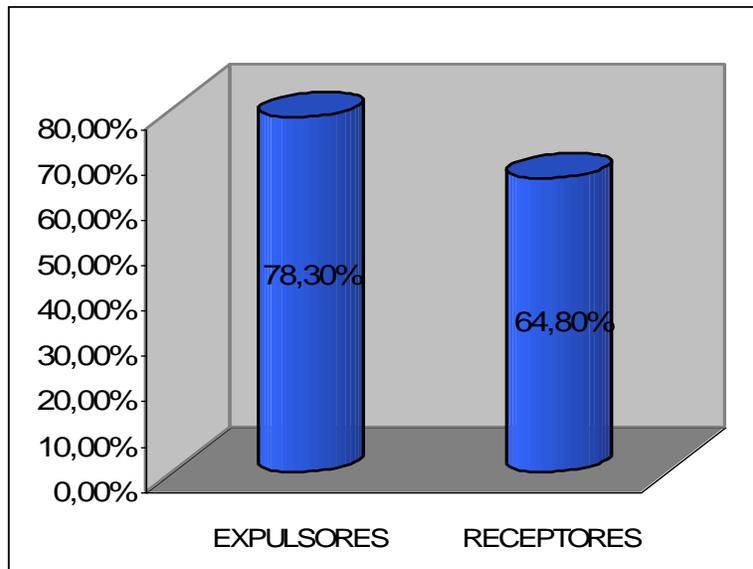


Fuente: Sistema único de registro nacional de desplazados-Red de Solidaridad Social- Fecha corte 19/V/2001.

De esta manera, se puede observar que de los 37 municipios que conforman el Departamento del Huila el 78.3% son expulsores y el 64% son receptores (Figura

10), siendo el Huila uno de los territorios del país, más afectados por el problema de desplazamiento.

Figura 10: Porcentaje de Municipios Expulsores y Receptores de Población Desplazada en el Departamento del Huila. 2001.



Fuente: Sistema único de registro nacional de desplazados-Red de Solidaridad Social- Fecha corte 19/V/2001.

Entre los factores causales del proceso de desplazamiento, se encuentran:

Tabla 8: Causas de Desplazamiento en el Departamento del Huila. 2002.

CAUSAS	PORCENTAJE
Amenazas generalizadas	53%
Enfrentamientos armados	19.42%
Masacres	14.80%
Tomas a Municipios	5.21%
Amenazas específicas	3.43%
Ataques indiscriminados	1%
Por más de una de las causas anteriores	< 1%

Fuente: Red de Solidaridad 2002

La reacción de esta población aún con sus necesidades básicas insatisfechas y sobreviviendo por iniciativas propias, frente a la forma como el Estado atiende de

manera prioritaria y vistosa a la población desplazada es de amenaza para el logro de la equidad y la justicia social para los pobres residentes en las poblaciones receptoras de desplazados, en la medida que los recursos estatales destinados para la inversión social como única esperanza, deben encaminarse de emergencia a resolver otro problema no dimensionado por nadie en el País, dando lugar a generar otro tipo de conflictos sociales internos⁹⁸.

7.2 DELITOS

Revisando las cifras de delitos cometidos en Colombia durante el año 2.000 se encuentra que la criminalidad en Colombia está totalmente fuera de control y el Estado no tiene una política criminal coherente para combatir al delincuente y el fenómeno criminal. En el país 3.700 personas fueron secuestradas el año anterior. En ese período se cometieron 26.250 homicidios. El índice de homicidios por 100 mil habitantes es de 71,47, el más alto del mundo, mientras en América Latina está en 22.9⁹⁹

Las causas de la criminalidad son múltiples y vale la pena destacar la falta de políticas estatales efectivas para atacar el desempleo, la insatisfacción de las necesidades básicas de gran parte de la población y otros factores sociales. Pero, es indudable que el delito no disminuirá mientras no exista una política estatal enérgica para combatirlo. En Colombia el delincuente puede presumir que casi con seguridad su actividad delictiva no será castigada, y si lo es, lo será muy levemente.¹⁰⁰

La situación de impunidad, ineficiencia, inequidad y corrupción del sistema judicial que sufre Colombia afecta a millones de colombianos honestos que son víctimas de la delincuencia ante la mirada indiferente del Estado. El sistema judicial en su totalidad requiere ser depurado, se necesitan mejores procesos de selección de personal y un incremento del número de jueces y funcionarios que permita evacuar miles de procesos penales que están estancados, favoreciendo la impunidad.¹⁰¹

Entre todos los países, Colombia tiene uno de los más altos índices de violencia, estimándose que el 15 % es por causa políticas y el 85% por conflictos cotidianos.¹⁰²

⁹⁸ Sistema único de registro nacional de desplazados-Red de Solidaridad Social- Fecha corte 19/V/2001.

⁹⁹ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses 2001.

¹⁰⁰ Opcit.

¹⁰¹ Ibit.

¹⁰² Ibit.

El Huila no es ajeno a esta situación, en el año 2000 murieron 488 huilenses teniendo como causa el Homicidio y en el 2001 murieron 516 personas por la misma causa. Prácticamente todos los municipios presentan alteración del orden público, protagonizados por grupos irregulares.

Según las tasas observadas los municipios más violentos son Algeciras, San Agustín, Pitalito, Tello y Gigante.

El Departamento del Huila por encontrarse cerca de las zonas de conflicto armado se ha visto afectado por el aumento de varias formas de violencia como son el secuestro, los homicidios, la delincuencia común y el narcotráfico¹⁰³.

7.3 NARCOTRÁFICO

Otro de los factores que más han marcado la problemática de violencia, seguridad y orden público en el país, ha sido el narcotráfico, Colombia ha librado una lucha decidida e integral contra el fenómeno de las drogas ilícitas. Han sido muchos los costos económicos y humanitarios que ha realizado el pueblo colombiano para enfrentar el problema del narcotráfico. Los esfuerzos y gastos financieros han sido enormes; de los primeros dan testimonio los múltiples instrumentos legales puestos en práctica y los compromisos internacionales asumidos, los permanentes operativos policiales y militares y las muchas decisiones adoptadas; de los segundos resultan de sumar las ingentes y cada vez mayores cantidades de recursos oficiales dedicados a este fin, el impacto que sobre muchas de las actividades económicas ha tenido la industria de las drogas ilícitas, el deterioro de la moral de funcionarios públicos que sucumben ante la coacción o la corrupción y, lo que es mas lamentable, las vidas de policías, soldados, jueces, periodistas y demás personas de bien que han caído en esta lucha.

El fenómeno de las drogas ilícitas representa una clara amenaza para las sociedades y para la institucionalidad democrática, no sólo en nuestro país sino en la comunidad internacional. Por eso Colombia ha venido planteando y exigiendo una lucha decidida e integral, fundada en el principio de la corresponsabilidad.¹⁰⁴

El problema demanda acciones de la comunidad internacional por ser un fenómeno transnacional y complejo, a fin de dar solución a actividades como el contrabando y el desvío de insumos químicos, el cultivo, el procesamiento, la

¹⁰³ Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses – 2001

¹⁰⁴ Problemática de las drogas en Colombia. Dirección Nacional de Estupefacientes. Ministerio de Justicia y del Derecho.

distribución, el consumo de drogas, el lavado de activos y el comercio clandestino de armas.¹⁰⁵

Es así como el Departamento del Huila viene desarrollando acciones para solucionar este problema respondiendo a la política trazada por el Gobierno Nacional y al desarrollo de los compromisos adquiridos por el departamento y el país con la comunidad internacional, en este sentido se ha fortalecido a las instituciones encargadas del desarrollo de la política en materia de drogas, en su capacidad para dar respuestas más efectivas y acordes a la integridad de la problemática, que el Departamento viene asumiendo cada vez con mayor nivel de intersectorialidad e interinstitucionalidad con entidades como la Policía, Programa Presidencial RUMBOS, Secretaría de Justicia y del Derecho, Fiscalía, Fondo Nacional de Estupefacientes, Procuraduría, Alcaldías, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre otros¹⁰⁶.

¹⁰⁵ Opcit.

¹⁰⁶ Problemática de las drogas en Colombia. Dirección Nacional de Estupefacientes. Ministerio de Justicia y del Derecho.

8. CALIDAD DE VIDA Y POBREZA

Los indicadores que dan cuenta de las condiciones de vida de la población y sus niveles de pobreza son el índice de Desarrollo Humano –IDH el cual resume el impacto que ha tenido la actividad productiva y social sobre el nivel del desarrollo humano de un país, departamento o ciudad. Se basa en tres indicadores: 1- **Longevidad** medida como la esperanza de vida al nacer, cuantifica el resultado combinado con las políticas preventivas y curativas y de factores que afectan la salud, como educación, saneamiento ambiental, convivencia ciudadana, sobre la posibilidad de tener una vida larga y saludable; 2 **Nivel educacional** medido como una combinación de la tasa de alfabetización de adultos y la tasa de escolarización combinada de primaria, secundaria y superior, cuantifica la preocupación pública por el avance en el desarrollo de las capacidades humanas; 3 **El Ingreso**, medido por el PIB, per cápita real, como un indicador de la capacidad de adquisición de bienes y servicios que tiene la población.

El índice de Calidad de Vida – ICV el cual ordena los hogares desde el más pobre al más rico, el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI que permite conocer el porcentaje de población que no ha cubierto al menos una de las cinco necesidades definidas como básicas y la Línea de Pobreza e Indigencia – LP y LI que estima la población que, por ingresos, puede considerarse pobre o indigente.

Dentro del Índice de Desarrollo Humano IDH para el Huila en 1997 fue de 0.759 y en 1999 fue de 0.743 comparado con el promedio nacional de 0.77 y 0.76 respectivamente, en este sentido la crisis económica que atraviesa el país en general se refleja en el comportamiento de otros indicadores como el de educación. De esta forma el Huila ha presentado reducciones en el índice de logro educativo.¹⁰⁷

El avance en el índice de esperanza de vida es positivo para el departamento, y se atribuye al mejoramiento de condiciones de la población, como mayor disponibilidad de agua potable y de sistemas adecuados de eliminación de excretas y de mayor control y prevención de enfermedades. Sin embargo, aún se pueden mejorar factores relacionados con la cobertura en salud, la seguridad social y el saneamiento ambiental.

Es preciso anotar que la violencia, está retardando el desarrollo humano del país en general, por su efecto negativo sobre los tres componentes del IDH.

Para el índice de Condiciones de Vida ICV, en los tres últimos años, el mejoramiento en las condiciones de vida cuenta con un promedio nacional de 73.3 en 1997 a 75.7 en 2000 y 2002 a 73.29. En este último año el Huila se incluye

¹⁰⁷ Departamento de Planeación Departamental del Huila – 2002.

dentro de los departamentos con menor calidad de vida reflejado de la siguiente manera:¹⁰⁸

Tabla 9: Indicadores de Condiciones de Vida y Pobreza. Departamento del Huila. 1997 - 2001

	1997	1999	2000	2001
Índice de logro educativo	0.837	0.826		
Índice de esperanza de vida	0.760	0.766		
Índice PBI ajustado	0.680	0.637		
IDH	0.759	0.743		
ICV	68.4	71.1	69.0	68.71
Nacional			75.7	73.29

Fuente: Calculos DNP-DDS-GCV, con base en Dane, Encuesta Nacional de Hogares-1997

8.1 NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS – NBI

Según las NBI, un hogar se considera pobre si presenta al menos una de las siguientes características: vivienda con materiales inadecuados, vivienda con servicios públicos de acueducto y alcantarillado inadecuados, nivel de hacinamiento considerado como crítico, un nivel de dependencia económica alto, o cuando uno de sus niños entre 7 y 11 años no asiste a algún establecimiento escolar. El hogar se considera como extremadamente pobre (miseria) cuando presenta dos o más características de las descritas.

Entre 1997 y 2000 se observan mejoras en todos los indicadores, en especial los relacionados con servicios públicos a nivel nacional. Mientras que la gran mayoría de los departamentos reducen la pobreza medida por este indicador es claro que el Departamento del Huila a incrementado este indicador en dos puntos.

En el Huila el índice NBI para 1997 fue de 24.1 y para el 2000 ascendió a 28.6 lo cual nos muestra comparado con el NBI Nacional 1997 (25.9) y el 2000 (22.9), que mientras que la mayoría de los departamentos reducen la pobreza, el Huila la aumenta en 4.5 puntos. En el 2002 el porcentaje de NBI en el Huila fue de 39.9 comparado con el nacional de 37.6, significando que se redujo la diferencia, con el nacional, pero reducción relativa si consideramos que los NBI de Colombia aumentaron en 14.7 % del año 2000 al 2002. En cuanto el Porcentaje de Miseria esta paso de 7.2 en 1997 a 6.6 en el 2000, que comparado con el nacional paso

¹⁰⁸ Departamento de Planeación Departamental del Huila – 2002.

de 8.6 (1997) a 6.5 (2000) lo cual nos indica que esta por encima en un 0.1%, pero se ha reducido el número de personas en el Huila consideradas en la Miseria.¹⁰⁹

En el Departamento del Huila se deterioran la calidad de la vivienda y el acceso a servicios públicos y aumenta la inasistencia escolar.

8.2 LINEA DE INDIGENCIA Y DE POBREZA (%)

El indicador de pobreza continua incrementándose en el país; el porcentaje de personas de personas por debajo de la LP en 1997 era de 50.3%, en 1999 de 56.3 % y en el 2000 se acerca al 60%. En el Huila se pasó de 53.3(1997) a 62.5 %(1999), 62.4 (2000) y 57.4 (2002) pasando el nivel nacional que se encuentra en 53.8 %.

La línea de indigencia presenta similar comportamiento en el país, se incrementa de 18.1% a 23.4 % en el periodo antes señalado. Es importante señalar que estos niveles están influenciados por los índices de ruralidad. De hecho para el total del país la incidencia de la pobreza en las cabeceras municipales es, en 2000, de 51%, mientras que en el resto o zona rural se incrementa a 82.6 %. En el Huila entre 1997 y el 2000 se incremento del 24.1% al 26.8 % y por encima del nivel nacional del 23.4%.¹¹⁰

¹⁰⁹ Departamento de Planeación Departamental del Huila – 2002

¹¹⁰ Calculos DNP-DDS-GCV, con base en Dane, Encuesta Nacional de Hogares-1997

9. PANORAMA DE FACTORES DE RIESGOS AMBIENTALES Y DEL CONSUMO

9.1 CONDICIONES DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO

Los indicadores en salud son considerados como elementos básicos para el análisis de la situación en salud, pues documentan las condiciones de vida de una población y muestran un panorama del espacio social en que ocurren los cambios de salud. Existen indicadores básicos determinantes como los factores ambientales relacionados con el saneamiento básico, los cuales son factores importantes para mantener un ambiente saludable. El efecto negativo que produce la falta de estos se refleja en algunos casos en el grado de mortalidad y morbilidad.

En el Huila, la falta de una adecuada planeación en los Municipios del Departamento hace que se presenten deficiencias en la prestación de los servicios públicos, incluyendo agua potable, alcantarillado y basuras. En el año 2002 la situación de los Municipios en cuanto al suministro de agua potable es el siguiente:

Diez y nueve municipios, equivalente al 52%, suministran Agua Aceptable Bacteriológicamente (>95%): Neiva, Altamira, Baraya, Campoalegre, Garzón, Gigante, Guadalupe, La Argentina, La Plata, Paicol, Pitalito, Rivera, San Agustín, Suaza, Tarqui, Tello, Tesalia, Villavieja, Yaguara. Nueve municipios, equivalente al 24%, con porcentajes de aceptabilidad Microbiológica <95%: Aipe, Agrado, Hobo, Palermo, Pital, Santa María, Teruel, Isnos, Palestina. Nueve suministran Agua para consumo humano sin tratar: Acevedo, Algeciras, Colombia, Elias, Iquira, Nataga, Oporapa, Saladoblanco y Timana. Once Municipios, equivalentes al 30%, suministran agua con calidad fisicoquímica de acuerdo a lo normado en el Decreto 475/98: Neiva, Campoalegre, Garzón, Gigante, Guadalupe, La Plata, Pitalito, Tarqui, Tello, Tesalia y Villavieja. Diez y seis municipios equivalentes al 41% suministran agua con calidad fisicoquímica en forma irregular (<95%): Aipe, Agrado, Baraya, Isnos, La Argentina, Paicol, Palermo, Palestina, Pital, rivera, san Agustín, Santa María, Suaza, Teruel y Yaguará.

Hacia el segundo semestre del año 2002, los municipios de Santa María, Paicol, Suaza e Iquira, quienes pusieron en funcionamiento en el presente semestre las plantas de tratamiento de aguas para consumo Humano.

En la zona rural con excepción de la jagua en Garzón, Villa Constanza, El Juncal, Amorco y Santa Barbará en Palermo, no se trata el agua para consumo Humano; y el 68% de los municipios disponen de agua potable en su zona urbana. Los resultados de éstas muestras (aguas no aptas para consumo), reportaron Coliformes totales y *Echericha coli*; agentes patógenos responsables de Diarrea y Enteritis. En términos generales, el Departamento del Huila culminó el año 2002 con una cobertura de agua potable en la zona urbana del 91%; y en cuanto a la

cobertura de acueductos, en la zona urbana de los Municipios se encontró en el 100 %, mientras que la zona rural fue sólo del 65 %.¹¹¹

9.2 SUSTANCIAS TOXICAS EN EL AGUA DE CONSUMO

Para el año 2002, el Laboratorio de salud pública Departamental como apoyo a la vigilancia de la calidad del agua realizó análisis de metales pesados tales como Cadmio, Zinc, Plomo, Cobre, Niquel y Cobalto en 42 muestras de agua tomadas por los técnicos de saneamientos en los suministros de los municipios de Neiva, Aipe, Altamira, Campoalegre, Garzón, Gigante, Guadalupe, Isnos, La Plata, Paicol, Palestina, Pitalito, Palermo, Pital, Rivera, San Agustín; Santa María, Suaza, Tarqui, Tello, Tesalia, Teruel, Yaguara y Villavieja. Resultando los parámetros dentro de los Límites Permisibles establecidos en el Decreto 475 de 1998.

9.2.1 Flúor: La Secretaría de Salud del Huila siguiendo las políticas nacionales impartidas a través de los Planes de Atención Básica inició durante la vigencia 2001 y 2002, la actualización del censo nacional de aguas para consumo humano con el fin de determinar las concentraciones de flúor como parte de la vigilancia del uso de elementos fluorados, de esta manera se obtuvieron resultados de 26 áreas urbanas y el 10% del área rural identificando fuentes de agua con concentraciones superiores a 0.5 ppm en las siguientes localidades:¹¹²

Mpio	Vereda	Fuente	Resultado (ppm)
Pital	San Joaquin	Q. La Mosca	1.44
	San Joaquin	Q. El Pescado	1.14
	Tinco	Q. Cahux	1.49
	Arrayan	Q. Lagunilla	0.77
Aipe	San Isidro	Q. Naranjo	0.54
Algeciras	Esperanza	Esc. Los Cuellar	1.5
	Esperanza	Esc. Los Cuellar	1.45
C/gre	Palmar Bajo	Rio Frio	0.71
Gigante	Mesón	Q. Vueltas	0.5
Guadalupe	Cauchos	Q. Pintada	0.89
Hobo	Bajo Estoracal	Sanjon Cardenas	0.50
	Urbano	Q. Hobo	0.83
Neiva	Santa Helena	Q. Brisas	1.83
Rivera	Guadual	Q. Guadual	0.81
	Rio Blanco	Q. Argelia	1.31
	Urbano	Rio Frío	0.69

¹¹¹ División Desarrollo de la Salud . Secretaría de Salud Departamental – 2002

¹¹² Laboratorio Departamental de Salud Pública.2002

Suaza	Brasil	Q. Cascajal	0.5
	Urbano	Q. Satia	0.54
Timaná	Buenos Aires	Q. Buenos Aires	0.55

9.3 DISPOSICION DE DESECHOS LIQUIDOS

En el año 2002 el 95% de las viviendas urbanas cuentan con sistemas de alcantarillado y en el sector rural el porcentaje es menor del 30%. La disposición final de desechos se realiza a cuerpos de agua contaminándolas.

En el departamento solamente Hobo, Yaguará y Palermo cuentan con plantas de tratamiento de agua residuales, sin embargo el resto de municipios cuentan con estudios para tratamiento de estos residuos líquidos.

La disposición adecuada de desechos líquidos es requisito básico para evitar contaminación ambiental en prevención de patologías infecciosas como EDA, Fiebre tifoidea, Hepatitis A, frecuente en la población infantil. En el ámbito municipal la inspección vigilancia y control de la disposición de residuos líquidos la ejercen los técnicos de saneamiento, quienes a su vez velan por el cumplimiento de las normas sanitarias pertinentes.

La cobertura de alcantarillado del departamento del Huila en el 2002, en la zona urbana es de 93.3%.

9.4 DISPOSICION DE RESIDUOS SOLIDOS

En el 2002 la situación de la disposición final de los residuos sólidos en el Departamento es la siguiente: Dos Municipios (Neiva y Saladoblanco) cuentan con relleno sanitario, Cuatro el 9% (Agrado, Isnos, San Agustín y Tesalia) hacen enterramiento; Diez el 27% efectúan manejo integral (Acevedo, Guadalupe, La Argentina, La Plata, Nataga, Palermo, Palestina, Pitalito, Santa María y Tarqui) y veintiuno el 59 % disponen a campo abierto (Aipe, Altamira, Algeciras, Baraya, Campoalegre, Colombia, Elías, Garzón, Gigante, Hobo, Iquira, Oporapa, Pital, Paicol, Rivera, Suaza, Tello, Teruel, Yaguará, Villavieja y Timaná).

Actualmente la Corporación autónoma del alto magdalena CAM, construye tres plantas de Tratamiento de residuos Sólidos en los Municipios de la Plata, Garzón y Pitalito, las cuales serán Regionales para los municipios circunvecinos. Se tienen los recursos para construir la Planta en Campoalegre.

En el sector rural la disposición de las basuras se hace por cuenta de cada vivienda.

Es importante tener en cuenta que el inadecuado proceso de disposición de residuos sólidos puede conllevar la infestación de roedores e insectos vectores transmisores de patologías como la leptospirosis y el tifus murino entre otras.¹¹³

9.5 RIESGOS QUÍMICOS

En el departamento se tienen 73 empresas que comercializan agroquímicos con 117 trabajadores afiliados a una EPS, 591 trabajadores independientes y 331 establecimientos que comercializan productos de aseo, pinturas, baterías, etc, con 442 trabajadores, algunos con seguridad social (División Desarrollo de la Salud y Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental).

El Huilense en su vocación agrícola presenta alto riesgo en el uso de sustancias agroquímicas como son; Furadan, Malathión, Thiodan, Lorsban, Nuvacron, Thionil, Sistemin. En cuanto a Funguicidas, se utilizan el Dithane, Manzate, Benlate, Oxicloruro, Elosal. Hervicidas como Roundup, Gramoxone, Faena, Estelar y Tordon.

9.6 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ORGANOFOSFORADOS Y CARBAMATOS

Dentro del programa de Vigilancia de los Riesgos químicos el Laboratorio Departamental de Salud Pública desarrolla la Vigilancia Epidemiológica de Organofosforados y Carbamatos VEO, se trabaja con población informal dedicada a las labores de fumigación agrícolas en los municipios de Palermo, Rivera, Baraya, Villavieja, La Plata, Garzón, Tello, Campoalegre, San Agustín, Pitalito, Hobo, Neiva, Colombia, Acevedo, Paicol, Tarqui, Aipe y Teruel. Es de resaltar que dentro de éste sistema de vigilancia, los técnicos de saneamiento de cada Municipio y las bacteriólogas participan activamente en la toma de muestras de sangre y la ejecución de actividades de prevención de intoxicaciones en la población expuesta.

Estadísticamente, durante el año 2001 se reportaron nueve intoxicaciones no clasificadas por organofosforados, ciento cincuenta y seis por hidrocarburos clorados, uno por ácido Cianhídrico, seis por gases, dos disolventes no derivados del petróleo, uno Productos derivados del petróleo, trece estricnina y sales, uno Plomo y uno de otros metales. Para el año 2002, de las muestras analizadas el 6.63% resultaron con Niveles de Colinesterasa por debajo del 75% (Tabla 10); dentro del SIVIGILA para el mismo año se reportaron 203 casos de Intoxicaciones por organofosforados.

¹¹³ División Desarrollo de la Salud. Secretaría de Salud Departamental

Tabla 10: Resultados Muestras de Laboratorio de Salud Pública Departamental, dentro de la Vigilancia de Organofosforados y Carbamatos. 2001 - 2002

MUNICIPIO	2001			2002		
	MUESTRAS	ANORMAL	NORMAL	MUESTRAS	ANORMAL	NORMAL
		< 75%	>75%		< 75%	> 75%
Neiva	11	0	11	54	1	53
Aipe	92	9	83	111	3	108
Baraya	20	1	19	59	2	57
Campoalegre	90	11	79	101	5	96
Garzón	70	7	63	169	25	144
Pitalito	0	0	0	277	16	261
Palermo	91	26	65	13	0	13
Rivera	0	0	0	40	0	40
Tello	53	12	41	83	4	79
Villavieja	62	8	54	58	0	58
Hobo	40	0	40	0	0	0
San Agustín	34	0	34	34	1	33
Colombia	17	0	17	0	0	0
Acevedo	0	0	0	0	0	0
Tarqui	41	3	38	63	7	56
Teruel	10	1	9	30	0	30
Paicol	0	0	0	0	0	0
La Plata	23	3	20	81	9	72
Algeciras	43	17	26	0	0	0

Fuente: Laboratorio de Salud Pública.

9.7 CONTAMINACION ATMOSFERICA

Es originado por emisiones atmosféricas, gases y ruidos. La primera es causada por partículas provenientes de la industria del café, molinos de arroz e industria del mármol y dolomita. La segunda, su principal generador es el parque automotor y algunas industrias que emiten a la atmósfera óxidos de azufre y nitrógeno. La contaminación por ruido es generada por la industria pesada y vehicular.

En la ciudad de Neiva, en el 2001 se ubicaron dos estaciones de Monitoreo de Partículas, las cuales en promedio arrojaron concentraciones de partículas en promedio de 150 Microgramos/ Mtr³, lo cual esta por encima de lo estipulado en la normatividad sanitaria y ambiental, Se coordina con la Corporación Autónoma del

Alto Magdalena el control a las industrias emisoras de contaminantes al ambiente¹¹⁴.

9.8 FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO

9.8.1 Alimentos: Los alimentos en sus diferentes etapas desde la producción hasta el consumo, pueden sufrir una serie de alteraciones, contaminaciones, adulteraciones y falsificaciones que los llevan a constituirse en fuentes de riesgos graves para la salud de la población huilense. Su composición característica, el contenido de nutrientes, actividad acuosa y ph favorecen el crecimiento bacteriano y por lo tanto, cualquier deficiencia en su proceso, manipulación, conservación, transporte, distribución y comercialización, pueden causar trastornos de salud de quienes los consumen.

Los alimentos de mayor riesgo en salud pública según lo establece el artículo 3 del Decreto 3075 de 1997 son: Carne, productos cárnicos y sus preparados; leche y los derivados lácteos; productos de la pesca y sus derivados; productos preparados a partir de huevo; alimentos de baja acidez empacados en envase sellados herméticamente con ph mayor de 4.5; alimentos o comidas preparadas, de origen animal, listos para el consumo; agua envasada y alimentos infantiles. Los demás son considerados de menor riesgo para la salud pública.

La disponibilidad del alimento determina el grado de utilización. Un alimento se considera de calidad para el consumo cuando cumple con los criterios establecidos en su composición microbiológica y fisicoquímica y con los estándares de calidad establecidos por las normas para los procesos de producción, almacenamiento y distribución.

En el año 2001 fueron notificados 275 casos de intoxicaciones alimentarias, procedentes de Neiva 51, Acevedo 63, Pitalito 47, Garzón 46, Santa María 11, Timana 11, San Agustín 10, Agrado 7, Rivera 4, Aipe 4, Palestina 2, Hobo 2 y Salado blanco 1 (División Desarrollo de la Salud y Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental).

En el Departamento del Huila en el 2002, las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS) se registraron en el formulario SIS 12, como infecciones alimentarias habiéndose notificado un total de 217 casos.

En años anteriores no se tiene notificación de esta patología. Las fabricas que producen alimentos en el Departamento en un alto porcentaje son de producción artesanal, como fabricas de queso, Bocado, bizcocho, panela, panaderías, envasadoras de agua y refrescos. Además de los criaderos de mojarra, cachama y tilapia para el consumo interno y exportación.

¹¹⁴ División Desarrollo de la Salud. Secretaría de Salud Departamental

Como parte del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición "PNAM" se realiza la Vigilancia de la calidad de la Sal enfatizando en los contenidos de Yodo y Flúor, dentro de este programa en el año 2001 fueron analizadas 48 muestras de sal encontrándose 11 muestras rechazadas de las cuales el 91% fue por rotulado, el 27% bajo contenido de Fluor y el 9.1% por Bajo contenido de Yodo.

Para efectuar la Vigilancia de los factores de riesgo del consumo por alimentos, el Laboratorio de Salud Pública departamental en el año 2.000 realizó análisis microbiológicos a 595 muestras y análisis fisicoquímico a 273 muestras de alimentos reportando resultados así: de leche y derivados lácteos de 209 muestras 48 fueron rechazadas por contaminación con Hongos, levaduras y coliformes fecales y de 72 muestras para análisis fisicoquímico 11 por rotulado; Aguas envasadas y refrescos de 254 Muestras 5 fueron rechazadas por coliformes totales y Mesofilos y de 98 para análisis fisicoquímico 50 fueron rechazadas por rotulado; Cárnicos de 82 muestras analizadas 2 fueron rechazadas por contener salmonella y coliformes fecales; alimentos infantiles de 18 muestras todas fueron aceptables. En el año 2001 realizó análisis microbiológicos a 557 muestras y análisis fisicoquímico a 317 muestras de alimentos reportando resultados así: de leche y derivados lácteos de 196 muestras 46 fueron rechazadas por contaminación con Hongos, levaduras y coliformes fecales y de 138 muestras para análisis fisicoquímico 6 por rotulado; Aguas envasadas y refrescos de 270 Muestras 16 fueron rechazadas por coliformes totales y Mesofilos y de 80 para análisis fisicoquímico 14 fueron rechazadas por rotulado; Cárnicos de 57 muestras analizadas 7 fueron rechazadas por contener coliformes fecales de 11 muestras para análisis fisicoquímicos todos fueron aceptables; alimentos infantiles de 11 muestras todas fueron aceptables.

En el año 2002 se realizaron análisis microbiológicos a 1284 muestras y análisis fisicoquímico a 1656, reportando los siguientes resultados: de leche y derivados lácteos 421 muestras microbiológicas, el 21.85% (92) fueron rechazadas por contaminación con Hongos, levaduras y coliformes fecales. De 265 muestras para análisis fisicoquímico, el 23.39 % (62) fueron rechazadas, el mayor problema fue por rotulado (58).

Leches crudas se analizaron 178 muestras de las cuales fueron rechazadas el 24.15% (43), el mayor porcentaje fue por índice crioscópico.

Análisis Microbiológico se efectuó a 513 muestras de Aguas envasadas, refrescos, jugos y paletas, de las cuales se rechazaron debido a Hongos levaduras (60%), Coliformes fecales (37.5%), coliformes totales (32.5%) y mesofilos (45%), Análisis fisicoquímico se realizó a 152 muestras, 14 fueron rechazadas por rotulado.

Se practico análisis microbiológico a 185 muestras de cárnicos, de las cuales el 12.97% (24) salieron malas, la mayor incidencia se debió a coliforme fecal, fisicoquímicamente se analizaron 61 muestras, el 32.78% (20) rechazadas, el mayor porcentaje de rechazo fue por nitrito por fuera de los límites permisibles. En alimentos infantiles se efectuaron análisis microbiológico a 89 muestras saliendo todas buenas; en menú carcelario se analizaron 34 muestras, el 32.29%

(12) fueron rechazadas, de éstas el 100% se debió a coliforme total y fecal (Estas correspondieron a productos crudos, jugos y ensaladas).

Observando estos resultados se puede concluir que en su mayoría el alimento rechazado no apto para el consumo se debió a inadecuados procesos de manipulación (falta higiene personal del manipulador) y deficientes prácticas de manufactura que hacen que los alimentos se contaminen con microorganismos patógenos y estos se constituyan factores de riesgo biológico responsables de diarreas y enteritis, diagnóstico que ocupa el segundo lugar de las causas de morbilidad por enfermedades transmisibles en el departamento.

En cuanto a la sal para consumo humano se analizaron 35 muestras de las cuales el 25.71% (9) fueron rechazadas, siendo los mayores problemas rotulados y el bajo porcentaje de flúor; en panela fisicoquímicamente se analizaron 64 muestras, de éstas se rechazaron el 10.93% (7) muestras por problemas de sulfito y colorantes.

Otros alimentos analizados microbiológicamente fueron cereales, bizcochos, chocolate y alimentos preparados, con un total de 42 muestras, de éstas fueron rechazadas el 4.76% (2), por coliforme total y fecal, y Fisicoquímicamente se analizaron cereales y chocolates con un total de 11 muestras, de éstas, el 18.18% (2) fueron rechazadas por rotulado, proteína y grasa.¹¹⁵

9.9 MATADEROS

Dentro de los establecimientos productores de alimentos se encuentran 37 Mataderos en la zona urbana y 135 de la zona rural. De los 37 mataderos de la zona urbana 17 tienen infraestructura deficiente, 16 cuentan con sacrificio aéreo y la disposición de residuos líquidos y sólidos es aceptable solo en el Matadero de la capital Neiva. El control de la carne de bovinos y porcinos se efectúa ante y post mortem por los técnicos de saneamiento ambiental de cada uno de los municipios; dentro de esta labor se efectuaron numerosos decomisos de viseras no aptas para el consumo.

En el año 2001 se realizaron las siguientes decomisos (órganos patológicos) en los principales mataderos del Departamento:

Hígados con abscesos 1244, Hígados con Telangietasis 732, Pulmones con Enfisema 583, Pulmones Regurgitación 323, Bazo con abscesos 37, Ubre Mastitis 981, Intestinos con Parásitos 3528, Fetos 2216, Canales con Hematomas 1163.

Durante el 2002, se realizaron los siguientes decomisos: 2482 de hígados con abscesos, 1515 hígados con telangietasis, 828 pulmones enfisema, 460 Pulmones Regurgitación, Bazo con abscesos 8, Ubre Mastitis 1462, Intestinos con Parásitos 5278, Fetos 2790, Canales con Hematomas 1064. El riesgo de

¹¹⁵ División laboratorio de Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental

contaminación con los parásitos e infecciones de los bovinos puede causar afecciones severas a la salud humana, como hepatopatías, neuropatías, problemas digestivos, cirrosis hepática y trastornos en general.¹¹⁶

9.10 BEBIDAS ALCOHOLICAS

En el Departamento del Huila en el 2002 solo funciono una fabrica de Licores (Licores Global). La vigilancia y el control de las bebidas alcohólicas se efectuó en las dos temporadas donde se aumenta el consumo como es la de San Pedro y Navidad y Año Nuevo, se realizaron controles de rotulado y se tomaron muestras de aguardientes y aperitivos de frutas en los expendios para observar la calidad de las mismas encontrándose que solo algunas de las muestras presentaron resultados de rechazo por rotulado y por bajo grado alcohólimetrico. Las actividades de control se vienen desarrollando en coordinación con rentas del Departamento. En el año 2002 se analizaron 44 muestras procedentes de los Municipios de Agrado, Neiva, Pitalito, Timana y Oporapa; de las cuales 13 fueron rechazadas (por rotulado 13 y concentración de metanol 1)¹¹⁷.

9.11 MEDICAMENTOS

El Departamento del Huila en el 2002 registró 359 distribuidores de medicamentos, de ellos 9 (2.5%) corresponden a depósitos mayoristas que se dedican al almacenamiento y distribución al por mayor de productos procedentes de laboratorios fabricantes de todo el país, 350 (97.4 %) corresponden a establecimientos comercializadores minoristas (droguerías, servicios farmacéuticos y expendios de productos con base en recursos naturales) de carácter público y privado, que satisface la demanda el departamento.

En el año 2002, la Secretaria de Salud Departamental verificó el cumplimiento de los requisitos mínimos según lo establece la normatividad vigente (Decreto 1950/64, Ley 09/79, Resolución 10911/92). Conforme lo establece la Ley 100 /93 en el Sistema de seguridad Social en salud, los suministros de medicamentos se comportan como prestadores de servicios de salud, porque el servicio de atención farmacéutica es considerado como un servicio de apoyo a actividades de diagnostico y tratamiento. A Diciembre de 2002 de los 350 establecimientos farmacéuticos, 61 corresponden a servicios farmacéuticos hospitalarios y ambulatorios de los 37 Municipios del Departamento, los cuales un 90% se encuentran adelantando los procesos para dar cumplimiento a los requisitos de habilitación; la mayor dificultad es la falta de recurso humano capacitado y la falta de procedimientos técnicos de suministros.

¹¹⁶ División Desarrollo de la Salud. Secretaría de Salud Departamental

¹¹⁷ División laboratorio de Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental

En cuanto a la ubicación de los establecimientos la ciudad de Neiva concentra el mayor número con 106, seguido de Pitalito que cuenta con 42 y Garzón con 28. Una situación de alto riesgo para la salud pública lo constituyen los 289 establecimientos registrados con directores que son personas empíricas, que han sido acreditadas como expendedores de drogas y solo presentan en un 30% con educación básica primaria. En 25 de los servicios farmacéuticos de mediana y alta complejidad todavía , no se cuenta con recurso humano capacitado. La oferta excesiva de establecimientos de droguería y comercializadores mayoristas de otros departamentos al igual que la comercialización de productos de contrabando, hurtados y falsificados, demanda mayor capacidad para la vigilancia y el control. La falta de capacidad del laboratorio del INVIMA para responder a la solicitud de análisis, hace que aumente el riesgo y no se ejerza un control efectivo y seguro.

Analizando la situación se pueden identificar dos factores protectores en el área de los medicamentos, como son la oferta de capacitación a los expendedores por parte del SENA y la UNAD, que implemento el programa de Tecnología en Regencia de Farmacia, el otro factor es la introducción del componente de promoción de uso racional de los medicamentos dentro de la estrategia escuela saludables¹¹⁸.

9.12 ZONOSIS

En el Departamento los factores de riesgo biológico están asociados a las enfermedades Zoonoticas, tales como Rabia, Brucelosis y Encefalitis Equina. El comportamiento de la Rabia en el Departamento demuestra control, desde hace doce años, al no presentarse casos de rabia canina y felina. En el 2001 se estudiaron 6 cerebros por laboratorio resultando negativo a rabia. Se presentaron igualmente para este año 757 accidentes de exposición rábica por caninos y 22 por felinos; fueron eliminados 250 caninos en el programa de eliminación de perros callejeros. Para el 2002 se estudiaron en el Instituto Nacional de Salud, 16 cerebros resultando negativo a rabia. Se presentaron igualmente para este año 634 accidentes de exposición rábica por caninos y 16 por felinos y 31 roedores.

La prevención con vacuna antirrábica animal ha reportado una cobertura del 88% en 1998 y en el 2000 del 90% y en el año 2001 se hizo vacunación masiva para encefalitis equina vacunándose 44.727 equinos (mulas, caballos, asnos), alcanzándose una cobertura del 83,1%. Se controló un foco de Tuberculosis Bovina existente en el departamento. En el 2002, la cobertura fue del 97.47% con un total de 98.897 perros vacunados durante la jornada y 8.555 en pre jornada.

Estas actividades vienen siendo realizadas por los técnicos de saneamiento de las unidades locales de salud, con la participación de funcionarios del ICA.

¹¹⁸ División Desarrollo de la Salud. Secretaría de Salud Departamental

9.13 RIESGOS NATURALES Y ANTROPICOS

El Departamento del Huila se encuentra en la zona andina en medio de la cordillera central y oriental, lo que hace que se una zona de alto riesgo sísmico.

El Departamento por presentar un alto porcentaje de municipios en zonas de una temperatura ambiente entre 15 a 40 grados y con altitud menor de 2.200 metros sobre el nivel del mar presenta factores condicionantes y determinantes para la presentación de patologías como el dengue, la malaria, leishmaniasis, chagas. Además se presentan riesgos por deslizamientos, inundaciones, avalanchas, incendios, deforestación, accidentes de tránsito y disturbios del orden público por la presencia de la insurgencia armada.

10. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD

10.1. MORBILIDAD GENERAL

Según el condensado del registro individual de atención RIA del año 2000 (Tabla 9), se pudo obtener que la Parasitosis Intestinal sin otra especificación fue la primera causa de morbilidad por consulta Externa con 14.575 casos donde la edad más afectada fue el grupo ente 5 a 14 años con 6.093 representando el 41.8% del total de consultas por esta causa; como segunda causa la ocupó la Rinofaringitis aguda con 13.421 casos para el 3.8% del total de consultas por todas las causas; la enfermedad de los tejidos dentarios duros, caries dental, se situó en el tercer lugar, habiendo ocupado la primera causa de Morbilidad en 1.999, hay que resaltar que el programa de salud bucal se enfocó en el año 2000 hacia acciones educativas dirigidas al grupo de los escolares de educación básica primaria y a la vez a crear en ellos hábitos de autocontrol por medio de la prevención.

**Tabla 11: Morbilidad por Consulta Externa 2000
Departamento del Huila**

Nº	CAUSA	CASOS	%	Tasa x 1000 Hb.
1	Parasitosis Intestinal sin otra especificación.	14.675	4.1	15.9
2	Rinofaringitis Aguda (Resfrío Común)	13.421	3.8	14.5
3	Caries Dental	10.149	2.9	11.0
4	Infección Urinaria sin Indicación del Sitio	8.968	2.6	9.7
5	Hipertensión Esencial no especificada como Benigna ni maligna	8.176	2.3	8.8
6	Amigdalitis Aguda	7.223	2.1	7.8
7	Infección Intestinal mal definida	6.083	1.7	6.6
8	Vaginitis y Vulvovaginitis	4.638	1.3	5.0
9	Gastritis Aguda	4.455	1.3	4.8
10	Faringitis Aguda	4.193	1.2	4.5
11	Otras causas	269.519	76.7	291.4
	Total	351.500	100.0	380.0

FUENTE: Secretaria Departamental de Salud – Reportes de las IPS públicas RIA

A pesar de que la Caries dental se ubicó en el tercer lugar de morbilidad para el departamento del Huila se sigue considerando de vital importancia su seguimiento y control. Analizando la estadística en este componente se observa que de una población total de 5 a 14 años de 224.838 el 52% corresponde a población escolarizada a los cuales se llegó con acciones preventivas.

En el año 2001 según el consolidado SIS 12, información de las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias agudas fueron la primera causa de consulta con una proporción del 11.2 % (105.777 casos) dentro de las cuales el grupo de edad mas afectado es el de menores de 5 años con una proporción del 31 % habitantes y comparada con los mayores de 5 años que se encuentra en el 8.1%, lo cual nos indica que los menores de cinco años han tenido el mayor riesgo de enfermar de IRA, por lo tanto se hace necesario que esta población sea objeto de atención con los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con una participación activa de la familia y que se intervengan los factores de riesgo del medio ambiente como contaminación por polvo, emisiones atmosféricas de partículas, utilización excesiva e inadecuada de plaguicidas y aire contaminado por malos olores de aguas residuales, además fortalecer los programas de vacunación contra Haemofilus influenza como una medida de prevención.

Los Municipios mas afectados son Yaguara con una proporción de 81.3 % niños (dato que vale la pena analizar porque es muy alto y bien podría tratarse de deficiencias en el sistema de información e identificación de la patología), Agrado con el 73.6 % de niños menores de 5 años, Hobo con el 64.4 % niños menores de cinco años, Villavieja con 59.5 % niños menores de 5 años y Elías con una proporción del 53.6 % niños menores de cinco años.

La segunda causa de morbilidad corresponde a la Hipertensión esencial con 10.943 casos, los municipios de mayor prevalencia de esta patología son Altamira (648.6 x 1000 habitantes; Villavieja (564.4); Teruel (519.9); Santa María (468.8); Nataga (405,2); Colombia (312.2); Pitalito (240.5), en la gran mayoría de los casos esta patología esta asociada a los estilos de vida de los huilenses especialmente los que tienen que ver con los hábitos alimenticios y el sedentarismo.

Igualmente entre las patologías de mayor prevalencia se encuentran las de los tejidos dentarios duros, que las analizamos en eventos especiales.

Analizando la morbilidad por consulta externa reportada en los RIPS en el año 2001 nos podemos dar cuenta que continua la misma tendencia que en los años anteriores, en cuanto a las primeras causas de consulta, pero llama la atención los registros con causa de morbilidad otra persona sana y control de otro embarazo normal, que no indican estados de morbilidad y que nos identifican fallas en el registro de la información.

En el año 2002, según el consolidado del SIS 12, continua ocupando el primer lugar las infecciones respiratorias agudas con 115552 casos (Tasa del 12.11x 100 Habitantes), Tasa bastante falta que sería conveniente investigar si realmente se

**Tabla 12: Morbilidad General por Consulta Externa
Departamento del Huila – Año 2001**

Nº	CAUSA	CASOS	%	Tasa x 1000 Hb.
1	Rinofaringitis Aguda Resfrio común	21.567	3,85	22,9
2	Otra Persona Sana	19.908	3,55	21,1
3	Parasitosis intestinal sin otra especificación	16.691	2,98	17,7
4	Hipertensión esencial no especificada como benigna ni como maligna	14.405	2,57	15,3
5	Caries dentaria	13.817	2,47	11,4
6	Control de otro embarazo normal	10.783	1,93	11,4
7	Amigdalitis aguda	9.441	1,69	10,05
8	Infección urinaria sin indicación del sitio	9.317	1,66	9,9
9	Síntomas generales: pirexia de origen desconocido	8.999	1,6	9,5
10	Faringitis aguda	8.034	1,43	8,5
11	Sin Información	15.587	2,77	16,5
	Restos	412.793	73,5	439,5
	Total	561.342	100	593

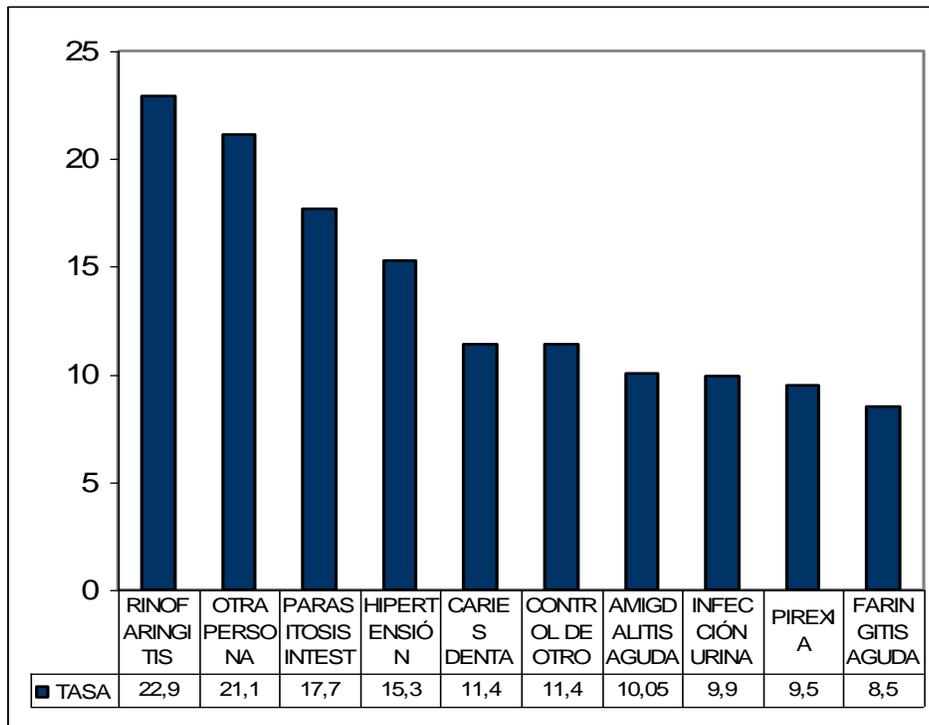
Fuente: División Planeación Secretaria de Salud Departamental 2001

trata de infecciones respiratorias o hay un supregistro por que en el diagnostico se estén incluyendo todos los resfriados comunes; la segunda causa de morbilidad son las diarreas y enteritis con 51594 casos (Tasa de 54.1 x 1000 Habitantes), que sería conveniente analizar frente a los factores de riesgo del ambiente (excretas, basuras etc) y del consumo de agua, y en tercer lugar aparecen la Hipertensión esencial con 9747 casos (Tasa de 10 x 1000 Habitantes) quizás debido a los inadecuados hábitos alimentarios y el tabaquismo.

En cuanto a la información por consulta externa registrada en los RIPS, en el año 2002, la Secretaria de Salud Departamental todavía no cuenta con esta debido a la falta de reportes por parte de los prestadores de servicios de salud, por lo tanto no se tiene acceso a esta información.

Observando el comportamiento de las patologías de interés en salud pública que se reportan en el SIVIGILA se encuentra que en el año 2002, en Número de Casos ocupa el primer lugar la infección respiratoria aguda (87910 casos), seguida de la enfermedad diarreica aguda (52869 casos) y en tercer lugar el Dengue (3499 casos probables).

Figura 11 : Morbilidad por Consulta Externa del Departamento del Huila. Año 2001.



Fuente: División de Planeación, Secresalud Dptal 2001

10.2 MORBILIDAD POR EGRESOS HOSPITALARIOS

La información disponible se encuentra registrada para el año 2000, según el condensado del registro individual de atención RIA para este año, se pudo obtener que los Partos en condiciones completamente normales fue la primera causa de morbilidad por egresos Hospitalarios con 2.608 casos, representando el 11.7% del total de egresos por esta causa; como segunda causa la ocupó la de Sin especificar con 854 casos para el 3.8% del total de los egresos por todas las causas; Otras indicaciones para asistencia o intervención relacionadas con el trabajo de parto, se situó en el tercer lugar, es importante observar que dentro de la morbilidad por egresos del año 2000 se presentó como segunda causa diagnóstica sin especificar, que es preocupante puesto que se está perdiendo mucha información tanto en la morbilidad por consulta externa como el egreso según el RIA (Registro Individual de Atención) (Tabla 13).

Tabla 13: Morbilidad General por Egreso Hospitalario 2000

#	CAUSA DE EGRESO	CASOS	%	Tasa X 10000 Hb
1	Parto en condiciones completamente normales	2.608	11.7	28.2
2	Sin especificar	854	3.8	9.2
3	Otras indicaciones para asistencia o Intervención relacionadas con el trabajo de parto	653	2.9	7.1
4	Bronconeumonía organismo causal no especificado	642	3.0	6.9
5	Control de otro embarazo normal	637	2.9	6.9
6	Amenaza de parto prematuro	482	2.2	5.2
7	Parto por cesárea sin mención de indicación	349	1.6	3.8
8	Infección urinaria sin indicación del sitio	328	1.5	3.5
9	Apendicitis aguda sin mención de peritonitis	308	1.4	3.3
10	Insuficiencia cardiaca congénita	310	1.4	3.4
11	Otras Causas	14.945	67.6	161.6
	Total	22.116	100.0	239.1

Fuente: División Planeación, Secresalud Departamental RIA 2000.

En la actualidad el Sistema de Información en salud Departamental, no cuenta con la información sobre morbilidad por egreso hospitalario de los años 2001, ni 2002, por esta razón no se puede realizar el análisis, pero sugerimos trabajar en un plan de mejoramiento del sistema integral de información en salud, donde se integre al personal de estadística tanto del Departamento como de los municipios, ya que como se puede observar la información de la tabla 13 presenta inconsistencias en lo que se refiere a eventos que no corresponden a morbilidad sino a eventos de facturación de las instituciones como son los relacionados con embarazo y parto (Nos 1, 3, 5, 6 y 7).

10.3 ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

10.3.1 Sarampión: En el mundo se registran cada año un promedio de 40 millones de casos de sarampión de los cuales terminan en defunción 1.5 millones, constituyéndose en la primera causa de defunción por enfermedades inmunoprevenibles.¹¹⁹

La última epidemia de sarampión en Colombia fue en 1993, registrándose un total de 5000 casos con una Tasa de incidencia de 28/100.000 habitantes y 48 muertes. En 1994 se notificó un total de 2777 casos de enfermedad febril eruptiva, de los cuales se confirmaron 1611 casos (639 por laboratorio y 972 por clínica). En 1995 se notificaron 2383 casos febriles eruptivos, de los cuales se confirmaron 781 casos (308 por laboratorio y 473 por clínica).

¹¹⁹ Revista Epidemiológica de Antioquia, No 1 – 3, 2000

En el periodo de 1996 hasta el año 2001, el número de casos sospechosos notificados ha sido variable, oscilando entre 625 en 1997 y 2058 en el año 2000. A su vez el número de casos confirmados por laboratorio ha disminuido de forma importante: 8 casos en 1996, 7 en 1997, 12 en 1998 y 10 en 1999, para ser cero en los años 2000 y 2001. En términos de tasas de incidencia por 100.000 menores de un año, la tasa ha tenido una tendencia decreciente de 156/100.000 en 1993 a 0 en el año 2000.

Durante el año 2000, cuando se integra la vigilancia de Rubéola y sarampión, se notificaron 2058 casos sospechosos; de ellos 1304 fueron sospechosos de sarampión y 754 sospechosos de rubéola. De los casos reportados, uno (0.05%) se confirmó clínicamente, 155 (7.5%) se confirmaron como rubéola por laboratorio y 4 (0.2%) clínicamente. Los demás casos fueron descartados así: 34(1.6%) dengue, 33 (1.6% asociados a la vacuna y 1828 (88.8%) con otras patologías o diagnósticos desconocidos. Ningún caso se confirmó por laboratorio para sarampión.

En el año 2001 se notificaron 1624 casos sospechosos al Sistema de Vigilancia de la Erradicación del Sarampión (MESS): 922 sospechosos de sarampión y 702 de rubéola. Del total, 77 (4.7%) casos se confirmaron como rubéola y dos casos fueron confirmados clínicamente para sarampión. Los casos restantes se descartaron así: 97 (6 %) con diagnóstico dengue y 1447 (89,1%) con otros diagnóstico desconocido.

Este descenso importante en la incidencia en Colombia es producto de la implementación de las estrategias nacionales y regionales de erradicación implementadas por todos los países que permitió la disminución importante del riesgo de circulación autóctona del virus.

En el año 2002, hasta la semana 43 de 2002, se han reportado al Instituto Nacional de Salud 3837 casos sospechosos de sarampión y rubéola: 3237 sospechosos de sarampión y 600 sospechosos de rubéola; se confirmaron 128 casos de sarampión (121 casos por laboratorio y 7 por clínica), 62 casos de Rubéola (53 por laboratorio y 9 por clínica), 273 casos fueron confirmados por laboratorio como dengue y 3360 tuvieron diagnóstico desconocido¹²⁰

El primer caso confirmado de sarampión en la semana 4 del 2002, tuvo un antecedente de contacto con otro caso confirmado de sarampión en Maracaibo, Venezuela.

Hasta la Semana 43 se han confirmado en Colombia 128 casos procedentes de 10 Departamentos y 25 municipios del país, ubicados en su mayoría en la Costa Atlántica y Departamentos de frontera con Venezuela. De ellos, 17 (13%) casos se presentaron en menores de 12 meses de edad; 50 (39%) en niños de 1 – 4 años y 19 (15%) en el grupo de 5 – 9 años. De los casos confirmados, 12(9.4%) fueron

¹²⁰ Fuente Sistema de Vigilancia de Erradicación del Sarampión (MESS).

importados de Venezuela; 17 (13.3%) estaban ligados a un caso importado y 72 (56.2%) fueron secundarios a cadenas de transmisión; igualmente, del total de casos 7 (5.5%) fueron confirmados clínicamente y 17 (13.3%) no se pudo determinar posible fuente de infección.

En el Huila durante 1.998, por SIS-12 se notificaron 32 casos sospechosos en todo el año, todos fueron notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se estudiaron por laboratorio 28 descartándose todos. De los cuatro casos que no se obtuvo muestra para laboratorio, uno se descarta por nexo epidemiológico y los otros tres (3) son declarados como compatibles por clínica.

En el año 1.999, el Laboratorio de Salud Pública como apoyo a la vigilancia en salud pública estudió 38 casos de sarampión, con resultado positivo en un niño residente en el área urbana de Neiva. Se demuestra la circulación del virus del sarampión como factor de riesgo para la transmisión en la población. Igualmente se realizó estudio para rubéola con un caso positivo en una niña procedente de Pitalito. En el año 2.000 fueron estudiados 24 casos, 10 procedentes de Pitalito y 14 de Neiva, todos negativos para sarampión y un niño positivo para rubéola de Neiva, demostrándose igualmente la circulación del virus de rubéola en esta población.

En el año 2001 se notificaron 10 casos sospechosos de sarampión los cuales fueron descartados, por laboratorio.

En el año 2002 se estudiaron por laboratorio 33 muestras provenientes en su mayoría (20) del Municipio de Neiva y el resto (13) de los municipios de Colombia, Pital, Hobo, Teruel, Paicol, Pitalito, Guadalupe, Timana, Tello e Iquira, con un caso cada uno. Todas las muestras fueron negativas para sarampión y rubéola.

La cobertura alcanzada con Triple viral (Sarampión, Rubéola, Parotiditis) en el Departamento fue en el 2001 del 86.4 % ascendiendo en el 2002 al 94.4 %.

Durante el año 2001, en 12 Municipios la cobertura fue inferior al 95 %, siendo los Municipios con menor cobertura Villavieja (54.4%), seguido de Iquira (72.5%), Yaguara (72.5%), Saladoblanco (72.9 %) y Palestina (73.1%); y para el 2002 fueron 13 municipios con esta cobertura inferior al 95%: Neiva(84.3%), Algeciras (76.7%), Colombia (88.4%), Palermo (82.7%), Rivera (80.2%), Tello (90.1%), Villavieja (48.5%), Yaguará (84.4%), Nátaga (71.2%), Tesalia (83.7%), Pitalito (84.2%), Isnos (84.4%), y Timaná (94.5%).

El 64.8% del total de municipios cumplieron con la meta del nivel nacional donde el 51.3% de éstos reportaron coberturas por encima del 100%, esto se debe a las inconsistencias que se vienen presentando en los datos poblacionales, ya que la población tomada obedece a la proyección realizada de acuerdo con el censo de 1993 y no a los datos reales los cuales se presentan aumentados en el Departamento por problemas de orden público como el desplazamiento.

10.3.2 Poliomieltis: Desde el último caso de Poliomieltis presentado en mayo de 1991 en el municipio de Arjona Bolívar, no se han vuelto a registrar casos en Colombia. Sin embargo, considerando que el polio virus salvaje sigue circulando en otros países del mundo, e incluso en forma epidémica como los países del Africa Subsahariana y Asiáticos, existe el riesgo permanente de importación del virus hacia America, de ahí la necesidad de mantener coberturas de vacunación con VOP por encima del 95% en todo el país y fortalecer la vigilancia de las parálisis flácidas agudas.

Como antecedentes relevantes se puede decir, que desde finales del año de 1993 a la semana epidemiológica No 21 del año 2002, el país cumplió con los cuatro indicadores de la certificación de la erradicación de la poliomieltis según las normas de la OPS/OMS superiores al 80% y a partir de la semana No 22 del mismo año, los indicadores han sufrido un descenso¹²¹.

El departamento del Huila completó en 1998 diez años libres de ésta patología; se sostiene la vacunación al menor de 1 año con esquema completo y a todos los menores de cinco años se les administró dosis adicionales, como medida preventiva. La vigilancia epidemiológica de casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en búsqueda de poliomieltis, continuó encontrándose en 1998 un caso, con tasa en menores de 15 años de 0.3 x 100.000. Si bien la tasa es baja, la búsqueda activa fue negativa para otras.

La vigilancia realizada en los municipios durante el año 2.000 facilitó la notificación de 10 niños con parálisis flácida aguda, a los cuales se les realizo el análisis de laboratorio para aislamiento del virus de la poliomieltis con resultados negativos.

Durante el 2001 y 2002 no se reporto ningún caso de parálisis flácida. La cobertura de vacunación con antipolio del departamento fue en el 2001 de 84.5%, los municipios de Altamira, Rivera, Yaguará y Neiva reportaron las mas bajas (47.1%-65.3 %); para el año 2002 la cobertura del departamento descendió al 81.0%, siendo los municipios de Timaná 51.9%), Tello (62.6%) e Isnos (68.8%) con las coberturas más bajas.

10.3.3 Tétanos Neonatal: En la década de los 80 se estimaba que en el mundo morían por esta causa 1.000.000 de niños anualmente. Hoy se calcula, que cada año se previenen alrededor de 730.000 de estas muestras, gracias a los esfuerzos de eliminación en las áreas de alto riesgo.¹²²

En 1989 la Organización mundial de la salud aprobó una resolución para eliminar el tétanos neonatal como un problema de salud pública, fijando como meta una tasa de incidencia menor de 1 caso por mil nacidos vivos en cada municipio. Colombia es el único país continental de América que no ha logrado eliminar el tétanos neonatal en la totalidad de los municipios de su territorio. Durante la

¹²¹ Programa Ampliado de Inmunizaciones "PAI". Colombia. 2002.Boletín Especial.

¹²² Opcit.

década de los 90 los casos disminuyeron en un 91%, pasando de 0.22 por 1000 nacidos vivos, 160 casos a 0.01 por mil nacidos vivos, 15 casos en 1999.¹²³

Los últimos años como estrategia de prevención de esta patología, se ha continuado con la fase de mantenimiento de la vacunación en los municipios catalogados como de alto riesgo para esta patología Neiva, Algeciras, Rivera, Campoalegre, La Plata, La Argentina, Pital, Pitalito y Tarqui. En el 2001 no se confirmaron casos de tétanos neonatal, mientras que en el 2002 se presentaron dos muertes por esta causa procedentes de los municipios de Hobo (Zona Rural) y Algeciras (Zona Urbana), caracterizado por madres que no asistieron a control prenatal y no presentaban esquema de vacunación.

10.3.4 Difteria: Enfermedad que ha venido disminuyendo en forma sostenida en todo el mundo, registrándose la última gran epidemia en 1990, en los países que conformaban la Unión Soviética. En América el último brote se registró en el Ecuador entre 1994 y 1995¹²⁴.

En Neiva se presentó un caso de mortalidad por difteria en un niño de 6 años en Junio del 2000, sin antecedente de vacuna DPT, fue aislado en el Instituto Nacional de Salud el *Corynebacterium diphtheriae*, toxigénico.

En el año 2001, se estudiaron 14 casos probables para Difteria provenientes de Neiva (12), Pital (1) y Gigante (1), los cuales dieron todos resultados negativos.

Durante el año 2002 se estudió por Laboratorio un caso probable de Difteria en un adulto joven de 22 años procedente del municipio de Neiva, con antecedente de vacunación completa, el cual fue descartado por el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría de Salud Departamental.

10.3.5 Tos ferina: Durante 1999 en Colombia se reportó por esta causa una tasa de 0.8 por cien mil habitantes. Hasta la semana 44 del año 2002 se han notificado al SIVIGILA 261 casos principalmente en los Departamentos de Antioquia (34.1%), Valle (13%), Bogotá (12.6%), Bolívar (6.1%) y Boyacá (4.6%), quienes en conjunto aportan 70.4% de los casos. De estos casos solo el 21.8% se confirmaron como positivos y solo el 0.4% fue un caso fatal (Letalidad 1.75%)¹²⁵.

En el Departamento del Huila durante el año 2000, a 10 niños con diagnóstico de tos ferina se le realizó estudio de laboratorio en el Instituto Nacional de Salud de los cuales se confirmó por inmunofluorescencia un caso en una niña de 10 meses de edad, procedente de Neiva.

¹²³ Programa Ampliado de Inmunizaciones "PAI". Colombia. 2002. Boletín Especial.

¹²⁴ Boletín especial PAI Colombia 2002

¹²⁵ Opcit.

En el año 2001 se enviaron al Instituto Nacional de Salud 14 muestras de casos probables de Tos Ferina, de los cuales 12 provenían de la ciudad de Neiva, 1 del Pital y 1 de Gigante, los cuales fueron descartados por inmunofluorescencia y cultivos negativos. Mientras que en el año 2002 se enviaron al INS para estudio un total de 9 muestras de casos probables, de los cuales se confirmó un (1) caso mediante inmunofluorescencia directa procedente de Neiva, vereda San Bartolo en un niño de seis meses de edad con antecedente de vacunación completa, se realizó el cerco epidemiológico y se tomaron muestras a contactos las cuales salieron negativas.

En el año 2001 la cobertura alcanzada con DPT para el Departamento fue de 82.7% teniendo en cuenta que se registraron municipios con coberturas muy bajas como Yaguará (45.5%), Rivera (57.8%), Neiva (61.7%), Altamira (61.8%), Villavieja (62.8%) y Agrado (66.6%); para el 2002 la cobertura del Departamento ascendió levemente al 85.2% reportando las coberturas más bajas los municipios de Timaná (58.0%), Neiva (66.5%), Tello (68.7%), Nátaga (68.4%), Tesalia (69.9%) e Isnos (69.7%). Es de resaltar que el municipio de Yaguará mejoró su cobertura en un 26.5%, mientras que el municipio de Neiva a pesar que aumento en un 4.8 % continúa presentando coberturas por debajo del 95%, consideradas como útiles, dentro del PAI.

10.3.6 Hepatitis B: La infección por el virus de la Hepatitis B es problema mundial, cerca del 66% de la población habita regiones de alta endemicidad. Más de dos billones de personas han tenido evidencia de infección por este virus de los cuales 350 millones son portadores crónicos. Se calculan entre 140.000 y 400.000 los casos nuevos cada año en América, de los cuales cerca de las dos terceras partes se presentan en la América del Sur, principalmente en la región Amazónica y la costa pacífica colombiana.¹²⁶

En Colombia en 1999 se reportaron por el Ministerio de Salud 1490 casos para una Tasa de 3.6 por cien mil, observándose una creciente tendencia de notificación de nuevos casos en zonas consideradas no endémicas. La Tasa estimada para Colombia en el 2002 fue de 2.6 por 100.000 habitantes. Hasta la semana epidemiológica 35 se han reportado 779 casos de Hepatitis B al Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA. Seis departamentos contribuyen con el 62% del total de los casos; Bogotá con el 16%, Valle con el 14%, Cundinamarca con el 10%, Antioquia con el 9%, Córdoba con el 7% y Santander con el 6%. Teniendo en cuenta el número de casos, los departamentos se clasifican según su riesgo así: Riesgo Bajo (Cuartil I, hasta 4 casos reportados), Riesgo Moderado (Cuartil I, entre 5 y 9 casos, Riesgo Alto (Cuartil III entre 10 y 24 casos reportados), Riesgo muy alto (Cuartil IV entre 25 y 123 casos reportados). Según esta clasificación el Departamento del Huila presenta un riesgo alto.¹²⁷

¹²⁶ Revista epidemiológica de Antioquia, Rev No 1 – 3 año 2000

¹²⁷ Boletín Especial, PAI, INS Colombia 2002

En el Departamento del Huila desde 1.998, el laboratorio de salud pública ofrece los marcadores serológicos de la hepatitis B facilitando el estudio de paciente y contactos. Durante ese año (1998) se analizaron un total de 60 muestras provenientes en su mayoría del municipio de Neiva (46), Villavieja (6), Tarqui (4), Baraya (2), y los municipios de Hobo, Garzón y Yaguará una muestra cada uno; de éstas, 10 fueron las positivas procedentes de Neiva 8, Villavieja 1 y Yaguará 1.

Para 1999, Villavieja es considerado como foco nuevo tanto en su área rural como urbana. Durante el mismo año se analizaron un total de 100 muestras procedentes de los siguientes municipios: Neiva, Aipe, Baraya, Campoalegre, Gigante, Hobo, Villavieja, San Agustín, Suaza, Teruel, Pital y Yaguará; de éstos se confirmaron 38 muestras procedentes de Neiva (34), Campoalegre, Yaguará, Hobo y Villavieja cada uno con un caso.

En el 2000 el laboratorio de salud pública departamental recibió un total de 92 muestras de las cuales el 32.6% fueron positivas, procedentes del Municipio de Neiva.

En el año 2001, por el SIVIGILA se notificaron 49 casos de esta patología, de los cuales se confirmaron por laboratorio 9. Los casos confirmados correspondían a los municipios de Neiva (4), Baraya (1), Villavieja (2), Campoalegre (1), Hobo (1).

En el 2002 se analizaron por laboratorio 132 muestras de las cuales se confirmaron 44, procedentes de Neiva (32), Villavieja (7), Pitalito (3) y Algeciras y Aipe con un caso cada uno.

La Hepatitis B es la única Infección de Transmisión Sexual que dispone actualmente de vacuna, en Colombia la cobertura con esquema completo de Antihepatitis B en menores de un año fue del 78.2% y 81.2% para el 2000 y 2001 respectivamente.

En el Departamento del Huila la cobertura de Vacunación para el 2000, 2001 y el 2002 fue de 73.8%, 80 % y 79.8 % respectivamente. Los Municipios de Altamira (37.3 %) y Timana (46.6 %) presentaron en el 2002 las coberturas mas bajas del Departamento. (Programa PAI, Secretaria de Salud Departamental).

10.3.7 Meningitis Meningocóccica: En Colombia, durante las primeras 42 semanas epidemiológicas del año 2002, se reportaron al SIVIGILA 110 casos de Meningitis Meningococcica, de los cuales el 64.5% (71) fueron reportados como casos probables, el 32.7% (36) tuvieron confirmación por laboratorio y 2.73% (3) fueron muertes. Las muertes se presentaron en los Departamentos de Cundinamarca (La Palma) y Cali ,Yumbo. El departamento de San Andrés presentó la tasa de morbilidad más alta por Meningitis Meningococcica, seguido por Valle, Sucre y Chocó¹²⁸

¹²⁸ Boletín especial PAI Colombia 2002

En el Huila durante el año 2002, se presentó un solo caso de Meningitis meningocócica confirmado por el Instituto Nacional de Salud de un paciente procedente del municipio de La Plata.

Por otra parte se presentaron 4 casos de Meningitis: por *Streptococo pneumoniae* procedentes de Neiva (2) y de Pitalito (1), y por *Listeria monocytógenes* (1) procedente de Neiva.

10.3.8 Meningitis por Haemophilus Influenza tipo b: En Colombia durante el mismo periodo se han reportado 96 casos de Meningitis por *Haemophilus Influenza*, de los cuales el 52% (50) fueron casos probables y el 44% (42) casos confirmados. Fueron reportadas 4 muertes las cuales se produjeron en Antioquia (Angostura), Caquetá (San José de Fragua), Tolima (Ibagué), Valle (Versalles) y San Andrés.¹²⁹

Los departamentos de San Andrés, Guainía, Córdoba, Arauca, Putumayo y Sucre presentan la más alta tasa de morbilidad por Meningitis por *Haemophilus Influenza* tipo b.¹³⁰

En el departamento continúa estable con un número reducido de casos. En 1997 se presentaron 7 casos probables, y en 1998 solamente fueron notificados cuatro (4) casos, únicamente con diagnóstico clínico. Los municipios afectados han sido Campoalegre, Pitalito, Timaná y Neiva.

En 1998 se empezó a intervenir masivamente con medidas preventivas tipo vacunación, la Meningitis por *Haemophilus Influenza* tipo b. La continuidad del programa preventivo se ha visto afectado por la irregularidad en el suministro del biológico.

En el año 2001 se notificaron 11 casos probables, los cuales no se les realizó confirmación diagnóstica por Laboratorio. En el 2002 por SIVIGILA no se reportó ningún caso.

En el año 2002 en el Laboratorio de salud Pública del Departamento del Huila se analizaron un total de 727 Casos probables de Meningitis Bacteriana de los cuales 22 fueron positivos, 17 de estos por otros patógenos, 3 por *Streptococcus pneumoniae*, 1 por *Listeria monocytógenes* y 1 caso por *Neisseria meningitis*. No se presentó ningún caso por *Haemophilus influenza* tipo b.

La cobertura de Vacunación contra la meningitis causada por *Haemophilus Influenza* tipo b, del departamento del Huila, en el 2001 fue de 42%, siendo una de las más bajas de los últimos tres años, debido a la falta de suministro por parte del Ministerio de Salud en el último trimestre de este año. Para el año 2002 asciende

¹²⁹ Boletín especial PAI Colombia 2002

¹³⁰ Opcit.

levemente al 62.9%, solamente los municipios de Baraya, Santa María y Saladoblanco cumplieron con la meta del 95% de cobertura, mientras que el resto de municipios presentaron coberturas bajas por debajo de este parámetro.

10.3.9 Parotiditis: En el Huila en el año 2001 se notificaron 66 casos probables (SIS 12) de parotiditis, siendo el mayor número de casos en personas mayores de 5 años.

Para el 2002 se notificaron 29 casos por SIS 12 siendo el grupo más afectado los de 5 a 14 años (18), seguido por los de 1 a 4 años (7) y 3 casos en el grupo de 15 a 44 años.

La cobertura de Vacunación en Triple viral en el año 2001 y 2002 fueron de 96.4 % y 94.4 % respectivamente. No se cuenta con información del comportamiento de la parotiditis que evidencie el impacto de la vacunación.

10.3.10 Rubéola: En Colombia y el Huila las repercusiones reales de la Rubéola y el Síndrome de la rubéola congénita no se han podido evaluar debido al deficiente sistema de vigilancia de esta Patología y que la mayoría de los casos se diagnostican solo por clínica y no confirmados por el Laboratorio.¹³¹

Desde el año 2000, en Colombia se logro integrar la vigilancia de la infección por Rubéola al Sistema de Vigilancia de la Erradicación del Sarampión (MESS), es así como de los 2056 casos sospechosos notificados al sistema, 752 (36.6%) correspondieron a Rubéola. Del total de casos notificados, se confirmaron 159 (el 7.73%) como rubéola (155 por laboratorio y 4 por clínica).¹³²

En el año 2001, se notificaron 1624 casos sospechosos de ellos 702 (43.2%) fueron sospechosos de rubéola y se confirmaron 77, el 4.74% (Laboratorio 54 y 23 por clínica), principalmente en los departamentos de Norte de Santander, Risaralda y la capital del país Bogotá.

Hasta la semana 40 del 2002, se han notificado al sistema nacional de vigilancia 3837 casos sospechosos de los cuales 598 (15.6%) son rubéola. Hasta la fecha en mención se han confirmado 59 (1.61%) casos como rubéola (53 por laboratorio y 6 por clínica), los cuales se han presentado principalmente en Cundinamarca, Bogotá y Antioquia.

Vale la pena resaltar que la única forma de controlar la Rubéola es vigilar el cumplimiento de la norma de vacunar con SRP a todas las mujeres en el post parto y post aborto inmediato.

¹³¹ Boletín especial PAI Colombia 2002

¹³² Programa Ampliado de Inmunizaciones "PAI". Colombia. 2002.Boletín Especial.

Como se analizó en la patología de sarampión de los casos sospechosos de rubéola notificados en el año 2000, solo se confirmó uno procedente de Neiva. En cuanto al comportamiento de la vacunación con Triple Viral (SRP) en el 2002 se alcanzó en un 94.4% presentando un ligero descenso si la comparamos con el 2001 que fue de 96.4%.

10.4 PATOLOGÍAS DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En el Mundo se calcula que hay más de 32 millones de personas infectadas por el Virus de inmunodeficiencia adquirida VIH – SIDA, de ellos 1.3 millones son menores de 15 años y más del 90% de las infecciones ocurren en países de Asia, África, América Latina y el Caribe. Sin embargo el comportamiento, las tendencias y las rutas de transmisión de la Epidemia presentan gran heterogeneidad entre los países.¹³³

En Colombia durante la primera década de la epidemia, la caracterización de su comportamiento fue dada por el predominio marcado de la transmisión homosexual. A partir de los noventa se comenzó a evidenciar un cambio de comportamiento hacia la transmisión heterosexual. A diciembre de 1998, se han notificado el Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS- Vih/Sida del Ministerio de Salud un total de 16825 personas viviendo con Vih/Sida, con unas proporciones de incidencia anual que han variado de 0.1 en 1983 a 6.6 por 100.000 en 1998. Del total de enfermos han fallecido 3.412 casos (42%).¹³⁴

En el 2001 se reportaron al Ministerio de Salud 938 casos de VIH/SIDA y defunciones por SIDA. Este número lo aportaron el 38% de los entes territoriales manteniéndose la tendencia de notificación del año 2000 (35%).

La incidencia acumulada de casos VIH/SIDA vivos y muertos en los 16 años de epidemia en Colombia es de 71.7 por cien mil habitantes.¹³⁵

10.4.1 Situación Epidemiológica del VIH/SIDA Huila 2002: El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es uno de los problemas más graves e importantes desde su aparición hace 14 años. La epidemia presenta un marcado crecimiento que se refleja en el incremento de las tasas de incidencia, sobre todo de hombres en edad productiva.

Entre 1988 a septiembre 2002 se han presentado 725 casos, para una tasa de incidencia acumulada del 76.04 por 100.000 Habitantes, estando similar a la incidencia acumulada del nivel Nacional 73.4 por cien mil.

¹³³ Boletín SIDANAL, Ministerio de Salud Abril 2002.

¹³⁴ Revista epidemiológica de Antioquia No 1 – 3, 2000.

¹³⁵ Boletín SIDANAL, Ministerio de Salud Abril 2002.

En el año 2002, 3 Municipios presentan tasa de incidencia por encima de la tasa Nacional y Departamental: Neiva (143.01), Baraya (87.91), y Yaguara (74.75), seguido de Municipios como Garzón (70.16), Gigante (68.59), Teruel (66.30), y Paicol (58.88).

De los 725 casos el 64.8% corresponden a pacientes VIH asintomáticos, 35.17% a pacientes en la etapa de Sida, de los cuales el 63.5% ya han fallecido.

En cuanto a las formas de transmisión se realizó un análisis de las formas agrupadas en: Sexual, Perinatal, Sanguínea, debido a que esta variable esta sesgada por el informante y el observador. Se encontró que el 96.8% corresponden a la vía sexual, 0.14 sanguínea, 3.0 perinatal.

En el 2002, mediante el Laboratorio de Salud Pública se confirmaron por Wester Blot 95 casos procedentes en su mayoría del municipio de Neiva (82), Pitalito (7), Gigante (2) y Hobo, Garzón, Guadalupe y Teruel un caso cada uno.

Es evidente que para conocer mejor el comportamiento del VIH/SIDA en el Huila se requiere fortalecer el sistema de información en salud, que permita tomar decisiones y orientar las políticas departamentales y las estrategias de promoción y prevención para disminuir el impacto de la diseminación del VIH.

10.4.2 Sífilis Congénita: Esta patología representa un grave problema de salud pública. Desde 1994, la OPS estableció el Plan de Eliminación con la meta de reducir su incidencia a por lo menos 0.5 por mil nacidos vivos para el año 2000, mediante la detección y el diagnóstico precoz y el suministro de tratamiento adecuado y oportuno a la gestante infectada.¹³⁶

En Colombia se destaca el aumento del diagnóstico de esta infección, pasando de 322 casos en 1990 a 748 en 1999, año para el cual representó una proporción de incidencia de 0.77 por mil nacidos vivos. Este incremento se puede explicar en parte por la intensificación de las actividades de eliminación.¹³⁷

En el Huila, en 1997 se presenta un ligero aumento de casos de Sífilis Congénita (21 casos), producto de la intensificación de la Vigilancia Epidemiológica a raíz de la implementación del Plan de Eliminación de esta patología. En 1998 se presentaron 18 casos, lo que arroja una Proporción de Incidencia del 0.7 x 1.000 N.V., ligeramente superior a la esperada en el Plan (0.5 x 1.000 N.V.). Por SIVIGILA en el año 2001 se notificaron 38 casos de sífilis congénita. Pitalito reporta el mayor número de casos 21, mientras que en el 2002 se obtuvo una tasa de incidencia de 1.77 x 1.000 (Referida a la población menor de un año, porque no se cuenta con los datos de nacidos vivos del 2002), muy por encima de la tasa nacional. Es importante analizar que en el departamento del Huila esta alta incidencia se debe en gran parte a la falta de una adecuada atención de la

¹³⁶ Boletín SIDANAL, Ministerio de Salud Abril 2002.

¹³⁷ Opcit.

gestante donde no se le diagnostica ni se trata a tiempo, implicando que las acciones de promoción y prevención dentro del POS no se están cumpliendo de acuerdo a las metas establecidas ya que desde el primer trimestre el embarazo se debe ordenar la prueba diagnóstica para posteriormente iniciar el tratamiento que en muchas ocasiones se entrega en forma gratuita.

10.4.3 Hepatitis C: Patología transmitida por transfusiones sanguíneas y en segundo lugar por transmisión sexual; el laboratorio de salud pública implemento la vigilancia por laboratorio de esta Patología, realizando en el año 2.000 a 25 personas el examen con resultados de 7 (28%) positivas para el virus de hepatitis C. Procedentes de Neiva 5 casos, 4 confirmados del banco de sangre y 1 particular y los dos restantes del municipio de Yaguará. Es posible que el número de casos de hepatitis C sea mayor, es importante utilizar el recurso de laboratorio para conocer posibles áreas de riesgo en el departamento. En el año 2001, los bancos de sangre del Departamento reportaron 32 unidades de sangre reactivas a Hepatitis C de 8268 analizadas.

10.5 PATOLOGÍAS PRODUCIDAS POR MICOBACTERIAS

10.5.1 Tuberculosis: En América en promedio el 55% de los casos notificados corresponden a personas entre 25 y 54 años de edad y el 60% son hombres.¹³⁸

La estrategia mundial de tratamiento acortado supervisado, establecida por la OMS en 1989 es una de las intervenciones más eficaces en función de los costos, reducción de multiresistencia y disminución del periodo de transmisibilidad, por lo cual todas las instituciones prestadoras de servicios de salud deben velar por que al menos el 85% de los pacientes se maneja bajo esta modalidad.¹³⁹

En Colombia durante 1999 se reportaron 6816 casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas que representan una tasa de 16.4 X 100.000 habitantes, revelando una importante reducción si se tiene en cuenta que en 1983 la tasa por cien mil habitantes fue de 77 y de 29 en 1992, reducción que probablemente no es real sino que obedece al subregistro de casos y a la falta de búsqueda activa entre otros.

La incidencia en el Huila, de la Tuberculosis demuestra una tendencia estable en los últimos 10 años. En el 2.000 se presentaron 311 casos para una proporción de Incidencia de 33.6 x 100.000 habitantes. Los municipios de mayor riesgo son La Argentina (81.5 x 100.000 hab.), Neiva (57.1 x 100.000 hab.), Aipe (47.7 x 100.000 hab.), Saladoblanco (57.6x 100.000 hab.), Pital (32.8 x 100.000 hab.), La Plata (50.7 x 100.000 hab.), Garzón (41.4 x 100.000 hab.), Tarqui (27.8 x 100.000 hab.) Hobo (16.7 x 100.000 hab.), Pitalito (19.5 x 100.000 hab.), San Agustín (22.4 x 100.000 hab), Teruel (26.7 x 100.000hab) entre otros (Anexo 6 y Figura 12).

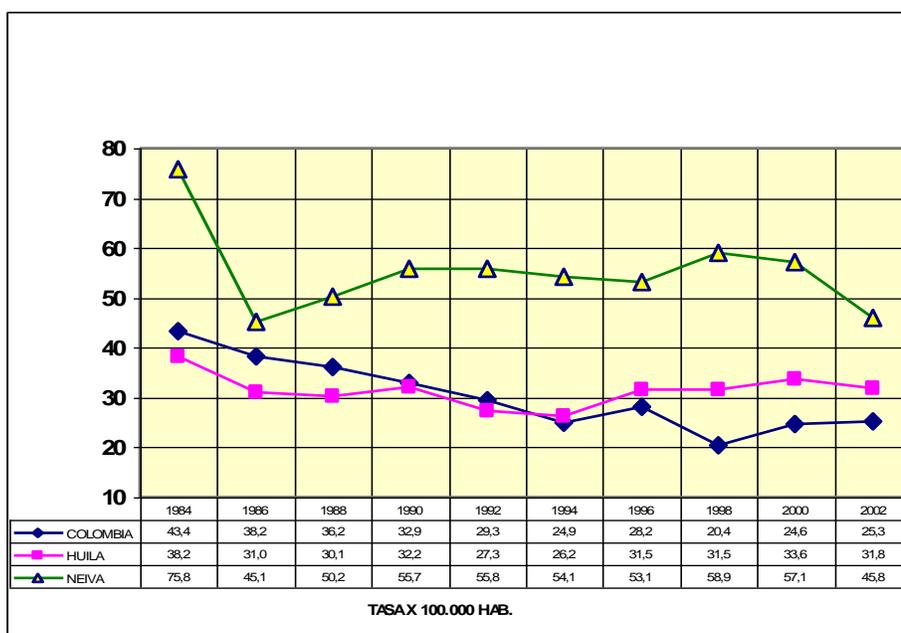
¹³⁸ Página Web. OPS/OMS.

¹³⁹ Opcit.

En el año 2001 se registraron 320 casos nuevos(Información Programa), para una incidencia general de 34.1 x 100.000 habitantes, con un incremento del 2.89% con relación al año anterior. De los 320 casos presentados en el año 2001 el 82.8% fueron bacilíferos y el 17.2% correspondían a formas extrapulmonares. (Figura 12).

Los municipios con mayor incidencia de Tuberculosis en el año 2001 x 100.000 Habitantes, considerados de riesgo, fueron: La Argentina con 60.2 , La Plata con 57.8, Neiva con 55.3, Pital con 48.9, Garzón con 43.1, Paicol con 39.4, Altamira con 34.3, entre otros.

Figura 12: Tuberculosis todas las formas- Incidencia Colombia, Huila y Neiva 1984 – 2002

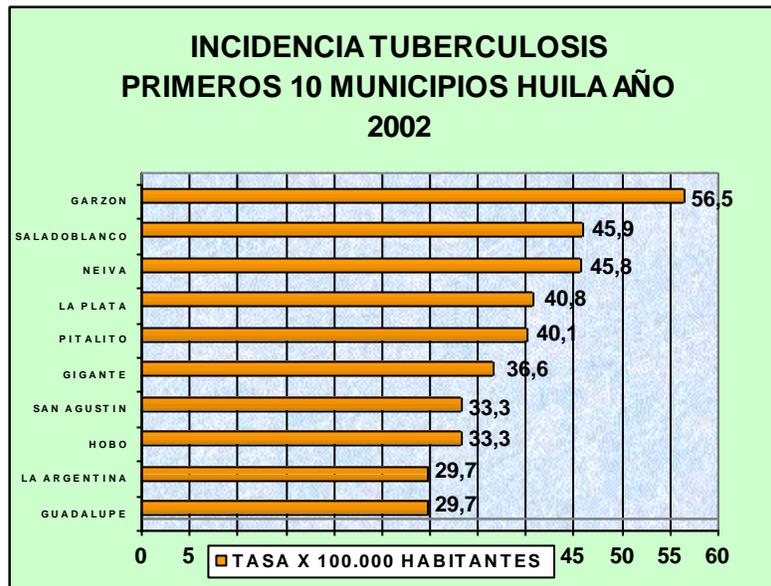


Fuente: Programa Tuberculosis Secresalud Dptal Huila - 2002

En el año 2002, el 68% de los Municipios del Departamento informaron al Programa control de tuberculosis de la secretaria de salud departamental 304 casos, para una incidencia de 31.8 x 100.000 Habitantes, de estos casos se tiene que el 58.9% fueron casos tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, el 15.8% fueron casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia negativa, el 3.2 % fueron casos de tuberculosis pulmonar sin baciloscopia, el 5.3% fueron recaídas y el 16.8% fueron casos de tuberculosis extrapulmonar. Para el año 2002, se observa una clara tendencia en la disminución de la proporción de incidencia de la tuberculosis, comparada con la del año 2001 (34.1 x 100.000 habitantes) (Figura 13).

En cuanto a los grupos de edad el más afectado en el 2002 fue el de 25 a 34 años con 64 casos (21%), seguido del grupo de 35 a 44 y 45 a 54 años cada uno con 52 casos (17.1%) y el grupo de 65 y más años con 50 casos (16.4%), este último con tendencia a aumentar comparado con el año inmediatamente anterior. En cuanto al género el 63.8% de los casos (194) corresponden a hombres y el 36.2% (110 casos).

FIGURA 13: INCIDENCIA DE LA TBC EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA 2002



FUENTE: PROGRAMA TBC SECRESALUD DPTAL. 2002.

El municipio con riesgo muy alto (Tasa de Incidencia > 50 x 100.000 habitantes) en el 2002 fue Garzón, los municipios de Salado Blanco, Neiva, La Plata, Pitalito, Gigante, San Agustín, Hobo, La Argentina y Guadalupe presentaron riesgo alto (Tasa de incidencia entre 25 y 50 x 100.000 habitantes), con riesgo medio (Tasa de Incidencia < o igual a 25 x 100.000) están los municipios de Aipe, Palermo, Tesalia, Algeciras, Isnos, Campoalegre y Paicol.

En cuanto a la asociación TBC/VIH/SIDA en el año 2002 se presentaron en Neiva 22 casos de TBC/VIH, de los 22 casos, de los cuales 11 fallecieron.

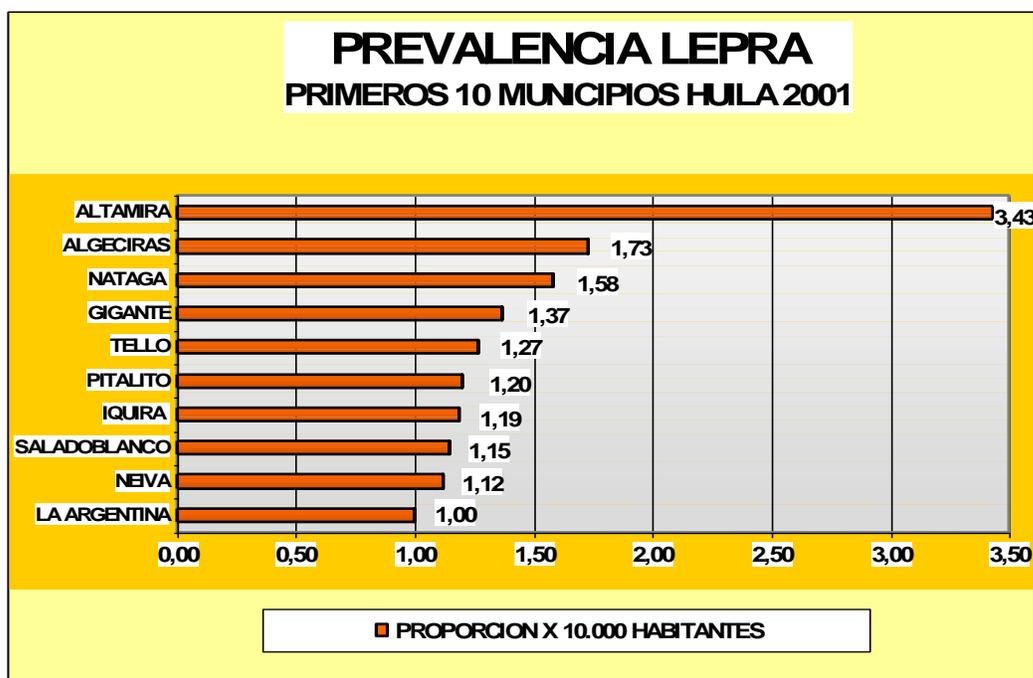
En la tuberculosis extrapulmonar, año 2.000, se presentaron 36 casos procedentes de Neiva, Tarqui, Oporapa, La Plata, Pitalito y Palermo .

El comportamiento de la tuberculosis extrapulmonar durante el año 2002, aunque no se presentó aumento, el comportamiento fue estable, en relación con el año inmediatamente anterior, presentándose 51 casos, por tal razón amerita la

vigilancia de las formas de tuberculosis extrapulmonares, debido a que esta forma tiene presentación mas frecuente en las personas infectadas con VIH o con SIDA.

10.5.2 Lepra: En el Huila se observa una tendencia al descenso gradual en su Prevalencia en los últimos ocho años. En 1990 fue de 10.3 x 10.000 habitantes, para el 1998 de 4.0 x 10.000 habitantes (360 pacientes), en el 2001, la Prevalencia fue de 0.78 x 10.000 habitantes. Los municipios de mayor riesgo con Prevalencia superior a 1 x 10.000 habitantes fueron: Altamira con 3.43, Gigante con 1.37, Nátaga 1.58, Neiva 1.12, Iquira con 1.19, Pitalito con 1.2, Salado blanco con 1.15, Tello con 1.27, Neiva con 1.12 y la Argentina con 1.0, proporción por 10.000 Habitantes (Anexo 7).

Figura 14: Prevalencia de la Lepra en el Departamento del Huila. 2001



FUENTE: PROGRAMA LEPRA SECRESALUD DPTAL.

Con respecto a la incidencia en el año 2001 se presentaron 12 casos Multibacilar y 12 Paucibacilar, otras 34 casos para una tasa de 0.36 x 10.000 habitantes. Valdría la pena analizar si la disminución del número de casos es por la falta de búsqueda activa de sintomáticos de piel o a realmente que la enfermedad se esta controlando.

En el año 2002 por SIVIGILA se reportaron 28 casos de lepra para una Tasa de Incidencia de 0.29 x 10.000 habitantes. Siendo los municipios afectados Neiva con 18 casos nuevos, Palermo con 4 casos, Campoalegre con 3 casos, Pitalito con 2 casos y Teruel con 1 caso.

En cuanto a la Prevalencia de la Lepra en el Departamento es de 0.68 x 10.000 Habitantes. En cuanto a los municipios de riesgo por tener una tasa de prevalencia por encima de 1 x 10.000 Habitantes se encuentran: Algeciras con 7 casos (Prevalencia de 3 x 10.000 Habitantes), Palermo con 5 casos (Prevalencia de 2.38 x 10.000 Habitantes), Campoalegre con 4 casos (Prevalencia de 1.33 x 10.000 Habitantes), Agrado con 1 caso (Prevalencia 1.09 x 10.000 habitantes).

Figura 15: Prevalencia de Lepra en el Departamento del Huila. 2002



Fuente: Programa Lepra Secresalud Dptal, 2002.

10.6 ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES ETV

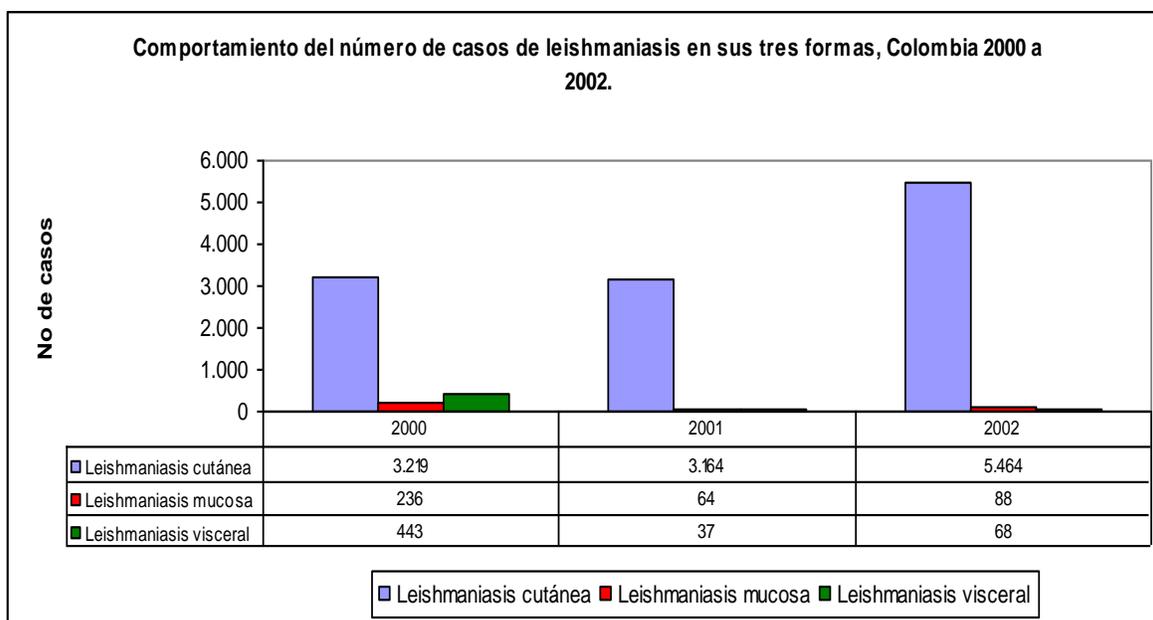
El clima cálido y húmedo es uno de los factores que influyen en el Departamento del Huila favoreciendo la presencia de vectores transmisores de enfermedades como dengue, Leishmaniasis, chagas y malaria.

10.6.1 Leishmaniasis: En Colombia el total de casos reportados al SIVIGILA en el año 2000, fue de 3.898 casos de leishmaniasis en todas sus formas, en 2001 fueron informados 3.265 casos y en el 2002, 5.620 casos de los cuales el 97.2% (5.464) corresponden a casos de leishmaniasis cutánea. Este aparente aumento no obedece a brotes de la enfermedad si no al mejoramiento de la vigilancia de este evento y al ajuste de la información por parte de los departamentos (Anexo 8 y Figura 16).

Se resalta de igual forma, la reducción en la notificación de casos sin especificar, toda vez que se ha presentado un mejoramiento en los procesos de clasificación del evento, y por tanto el mejoramiento de las acciones de control y las acciones de atención a los pacientes.

La Leishmaniasis en todas sus formas estuvo muy controlada en el departamento durante 1998. Después de la epidemia de la forma Cutánea en 1994 y 1995 (447 y 657 casos respectivamente), el número de casos descendió a 233 en 1996 y a solamente 50 en 1998. En el año 2000, se presentaron 68 casos confirmados por Laboratorio de los cuales 54 casos autóctonos y 7 casos importados cutáneos. En 1.999, el Laboratorio de Salud Pública Departamental con la participación del INS realizó investigación entomológica del vector transmisor del parásito de la leishmaniasis cutánea, identificando nuevamente la *Lutzomyia longiflora*, en zonas cafeteras, temperatura entre 17°C a 23°C, altitud promedio 1.500 a 2.000 metros sobre el nivel del mar; en las áreas de Vegalarga, el Colegio, Cedral y San Antonio (Neiva), Puerta del sol y el candado (Tello) y la Troja (Baraya).

Figura 16: Casos de Leishmaniasis Colombia 2000 a 2002



Fuente: SIVIGILA Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

La comunidad conoce el mosquito con el nombre de mantablanca o capotillo. La picadura del mosquito se presenta en el bosque o cafetal tradicional y caturra durante el día y dentro de la vivienda en la noche. El vector se cría en los huecos de árboles, hojarasca de cafetales; dentro de la vivienda reposa en lugares frescos y oscuros como paredes de bahareque, detrás de puertas y ropa colgada.

Un nuevo foco de la enfermedad se identificó en el municipio de Algeciras, veredas Buena vista, Bajo roble y la Arenosa.

En el año 2.000 se reportaron los siguientes casos autóctonos de Leishmaniasis: 4 casos de leishmaniasis visceral en niños de Paicol vereda primavera, Neiva veredas balsillas y peñas blancas, y Gigante en barrio zona peri urbana para una Tasa de Incidencia de 0.43×100.000 Habitantes, 2 Casos confirmados por laboratorio de Leishmaniasis mucocutánea, un niño de la vereda Santa Librada (Neiva) y un adulto de la vereda San Miguel (Neiva), para una Tasa de Incidencia de 0.21×100.000 Habitantes y se presentaron 54 casos de Leishmaniasis Cutánea para una Tasa de Incidencia de 5.83×100.000 Habitantes.

La Tasa de Incidencia en el 2001 de Leishmaniasis Cutánea x 100.000 Habitantes fue de 4.68, la forma Mucocutanea presentó una Incidencia de 0.31 y la forma Visceral de 0.31×100.000 Habitantes.

Durante el año 2001 el Laboratorio de Salud Pública en coordinación con el Instituto Nacional de Salud pretendió estudiar las regiones en las cuales se encuentra el Mantablanca, en donde vive, frecuencia de entrar a picar a las personas en las viviendas y porque abunda más en unos sitios que en otros; además se quiso probar si el dormir con toldillos impregnados con el insecticida lamdacihalotrina puede evitar que el Mantablanca pique a las personas y así prevenir la enfermedad.

Se realizaron encuestas en 266 viviendas de las veredas de los municipios más afectados por la enfermedad: El Cedral y Tabor (Neiva); Barranquilla, Puerta del Sol, Urraca Baja y Alta y Brasilia (Tello); y La Troja, Begonia y Totumito (Baraya) en 266 viviendas y se cogieron los Mantablanca.

En la primera fase del estudio se encontró que el insecto Mantablanca entraba a las viviendas. En estas viviendas donde era mayor el índice de insectos se trato con dos métodos de control: toldillos impregnados con un insecticida y fumigación intra domiciliar. Realizando evaluaciones a los cuatro meses de aplicada la medida comparando con viviendas donde no se aplicó ninguna medida de control.

Como conclusiones se encontró que:

1. El insecto Mantablanca que transmite la Leishmaniasis cutánea está principalmente en los municipios de la Cordillera Oriental, especialmente en Tello, Neiva y Baraya.
2. El insecto Mantablanca se encontró en la mayoría de las 266 viviendas estudiadas de Neiva, Tello y Baraya.
3. El insecto Mantablanca es más abundante en la parte media de la montaña (1300 – 1500 m) en áreas relativamente secas y con temperatura de clima medio.
4. Se encontró que los toldillos impregnados con un insecticida especial pueden reducir la picadura del insecto Mantablanca dentro de las viviendas y por esto ser útiles para el control de la Leishmaniasis cutánea. Sin

embargo, son necesarios estudios adicionales en donde se muestre que los toldillos reducen los casos de Leishmaniasis.

Durante el año 2002, en el SIVIGILA Departamental se reportaron 91 casos de los cuales 67 casos autóctonos de la forma cutánea para una tasa de incidencia de 0.70 x 10.000 Habitantes y 3 de la Mucocutanea para una Tasa de incidencia de 0.03 x 10.000 Habitantes, y 20 importados de la forma cutánea de varios departamentos y 1 de la Mucocutanea importado del Departamento del Meta.

En el laboratorio de salud pública Departamental se analizaron un total de 158 casos probables de Leishmaniasis cutánea, de los cuales se confirmaron el 49.36% (78), notificados por los municipios de: Neiva con 21 casos, Rivera 30, Tello 10, Baraya y Algeciras con 3 cada uno y Campoalegre y Paicol con un solo caso.

Es de anotar que durante este año se presentó en el Municipio de Rivera un aumento en el número de casos pues históricamente los casos presentados provenían de la Inspección de La Ulloa, incorporándose para este año nuevas veredas como fueron: La medina, Monserrate, Ahuyamales y Paniquita.

10.6.2 Dengue: En Colombia la incidencia del dengue clásico y el dengue hemorrágico ha venido aumentando de manera constante llegando a estar actualmente gran parte de la población del país en riesgo de desarrollar estas enfermedades debido a los altos índices de infestación por *Aedes aegypti* en gran parte de los municipios situados por debajo de los 2.000 msnm, a la circulación de varios serotipos del virus del dengue y al gran número de personas susceptibles al serotipo 3 que habitan en las zonas de riesgo.¹⁴⁰

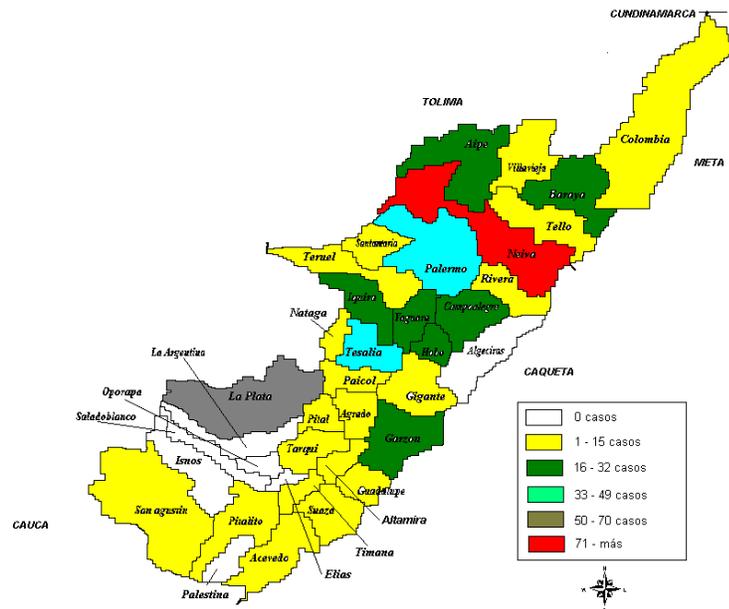
La tasa de incidencia de dengue clásico, desde 1978 ha sido fluctuante con tendencia al incremento a través del tiempo (17.389 casos en 1990; 57985 casos notificados en 1998 año epidémico y en 1999 se notificaron 20013 casos). De igual forma desde el primer caso de Dengue hemorrágico (DH) en diciembre de 1989, en Puerto Berrio (Antioquia), se ha observado en el país una tendencia al rápido incremento en el número de casos, al presentarse 1,4 casos por 100000 hab en 1994 a 5.17 casos por cien mil habitantes en 1998 y a contar con una tasa de 334.27 por 100000 habitantes en 2002. Situación que se observa de igual manera en el comportamiento de la mortalidad, la cual pasó de 0,01 defunciones por 100. 000 hab en 1995 a 0,07 defunciones por cien mil habitantes en 2002.

En el departamento del Huila la tendencia del dengue en los últimos 12 años, tuvo su pico máximo en el segundo periodo epidemiológico de 1998 y a partir del cuarto periodo empezó a normalizarse la situación. De 408 casos notificados de Dengue en el SIS12 para 1996 se pasó a tener notificados en ese mismo registro 2.894 casos en 1997 y 8.922 en 1998.. En la década del 90 se identificaron dos picos

¹⁴⁰ División Desarrollo de la Salud. Secretaría de Salud Departamental. 2002.

afectados para Dengue Hemorrágico son Paicol (78.72 x 100.000), Palermo (67.23 x 100.000), Neiva (29.72 x 100.000), Tello (19 x 100.000), La Plata (16.85 x 100.000), Gigante (13.74 x 100.000) y Garzón (7.83 x 100.000). La proporción de Incidencia fue 16.29 x 100.000, superior a la observada el año inmediatamente anterior (3.24 x 100.000 habitantes).

Figura 18: Dengue Clásico Confirmado por Laboratorio, por Municipios del Huila. 2001



Fuente: Laboratorio de Salud Pública

Por grupos de edad el Dengue Hemorrágico presenta el mayor número de casos en menores de 20 años correspondiendo al 77.7% de los cuales el 49.5 % corresponden a personas entre los 10 y 19 años.

La Tasa de Letalidad para el 2000 fue del 0.3 x 100 personas expuestas, al presentarse una sola defunción en el Municipio de San Agustín; en el 2001 fue de 0.05 x 100 personas expuestas, atribuibles a cuatro defunciones en los Municipios de Neiva, Tello, Palermo y Hobo y se han presentado 6 defunciones en 1998 y 9 en 1997.

En el año 2002 se confirmaron por el Laboratorio de Salud Pública 161 casos de dengue hemorrágico y 577 de dengue clásico. La Tasa de incidencia de dengue hemorrágico fue de 16.8 x 100.000 habitantes ligeramente superior a la del año

anterior. Por grupo de edad el mas afectados por dengue hemorragico fueron los menores de nueve años con una tasa de 3.4×10.000 (habitantes menores de 9 años), seguido de los de 10 a 19 años con una tasa de 1.45×10000 (habitantes entre 10 y 19 años)

La Tasa de letalidad para el año 2002 fue de 1.35×10.000 (población expuesta), correspondiente a una defunción en el Municipio de Neiva. En el año 2002 se estudiaron por laboratorio 1024 casos de Dengue clásico en el departamento de los cuales solo el 72% resultaron positivos (738 casos).

El laboratorio de entomología realizó en el año 2.000 estudio taxonómico del vector *Aedes aegypti* en su estado larvario en 30 municipios, de los cuales en 28 se observó la presencia del vector, determinando un riesgo potencial para la transmisión del dengue, al presentarse serotipos circulantes del virus en la población cuando se identifican personas con dengue.

El laboratorio de Salud Pública Departamental realizó serologías IgM para dengue estudio 1522 casos de Dengue clásico en el Departamento de los cuales el 71.7% salieron positivos. La investigación sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre el dengue, el vector y su control, realizada para diseñar el “Programa educativo para el control del dengue con estudiantes de básica primaria” realizada en la comuna 6 de Neiva, determinó que la comunidad conoce el vector con el nombre de “ saltón” lo han visto en albercas, pero no lo relacionan con el vector transmisor del virus dengue; se estableció como principal criadero de *Aedes aegypti* dentro de las viviendas la alberca del lavadero y los platos comederos y bebedero de animales. Igualmente se pudo determinar en los hogares de los escolares la presencia de un patrón cultural sobre la enfermedad que supone la diferenciación entre rompehuesos y dengue. El dengue clásico o “ rompehuesos “, corresponde al modelo popular de la enfermedad, que puede ser afrontado con los recursos propios de la familia y de la comunidad.

10.6.2.1 Situación Entomologica del dengue: En el laboratorio de Salud Pública Departamental se analizaron 6396 muestras larvianas de *Aedes aegypti* y 1216 larvas de otras especies de mosquitos remitidas por los Municipios en cumplimiento a la supervisión del correcto conocimiento del vector del Dengue y de los índices de infestación, de lo cual se ha obtenido que el 89% de los técnicos de saneamiento de los 37 municipios identifican correctamente el vector. El 3% (un municipio) presentan confusiones en la identificación y el 8% (tres municipios) de los municipios no tienen técnico de saneamiento.

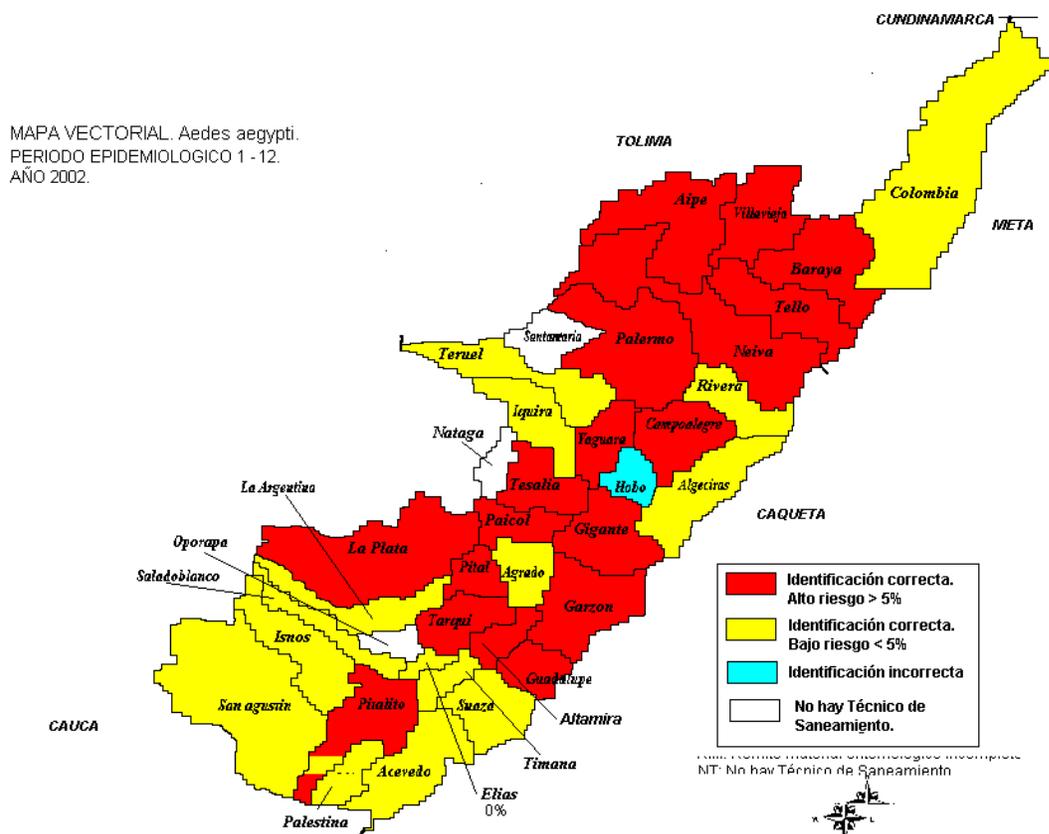
Del 92% de los municipios que remiten material entomológico para su respectivo análisis, el 56% de éstos registran un valor alto en el Índice larvario (Figura 16), indicando una mayor probabilidad de presentar una epidemia de Dengue. En el Cuadro anexo se observa un consolidado de los valores de los índices de infestación de *Aedes aegypti* por municipios durante todo el año.

Los municipios que han presentado índices de infestación altos, utilizan como medida de control la abatización, principalmente, ésta acción reduce

significativamente los índices larvarios por un período de tiempo muy corto, no obstante, dicha medida debe ir acompañada con labores educativas dirigidas a la comunidad haciendo énfasis en la prevención de la reproducción del vector de esta enfermedad.

Con el propósito de lograr una mayor eficiencia en las actividades entomológicas que deben realizar los técnicos de saneamiento de los municipios se llevó a cabo el seminario: “Evaluación de las medidas de control y lineamientos de la vigilancia entomológica del *Aedes aegypti*” realizado en los municipios de La Plata, Garzón, Pitalito y Neiva con una participación del 87% de los técnicos de saneamiento de los municipios (Figura 19).

Figura 19: Mapa Epidemiológico, Departamento del Huila. 2002



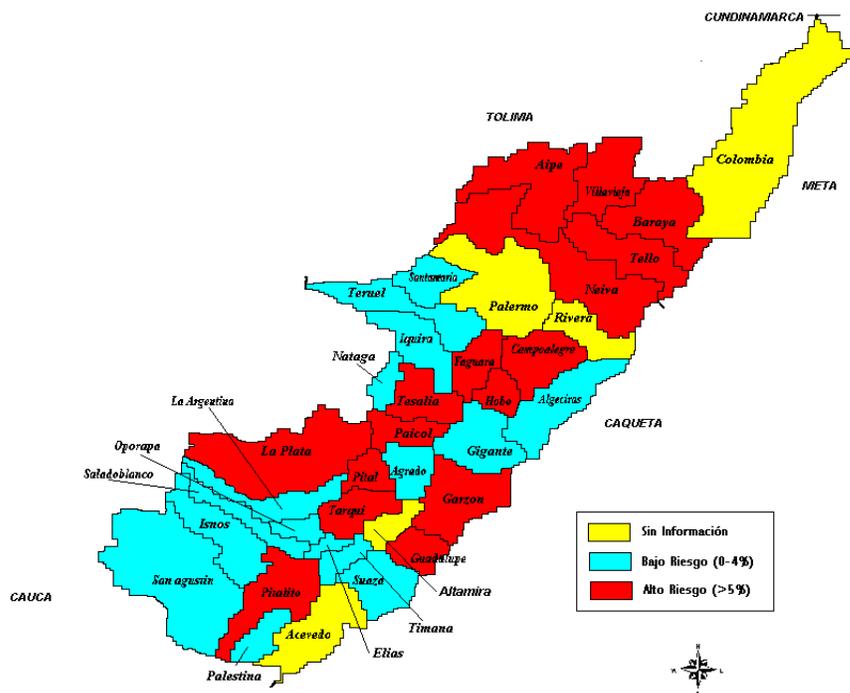
Fuente: Laboratorio de Salud Pública

La medicina institucional a través, de sus organismos y agentes de salud así como de los medios de comunicación han logrado superponer el otro modelo de la enfermedad. Se considera que la experiencia educativa desarrollada es valiosa y

se enmarca en las políticas nacionales de Escuelas Saludables y los Proyectos Educativos Institucionales PEI.

La aplicación de este programa educativo puede extenderse a otros municipios del país, porque a largo plazo permite a las nuevas generaciones desarrollar actitudes y prácticas saludables, frente al dengue y otras patologías relacionadas con el medio ambiente. El laboratorio de salud pública realiza 550 análisis serológicos para dengue.

Figura 20: Índices de Aedes Aegypti en el Departamento del Huila. 2002.



Fuente: Laboratorio de Salud Pública

10.6.3 Malaria: La malaria representa un grave problema de salud en el 85% del territorio rural colombiano situado por debajo de los 1600 m.s.n.m con condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas aptas para la transmisión de la enfermedad, estimándose que entre 18 a 24 millones de personas se encuentran en riesgo de enfermarse o morir por esta causa.

En Colombia hasta la semana epidemiológica 52 del año 2002, se reportaron 139.542 casos de malaria de los cuales el 55.7% (77.757) fueron por *P. vivax*, el 43.1% (60.167) por *P. falciparum* y el 1.15% (1.618) por malaria mixta. El comportamiento observado por departamentos no ha cambiado. Los municipios con mayor IPA fueron Tierralta, Valencia y El Libertador en Córdoba con

30.266,41 x 1.000 hab, 20.731,56 y 50.271,0 respectivamente y Tadó y Certeguí del Chocó con 48.549,49 x 1.000 hab y 23.289,67.

Hasta 1992 los casos reportados en el departamento correspondían a casos importados de áreas endémicas del país como el Caquetá y Putumayo. A partir de 1993 se identificó un foco autóctono en la zona rural de Santana – Colombia reportando en ese año 120 casos, para 1994 fueron 53 casos, en 1997 se notificaron 39 casos autóctonos de malaria por vivax y en 1998 solamente se detectaron ocho (8) casos autóctonos en más de 500 muestras estudiadas de casos sospechosos. A pesar de estar controlado este foco, esta situación no deja de indicar un alto riesgo de desplazamiento de la enfermedad por las condiciones medio ambientales adecuada para el hábitat del anofeles en otros municipios del Departamento y la migración de la población. En el año 2000 se presentaron 89 casos importados confirmados por el Laboratorio y procedentes de Caquetá, Putumayo, Meta, Guaviare, y Vichada.

En el año 2001 se presentó un foco importado de malaria en el Municipio de Garzón con 25 casos confirmados por laboratorio. En cuanto a los casos importados 111 correspondieron a la Malaria por Vivax, 41 por falciparum y 12 casos de malaria asociada. La mayoría de los casos fueron de procedencia de los departamentos del Caquetá, Putumayo. El comportamiento de esta patología en el departamento se ha venido afectando por el desplazamiento de los habitantes debido a los problemas de violencia y orden público, por esta razón se hace necesario incrementar las actividades de vigilancia de esta patología.

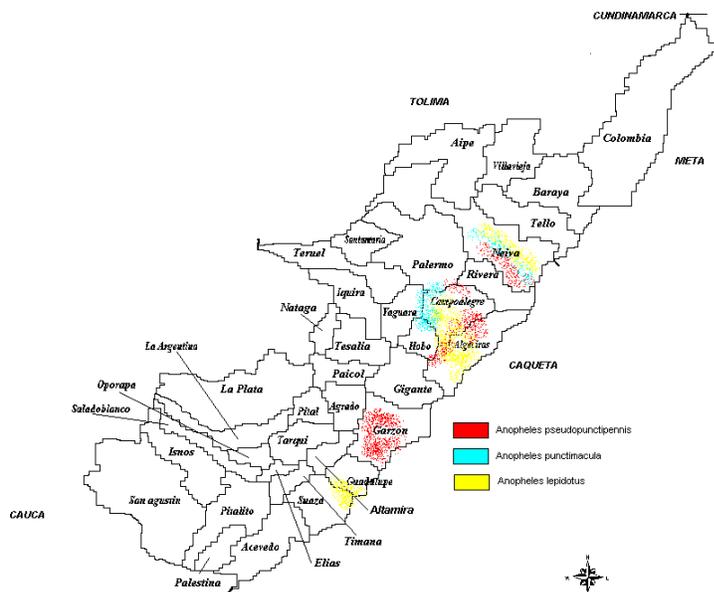
En el año 2002, por laboratorio se estudiaron un total de 708 casos probables importados de malaria de los cuales 121 casos se confirmaron así; 95 casos por Plasmodium vivax, 17 casos por Falciparum, y 9 por Asociación., y se presentaron del foco autóctono antiguo del Municipio de Colombia, un total de 4 casos confirmados de Plasmodium vivax (Figura 21).

11.6.3.1 Situación actual del vector de la Malaria: Durante el segundo semestre del año 2001 se registró un foco importado de esta enfermedad en dos barrios periféricos del municipio de Garzón. Durante el presente año, solo en el segundo semestre se notificó la presencia de un nuevo caso importado en esta zona, además la presencia de 43 ejemplares de *Anopheles punctimacula* vector secundario de esta enfermedad. Debido a estos hallazgos se intensificó la vigilancia entomológica en los barrios Alto Garzón y Aguazul del municipio de Garzón, principalmente en la búsqueda de nuevos criaderos, además se presta un apoyo técnico y científico en la aplicación de las medidas de control físico, químico y biológico.

Se identificaron 20 ejemplares de *Anopheles pseudopunctipennis*, vector secundario de Malaria, capturados en la comunidad indígena Paniquita. Aunque no se encuentra circulante el parásito de esta enfermedad en la zona, se recomendó que los sitios de cría como lo fueron las piscinas de los cultivos de

peces, se mantuvieran en uso y limpias de vegetación para evitar el incremento de esta especie en este sector y un eventual caso de esta enfermedad.

Figura 21: Presencia de Anopheles en el Huila 2001



Fuente: División Desarrollo de la Salud - 2001

10.6.4 Chagas: Se han presentado 34 casos autóctonos en el Departamento. Siendo los municipios de riesgo Neiva, Pitalito, Acevedo, Campoalegre y Palermo. Los bancos de sangre realizan pruebas de tamizaje para Tripanosomiasis Americana o Enfermedad de Chagas, las pruebas reactivas continúan en estudio por el laboratorio de salud pública; en el 2.000 se realizaron 87 inmunoensayos para Chagas confirmándose posteriormente 44 casos se demuestra así que en el Huila existe el riesgo de este parásito de transmisión vectorial y por transfusiones sanguíneas. Los casos confirmados corresponden a Campoalegre, Pitalito y Neiva según notificación de los bancos de sangre.

En el año 2001 se reportaron 20 casos por el SIVIGILA. A través de análisis de 8268 unidades de sangre en los bancos de sangre del Departamento se encontraron 40 reactivas a Chagas.

Durante el 2002, se analizaron por Laboratorio un total de 50 casos probables de Tripanosomiasis de los cuales resultaron positivos un total de 25.

10.6.4.1. Situación entomológica actual.: Se analizaron 14 triatomíneos, identificando la especie *Triatoma dimidiata*, considerado como vector de esta enfermedad, los ejemplares provienen de los municipios de Gigante (tres especímenes), Paicol (un espécimen), Pital (cuatro especímenes), Tarqui (dos especímenes) y Altamira (cuatro especímenes).

Se ha detectado la presencia de *Tripanosoma cruzi* parásito de esta enfermedad en dos ejemplares procedentes de los municipios de El Pital y Tarqui, análisis realizados mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) efectuado en la Universidad del Tolima, esto evidencia la presencia del parásito circulante de la enfermedad de Chagas en el departamento.

Debido a la presencia del vector y el parásito circulante en el departamento se observó la importancia de conocer el diagnóstico de esta enfermedad en el departamento, para ello se realizó el “Taller teórico-práctico sobre entomología de la Enfermedad de Chagas” en coordinación con el Instituto Nacional de Salud dirigida a los técnicos de saneamiento de 36 municipios del departamento, previa selección de las veredas a estudio, se recibieron 1340 muestras de sangre total tomada a niños entre los 9 y 14 años como requisito del muestreo serológico y se efectuaron 1371 encuestas a las viviendas correspondientes al muestreo entomológico.

10.7 ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS

En Colombia la hipertensión arterial se constituye en uno de los factores de riesgo más importantes en relación con las enfermedades cardiovasculares. Según el Estudio Nacional de Salud de 1987, la prevalencia de hipertensión en el país fue de 11.6% para la población mayor de 15 años.¹⁴¹

En el Huila durante 1.998, la Disrritmia cardiaca y el Infarto Agudo del Miocardio fueron las primeras causas de mortalidad y las enfermedades hipertensivas ocuparon el 4º lugar en la morbilidad por consulta externa. El Departamento del Huila ocupa el 2º lugar en cáncer de estomago y fiebre reumática en el país y el 10º lugar en Diabetes Mellitus.

La presión arterial alta, es el factor de riesgo mas peligroso para la salud de las personas, especialmente cuando estas no hacen nada para mantenerla controlada.

En el Departamento del Huila en 1999, según los registros del SIS 12 la Hipertensión arterial esencial fue la cuarta causa de morbilidad y se registraron 12.022 consultas por esta patología bien llamada la enfermedad silenciosa, afecta a mayores de 15 años pero es tres veces mas frecuente en personas mayores de 60 años.

¹⁴¹ Revista Epidemiológica de Antioquia, 2000

En el Departamento del Huila no se cuenta con información confiable que nos permita analizar la situación real de enfermedades crónicas y degenerativas como la Hipertensión esencial y la diabetes. La única información que tiene datos estadísticos que permiten precisar muy precariamente el comportamiento en los últimos tres años es el reporte del SIS 12 donde se encontró que en el año 2000, 2001 y 2002 se reportaron 11.105 casos, 10943 casos y 12302 casos de Hipertensión esencial respectivamente, el grupo de edad mas afectado fue el de 60 y mas años con un promedio de 5205 casos, por año. Se diagnostico con enfermedades hipertensivas en el año 2000, 3085 casos, en el 2001, 3587 casos y en el 2002, 6811 casos. Información que no permite determinar la situación real de esta patología en el Departamento. Es importante poder precisar la información y analizarla para poder definir las estrategias de intervención en prevención de las enfermedades crónicas, que en la mayoría de los casos están asociadas a los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo de los huilenses.

10.8 ENFERMEDADES DE ORIGEN HIDRICO

Las deficientes condiciones de saneamiento básico que se presentan en zonas urbanas y rurales se constituyen factores de riesgo para que se presente Enfermedad diarreica aguda dentro de la población Infantil.

10.8.1 Enfermedad Diarreica aguda (EDA): Para el año 2.000 el 14.2% de los niños menores de 5 años consultaron por EDA de los cuales se hospitalizaron el 9.6%. En cuanto a la mortalidad se presentaron 3 muertes para una tasa del 0.2 x 10.000 menores de 5 años.

El 80% de las muertes por EDA son evitables, mediante una adecuada educación e Información se logra que la comunidad tome conciencia hacia la prevención de la deshidratación una de las principales causas que conlleva a la muerte a la población infantil. A pesar de que se ha implementado 280 Unidades de rehidratación Oral comunitaria se hace necesario extender esta estrategia a otros sectores de alto riesgo por sus deficientes condiciones ambientales y sanitarias.

En el año 2001 el Departamento del Huila presento una Tasa Acumulada del 176.8 x 1000 Habitantes menores de 5 años y una Tasa Acumulada del 30.8 x 1000 Habitantes mayores de 5 años.(Reporte INS, análisis 2001).

En el año 2002 el laboratorio de salud pública como apoyo a la vigilancia realizo un centinela para conocer el agente causal de la enfermedad diarreica aguda en los municipios de Campoalegre y Villavieja en menores de 5 años de edad. Se han analizado 94 muestras de materia fecal procedentes de Villavieja y 27 de Campoalegre. De las cuales 1 procedente de Villavieja resultó positiva para Salmonella – Shiguella y 12 para parásitos intestinales oportunistas.

En el reporte del SIS 12 del año 2002 se notificaron 60.441 casos de Diarreas y Enteritis, el grupo de edad mas afectado fueron los menores de 5 años con 26.388 casos, similar situación se presento en el 2001 donde se reportaron 45.377 de los cuales 19893 fueron menores de 5 años.

Como se observa en la siguiente tabla 14, los municipios con las tasas más altas para el 2002, dentro del grupo de menores de cinco años fueron Teruel (39), seguido por Neiva (31.3) y en un tercer lugar Agrado (29.5).

Tabla 14 . No de casos de EDAs y tasa por 100 habitantes en el Departamento del Huila, en menores de 5 años. 2002

MUNICIPIOS	CASOS	TASA x 100 Habitantes
Neiva	14.006	31.3
Aipe	196	1.16
Algeciras	313	8.95
Agrado	321	29.5
Altamira	54	12.4
Acevedo	192	5.84
Baraya	108	8.3
Campoalegre	378	9.9
Colombia	130	10.5
Elías	25	7.48
Garzón	2.043	27.2
Gigante	63	2.08
Guadalupe	428	25.8
Hobo	126	14.4
Iquira	127	11.1
Isnos	472	14.4
La Argentina	240	15.7
La Plata	1.016	17.4
Nátaga	150	15.3
Oporapa	137	9.4
Paicol	138	25.0
Palermo	412	0.14
Palestina	380	23.4
Pital	265	15.45
Pitalito	1.219	10.64
Rivera	409	19.4
Santa María	325	22.8
Saladoblanco	191	13.4
San Agustín	616	16.5
Suaza	279	18.7
Tarqui	178	9.20
Tello	189	9.60
Teruel	362	39
Tesalia	246	19.6
Timaná	193	635
Villavieja	244	20.9
Yaguara	237	26.8

Fuente: SIS 12. 2002

Históricamente las EDAs se han encontrado ubicadas dentro de las diez primeras causas de morbilidad en el Departamento del Huila, sin embargo debido a las falencias del sistema de información, se encuentra un subregistro con respecto al número de consultas que se realizan por este motivo debido a que el paciente consulta varias veces por ésta causa y durante el mismo periodo, quedando así consignado en el RIPs.

Otra debilidad encontrada es la mala clasificación y diagnóstico clínico con respecto a la etiología de la enfermedad siendo los factores de riesgo de mayor importancia la mala manipulación de alimentos, el consumo de agua potable debido a que la mayor cobertura de potabilidad del agua se encuentra en las zonas urbanas y no rurales del departamento y a que la población del huilense corresponde en un mayor porcentaje al área rural; y a las malas condiciones de saneamiento básico; sin embargo en el Departamento del Huila no se ha realizado ningún estudio en el cual se determine el agente etiológico causal de éstas diarreas de manera que la mayoría se atribuye a parásitos intestinales; de la misma manera el nuevo sistema de seguridad social en salud ha restringido el número de exámenes diagnósticos por usuario lo cual a permitido que se limite la confirmación de los casos antes de iniciar el tratamiento.

En cuanto a la mortalidad por EDA no se observa este evento dentro de las primeras causas de mortalidad infantil debido a las falencias presentadas en la clasificación de la causa de muerte, terminando todos en paro cardiaco sin especificar el origen de éste.

10.8.2 Cólera: El Huila al igual que en Colombia se vio afectado por la epidemia de cólera en los años de 1991 y 1992 con un total de 79 casos falleciendo un paciente.

En los años siguientes no se presentaron casos hasta 1996 donde se confirmaron 7 casos procedentes de Acevedo 5, Neiva 1 y Aipe 1. En 1997 y 1998 no se presentó ningún caso.

En el año 1.999 se intensificó la vigilancia de la enfermedad diarreica bacteriana, identificando los riesgos biológicos de cólera. En el 2.000 se realizaron 145 cultivos de los cuales ninguno fue positivo para cólera. Se continua buscando el vibrio colera teniendo en cuenta que en el país hay regiones endémicas y se presentan brotes de la enfermedad.

10.8.3 La hepatitis A: Es una enfermedad frecuente en la población infantil, donde factores de riesgo del consumo y del medio ambiente son responsables de la transmisión del virus por vía fecal oral; como el consumo de alimentos, aguas, refrescos y jugo, además malos hábitos higiénicos de aseo y limpieza personal. El laboratorio de salud pública realizo 27 análisis en muestra de sangre, en muestras procedentes de Neiva, Agrado, Guadalupe y Yaguara de las cuales 16 (59%) fueron positivas para hepatitis A.

10.9 INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

El clima frío en algunos municipios del Departamento, es uno de los factores condicionantes que asociados con otros, favorece la presencia de enfermedades respiratorias en la población.

En el Departamento la Infección Respiratoria , se sigue considerando una prioridad en los programas de salud pública : Dentro de la estructura de la morbi-mortalidad la IRA en menores de cinco (5) años ocupa el segundo lugar en la Morbilidad, Mortalidad y Egreso Hospitalario.

En el año 2000 del total de las IRAS presentadas en la población infantil el 90% fueron en niños de 2 meses a 4 años y el 10 % en menores de 2 meses. En cuanto a la mortalidad se presentaron 59 muertes para una tasa de 46.8 x 100.000 menores de cinco años. En el año 2001 según el consolidado SIS 12 las IRAs fueron la primera causa de consulta con una proporción de 11.2 x 100 habitantes el grupo edad mas afectado es el de menores de 5 años que se encuentra en 8.1 x 100 habitantes. En el 2002 según el consolidado SIS 12 siguen las IRAs en primer lugar como primera causa de morbilidad con una proporción de 12.11 x 100 habitantes, lo cual quiere decir que de cada cien habitantes 12 consultan por IRA en el año.

10.10 CANCER CERVICOUTERINO

Indudablemente el nivel de conocimiento y la prevalencia de práctica de la citología cervico uterina se ha incrementado notablemente en el país en la última década. Así lo demuestra las diferencias significativas de prevalencias de citología cervicouterina en las tres últimas encuestas nacionales de salud en las que se indagó por la frecuencia de ésta alguna vez en la vida y en los últimos tres años anteriores al momento de las respectivas encuestas.¹⁴²

En general, se concluye que en efecto se han registrado aumentos significativos en las prevalencias de CCU por grupos de edad, especialmente en las edades de mayor interés para la detección temprana del cáncer cervical. Este incremento representa un importante avance en materia de prevención toda vez que el mayor beneficio del tamizaje de cáncer cervicouterino se obtiene cuando las pruebas de detección se practican en mujeres de 35 años y más. La reducción de la mortalidad por cáncer cervical observando en los últimos años, bien podría deberse en parte al incremento progresivo del uso de la citología cervico uterina en los grupos de mayor riesgo.

En el Departamento del Huila, con el apoyo ¹⁴³de los programas de promoción y prevención llevados a cabo a través del PAB, se logró crear conciencia en la población femenina hacia la importancia de la citología vaginal.

¹⁴² EPDS-90, ISS/PROFAMILIA/INC-1993, ENFREC – 98

¹⁴³ Opcit.

Para el año 2000 se practicaron 42.626 citologías vaginales para un porcentaje de cumplimiento del 41.5%, de las cuales 308 presentaron alguna anormalidad. Para el año 2002, en el Departamento se logró un porcentaje de cumplimiento de mujeres con citología del 74.7%, durante este año se observó descenso de las actividades debido a los cambios presentados en el Sistema general de seguridad social, al sentimiento de temor, vergüenza que aún persiste entre las mujeres hacia este procedimiento.

En la actualidad el sistema de información integral en salud (SIIS), no cuenta con información del 2001 y 2002, con respecto a la morbilidad por cancer cervicouterino.

10.11 HIPOTIROIDISMO NEONATAL

El programa de genética de la red Nacional de laboratorios en cumplimiento del acuerdo 117/ 2.000, inició en el mes de septiembre a nivel de todos los departamentos el tamizaje de hipotiroidismo neonatal congénito en los recién nacidos atendidos en las IPS; a fin de detectar en forma temprana y suministrar tratamiento para evitar parálisis cerebral.

El departamento del Huila, formó parte de la prueba piloto realizada por el Instituto Nacional de Salud en el año 2000, con el fin de determinar el punto de corte, para unificar el sitio de toma de muestra y los valores normales para el análisis de Hipotiroidismo Neonatal congénito, con un total de 124 muestras.

En el 2002 se realizaron 882 pruebas para diagnóstico de TSH Neonatal, dando resultado negativos.

10.12 OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA EN SALUD PÚBLICA

10.12.1 Enfermedades de la Cavidad Oral: En Colombia la historia del problema de caries dental ha sido documentada principalmente en los tres estudios nacionales de salud bucal, realizados en 1966, 1977 y 1998 por el Ministerio de Salud y otras instituciones. Dichos estudios demostraron que la caries dental es un problema frecuente en la población, que afecta tempranamente la dentición temporal y la permanente, y que causa una alta pérdida dentaria en las personas adultas mayores.

Los resultados obtenidos en el último Estudio Nacional de Salud Bucal dan cuenta del impacto que han tenido los planes y programas de educación, prevención y atención en salud bucal que se han ofrecido por parte de los servicios públicos y privados del país, en los últimos 20 años la comparación con los resultados obtenidos en los dos estudios anteriores así lo sugieren.

El Departamento del Huila no ha sido ajeno a esta problemática, es por esto que la Secretaría de Salud Departamental decide en 1996 de iniciar el programa de Promoción y Prevención en Salud Oral en la población escolar de 5 a 14 años, debido a que la población de este grupo de edad es la más vulnerable. Esta estrategia se planifica dentro del Plan de Atención Básica a través del lineamiento de Escuelas Saludables por La Paz donde se trabaja en las escuelas sobre autocuidado en higiene oral con docentes, padres de familia y alumnos, éstas actividades educativas culminan con la canalización de los escolares hacia el servicio odontológico tanto para tratamientos preventivos (aplicación de flúor y sellantes), como para la rehabilitación del estado de la salud oral; algunas administraciones municipales han brindado el apoyo financiero para la aplicación de flúor en el grupo más vulnerable (5 – 14 años), a fin de minimizar los problemas que inciden en la morbilidad oral del municipio; de esta manera observamos como de 1997 al 2000 se establecieron coberturas óptimas en este lineamiento; sin embargo como se describe más adelante vemos hacia el 2001 una disminución considerable debido a la detección de casos de fluorosis en un 64.8% de los municipios; en este sentido, el departamento del Huila cuenta con una cobertura del programa de fluorizaciones para el 2002 del 71.22%, realizando su respectiva notificación el 75.7% de los municipios.

Durante la vigencia 1999 y 2000, la Secretaría de Salud Departamental a través de cofinanciación del PAB departamental, adelantó un convenio con el comité de Cafeteros para la realización de actividades integrales de salud, lo que incluía promoción, prevención y rehabilitación en salud oral en 32 municipios, las excepciones fueron los municipios que no están catalogados como cafeteros: Aipe, Elías, Altamira, Villavieja y Yaguará. Vemos como estas actividades durante los años ejecutados produjeron un impacto considerable ya sea por demanda a través de la canalización de usuarios hacia los servicios odontológicos o por reducción de la morbilidad oral.

Analizando la tendencia de morbilidad oral según las diez primeras causas por consulta externa, se observa el siguiente comportamiento:

- En el periodo 1996 y 1999 las Enfermedades de los Tejidos Dentarios Duros ocuparon en el primer lugar, el grupo más afectado fueron los de 15 a 44 años (65.446 casos), seguido por la población de 5 a 14 años (42.271 casos), y en un tercer lugar los menores de 1 a 4 años (5.625 casos).
- Se observa un cambio considerable en el año 2000 por el descenso de la morbilidad oral al tercer lugar, identificándose con Caries Dentaria un total de 10.149 casos, reducción representada en el 2.24%.
- En el año 2001 la caries dentaria continúa su descenso al quinto lugar, pero se aumenta el número de casos a 12.610.
Durante estos dos años se mantienen en su orden los mismos grupos poblacionales afectados.

En el Departamento del Huila causa gran sorpresa analizar la morbilidad, la ausencia en la identificación de casos de fluorosis dental, problemática que tiene

una prevalencia significativa tanto en el ámbito departamental como en el nacional.

Para el periodo 2000-2001, se debe tener en cuenta que el sistema de información a nivel nacional sufrió un cambio radical en cuanto a los registros, codificación y formas de notificar, razón por la cual se dificultó considerablemente la adquisición de registros completos en cuanto al número total de municipios que debían informar. Sin embargo, no hay que desconocer que éstos resultados dan cuenta del impacto positivo que han tenido los planes y programas de educación, prevención y atención en salud bucal que se han ofrecido en los últimos años.

Con respecto a la información del 2001 sobre morbilidad oral por consulta externa, teniendo como fuente de información los RIPs remitidos por las instituciones públicas y privadas a la Secretaría de Salud Departamental, se encuentran las siguientes primeras diez causas:

Tabla 15: Morbilidad Oral en el Departamento del Huila. 2001

DIAGNOSTICO	< 1 AÑO	1 Y 4	5 Y 14	15 Y 44	45 Y 59	< 60 AÑOS	SIN INFORMAR	TOTAL	TASA X 1000 HAB.
CARIES DENTARIA	3886	551	3156	4169	764	262	1226	14014	14,9
GINGIVITIS AGUDA	966	91	527	659	184	73	71	2571	2,73
PULPITIS	147	35	269	1217	135	46	146	1995	2,12
OTRAS AFECCIONES:RAÍZ DENTAL RETENIDA	132	30	361	660	152	80	41	1456	1,55
GINGIVITIS CRÓNICA	442	45	259	284	45	18	79	1172	1,24
ABSCESO PERIAPICAL SIN FÍSTULA	48	42	282	523	65	44	42	1046	1,11
CELULITIS Y ABSCESOS	242	53	124	210	90	101	157	977	1,04
EXFOLIACIÓN DE LOS DIENTES DEBIDA A CAUSAS GENERALES	126	23	448	270	49	21	20	957	1,01
NECROSIS DE LA PULPA	208	15	55	278	77	36	19	688	0,73
PERÍODONTITIS CRÓNICA	14	6	34	174	69	44	14	355	0,37
RESTOS	493	248	410	667	203	133	327	2481	2,64

Fuente: División de Planeación – Secretaría de Salud Departamental.2001.

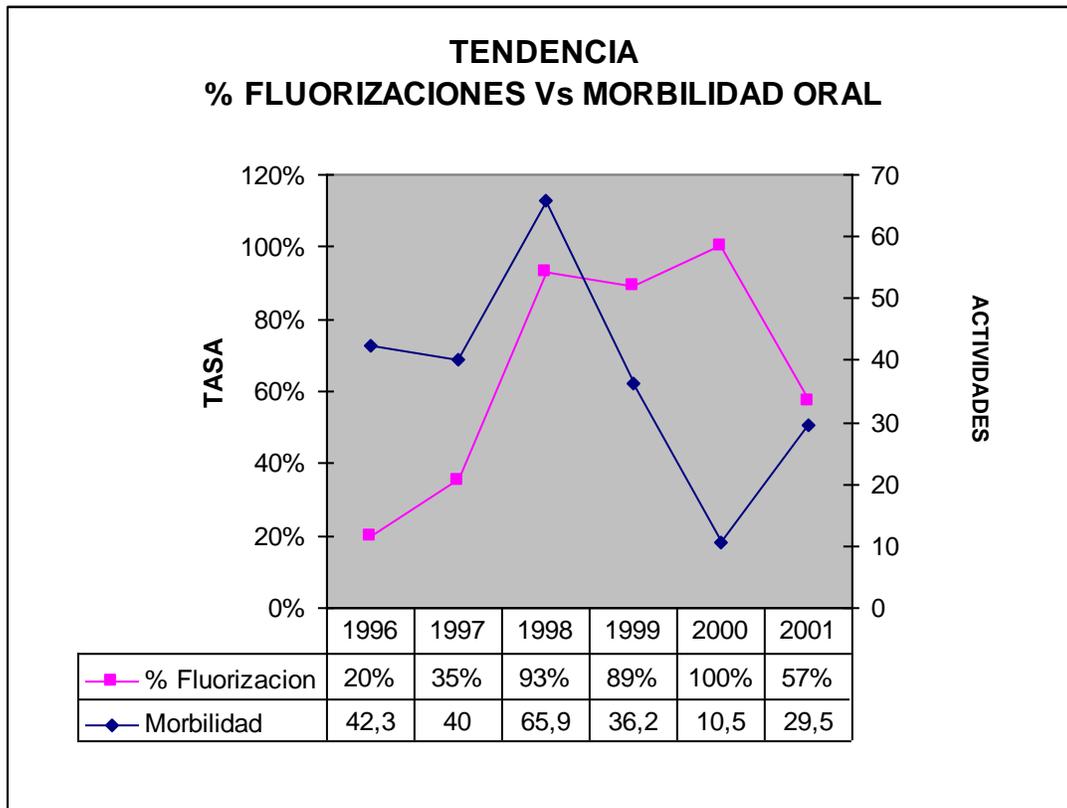
El total de casos de patologías orales que se presentaron durante el 2001 en el Departamento del Huila fue de 27.712 con una tasa de 29.5 x 1.000 habitantes.

Como se observa, dentro de las diez primeras causas por las que más consultan los Huilenses, continúa cobrando gran importancia la caries dental, obteniendo una tasa de 14.9 por 1.000 habitantes; de otra parte el grupo más afectado por los problemas dentales son la población de 15 a 44 años, seguido por los menores de un año y en tercer lugar los niños entre 5 y 14 años.

Vale la pena confrontar el impacto que las actividades preventivas han tenido con respecto a la morbilidad oral (Figura 22), lo que nos deduce que estas si tienen su ingerencia en la disminución de la misma, podemos observar que al incrementar las actividades preventivas se logra una disminución considerable en la morbilidad oral, esta información se encuentra analizada para el grupo de edad de 5 a 14 años solamente, por los motivos expuestos anteriormente.

Sin embargo una de las causas a analizar son las inconsistencias permanentes del sistema de información, donde dependiendo el reporte que se realice por parte de las direcciones locales de salud, así mismo incrementa o disminuye la morbilidad oral.

Figura 22: Tendencia % Fluorizaciones Vs Morbilidad Oral. Departamento del Huila. 1996 – 2001.



Fuente: División Desarrollo de la Salud- Secretaría de Salud Departamental. 2001.

Otro de los resultados obtenidos en el último Estudio Nacional de Salud Bucal de 1999, fue la identificación del perfil epidemiológico y por lo tanto las necesidades de la población. Entre los problemas que requieren atención se destacan los indicadores obtenidos sobre fluorosis dental, especialmente en la población infantil.

La información obtenida permite afirmar que hay una prevalencia superior a la esperada, especialmente en algunas poblaciones del país dentro de las cuales se encuentran localidades del Departamento del Huila, sin embargo dada la naturaleza y cobertura del estudio, no es posible hacer afirmaciones sobre las razones que explican este comportamiento. De igual manera la prevalencia de la fluorosis dental arrojó un resultado del 11.5%, de la cual 10.7% corresponde a fluorosis muy leve y leve 0.7% es moderada o severa. El análisis por grupo de edad mostró que los niños de 6 y 7 años son los más afectados con un prevalencia del 25.7% (22.5% leve y 3.2% moderada o severa). Las diferencias por regiones también deben ser motivo de análisis lo que justifica determinar una investigación específica para el Departamento del Huila.

El problema de la fluorosis dental ha sido otra de las causas que han contribuido en la morbilidad del departamento, el hecho de contar con esta patología hace que el esmalte dentario sea más débil y por ende existirá mayor susceptibilidad a la Caries Dental. Esta patología en el Huila, fue confirmada oficialmente en 1988 por el Ministerio de Salud cuando realizó el Inventario Nacional de contenido natural de flúor en las aguas de consumo público, cuyos resultados mostraron en el Departamento del Huila, municipios con contenidos igual o mayor a 0.5 ppm tomándose este parámetro como factor de riesgo; las zonas identificadas fueron Gigante (potrerrillos), Hobo, Rivera y Suaza.

El último informe del subcomité Ad Hoc sobre el fluoruro, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (1991) plantea que en comparación con lo reportado en los años 40's, la prevalencia total de fluorosis dental ha aumentado en áreas no fluoradas y puede haber aumentado en áreas óptimamente fluoradas. Los aumentos de fluorosis dental en una población significan que las exposiciones totales al fluoruro que provienen de una variedad de fuentes están aumentando y pueden ser más que las necesarias para prevenir la caries dental; en este sentido, en 1999 la Secretaría de Salud Departamental, de acuerdo con los reportes arrojados a través del inventario y algunos diagnósticos relatados por los profesionales de ciertos municipios, decidió monitorear estas fuentes de agua a través de análisis realizados por el INS, de esta manera se establecieron con factor de este riesgo los municipios de Campoalegre, Hobo, Suaza, Teruel, Altamira, Rivera y Gigante.

En el 2001 y 2002 siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud, se programa la actualización del inventario realizado en 1988 donde se inicia con análisis de las zonas urbanas y el 10% de las rurales, continuando con este porcentaje anualmente hasta completar el 100%, de acuerdo con la capacidad del departamento a través del Laboratorio de Salud Pública. De esta manera con gran

preocupación hemos visto que el problema de fluorosis en el departamento del Huila ha aumentado significativamente logrando establecerse otros municipios con factores de riesgo: Aipe, Algeciras, Guadalupe, Neiva, Pital y Timaná. Sin embargo contamos con reportes de casos de fluorosis en otros municipios que dentro de los análisis realizados no han arrojado valores iguales o superiores a 0.5 ppm, ellos son: Isnos, Acevedo, Agrado, Baraya, Elías, Garzón, La Argentina, San Agustín, Santa María, Tarqui, Tello y Villavieja.

10.12.2 Situación Nutricional en menores de doce años: El estado nutricional de los niños está estrechamente asociado a la morbilidad y mortalidad, el análisis del estado nutricional del Departamento en el 2002, se realizó contando con información reportada por 34 municipios, consolidándose 73.742 registros de menores de doce años.

Es bien conocido por todos que el estado nutricional de una población viene a ser uno de los indicadores de calidad de vida más relevantes, puesto que mide el grado de desarrollo no sólo económico sino también social de una región.

Más del 60% de la población del departamento presenta bajos ingresos, de los cuales el 16.8% se encuentra en miseria; el 40.4% de la población tiene necesidades básicas insatisfechas, afectando entre otros el cubrimiento de los requerimientos de sus calorías y nutrientes, lo que los conlleva a inseguridad alimentaria.¹⁴⁴

Esta situación propicia un alto riesgo a enfermar y morir en los grupos más vulnerables como son los niños y las niñas, jóvenes, gestantes y ancianos, provocando alteraciones funcionales que disminuyen la capacidad de aprendizaje, resistencia a las enfermedades y disminución de la velocidad del crecimiento en los niños y niñas, influyendo posteriormente en la capacidad productiva del individuo y por ende de la sociedad.

La Valoración del estado nutricional se realiza a partir de la distribución normal de probabilidades, utilizando el **Z score** de los tres indicadores básicos y universalmente definidos como son: Bajo peso para la Edad (Indicador de desnutrición global); Baja talla para la Edad (Indicador de desnutrición crónica) y Bajo Peso para la Talla, el cual con este último se determina el diagnóstico (cuales presentan desnutrición aguda o se encuentran en sobrepeso u obesidad).

La valoración nutricional y la sistematización de la información se realizan en el nivel local, el cual remite en medio magnético trimestralmente a la Secretaria Departamental de Salud dicha información.

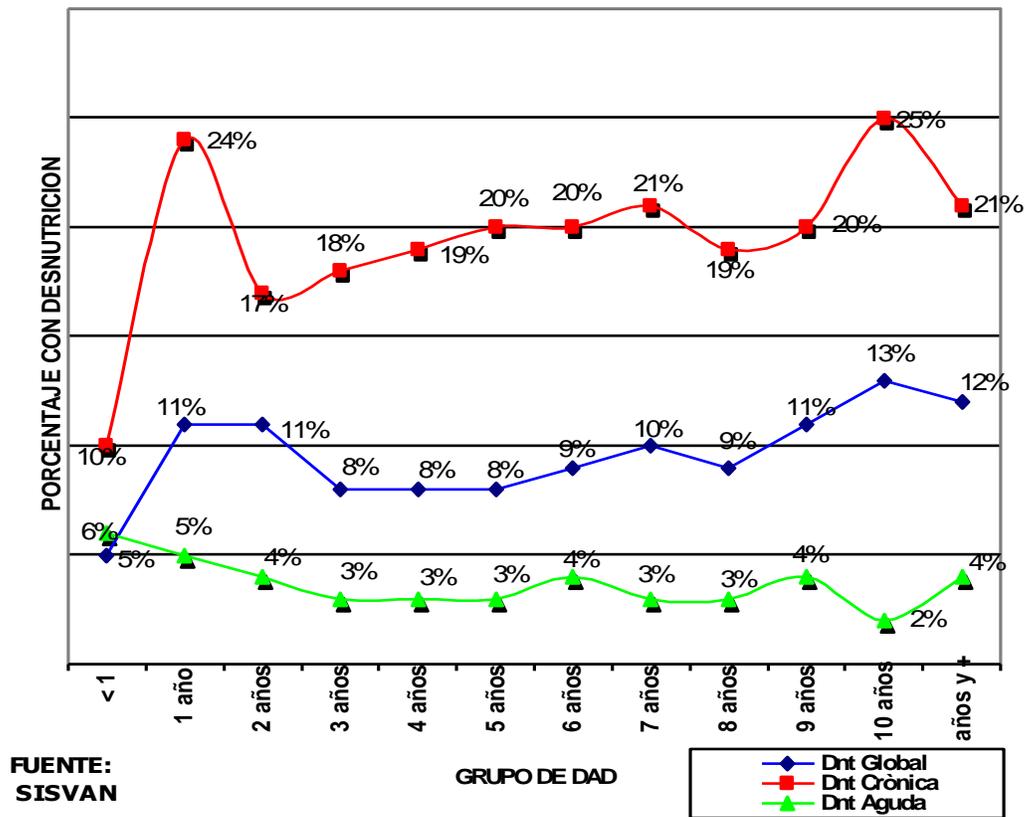
Para determinar el porcentaje de desnutrición en cada indicador, se ha tomado el valor ubicado por debajo de menos dos (-2) desviaciones estándar del promedio de la población de referencia, según lo establecido por la OPS/OMS y para

¹⁴⁴ Departamento Nacional de Estadísticas Vitales. DANE.

determinar sobrepeso - obesidad se tiene en cuenta la población ubicada en el rango de igual o mayor a (2) desviaciones estándar.

En la Figura 23 se describe la situación nutricional por grupo de edad.

Figura 23: Situación Nutricional en < 12 años, por grupo de edad. Departamento del Huila. 2002



10.12.2.1 Desnutrición Global: Los niveles de desnutrición global se determinan al comparar el peso del niño con el esperado para su edad y sexo¹⁴⁵.

El peso para la edad es considerado como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica de la aguda.

¹⁴⁵ Encuesta de Demografía y Salud. PROFAMILIA 2.000

En el Huila, el 9% de los menores de doce años presentaron bajo peso para la edad, siendo los grupos más afectados los de Uno a Dos años y los mayores de Nueve años; Se mantiene estable esa tendencia a partir de los siete años.

Es necesario tener en cuenta que el peso es muy labil a la presencia de enfermedades, especialmente de tipo infeccioso o al inadecuado consumo de alimentos, pero que de igual manera se recupera cuando se toman los correctivos necesarios de acuerdo a los factores de riesgo identificados.

De los municipios afectados se encuentran: Neiva (14%); Oporapa (14%); Palestina (13%); Gigante (13%); Pitalito (13%); Tello (13%); Isnos (11%); La Argentina (11%) ; La Plata (11%) y Tarqui (11%). Los municipios con menor prevalencia se encuentra Yaguará (5%) y Campoalegre (4%).

10.12.2.2. Desnutrición Crónica: Como consecuencia de retrasos acumulativos en los cuales persiste la carencia de alimentos y el deterioro en la calidad de vida de las familias de estos menores.

Los factores de riesgo más prevalentes que refleja este indicador son: Deficientes Ingresos económicos familiares, Deficiente infraestructura Sanitaria del municipio (mala calidad del agua para consumo humano; deficientes condiciones de Disposición de excretas y residuos sólidos); Dificil acceso a la educación; Familias numerosas entre otros, es por ello que su solución se dará a largo plazo.

Los niveles de desnutrición se determinan al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo.

El promedio departamental de desnutrición crónica es del 18% de los menores de doce años con baja talla para su edad. el cual comparado con el año inmediatamente anterior ha presentado un significativo aumento.

Por grupo de edad, incrementa el porcentaje de menores de un año con deterioro en su velocidad de crecimiento en talla a un 10%, por lo que es necesario contemplarlo como indicador indirecto de desnutrición materna.

La disminución de velocidad de crecimiento en talla para la edad, como se observa en la Gráfica No. 24 es persistente en todos los grupos etáreos, llegando a ser más evidente en la población de 1 año y la mayor de 10 años, donde la velocidad de crecimiento es más alta, por lo tanto las necesidades nutricionales en cantidad y calidad son vitales.

Los municipios con mayor deterioro nutricional son en su orden: Palestina con 33%; Isnos con 31 %; Gigante con el 30%; Nátaga y San Agustín con 25%; Tarqui, Acevedo, Oporapa y Campoalegre con 23%; La Plata con 21% y Rivera con 19%.

Llama la atención la disminución de la prevalencia a este tipo de desnutrición en el municipio de Palestina el cual desde que se inicio en el departamento con la Vigilancia Nutricional (1988), era el municipio con mayor deterioro nutricional y durante el presente año ha disminuido su prevalencia al (33%) pasando al segundo lugar, aunque es necesario considerar también que para el presente año el número de datos reportados por este municipio fue superior a la de los años anteriores.

10.12.2.3 Bajo peso para la talla Se determina al comparar el peso del menor, con el peso esperado para su talla y género, sin tener en cuenta la edad.

Es un indicador de desnutrición reciente, que mide el efecto del deterioro en la alimentación o la presencia aguda de enfermedades especialmente de tipo infeccioso, por lo cual se dice que obedece a situaciones de coyuntura.

Es usual que este indicador sea el de menor prevalencia, ya que refleja el acomodo fisiológico del peso a privaciones que pueden haber afectado la talla, resultando en niños de baja estatura pero de aparente buen peso.

El promedio departamental fue del 4 % de los menores de doce años con bajo peso para la Talla actual (Emaciación).

Analizando con años anteriores, refleja un leve descenso lo que nos permite determinar que las acciones de Promoción de la Salud y Protección de la enfermedad han tenido un impacto positivo en el departamento.

El grupo de edad más afectado a este tipo de desnutrición fueron los menores de dos años (Promedio 5%), nuevamente se manifiesta mayor deterioro en esta población, por lo que es necesario fortalecer las acciones de Protección y fomento a la lactancia materna y el inicio de una alimentación complementaria en forma adecuada no sólo en cantidad sino en calidad; prevención de las enfermedades infecciosas y parasitarias y fortalecimiento del PAI como acciones a corto y mediano plazo; a largo plazo es necesario trabajar con las administraciones municipales la importancia de mejorar las condiciones sanitarias (suministro de agua potable especialmente), incrementar las Fuentes de empleo, que conlleven a un mejoramiento de la Seguridad alimentaria de las familias más vulnerables especialmente y fortalecer la demanda inducida hacia los programas de Protección específica y Detección Temprana.

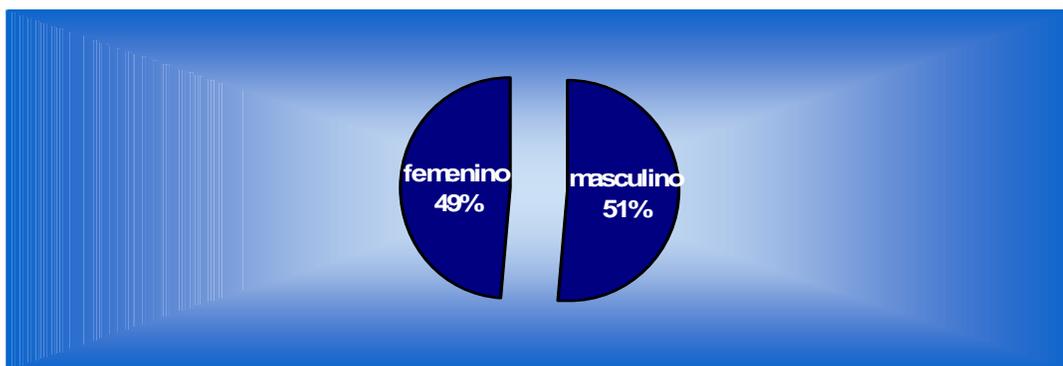
Los municipios de mayor deterioro fueron Neiva con 11%; Pitalito, Agrado y Colombia y Gigante con 7%; Oporapa, Tarqui, Baraya, Guadalupe, Hobo y Villavieja con 6% cada uno.

10.12.2.4 Riesgo a sobrepeso/obesidad: Se hace significativo también a temprana edad y es fundamental para que los equipos de salud de los municipios reconozcan y manejen desde los programas de Detección temprana de las alteraciones de los menores de 9 años y de jóvenes dicho comportamiento.

El 4% de la población analizada se ubica entre 2 y 3 desviaciones estándar y el 2% se ubicó por encima de 3 desviaciones estándar, similar al año inmediatamente anterior.

Del total de información analizada en el 2.002, el 51% de los registros correspondieron a población masculina y el 49% a población femenina (Figura 21). El 51% de los menores analizados, corresponden al género masculino y el 49% al género femenino (Figura 24).

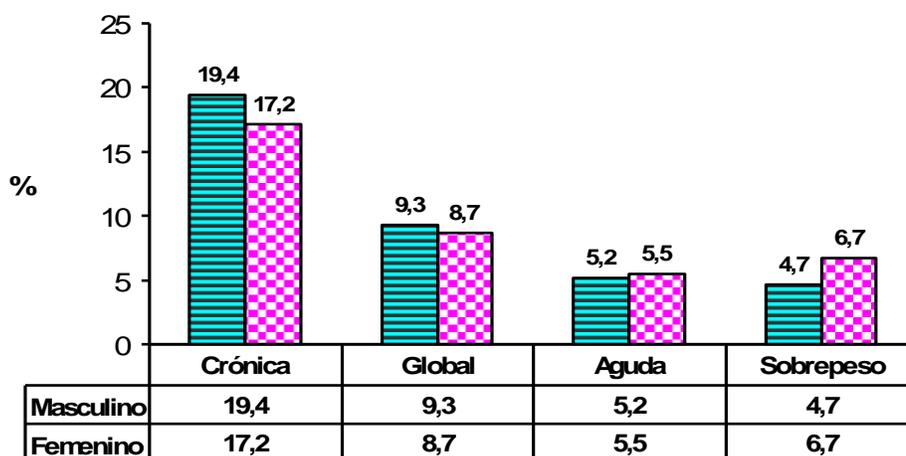
Figura 24: Población por Género con Riesgo a sobrepeso/obesidad. Departamento del Huila. 2002.



FUENTE: SISVAN, Secretaria de Salud Departamental 2.002.

La figura 25 nos da a conocer que los niños han sido mas afectados por el Bajo peso y Baja talla para la edad, mientras que las niñas presentan mas riesgo a la Desnutrición aguda o bajo peso para la talla y presentan mas tendencia al sobrepeso.

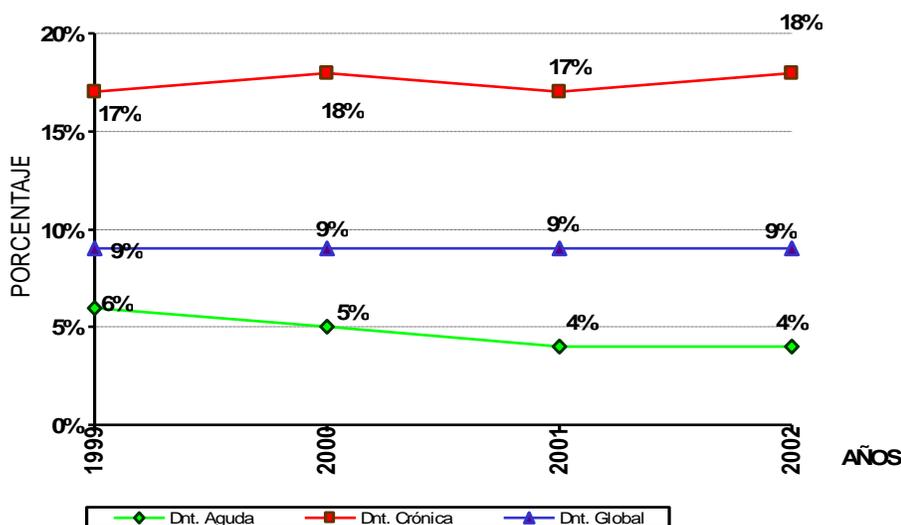
Figura 25: Situación nutricional < 12 años por género. Departamento del Huila. 2002.



FUENTE: SISVAN, Secretaria de Salud Departamental 2.002.

Encontramos que la situación nutricional se ha mantenido constante en los últimos 4 años. Se ha registrado un leve descenso en la desnutrición aguda, lo que demuestra que las acciones de Promoción de estilos de vida saludable (Lactancia

Figura 26: Tendencia nutricional < 12 años Huila 1999 – 2002



FUENTE: SISVAN, Secretaria de Salud Departamental.

materna, Difusión de las guías alimentarias, prevención y manejo de las enfermedades más prevalentes de la infancia, programas de cualificación en complementación alimentaria han contribuido de manera positiva de prevenir mayor deterioro nutricional (Figura 26).

La tendencia a desnutrición crónica se incrementó significativamente, reflejo del incremento en las tasas de desempleo del departamento, Orden público que genera dificultad para la producción y disponibilidad alimentaria en el ámbito local y familiar, al igual que desplazamiento de familias del área rural y condiciones sanitarias inadecuadas especialmente.

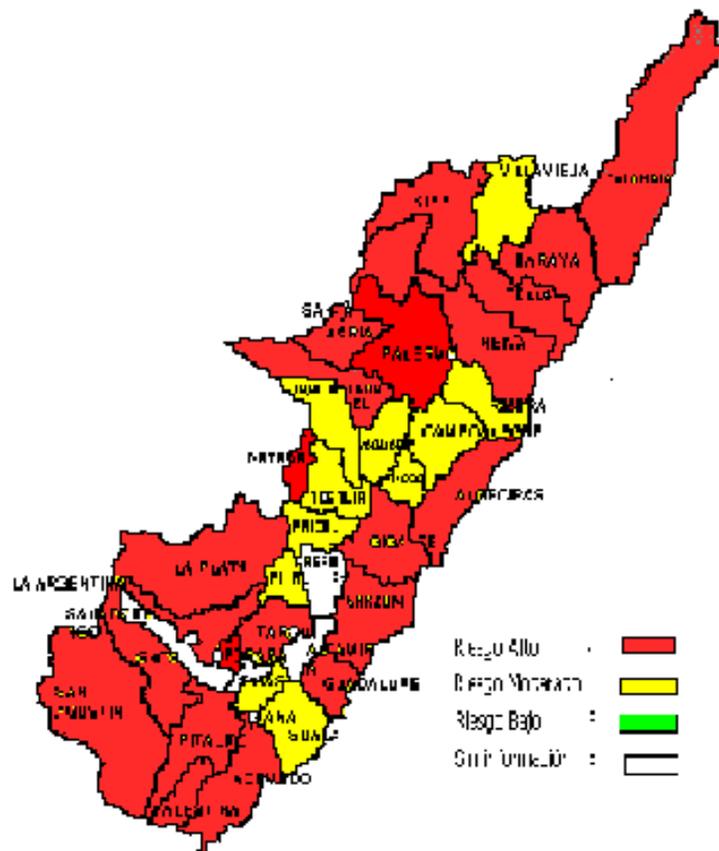
10.12.2.5 Nivel de riesgo de los municipios a los diferentes indicadores de desnutrición 2002: Se clasifica de acuerdo a los siguientes parámetros:

MUNICIPIOS CON ALTO RIESGO: Menos del 70% de los menores analizados por municipio, presentan un peso o una talla normal para la edad o un peso normal para la talla .

MUNICIPIOS CON MEDIANO RIESGO: Entre el 70 y 80% de los menores analizados por municipio, presentan un peso o una talla normal para la edad o un peso normal para la talla .

MUNICIPIOS CON BAJO RIESGO: Entre el 80 y 90% de los menores analizados por municipio, presentan un peso o una talla normal para la edad o un peso normal para la talla .

Figura 27: Nivel de riesgo a desnutrición global < 12 años por municipio, Departamento del Huila. 2002

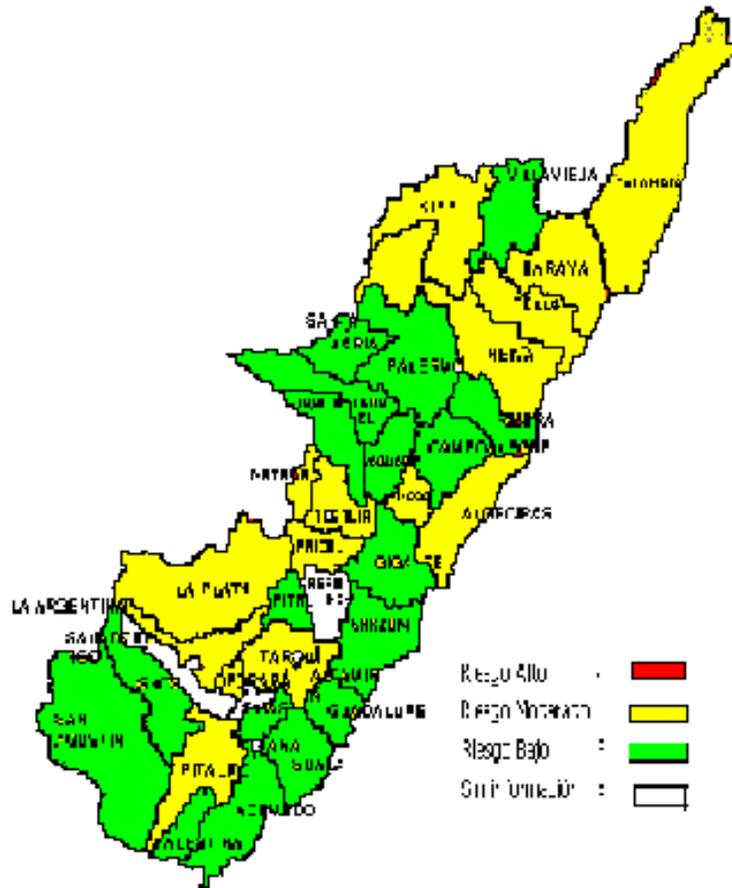


FUENTE: SISVAN, SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD HUILA.

Al comparar el comportamiento con el año inmediatamente anterior, en el análisis del riesgo a desnutrición global por municipio, se encuentra que hubo un incremento de los municipios con riesgo alto a este indicador, actualmente 24 municipios han sido clasificados en este riesgo alto (Figura 27).

De Riesgo moderado a Riesgo Alto, pasaron los municipios de Baraya, Aipe, Guadalupe, Acevedo y Pitalito.

Figura 29: Nivel de riesgo a desnutrición aguda por municipio en el Departamento del Huila. 2002

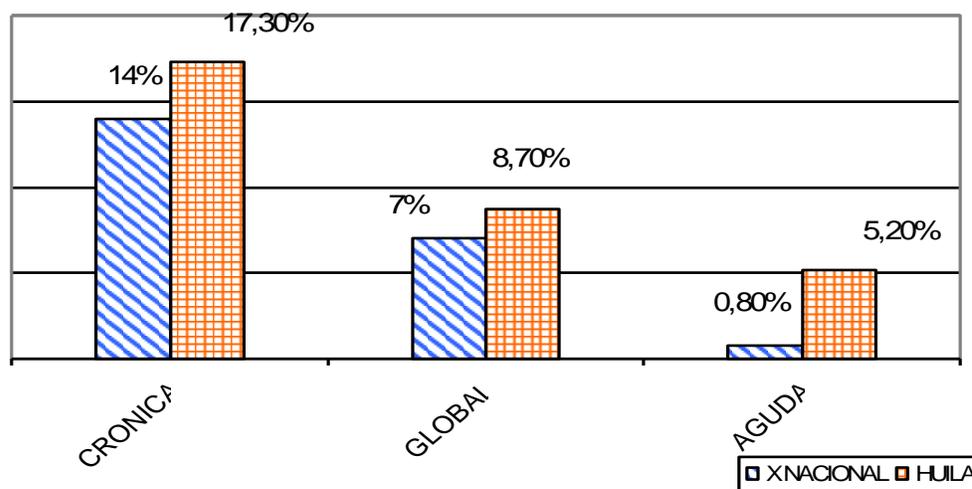


FUENTE: SISVAN; SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD HUILA.

Para podernos comparar con el nivel nacional, se selecciona del total de datos reportados, la población menor de cinco años, correspondiente al 72% (49.775 niños y niñas) de las observaciones realizadas durante el presente año, muestra que consideramos estadísticamente representativa para su análisis con el nivel nacional.

El departamento presenta un deterioro nutricional superior al promedio nacional, ubicando a este sector del país en alto riesgo a las deficiencias nutricionales, siendo por ello necesario fortalecer las acciones intersectoriales para lograr un impacto positivo en la prevención de este flagelo (Figura 30).

Figura 30: Situación nutricional < 5 años Huila, Colombia 2002



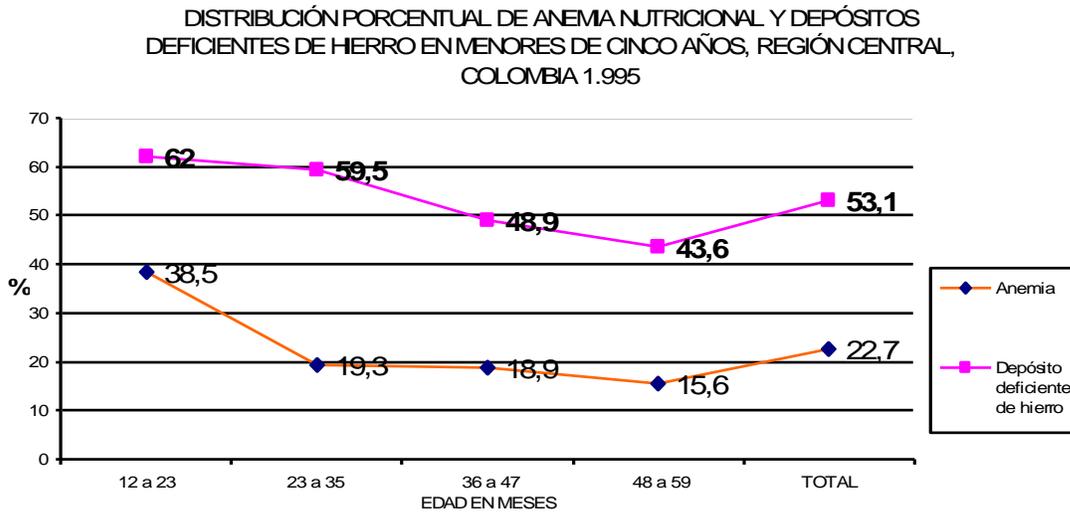
FUENTE: SISVAN, Secretaria de Salud Departamental.

10.12.2.6 Deficiencias de Micronutrientes: **De acuerdo a la investigación de Deficiencias de Micro nutrientes adelantada por el Instituto Nacional de Salud, durante 1.995 – 1.996, se evidenció que la Región Central del País y en donde se encuentra ubicado el departamento del Huila, es altamente susceptible a problemas de anemia, deficiencia de Vitamina A, Deficiencias de Yodo especialmente. (Figura 31).**

Con relación a la anemia la situación encontrada fue la siguiente:

- 1 de cada 4 niños y niñas menores de cinco años de nuestra región presentan anemia. El grupo de más edad mas afectado es el de uno a dos años.
- 1 de cada dos niños y niñas menores de cinco años, presentan depósitos deficientes de hierro.
- Hay mayor anemia en aquellos niños que consumen agua no tratada.
- Se observa mayor prevalencia en aquellos niños y niñas que habitan en hogares donde no hay servicio sanitario y en la zona rural.

Figura 31: Anemia Nutricional y deficiencia de Hierro, Colombia 1995



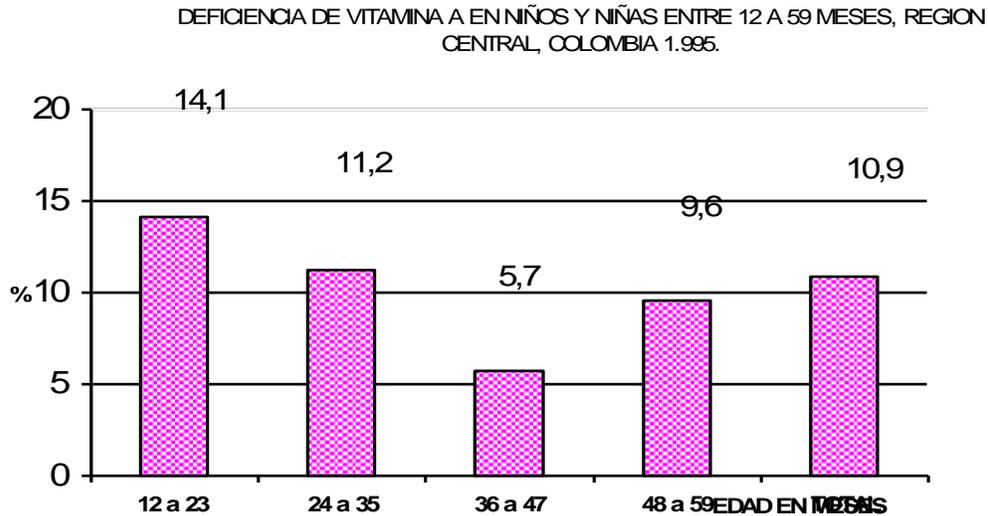
FUENTE: SISVAN, *Secretaria de Salud Departamental.*

En el caso de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años), una de cada cinco mujeres presentaron anemia.

- 1 de cada dos presentaron depósitos deficientes de hierro.
- La prevalencia más alta de anemia en mujeres estuvo en el grupo de 15 a 19 años
- Afecta más a las mujeres de la zona rural.

11 de cada 100 niños menores de cinco años de nuestra región presentan deficiencia leve de vitamina A, siendo el grupo de mayor riesgo el de 1 a 2 años, haciéndolos más susceptibles a enfermar especialmente de infecciones respiratorias (Figura 32).

Figura 32: Deficiencia de Vitamina A. Región Central de Colombia. 1995



FUENTE: SISVAN, Secretaría de Salud Departamental. 2002.

10.12.2.7 Prevalencia de Bocio en Escolares de 8 a 12 años en el Huila: El Estudio nacional llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud durante 1994 a 1996, demostró que el 16.3% de los escolares presentaron Bocio Grado I, ocasionado por deficiente suministro de Yodo en la Sal, ubicando al departamento en el segundo grupo de los que presentaron mayor prevalencia. El promedio nacional fue de 7.2% en este estudio.

Dadas las consecuencias de dicho desorden se definieron y fortalecieron acciones a nivel nacional y por ende departamental, lo que permitió en 1.998 las agencias internacionales mediante un monitoreo nacional declarar al país libre de Desórdenes por Deficiencia de Yodo, siendo necesario continuar con el proceso de fortalecimiento en la Vigilancia y Control de la Calidad de la Sal y actividades de movilización social. Es por ello que en el departamento a través de la Estrategia Escuela Saludable, se ejecuta el proyecto de Educación denominado Niños y Niñas Veedores Científicos, establecido como una de las estrategias de Promoción diseñadas por UNICEF y Ministerio de Educación para prevenir estos Desórdenes.

10.12.2.8 Bajo Peso al Nacer: La fuente de información corresponde al Sistema de Estadísticas Vitales, DANE, año 2.000, donde se encuentra que en el Huila la proporción de Bajo peso al nacer correspondió al 4.83 %, ubicándose por debajo del promedio nacional, el cual se encuentra en 5.1%.¹⁴⁶

¹⁴⁶ PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS, 2.000.

Los municipios con mayor proporción fueron los siguientes¹⁴⁷:

Garzón	: 6.84%
La Argentina	: 6.60%
Pitalito	: 6.14%
Neiva	: 5.96%
Oporapa	: 5.15%
Altamira	: 4.17%
La Plata	: 4.11%

Es necesario tener en cuenta que las IPS de los municipios de Garzón, Pitalito, La Plata y Neiva son receptores del alto riesgo en atención del parto de los municipios circunvecinos, por lo tanto esta situación puede incidir en una mayor prevalencia del Bajo peso al nacer en estas localidades.

Llama la atención la alta prevalencia de Bajo peso al nacer en el municipio de la Argentina, no obstante el municipio se encuentra desarrollando estrategias de Promoción de la salud y Prevención de enfermedades en el binomio madre-hijo (Madres consentidas) los cuales tienen como propósito captar tempranamente a las gestantes, identificar los factores de riesgo para su oportuno manejo y evitar la presencia de las patologías prevenibles en este grupo etéreo.

10.12.2.9. Lactancia y Nutrición: Los patrones y posibilidades de alimentación del niños afectan su estado nutricional, al que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento.

En este sentido, la práctica de la lactancia materna provee a los niños y niñas de los nutrientes adecuados y de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la niñez.

Los hábitos de lactancia y destete están muy relacionados con los riesgos de enfermedad y desnutrición. Por otro lado, la duración y la intensidad de la lactancia en el periodo posparto influyen en el intervalo entre nacimientos y los niveles de fecundidad resultantes, los que a su vez condicionan las posibilidades de sobre vivencia de los hijos futuros y de las madres.

La inadecuada alimentación y la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas son determinantes más importantes que los factores genéticos en el crecimiento de los infantes, convirtiendo la desnutrición infantil en una de las variables más sensibles a las condiciones de vida.

INICIO DE LA LACTANCIA: La situación encontrada en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, de PROFAMILIA, 2.000, revela que el 96% de los niños menores de cinco años fueron amamantados cuando nacieron; durante las primeras

¹⁴⁷ Sistema de Estadísticas Vitales, departamento del Huila, año 2.000.

24 horas de nacido lo hicieron el 87% de los menores y no en la primera hora como es aconsejable donde sólo el 61% lo hicieron.

En la Región del Tolima, Huila y Caquetá el 72.2 % lo hicieron dentro de la primera hora de nacidos y el 88.8% durante el primer día de nacido.

Sin embargo es conveniente resaltar que comparada con la última encuesta adelantada durante 1995, hay un incremento significativo en esta práctica alimentaria, donde el 50.5% de los recién nacidos fueron amamantados durante la primera hora de nacidos y el 81.3% lo hicieron durante el primer día respectivamente, esto demuestra que las acciones adelantadas en el marco del Plan decenal para la Promoción, Protección y apoyo a la lactancia materna han tenido un impacto positivo.

Por otro lado, el conocimiento de la prevalencia de la lactancia materna y el inicio del destete son importantes desde el punto de vista de la salud infantil, porque permiten conocer en que momento los niños empiezan a ser expuestos al riesgo de contraer ciertas enfermedades por ingerir agua, que generalmente no es de buena calidad u otras sustancias, sin tomar las precauciones adecuadas.

La proporción que no lacta aumenta rápidamente con la edad del niño; del 1.6% de los niños entre cero y un mes que no lactan, llegan al 26% en los menores de seis meses.

10.13 EVENTOS RELACIONADOS CON EL COMPORTAMIENTO Y LAS RELACIONES HUMANAS

10.13.1 Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil: El comportamiento de las personas incide directamente sobre la salud, derivado de las costumbres, creencias y hábitos estimulados por el entorno social desde su infancia. Es frecuente el alcoholismo y la fármaco dependencia, la violencia intra familiar y el maltrato infantil, el conflicto por discriminación de clases sociales y la alta accidentalidad de tránsito producto de estilos de vida negativos.

En el Departamento del Huila durante el año 2000, según los reportes de las unidades notificadoras de violencia se registraron 2857 de Maltrato Infantil y Violencia Intra familiar reportados por 18 municipios donde se implemento el sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intra familiar y el Maltrato Infantil.

En el Huila durante el 2001 se reportaron 2054 casos mostrando una disminución quizás por la falta de los reportes de las instituciones encargadas de la Vigilancia, sigue prevaleciendo el maltrato físico con un 72.15 % de los casos, seguido del psicológico intencional con 47.22%, en tercer lugar el maltrato por Negligencia y descuido con el 9.2%.

Uno de los problemas para poder conocer el evento de maltrato y violencia intrafamiliar en el departamento del Huila es la falta por parte de la comunidad de informar el evento y la falta de atención inmediata de los casos de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, ocasionando que el diagnóstico refleje una realidad parcial.

El análisis del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar durante el año 2002 registró un total de 2072 casos, de los municipios de Neiva, Acevedo, Aipe, Agrado, Algeciras, Baraya, Elias, Garzon, Gigante, Palestina, Guadalupe, Iquira, Isnos, La Argentina, Altamira, La Plata, Oporapa, Paicol, Palermo, San Agustín, Pital, Pitalito, Rivera, Suaza, Villavieja, Tarqui, Teruel, Timana y Yaguara.

10.13.1.1 Indicadores relacionados con los factores de riesgo que inciden en el Maltrato Infantil y Violencia intrafamiliar:

El tipo de maltrato, que sigue prevaleciendo en el Dpto del Huila es el Maltrato Psicológico con 518 seguido ésta de Maltrato Físico con 514 casos recepcionados, en tercer lugar el Maltrato por Negligencia y Descuido con 97, en cuarto lugar en Psicológico No Intencional con 89 casos, en Quinto lugar por Abuso Sexual con 44 casos, en sexto lugar por Explotación económica con 7 casos recepcionados:, en septimo lugar Peligro Moral con 2 casos.

Los grupos de edad de la población mas vulnerable y objeto de Violencia Intrafamiliar son: La población adulta (30 - 39) en primer lugar con 223, en segundo lugar la población joven (20 - 29) con 211 casos, en tercer lugar la población adolescente (10 - 19) con 163 casos, en cuarto lugar la población de adultos medio del rango (40 - 59) con 141 casos, en quinto lugar la población de niños/as de 5 a 9 años con 118 casos, en sexto lugar la población de niños/as de 1 a 4 años con 43 casos, en septimo lugar la población menor de un año con 64 casos..

Se observa que la población mayor de 20 años presenta Violencia Intrafamiliar debido posiblemente a las deficientes habilidades de convivencia en familia, inadecuado manejo del conflicto, por problemas sociales, problemas personales no superados y problemas asociados al consumo de Sustancias Psicoactivas en especial el alcohol.

El mayor grado de agresión se presenta en los niños menores de 18 años, sobre todo en la población de 10 a 19 años seguida de 5 a 9 años, esto se debe a la falta de conocimiento de las etapas evolutivas del ser humano. Sin embargo, es preocupante que la población menor de 4 años sigue siendo no ajena al maltrato por desconocimiento de parte de los adultos del Desarrollo de su personalidad en las diferentes etapas evolutivas a nivel afectivo, cognitivo, social y sexual. Por consiguiente sería importante implementar programas de formación y educación dirigido a los padres para orientarlos en la formación de habilidades constructivas que fortalezcan los programas de crecimiento y desarrollo.

La población mas vulnerable según el sexo sigue siendo el género femenino con 672 casos sobre 204 casos del género Masculino. Por consiguiente es necesario fortalecer los Derechos de los niños y niñas y los Derechos de la Mujer.

10.13.2 Abuso en el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA): En el departamento del Huila se ha presentado un grave aumento en el abuso de sustancias como el alcohol, la marihuana y el bazuco, según el diagnóstico cualitativo realizado en 35 municipios donde la edad de inicio es cada vez menor y la población más afectada son los jóvenes entre 14 y 21 años. Encontrándose los principales factores de riesgo para esta problemática las situaciones de violencia intra familiar, el mal uso del tiempo libre, la presión del grupo social, la falta de proyectos de vida estructurados, la oferta de SPA, el impacto de los medios de comunicación y la falta de una política clara de intervención del sector Educativo en el diseño y ejecución de proyectos especiales con participación juvenil.

Por la ubicación regional la población del Huila, es vulnerable ya que su coyuntura geográfica favorece la proliferación de cultivos ilícitos, siendo para los jóvenes una opción de productividad rentable lo que tiene que ver con su distribución y venta; igualmente las Autoridades manifiestan dificultades en el control de expendios y ventas de licor a menores de edad y manejo a vendedores ambulantes. Finalmente los modelos y pautas de crianza siguen siendo un factor determinante para los jóvenes quienes dan inicio al consumo de PSA y tabaco cada vez desde más temprana edad.

Según sondeo Nacional de Drogas en Jóvenes 1999 – 2000 nos refleja los niveles altos de consumo en algunas sustancias. Dentro del consumo de sustancias legales (alcohol, el cigarrillo, los inhalantes, tranquilizantes) el alcohol es la de mas alto consumo en la población joven. La Prevalencia de vida de alcohol para todas las ciudades es de 73%, lo cual quiere decir que siete de cada diez jóvenes han consumido alcohol alguna vez en la vida y uno de cada dos jóvenes de 10 a 24 años en las capitales del país, tuvo la oportunidad de hacerlo en el último mes. Dentro del sondeo se encontró que dentro de las drogas ilegales la de mayor consumo sigue siendo la marihuana seguida de la cocaína y en tercer lugar el bazuco.¹⁴⁸

Del resultado de la Encuesta Nacional de consumo de sustancias psicoactivas efectuada en el Municipio de Neiva el 18 de Octubre del 2001, se concluyo el 81.5% eran hombres y el 78.4 % mujeres en Secundaria; en educación universitaria es el 97.3% en hombre y 95.7 % en mujeres, el consumo de alcohol es el mas prevalente.

El estudio del uso indebido de sustancias Psicoactivas reportan como los municipios como de mayor consumo a: Neiva, Garzón, Pitalito, Campoalegre, Rivera, Palermo, La Plata y Aipe.

¹⁴⁸ Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Neiva. 2001.

En la ciudad de Neiva, el programa Rumbos realizó una encuesta con 46 instituciones de educación básica secundaria y 4 de educación universitaria. Se realizaron 5052 encuestas de las cuales 52 (1%) se eliminaron por estar mal diligenciadas. La edad promedio de los encuestados fue de 14.4 con una desviación estándar de 2.8 años. Se encuestó un número similar de hombre y mujeres, los grupos menos representados en la muestra fueron los jóvenes de 20 a 24 años y los universitarios (Tabla 16).¹⁴⁹

Tabla 16: Distribución de la Población según resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Neiva. 2001.

		NUMERO	PORCENTAJE
GENERO	MASCULINO	2370	48%
	FEMENINO	2571	52%
EDAD	10 A 14	2744	55.3%
	15 A 19	1915	38.6%
	20 A 24	305	6.1%
ESCOLARIDAD	BACHILLERATO	4639	92.8%
	UNIVERSIDAD	361	7.2%
OCUPACION	ESTUDIA	4045	82.5%
	ESTUDIA/TRABAJA	856	17.5%

Fuente: Encuesta Programa Rumbos- 2001.

10.13.2.1 Clasificación de los Resultados por Sustancia: De acuerdo al tipo de sustancia psicoactiva utilizada en el grupo de encuestas, se lograron establecer los siguientes parámetros:

Consumo de Alcohol: La mayoría de los jóvenes encuestados iniciaron el consumo de alcohol entre los 10 y 14 años. Aproximadamente trece de cada 100 jóvenes habían iniciado el consumo de alcohol antes de los 10 años (Tabla 18).¹⁵⁰

Consumo de Cigarrillo: La mayoría de jóvenes consumidores de ésta sustancia inicio el consumo de cigarrillo entre los 10 y los 14 años, antes de los 19 años casi la totalidad habría iniciado a consumir cigarrillo (Tabla 18).¹⁵¹

Consumo de Marihuana: El consumo de marihuana es posterior al consumo del alcohol y cigarrillo. Sin embargo, la mayoría de los jóvenes consumieron

¹⁴⁹ Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Neiva. 2001.

¹⁵⁰ Opcit.

¹⁵¹ Ibit.

marihuana por primera vez entre los 10 y 14 años. El 47% de los jóvenes que consumieron el último año lo hicieron con una frecuencia de por lo menos una vez a la semana (Tabla 18).¹⁵²

Consumo de Cocaína: El consumo de cocaína inicia casi al mismo tiempo que el consumo de marihuana. La mayoría de los jóvenes consumidores iniciaron el consumo entre los 15 y 19 años, la frecuencia del consumo de cocaína es un poco mayor que la del consumo de marihuana (Tabla 17).¹⁵³

Tabla 17: Clasificación de los Resultados por tipo de Sustancia (Alcohol, Cigarrillo, Marihuana y Cocaína), Encuesta Nacional de Sustancias Psicoactivas. Neiva. 2001.

VARIABLES		VALORES ALCOHOL	VALORES CIGARRILLO	VALORES MARIHUANA	VALORES COCAINA
Promedio de edades		12.8 años	13.8 años	14.5 años	14.8 años
Edad Inicio	Menos de 10 años	13.6%	6.5%	3.6%	7.4%
	De 10 a 14 años	67.7%	58.9%	51.1%	39.7%
	De 15 a 19 años	18.2%	33.0%	43.5%	50.4%
	De 20 a 24 años	0.4%	1.7%	1.8%	2.5%
Frecuencia	Todos los días	0.9%	12.0%	17.0%	19.3%
	De 3 a 6 días/semana	4%	9%	11.0%	8.8%
	De 1 a 2 días/semana	8%	13.5%	19.0%	17.5%
	De 1 a 3 veces/mes	23.4%	17.4%	8.0%	14.0%
	De 4 a 11 veces/año	20.1%	12.5%	9.0%	7.0%
	Menos de 4 veces/año	43.5%	35.6%	36.0%	33.3%

Fuente: Encuesta Programa Rumbos- 2001.

¹⁵² Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Neiva. 2001.

¹⁵³ Ibit.

11. ANÁLISIS DE MORTALIDAD

11.1 MORTALIDAD GENERAL

La muerte es el evento de costo social mas alto y sigue siendo un indicador fundamental de la situación de salud de las poblaciones. La Tasa de mortalidad no solo es un indicador de la magnitud de dicho evento, sino que es esencialmente un indicador de riesgo absoluto de morir el cual esta reflejado por las condiciones de vida de la población, el nivel de educación, la prestación de los servicios no solo de salud, el desarrollo económico, los comportamientos saludables, los avances tecnológicos y los factores ambientales y el que hacer de los diferentes sectores. En este sentido la mortalidad se convierte en un indicador básico del estado de salud y desarrollo de una población.

La Tasa de Mortalidad global en el mundo según reportes de la organización mundial de la salud muestra un descenso significativo al pasar de 1860 muertes por cien mil habitantes en 1995 a 910 en 1995. El número de muertes en el mundo es similar es estos últimos cincuenta años, sin embargo se observa una reducción del 50% del número de defunciones en la población menor de 5 años y del 30% en el grupo de 5 a 19. Se aprecia incremento del 5% en la población trabajadora entre 20 y 60 años de edad.¹⁵⁴

La Tasa de Mortalidad proyectada para el 2002 en las Americas es de 7.2 por 1.000 habitantes según los datos básicos de salud de la OPS. En los dos ultimos decenios del siglo XX, la mortalidad en la Región se ha reducido en un 25%. Este indicador varia poco entre las subregiones, con tasas que oscilan entre 5.1 en México y 8.7 en el Caribe Latino.¹⁵⁵

A nivel mundial la estructura de la mortalidad esta compuesta en primer lugar por enfermedades infecciosas y parasitarias con cerca de 17.3 millones de muertes en 1997, que representan el 33% del total, seguida de enfermedades del aparato circulatorio con un 29%, 15.3 millones de defunciones. Los Canceres ocupan el tercer lugar con 6.2 millones de muertes equivalentes a un 12%.¹⁵⁶

Cuando la información se desagrega, se encuentra que la enfermedad isquémica del corazón ocupa el primer lugar, seguida de la enfermedad cerebrovascular, la

¹⁵⁴ Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud - Indicadores Básicos de Salud 2002

¹⁵⁵ Opcit.

¹⁵⁶ Ibit.

infección respiratoria aguda con casi 3.7 millones de defunciones se sitúa en la tercera posición.

La tuberculosis es la responsable de 2.9 millones de muertes al año y representa la cuarta causa de muerte en el mundo. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es responsable de 2.8 millones de muertes y es la quinta causa. A la diarrea se le atribuyen cerca de 2.5 millones de muertes y se configura en el sexto lugar. En séptimo se encuentra la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana/SIDA con 2.3 millones de fallecimientos, La malaria se ubica en el octavo lugar con un número superior a dos millones de muertes y finalmente la prematuridad y el cáncer de traquea ocupan los lugares subsiguientes.¹⁵⁷

Entre los años 1983 y 1998 la mortalidad en Colombia en términos generales se ha mantenido constante con valores relativamente bajos. En 1983 fue de 497 por cien mil, 1996 de 441, 1998 de 419.9.¹⁵⁸

Durante este periodo se presentó disminución de las enfermedades transmisibles asociado con el mejoramiento de los niveles de educación, la ampliación de la cobertura de servicios públicos y el fortalecimiento de programas preventivos particularmente el de vacunación.

Por otro lado el deterioro del ambiente y los estilos de vida eminentemente urbanos explican los aumentos en las enfermedades por tumores y las cardiovasculares. Los eventos conocidos como de causalidad externa relacionados con la violencia y los accidentes ha registrado un incremento notable, constituyéndose en el principal problema de salud pública del país.

La primera causa de mortalidad en el país en 1996 fueron las enfermedades cardiovasculares con una Tasa de 129.9 por cien mil habitantes, seguida de las causas violentas con una tasa de 107.7 por cien mil, los tumores constituyen la tercera causa con 61.2, acompañado de las enfermedades transmisibles y las complicaciones del periodo perinatal, con grandes diferencias por edad y sexo.

La mortalidad general en el Huila en 1999 reflejó que por cada 100.000 habitantes fallecieron 600 Huilenses, para el 2000 se comportó de manera muy similar arrojando un valor de 602 muertes x 100.000 habitantes, mientras que en el 2001 aumenta ligeramente a 621 muertes x 100.000 habitantes; esto demuestra que la proporción en el Departamento tiene una ligera tendencia al aumento, y que comparada con la Nacional, se encuentra por encima de la estimada para el 2001 la cual se estableció en 590 por cien mil habitantes.

En el año 1999 las afecciones no especificadas originadas en el periodo perinatal fueron la primera causa de muerte, con una tasa de 59.6 x 100.000 Habitantes,

¹⁵⁷ Revista epidemiológica Antioquia, 2000, Vol 25 del 1 al 3.

¹⁵⁸ DANE, Estadísticas vitales, Registros de defunciones.

seguida de las muertes violentas, entre las que tenemos los homicidios con una Tasa de 43.4 x 100.000 habitantes, luego se presentaron los infartos agudos al miocardio con una Tasa de 42.7 x 100.000 habitantes y en cuarto lugar aparecen los paros cardiacos (41.1 x 100.000 Habitantes) lo cual corresponde realmente a un signo de muerte y no a una causa de muerte demostrando esta información un error de codificación del evento por parte del profesional de la medicina. Para el año 2000 las enfermedades del corazón y del aparato cardiovascular y las de terminación del embarazo ocupan las primeras causas de muerte.

11.1.1 Mortalidad por Probable manera de muerte 2001: Al analizar los Registros Vitales, DANE 2001, teniendo en cuenta la probable manera de muerte encontramos que las muertes de causa externa como los Homicidios ocupan el segundo lugar de muerte, los accidentes de transito el tercero y el cuarto otros accidentes.

Tabla 18: Mortalidad por Probable manera de muerte. Departamento del Huila. 2001.

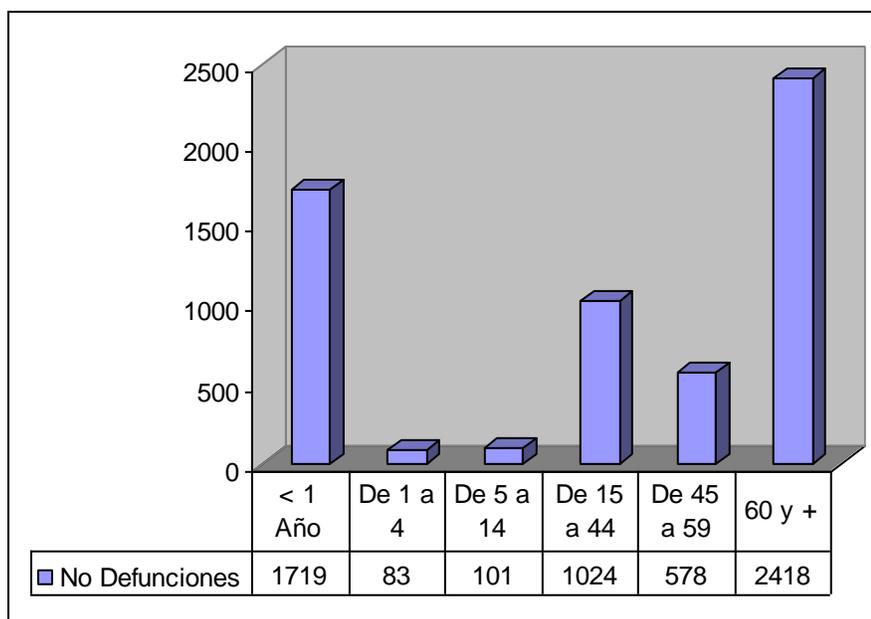
PROBABLE MANERA DE MUERTE	GRUPOS DE EDAD						TOTAL	TASA X 10.000 Hab
	< 1 AÑO	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 y + años		
NO PRESENTA MUERTE VIOLENTA	1673	51	42	295	435	2296	4792	51,02
HOMICIDIO	3	4	5	404	68	32	516	5,49
ACCIDENTES DE TRANSITO	1	3	15	133	33	24	209	2,22
OTRO ACCIDENTE	7	21	20	42	14	28	132	1,40
SUICIDIOS	0	0	9	84	13	14	120	1,27
VIOLENTA SIN INFORMAR PROB.MANERA	2	4	7	37	8	16	74	0,78
EN ESTUDIO SIN ESPECIFICAR SI ES VIOLENTA	32	0	2	18	3	6	60	0,63
EN ESTUDIO (Solo Medicina Legal)	1	0	1	11	4	3	20	0,21
TOTAL	1719	83	101	1024	578	2418	5923	63,06

Fuente: Estadísticas Vitales DANE, División Planeación, (LMR).2001

Según el reporte Estadísticas Vitales del DANE se presentaron 120 casos de suicidio para una Tasa de Incidencia de 1.27 x 10.000 Habitantes de los cuales el grupo de edad mas afectado es el de 15 a 44 años con 84 casos correspondiendo al 70 % del total de casos, en cuanto a los homicidios en el dos mil se presentaron 516 casos para una Tasa por 100.000 habitantes de 52.8 y para el 2001 de 54.12 por 100.000 habitantes mostrando un ligero aumento, quizás debido al aumento de la violencia producto del conflicto armado, además por ser el Huila un corredor de los grupos al margen de la Ley.

Dentro de las diez primeras causas de muerte encontramos que la primera causa de muerte continua siendo la muerte fetal y de recién nacido afectados por otras complicaciones del embarazo en segundo y tercer lugar se encuentra el Paro cardiaco no especificado y el infarto agudo al miocardio, sin otra especificación, siendo el grupo mas afectado el grupo de edad de 60 años y más, lo que tiene relación con procesos crónicos degenerativos como la hipertensión y patologías cardiovasculares, en cuarto lugar lo ocupa el choque traumático causado por muerte violenta y el grupo de edad mas afectado es el 15 a 44 años, considerada esta como la edad productiva. Llama la atención que dentro de las primeras diez causas de muerte se encuentre la septicemia no especificada especialmente si se mira que el sitio de la muerte en un gran número fueron en la institución donde estaban siendo atendidos, valdría la pena estudiar si se trata de infecciones nosocomiales.

Figura 33: No de Defunciones por grupo de edad en el Departamento del Huila. 2001



Fuente: Estadísticas Vitales DANE, División Planeación, (LMR). 2001.

En cuanto a la mortalidad del 2002 todavía no se cuenta con la información completa ya que el DANE no ha condensado la información, especialmente debido a que los prestadores tardan mucho tiempo en reportar los eventos de mortalidad y morbilidad.

Tabla 19: Mortalidad General – Huila 2001

Nº	CAUSA	CASOS	%	TASA X 10000 Hb
1	Feto Recién Nacido Afectados por otras complicaciones maternas del Embarazo	934	15.8	9.94
2	Paro Cardíaco no especificado	696	11.8	7.41
3	Infarto Agudo del miocardio sin otra especificación	415	7.0	4.41
4	Choque Traumático	232	3.9	2.47
5	Insuficiencia Respiratoria Aguda	216	3.6	2.29
6	Septicemia no especificada	204	3.4	2.17
7	Traumatismo Cerebral Difuso	154	2.6	1.63
8	Insuficiencia Respiratoria no especificada	142	2.4	1.51
9	Hipoxia Intrauterina notada por primera vez antes del inicio de trabajo	108	1.8	1.14
10	Choque Cardiogenico	100	1.7	1.06
11	Otras causas	2.722	46.0	28.98
	Total	5.923	100.0	63.06

FUENTE: Secretaria Departamental de Salud – Reportes de las IPS públicas y privadas DANE

11.1.2 Mortalidad Infantil: La Tasa de mortalidad infantil en 1999 fue de 23.9 x 1000 nacidos vivos, la primera causa de la mortalidad infantil esta asociada directamente con problemas perinatales; la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y las Infecciones Respiratorias agudas (IRA) son las causas que secundan a las peri natales en éste grupo de edad. Sin embargo estimaciones del Ministerio de Salud calculan la Mortalidad Infantil para 1999 en el Huila en 40.21 x 1000 para hombres y 31.00 x 1000 mujeres. Para el 2001 en el Huila la Mortalidad Infantil fue estimada en 38.47 x 1000 Hombres y 29.45 x 1000 mujeres nacidos vivos (Profamilia, encuesta nacional de demografía 2001); Calculada con base en la información real fue de 32.3 por 1000 nacidos vivos. Los municipios con mayor tasa son los de Elias con 1 caso (Tasa de 66.7 x 1000 NVR), Neiva con 250 casos (Tasa de 47.7x 1000 NVR). Colombia con 2 casos (Tasa 44.4 x 1000NVR) y Saladoblanco con 5 casos (Tasa de 41.3x 1000 NVR).

Observando las muertes de los registros vitales (DANE) por la causa antecedente pudimos encontrar que en el 2001 murieron 6 niños menores de 5 años por Neumonía no especificada, 4 por diarrea y gastroenteritis, 2 de tuberculosis miliar, sin otra especificación y durante el año 2000 murieron 59 menores de 5 años por iguales causas, para una Tasa de 46.8 x 100.000 niños menores de 5 años. Al observar los registros vitales 2000, llama la atención la muerte de 24 niños menores de 5 años por neumonitis debida a aspiración de alimentos o vomito, que valdría la pena investigar las causas.

11.1.3 Mortalidad Materna: Cada año en el mundo fallecen cerca de 585.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, la mayoría de estas evitables.

La Tasa de Mortalidad materna que representa el riesgo de muerte asociada a la gestación, se estimó en 1997 en 430 muertes por cien mil nacidos vivos, con grandes variaciones entre los diferentes países y al interior de cada país, pero concentrándose el 99 % de estas en países en vía de desarrollo.

Factores asociados de muerte materna son entre otros el inadecuado manejo de la madre durante la gestación y el parto, así mismo otros factores que influyen son el estado de subordinación de la mujer, la inadecuada nutrición y su deficiente condición de salud. La gestación en adolescentes se constituye en otro factor que incrementa el riesgo de numerosas complicaciones estacionales asociadas con la alta mortalidad materna.

A pesar que en el mundo se ha reducido el porcentaje de mujeres que contraen matrimonio antes de los 20 años, en el mundo en 1997 se registraron 17 millones de nacimientos provenientes de madres adolescentes, de los cuales 16 millones ocurrieron en países en vía de desarrollo de Asia, África y Latinoamérica. Por la naturaleza clandestina del aborto las adolescentes están expuestas a un mayor riesgo de morir por causas relacionadas con esta forma de terminación del embarazo.

La Tasa de mortalidad materna en Colombia en 1998 fue de 71.0 por 100.000 nacidos vivos.¹⁵⁹

A pesar de que la mortalidad materna ha ido disminuyendo se sigue considerando una prioridad en los programas de salud pública, ya que sus causas están relacionadas con causas evitables, las cuales mediante la atención integral de la gestante a través del control prenatal, la atención del parto institucional, la disminución de la atención de parto domiciliario atendido por la parteras, la promoción de una sexualidad sana y responsable se logrará mejorar la calidad de vida de la mujer durante su gestación.

En el 2002 se notificaron por el SIVIGILA Nacional (Colombia) 296 muertes maternas de 143 Municipios, la mediana para estos Municipios de la Tasa de Mortalidad fue de 1.68 por 1000 menores de un año. Con respecto al 2001 la notificación de muertes maternas disminuyó en un 12.6% (43 muertes). Conforme a la clasificación según el riesgo el Departamento del Huila está en el riesgo medio (Tasa de mortalidad materna entre 0.81 y 3.21 por mil menores de un año). Fuente SIVIGILA Boletín Epidemiológico Semanal No 02 Enero 5 a 11 de 2003.

En el Huila en el 2001 se presentaron 9 muertes maternas para una Tasa de 64.3 x 100000 NVR, los municipios que presentaron casos fueron Villavieja con 1 caso para una Tasa de 1.923 x 100.000, Aipe con 2 casos para una tasa de 1.515 x 100.000, Pitalito con 2 casos para una Tasa de 91.4 x 100.000 y Neiva con 4 para una Tasa de 76.3 x 100.000.

¹⁵⁹ DANE Estadísticas Vitales, registros de defunciones de 1998.

Con respecto a las muertes maternas es importante para el año 2003 mejorar el sistema de información de este evento y realmente efectuar vigilancia, para poder conocer en forma mas adecuada este evento e implementar las estrategias para intervenir el mismo.

11.1.4 Mortalidad Perinatal: Durante el 2002 fueron notificadas al SIVIGILA Nacional (Colombia) 5108 muertes perinatales de 678 municipios. En 78 muertes no se especifico el municipio de procedencia ubicándose el mayor número en los departamentos de Boyacá (13 muertes) y Cundinamarca (15 muertes). Con respecto al 2001 la notificación de muertes perinatales disminuyó en un 5.8% (319 muertes). La mediana de la Tasa de mortalidad para los 678 municipios fue de 6.03 por 1000 menores de un año.

En el Huila las afecciones originadas en el periodo perinatal siguen siendo la primera causa de muerte en los menores de un año, seguidas de las septicemias. La vigilancia epidemiológica ha facilitado la búsqueda de casos de mortalidad perinatal, razón por la cual en los últimos años se ha observado un incremento en las tasas al observarse en 1996 y 1997 ocho (8) muertes peri natales por 1.000 nacidos vivos, correspondientes a 266 y 240 casos respectivamente. Para 1998 se empieza a ver un descenso en la tasa al notificarse 5.2 casos x 1.000 menores de un año.

Al analizar la tasa por municipio llama la atención como junto a los municipios que tradicionalmente han mostrado elevado este indicador como Garzón (36.7 x 1.000), La Plata (16.4 x 1.000), San Agustín (11.7 x 1.000), Isnos (11.2 x 1.000) o Pitalito, aparecen municipios nuevos y pequeños como Nátaga (17.0 x 1.000) y Paicol (14.8 x 1.000). En el 2000, se presentaron 206 casos para una tasa de 7.7 X1000 Nacidos Vivos. En el año 2001 por SIVIGILA se notificaron 102, muertes perinatales. En el 2002 se notificaron 126 casos.

11.2 MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS

Según la Organización Panamericana de la Salud (Boletín epidemiológico), los accidentes y la violencia (causas externas de morbilidad y mortalidad) se encuentran entre los más importantes problemas de salud pública de la América y de todo el mundo, no solo por la elevada mortalidad que ocasionan, mas del 10% de todas las muertes mundiales en 1990, sino también por las discapacidades y el elevado costo resultante de las lesiones no mortales. Se estima que el 2% de la población mundial padece algún tipo de discapacidad debido a accidentes o algún tipo de violencia.

Las causas externas representaron el 9.1% de todas las muertes en América en 1984, proporción poco modificada en los diez años siguientes. El número total de defunciones por causas externas y las tasas específicas de mortalidad son más elevadas en el sexo masculino con una razón de 3.5 a 1 en 1994, razón que pasa a ser de 5.1 a 1 en el grupo de 15 a 44 años de edad.

En 1998 se registraron en Colombia según el Instituto Nacional de Medicina Legal 35.575 muertes violentas. La Tasa más alta dentro de las muertes violentas continúa registrándose por los homicidios aunque desde 1994 se encuentra en descenso registrando una Tasa de 54 por cien mil habitantes, la más baja de la década.

11.2.1 Homicidios: Entre 1996 y 1998 fallecieron en Colombia, como consecuencia de los Homicidios, un total de 72.153 personas; sin embargo el homicidio es el único componente de las lesiones de causa externa que en los últimos años ha presentado una marcada tendencia al descenso, variando su tasa de 65 en 1996 a 54 por cien mil en 1998. En estos tres años ha sido evidente la disminución en las tasas de homicidios entre hombres y mujeres, con una reducción que alcanzo el 16% en los hombres en tanto que el descenso en la tasa para mujeres fue el 8%.

En Colombia en 1998 se presentaron en total 22.182 homicidios, significándole al país 843.283 años de vida potenciales perdidos, de los cuales, aproximadamente la mitad fueron aportados por el grupo de edad de 15 a 24 años quienes aportaron el 34% de los Homicidios, el 93% de los Homicidios se presentaron en el sexo masculino con una razón hombre mujer de 14: 1.

En el año 1999 en el Huila los homicidios ocuparon el segundo lugar dentro de las primeras diez causas probables de muerte. Este evento ha sufrido un aumento entre los años 1999 a 2000, si tenemos en cuenta que la Tasa paso de 43.4 a 52.28 por 100.000 habitantes. En el primer semestre del año 2001 presenta una Tasa de 23.0 por 100.000 y el grupo de edad mas afectado continua siendo el de 15 a 49 años. Siendo el choque traumático primer causa de muerte, dentro de las diferentes diagnósticos establecidos, que tuvieron como causa antecedente un homicidio, esta situación muy probablemente esta directamente relacionada con los graves problemas de orden público que ha sufrido el Departamento del Huila en los últimos años y a la movilización permanente de población rural al área urbana. (Tabla 20)

El comportamiento de la violencia, es el reflejo de cambios en la dinámica relacional de la población, por eso llama la atención la variación observada en los indicadores de violencia especialmente en Neiva durante los últimos años en el periodo comprendido entre el 2000 y el 2002 ha mostrado una tendencia creciente en la tasa de homicidios asociada a un cambio progresivo en los presuntos móviles de la agresión fatal: El ajuste de cuentas y la ausencia de información sobre el móvil han pasado a ocupar los primeros lugares abarcando el 54.5 % de los casos conocidos por el Sistema Medico Legal regional durante el 2002, según reporte del boletín epidemiológico Instituto de Medicina Legal Regional sur.

Tabla 20: Mortalidad por Homicidios . Huila 2001

DIAGNOSTICO	GRUPOS DE EDAD						TOTAL
	< 1Año	1 a 4	5 a 14	15 a 49	50 a 59	60 y +	
CHOQUE TRAUMATICO				132	18	11	161
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO			1	75	12	5	93
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO			2	36	7	2	47
PARO CARDIACO (NO ESPECIFICADO) *				33	4	2	39
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA		2		22	9	4	37
ENFERMEDAD DEL PERICARDIO, NO ESP.		1		15	1		17
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA				9	1		10
TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO				8	2		10
OTROS RESTOS	3	1	2	74	14	8	102
TOTAL	3	4	5	404	68	32	516

Fuente: Estadísticas Vitales DANE, Div. Planeación Secresalud (LMR) * error en la codificación del evento.

Del total de las necropsias realizadas en el año 2002, 253 corresponden a eventos ocurridos en la capital del Huila. Del total de fallecidos en hechos ocurridos en la ciudad, un 85,7% corresponden a casos violentos. Desde 1998 hasta el 2002 se han observado cambios significativos en los indicadores de violencia en Neiva: En 1998 y 1999 las tasas de muerte en accidentes de tránsito eran superiores a las tasas de fallecidos por homicidio. En la actualidad, el homicidio constituye la principal causa de muerte violenta en Neiva. (Tabla 21)

Tabla 21: Tasas de Mortalidad por Homicidio y Accidentes de Tránsito. Neiva 1998 - 2002

AÑO	TASA ACC. TRANSITO X 100.000 HABITANTES	TASA HOMICIDIO X 100.000 HABITANTES
1998	25	23
1999	25	19
2000	17	21
2001	15	26
2002	19	32

Fuente: Estadística Regional Sur Medicina Legal, Boletín Epidemiológico Regional Sur Oriente Vol 1 1999.

De las 253 necropsias propias de Neiva, 110 casos (43%) correspondieron a homicidios, con una Tasa de 32 por cada 100.000 Habitantes. La distribución por género fue: 102 víctimas de sexo masculino (92.7%) y 8 de sexo femenino (7.2%) con una relación hombre mujer de 12:1. El grupo más afectado fueron los adultos entre 25 y 34 años, con una edad promedio de 31 años encontrando que el 75%

de los sujetos que fallecieron por homicidio en Neiva, tenían 40 años o menos. Los presuntos móviles de las muertes por homicidio se reportan ajuste de cuentas en 36 casos (32.7% de los homicidios) y riña en 15 casos (13.6%). Los demás, se distribuyen así: atraco, 15; otros móviles, 11; por enfrentamiento armado, 5 casos; intervención legal, 3 casos; maltrato conyugal, 1 caso y sin información 24 casos (21.8%).

Durante el año 2002, se realizó un promedio mensual de 9 necropsias por homicidios en Neiva. La mayor proporción de los casos se presentó en Diciembre (15%); es llamativo observar un aumento en el número de homicidios durante los meses de junio y julio, coincidente con la celebración de las fiestas regionales.

11.2.2 Accidentes de Tránsito: En el Mundo los accidentes de tránsito se constituyen en la décima causa de muerte y representan el 2.2% del total de las defunciones reportadas por los países miembros de la OMS en 1998 con un total de 1.171.000 defunciones de las cuales el 73% ocurrieron en hombres.

En 1994, los accidentes de vehículo auto motor representaron el 26.8% del total de muertes por causas externas en América, con una Tasa de 18.4 por cien mil, presentando poca variación en la última década. El sexo masculino reportó la mayor tasa en 1994 con 27.4 por cien mil, para una razón de 3 hombres por 1 mujer. El grupo de edad más afectado fue el de 5 – 14 años con 36%, seguido del grupo de 45-64 con 28%, de 15 – 44 años con 26%; los niños de 1 – 4 años y los mayores de 60 años aportaron el 21% respectivamente y por último los menores de un año con 6%.

En Colombia durante 1998 se presentaron 7.595 muertes por accidentes de tránsito, lo que representó el 21% de todas las muertes por causa externa y una Tasa de 19 por cien mil. El 80% de las muertes por accidentes fueron en hombres. El grupo de 25 a 44 años aportó el mayor porcentaje de muertes con 39%, seguido del grupo de 15 a 24 años con 21%, el 15.6 % en el grupo de más de 60 años y el 10% en menores de 14 años.

La mortalidad por accidentes de tránsito generó en Colombia un total de 259.575 años de vida potenciales perdidos durante 1998, aportando el grupo de 15- 24 años el 31% de estos.

En el Departamento del Huila la mortalidad por accidentes de tránsito presenta un ligero aumento entre los años 1999 y 2000 si tenemos en cuenta que la Tasa x 100.000 pasó de 22.7 a 22.9, el grupo de edad más afectado continúa siendo el de 15 a 49 años, preocupante si consideramos que es la etapa productiva del ser humano.

Para el 2001 la Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en el Huila se encuentra en el 22.25 x 100.000 Habitantes (Tabla 20). La Tasa para el 2002 se puede calcular por falta de información oficial por parte del DANE.

Los accidentes de tránsito constituyen la segunda causa de lesiones fatales en la ciudad de Neiva durante el 2001, con un 25.6% de los casos, dado que perdieron

la vida como consecuencia de las heridas ocasionadas en los accidentes de tránsito un total de 65 personas, con una Tasa de 19 por cada 100.000 habitantes. El 16.9% de las víctimas fueron de sexo femenino y el 83% de sexo masculino.

El grupo de edad más afectado fue de los 21 a los 29 años y según la condición de la víctima fueron 23 motociclistas (35%), 17 pasajeros (26%) y 13 peatones (20%). Por tipo de vehículo involucrado en el accidente fatal, se encontraron 27 casos por vehículo particular y 21 casos por motocicletas (41.5% y 32.3% respectivamente).

En la actualidad no se cuenta con la caracterización de la accidentalidad, ni con la información sobre la morbilidad como consecuencias de los accidentes de tránsito. Es importante implementar un proceso de vigilancia de este evento que permite intervenirlo y lograr impactar el mismo.

Tabla 22: Mortalidad por Accidentes de Tránsito Departamento del Huila - 2001

DIAGNOSTICO	GRUPOS DE EDAD						TOTAL
	< 1Año	1 a 4	5 a 14	15 a 49	50 a 59	60 y +	
CHOQUE TRAUMATICO		1	3	21	6	5	36
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	1		3	26	4		34
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA NO ESPECIFICADOS			4	21	4	1	30
EDEMA CEREBRAL TRAUMATICO			1	16	2	6	26
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO		1		5	1	1	8
PARO CARDIACO (NO ESPECIFICADO)				4	3	1	8
OTROS TRAUMATISMO INTRACRANEALES			1	3	2	1	7
LESIÓN CEREBRAL ANOXICA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE			1	3	1	1	6
TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS				3	1	2	6
RESTOS		1	2	31	9		48
TOTAL	1	3	15	133	33	24	209

Fuente: Estadísticas Vitales DANE, Div. Planeación

11.2.3 Suicidios en Colombia y referencia de éstos para el Departamento del Huila: En el conjunto de países de América los suicidios representaron el 12% de todas las muertes por causas externas durante 1994, lo que equivale a una Tasa de 8.5 por cien mil, siendo ligeramente mayor en hombres que en mujeres con 12.8 y 10.9 % respectivamente. Los suicidios afectan el 16.5% de la población de 45 – 64, seguido del grupo de 15 a 44 y de 60 y más con 12% respectivamente, el grupo de 5 – 14 años aportó el 3.7 %.

Los suicidios en Colombia, comprometen de manera importante a dos grupos de personas, cada una con sus propias características particulares: los adolescentes

y adultos jóvenes que representan la próxima generación productiva del país y el grupo de adultos mayores de 60 años, y a los que tal vez no se les ha brindado las condiciones de vida adecuadas o se les niegan oportunidades por los estigmas sociales planteados desde una sociedad “tradicionalmente joven” que justamente ve en ellos la expresión de una sociedad inadecuada y que necesita un cambio hacia estilos de vida más saludables y más oportunidades de crecimiento personal, familiar y social. Otra característica de los suicidios en el país, y que se sigue manteniendo a lo largo de los años, ha sido su alta frecuencia en hombres. Las mayores tasas de suicidio se presentan en hombres jóvenes, en la adolescencia final o tardía, mientras que en las mujeres la mayoría de casos corresponden a una adolescencia media. Sin embargo, en el último periodo y como se observa más adelante al analizar las tasas por edad y género, se tiene que mientras en los hombres la tasa no varió del 2000 al 2001, en ellas se observó un incremento en las más jóvenes. Es posible que se esté iniciando una transición, sino hacia el aumento de suicidios, si hacia la equiparación de las mujeres jóvenes con respecto a los hombres.

Durante el año 2001 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 2.056 necropsias médico legales en el país, cuya probable manera de muerte fue suicidio, presentándose 14 casos menos respecto al año anterior. Aunque desde 1998, se inició un descenso, leve pero constante, en el número de casos (IV periodo) no hay decremento estadísticamente significativo ($p > 0,44$), respecto al año 2001. Para este año, la tasa de necropsia por suicidio fue de 4,8 casos por cada 100.000 habitantes.

El suicidio representa el 5,3% de las muertes violentas del país, después de los homicidios (68,6%), los accidentes de tránsito (16,5%) y las muertes accidentales (7,7%). Estas muertes generan 74.499 Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). La mayor pérdida se produce en el grupo de 18 a 34 años de edad, el cual abarca el 62% (46.228 AVPP). Es de resaltar que se trata de víctimas que se encontraban en edades altamente productivas, de organización familiar y posiblemente con personas a cargo.

Según la distribución según edad y género, la mayor tasa de suicidios se presentó en el grupo de 18 a 24 años (9,9 casos X 100.000 hab/año). El 77% (1.584) de los casos eran hombres, de los cuales el 50% se presentó en el grupo de 18-34 años, mientras que en las mujeres, el 74% se presentó entre los 15 y 34 años de edad, disminuyendo su tasa a medida que aumenta la edad. Por cada mujer se suicidaron aproximadamente 3 hombres, a diferencia del 2000 en que fueron cuatro mujeres por cada hombre.

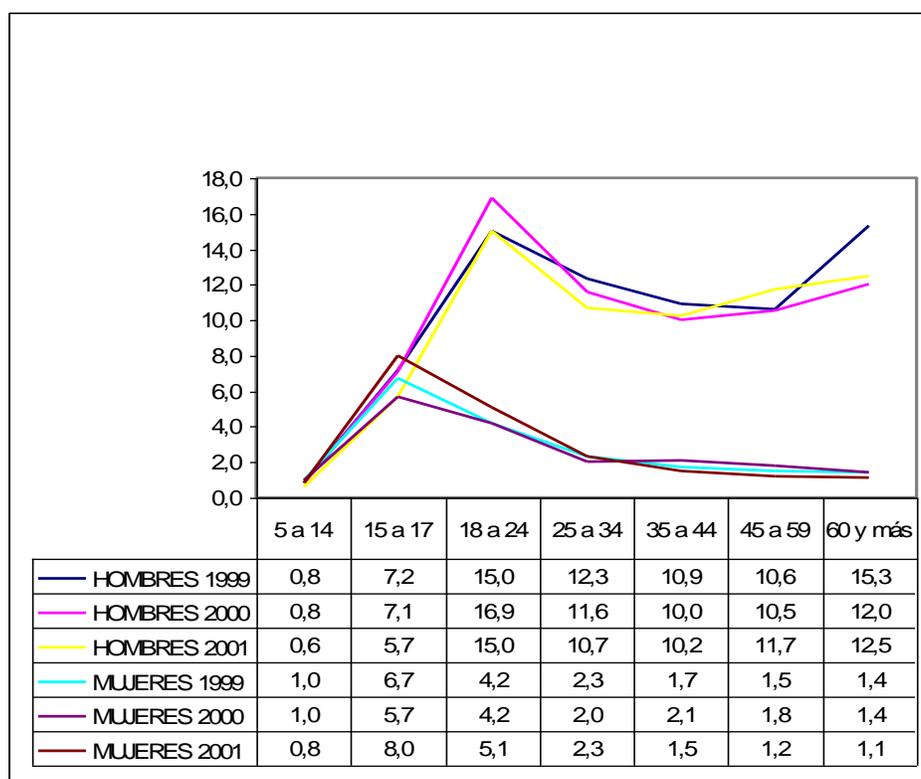
La edad promedio de los hombres fue de 36 años, mientras que la de las mujeres fue de 26 años. El grupo de hombres presentó un comportamiento similar al del 2000, siendo la mayor tasa la de 18 a 24 años (15 casos por cada 100.000 hab) seguidos por el grupo de 60 años y más (12,5 casos por cada 100.000 hab/año).

En el grupo de mujeres se presentó un incremento en las tasas de los grupos de 15 a 17 y 18 a 24 años, no siendo usual encontrar incrementos en la tasa de

suicidio en mujeres, puesto que este evento se presenta en mayor número en hombres en la mayoría de países y en Colombia (Figura 34).

Al realizar el análisis comparativo de las tasas de necropsia por suicidio, la Regional Sur, integrada por los departamentos de Huila y Caquetá, presentan las tasas mas altas, mientras que la Región Sur Occidental, aporta la mayoría de Años de Vida Potencialmente Perdidos, en especial en población joven y en edades productivas.

Figura 34: Tasa de Suicidio según edad y sexo. Colombia. 2001



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Colombia. 2001

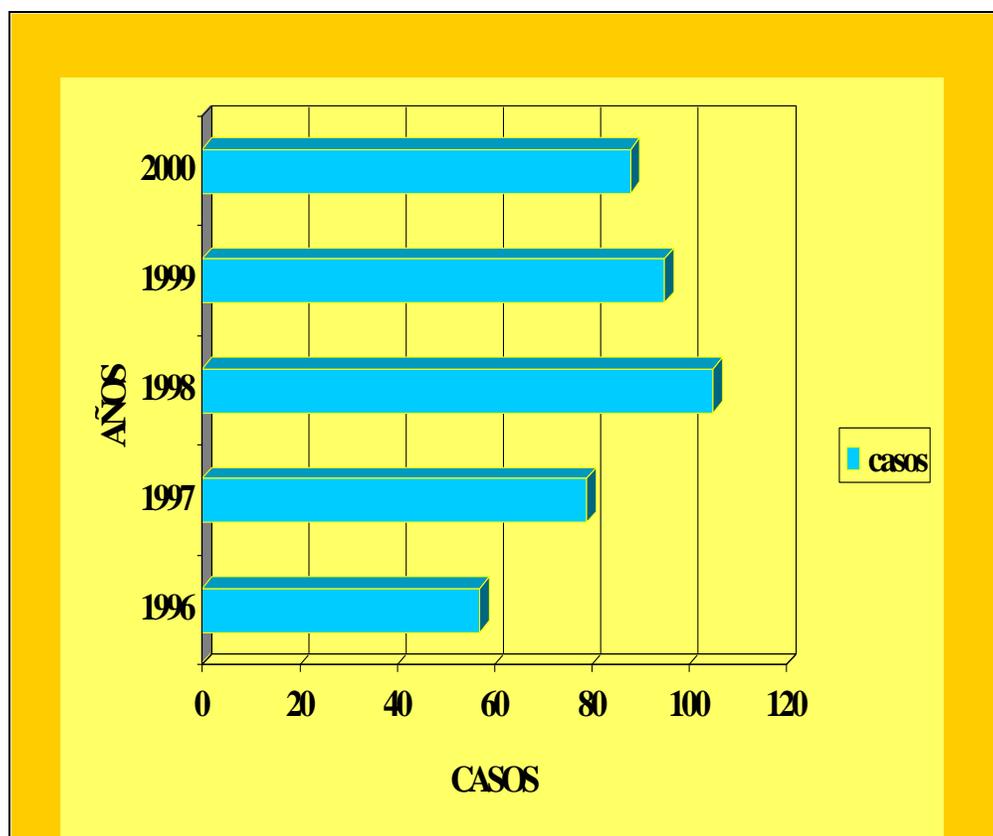
11.2.4. Suicidios en el Departamento del Huila – 2001: El Departamento del Huila durante el 2000, reportó junto a Risaralda la mayor tasa de suicidio en el país, con 10 suicidios por 100.000 habitantes; cifra que aumentó durante el 2001 a 12.7 suicidios por 100.000 habitantes; lo que nos demuestra una clara tendencia al aumento.

En el Departamento del Huila el suicidio ocupó el quinto lugar según probable manera de muerte con un total de 120 casos, siendo el municipio de Neiva con

mayor número de casos correspondiendo al 20.83% (25) del total de casos, seguido por el municipio de Pitalito con un 15.83% (19), y en tercer lugar Garzón con 10.83% (13); siendo el grupo de edad más afectado la población de 15 a 44 años. En los grupos de edad menores de 1 año y de 1 a 4 años, no se registraron casos de suicidio, igualmente el grupo con menor número de casos fueron los de 5 a 14 años (9) y en igual equivalencia se registran los casos de 45 a 49 años y 60 y más (13 cada grupo) (Tabla 23).

El suicidio en el Departamento del Huila se ha convertido en un grave problema de salud pública, que en los últimos tres años a alcanzado una magnitud incalculable especialmente por el desconocimiento de las verdaderas causas y factores asociados a la presentación de este evento (Figura 35).

Figura 35: Casos de Suicidios en el Departamento del Huila 1996 - 2000



Fuente: División Desarrollo de Salud- Secretaría de Salud Departamental.

El departamento del Huila en 1996 se dio comienzo a la vigilancia epidemiológica de este evento ante la notificación permanente de casos que se estaban

sucedido. En 1996 se presentaron 57 suicidios lo que arroja una proporción de incidencia de 6.4 x 100.000 habitantes; para 1997 la cifra aumentó a 79 casos para una proporción de incidencia de 8.7 x 100.000 habitantes y en 1998 se presentaron 105 casos para una proporción de incidencia de 11.6 x 100.000 habitantes (la tasa nacional fue de 5.1 x 100.000), en 1.999 se presentaron 95 casos para una proporción de 10.5 x 100.000 habitantes y en el 2000 se presentaron 88 casos de suicidio, presentándose un ligero descenso, con respecto a los años inmediatamente anteriores. En la población adolescente, adulta y joven se han incrementado los registros de suicidios, tanto en hombres como en mujeres. Desde 1.992 a 1.999, en el Huila se han presentado 438 casos de muerte por suicidio, es decir, a un promedio mensual aproximado de 5 personas muertas, siendo los Municipios más afectados Neiva, Garzón, Pitalito y La Plata, Campoalegre, Palermo y Tello.

En el año 2000, se presentaron 88 casos de suicidio, en el Departamento del Huila. Los municipios más afectados según su tasa de incidencia fueron: Teruel con tres (3) casos 40.0, Paicol (2 casos) 39.5, Elias con un (1) caso 35.7, Garzón con diez (10) casos 19.7, Palermo con cuatro (4) casos 19.4 La Plata con 8 casos para el 19., Gigante con cuatro (4) casos 18.3 , Algeciras con cuatro (4) casos 17.4, Campoalegre con cinco (5) casos 16.8, Tello dos (2) 12.8, Pitalito diez (10) casos con una incidencia de 12.2, Oporapa un (1) caso 12.0, a pesar de que Neiva notificó veinte (20) casos su incidencia es de (6.0) .

Sin embargo no existe en el departamento del Huila en los sistemas de registros una clara identificación de los casos de intento de suicidio y de suicidio consumado, ya que los casos relacionados por esta causa generalmente son identificados por causas accidentales (Intoxicaciones, accidentes de trabajo entre otros).

En el 2002 la Incidencia de Suicidio en el Departamento del Huila según fuente la Sijin de la Policia Nacional es de 9 casos por 100.000 habitantes. En la cual se observo un decremento en su incidencia en comparación al año anterior.

Tabla 23: Suicidios por Municipio en el Departamento del Huila. 2001.

MUNICIPIO	Menor 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 59	De 60 y Más	Total
NEIVA			1	19	2	3	25
ACEVEDO				1			1
AGRADO							0
AIPE			1			1	2
ALGECIRAS				6	1	2	9
ALTAMIRA						1	1
BARAYA							0
CAMPOALEGRE				2	1	1	4
COLOMBIA							0
ELIAS			1	1			2
GARZÓN			1	8	2	2	13
GIGANTE				3	1		4
GUADALUPE				1			1
HOBO							0
IQUIRA				1			1
ISNOS							0
LA ARGENTINA				1			1
LA PLATA				7			7
NATAGA							0
OPORAPA				2			2
PAICOL						1	1
PALERMO							0
PALESTINA			1	2			3
PITAL							0
PITALITO			2	13	4		19
RIVERA				1			1
SALADOBLANCO				2			2
SAN AGUSTÍN				5	1	1	7
SANTA MARIA							0
SUAZA				2			2
TARQUI			1	4		1	6
TESALIA							0
TELLO				1	1		2
TERUEL				1			1
TIMANA			1	1		1	3
VILLAVIEJA							0
YAGUARA							0
TOTAL			9	84	13	13	120

Fuente: Programa Salud Mental. División Desarrollo de la Salud. Huila. 2001.

11.2.5 Mortalidad por Enfermedades del Aparato Circulatorio: Las enfermedades cardiovasculares incluyen un grupo de afecciones del aparato

circulatorio, entre las que se destacan la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad hipertensiva. Las dos primeras constituyen las causas de mortalidad y morbilidad circulatoria más frecuentes y comparten, junto con la enfermedad hipertensiva y la arteriosclerosis, factores de riesgo comunes que pueden ser identificados tempranamente y sobre los cuales se puede intervenir en forma favorable, lo que facilita su prevención y control.

En el ámbito mundial las enfermedades del aparato circulatorio durante 1997 ocuparon el segundo lugar como causa de muerte, aportando el 29% del total de defunciones, entre las cuales el infarto representa el 47% de éstas.

Las Tasas de mortalidad prematura por todas las enfermedades cardiovasculares han disminuido en muchos países de América Latina y el Caribe, a excepción de El Salvador, República Dominicana y otros de América Central. Esta tendencia hacia la disminución de la mortalidad prematura, se debe fundamentalmente al mayor control de la hipertensión arterial mediante programas educativos y tratamientos oportunos y eficaces.

La mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares varía sustancialmente de un país a otro. El país con tasas más altas de años potenciales de vida perdidos por enfermedades cardiovasculares es la Argentina y le siguen Trinidad y Tobago y Suriname. Los países con tasas más bajas son Canadá, Costa Rica y Chile.

En Colombia, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares representa aproximadamente el 30% de las defunciones, ocupando el primer lugar como causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, pero en éstos se constituye en primera causa en el grupo de 45 a 64 años de edad. En 1994, 44% del total de muertes atribuidas a ésta se debieron a enfermedades isquémicas del corazón, 93% de éstas ocurrieron en personas de 45 años y más, y 56% en hombres. Las enfermedades cerebrovasculares representaron 28% del total de muertes por afecciones cardiovasculares, 91% ocurrieron en el grupo de 45 y más años y el 54% en mujeres. Así mismo estas enfermedades aportan el 14% de los años de vida saludables potencialmente perdidos – AVISAS.

En el Departamento del Huila, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ocupan los primeros lugares en el año 1999 el paro cardiaco ocupó el tercer lugar en las diez primeras causas de muerte no violenta; en el año 2000, en el Huila murieron 390 personas de Infarto agudo al miocardio (Tasa de 42.2 x 100.000) siendo el segundo lugar de muerte, siguiendo el paro cardiaco con 386 muertes (41.7 x 100.000) y 83 por insuficiencia cardiaca (9 x 100.000). En el 2001 el paro cardiaco no especificado ocupó el segundo lugar por muertes no violentas con 603 defunciones (Tasa 64.2 x 100.000) y el tercer lugar lo ocupa el infarto agudo del miocardio con 414 defunciones (Tasa 44.08 x 100.000) en el 2001, siendo el grupo de edad más afectado las personas mayores de 60 años, demostrando un aumento en la mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas, es importante que se implementen estrategias de promoción de hábitos saludables.

11.2.65 Mortalidad por Diabetes: Durante 1998 se presentaron en el ámbito mundial 600.000 muertes ocasionadas por diabetes, representando el 1.1% del total y afectando de manera particular a las mujeres con un 57% de las muertes.

En los años Noventa, la diabetes en América representó oficialmente 137.008 defunciones, aunque el subdiagnostico de la enfermedad y la inexactitud de los certificados de defunción, especialmente de las defunciones por diabetes clasificadas como enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares, pueden hacer que el número real sea mucho mayor. A partir de los 55 años la mortalidad por diabetes aumenta al igual que en otras enfermedades crónicas.

En el Huila en el primer semestre del 2001 murieron 9 personas diabetes, siendo todos personas mayores de 50 años. En el 2000 murieron 4 personas, según el reporte de estadísticas vitales del DANE.

Es necesario intensificar la promoción de hábitos saludables y fortalecer acciones para el diagnostico temprano y su control oportuno

11.2.7 Mortalidad por tumores: Mas de 9 Millones de casos de cáncer son diagnosticados cada año en el Mundo, la mitad de estos ocurren en países en vía de desarrollo. El cáncer del pulmón se constituyo en todo el mundo durante 1997 como la primera causa en todo el mundo durante 1997 como la primera causa de muerte por tumores en el sexo masculino, seguido del de estomago, hígado y colon. En las mujeres el cáncer de mama tanto en los países desarrollados como en vía de desarrollo es el más frecuente, seguido por el de cérvix, estómago, colon y pulmón.

El proceso de envejecimiento de la población y la creciente exposición a factores de riesgo tales como el tabaquismo, cambios en la dieta y factores ambientales e infecciosos, provocarán en la región de las Américas un incremento del 34 % del número absoluto de casos de muertes por cancer para el año 2010 y del 32% para el 2020, cuando se espera que se produzcan 2.4 veces más defunciones por esta causa que en 1990. El grupo de edad más afectado es de 30 a 44 años, la mortalidad es más elevada en las mujeres que en los hombres. La mortalidad por cancer aumenta con la edad y para el grupo de edad de 45 a 64 años tiende a equilibrarse entre ambos sexos.

En Colombia la tasa de mortalidad por tumores malignos en el año 1998 fue de 61.3 por 100.000 habitantes, lo que significa la muerte de cerca de 25.000 personas. Afectando de manera similar a hombres y mujeres, siendo las causas más importantes en los hombres los tumores de estomago, pulmón, prostata y leucemia y para las mujeres el de estomago, cuello uterino, mama y de pulmón. Lo que se observa en general es que la mayoría de los casos se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad, por un lado por la carente educación al respecto y por la escasa atención especializada que se presta en nuestro país.

Evolución del problema en el país ha tenido características bien singulares. En 1960, los tumores malignos representan la sexta causa de muerte y significan el 3.7% del total de las defunciones en ese año, para 1991 ya representaban el

12.7% de las muertes y se constituían en la segunda causa de muerte en Colombia (desagrupando las de origen cardiovascular) después de los homicidios. Los colombianos siguen estando afectados por los mismos tipos de cáncer de hace treinta años.

El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte a nivel nacional en mujeres entre los 35 y 64 años y representan el 16.2% de todas las muertes por cáncer en la mujer. La tendencia de la mortalidad se ha mantenido casi invariable en los últimos treinta años, sin mostrar una tendencia evidente hacia la disminución a pesar de los programas de detección precoz establecidos desde hace años.

El cáncer de mama representa el 9.4% de todas las muertes por cáncer en mujeres en Colombia. La tendencia de la mortalidad por esta causa se ha mantenido en constante aumento en los últimos 35 años con un incremento de 93.3%.

El cáncer gástrico, la principal causa de muerte por cáncer, es en general la novena causa de muerte en el país, la sexta causa de muerte en hombres y la séptima en mujeres en áreas rurales. La tendencia de la mortalidad en los últimos años por este tumor se ha mantenido constante y alta.

En el Departamento del Huila en el año 2000 murieron por tumores malignos 296 huilenses, correspondiendo al 5.3 % del total de las muertes, de los cuales el mayor número corresponde a: 61 defunciones por tumores malignos de estomago, 52 defunciones por tumores malignos de sitios no especificados, 27 defunciones por tumores malignos en la próstata, 22 defunciones tumores de los bronquios y pulmón, seguido de 17 defunciones tumores de mama y 15 defunciones de útero entre otros. En el 2001, fallecieron por causas similares 250 huilenses continuando dentro de este grupo el cáncer de estomago en primer lugar.

12. PROVISIÓN U OFERTA DE SERVICIOS

12.1 DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO

12.1.1 Secretaría de Salud Departamental: Uno de los objetivos centrales de la reforma al Sistema Nacional de Salud fue la descentralización de las responsabilidades y la distribución de las competencias entre la Nación y los Entes Territoriales, y precisamente el departamento del Huila, para dar operatividad a este proceso creó y organizó el Sistema de Salud Integral en el Departamento del Huila, mediante el decreto 732 de 1994, cuya misión, es dirigir, controlar, y vigilar el sistema de salud integral del Departamento a fin de garantizar las acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, la atención de los procesos de morbilidad y rehabilitación; así como la intervención sobre los factores biológicos, ambientales de comportamiento y de las normas y procedimientos que señala la ley, en desarrollo de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Dentro de este Decreto se establece la plataforma jurídica y la estructura orgánica funcional de la Secretaría de Salud como cabeza del Sistema de Salud Departamental, conformada por una estructura plana donde se identifica el Despacho del Secretario de Salud y cinco (5) Divisiones ejecutivas: Planeación del Sistema de Salud, Administrativa y Financiera, Desarrollo Institucional y Seguridad Social, Desarrollo de la Salud y Laboratorio de Salud Pública, más los órganos de coordinación y asesoría, y los organismos adscritos y vinculados.

Dentro de los objetivos que desarrolla la Secretaría de Salud se tienen, crear condiciones para el acceso de la población a la seguridad social en salud y regular el servicio público esencial de salud.

Además establece el decreto que dentro de las funciones y responsabilidades de la Secretaría de Salud, se encuentran las de definir la política departamental relacionada con el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las orientaciones generales del Plan de Desarrollo del Departamento, dirigir el Sistema de Salud Integral garantizando la Salud Pública y la Oferta de Servicios de Salud, Coordinar y Supervisar la Prestación de los Servicios de Salud y Seguridad Social en Salud en el departamento, y ejercer la Inspección y Vigilancia de la aplicación de las normas técnicas científicas administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes, entre otras funciones generales de la Secretaría.

Para cumplir la misión institucional, y los objetivos, la Secretaría de Salud, dispone de 80 funcionarios distribuidos en cada una de las Dependencias que la integran, de los cuales el 53% son nivel profesional y el restante del nivel administrativo.

Estructuralmente la Secretaría, se halla dotada de excelentes oficinas y modernos equipos de apoyo logístico y su organización funcional obedece a las últimas técnicas de la administración moderna, con equipos multidisciplinarios de trabajo.

Actualmente la Dirección Departamental de Salud ha venido liderando el desarrollo de condiciones para el fortalecimiento de la salud pública, a fin de garantizar la efectividad del derecho de la población a la seguridad social en salud y la finalidad del estado.

12.1.2 Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud: En la actualidad el Gobierno Departamental se propuso conformar el Consejo, quedando establecido en el Plan de Desarrollo, del período 2001-2003. Es así como mediante el decreto departamental 0869 del 26 de octubre de 2001, se conforma el Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud, se establece su régimen de organización y funcionamiento, de acuerdo a las directrices trazadas por la normatividad existente.

La función primordial del Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud, es la de coadyuvar al desarrollo progresivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento, promoviendo el aseguramiento de la población pobre y vulnerable en el Régimen Subsidiado, y de la población con capacidad de pago al régimen contributivo, implantando y evaluando los Planes de beneficios para lograr los ajustes necesarios de acuerdo con la situación de salud. Al mismo tiempo formulará recomendaciones: Para la adecuación y alcances del Plan de Atención Básica en Salud- PAB y frente al fortalecimiento de las rentas propias y fuentes de financiamiento del sector.

Entre otras funciones se encuentra la de realizar el seguimiento y evaluación de la información derivada del SISBEN y los carnetizados del régimen subsidiado para hacer los ajustes que se deriven de éste.

Con el propósito de continuar impulsando el Sector a nivel Departamental, la Secretaría consideró conveniente, necesario y urgente, consolidar el apoyo de un grupo selecto y representativo de actores del Sistema para desarrollar las tareas encomendadas a través de las normas vigentes.

A Diciembre de 2002, sigue pendiente la elección de los representantes de los gremios económicos y representante de los veedores.

12.1.3 Municipalización de la Salud: El departamento del Huila culminó en marzo de 1998 el proceso de Descentralización en salud mediante la certificación a cada uno de los municipios del cumplimiento de los requisitos para la administración autónoma del situado fiscal. Es por ello que en la actualidad están certificados la totalidad de los municipios del Departamento. Para dar operatividad

al proceso de descentralización en salud en el departamento, se hizo necesaria la creación de las Direcciones Locales de Salud, y funcionamiento de los Fondos Locales de Salud, la transformación de los Hospitales y Centros de Salud en Empresas Sociales del Estado -E.S.E, las cuales cuentan con autonomía técnica, administrativa y financiera, todo ello con el fin de separar la función de prestación de servicios de salud con la de Dirección del Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud del nivel Municipal y Departamental.

A la fecha existen 4 ESES Departamentales, 22 ESES Municipales y 1 Instituto Municipal de Salud, como entidades públicas que prestan servicios de salud en el departamento, existen 13 Centros de salud y 1 hospital municipal que dependen directamente de las administraciones municipales.¹⁶⁰

Dando cumplimiento al citado decreto de la Descentralización, en cada uno de los municipios del departamento, mediante acto administrativo se organizó el Sistema de Salud y Seguridad Social el cual crea la dependencia por medio del cual se dirige el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud.

Las Administraciones Municipales, han asumido la Dirección del Sistema General de Seguridad en salud con la Prestación de los Servicios de Salud, la ejecución de las actividades del Plan de Atención Básica y el proceso de Aseguramiento de su población al SGSSS. Igualmente, le corresponde realizar la inspección, vigilancia y control del sistema municipal de salud.

El 100% de los municipios se encuentran certificados como autónomos para el manejo del situado fiscal. De la totalidad de los municipios certificados, 10 cuentan con Direcciones Locales definidas dentro de la estructura municipal, en 6 municipios más, operan a la par con otras funciones del municipio, y en las restantes continúan las funciones en cabeza del alcalde.

Consecuente con la función que tiene la Secretaria de Salud Departamental de prestar asesoría y asistencia técnica a los municipios se ha venido trabajando en el Desarrollo Institucional, entendido este como el incremento de la capacidad de gestión para manejar en forma eficiente el talento humano y los recursos físicos, financieros y organizacionales disponibles en el municipio o en la Dirección local de Salud, y el fortalecimiento de la capacidad gerencial de su cuerpo técnico y la utilización de un sistema de información como soporte para la toma de decisiones.

Por lo anterior la Secretaría de Salud Departamental acogió el proyecto Sistema de Monitoreo para el Desarrollo Municipal en Salud en septiembre de 1999. En la

¹⁶⁰ Informe de la División Desarrollo Institucional y de la Seguridad Social - 2001

actualidad se ha aplicado este proyecto en veinte (22) municipios, cuyos objetivos fundamentales son:

- Desarrollar criterios técnicos para analizar fortalezas y debilidades en las áreas de Oferta de servicios, Dirección del Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud-SMSSS, Promoción y prevención, PAB, y aseguramiento para adoptar medidas oportunas para la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS en los municipios del departamento.
- Facilitar la utilización de herramientas técnicas para tomar decisiones con respecto a la programación de asistencia técnica y asesoría que se debe ofrecer a los entes territoriales.

Pese a las funciones de asesoría y asistencia técnica y a la aplicación del proyecto, se considera que el desarrollo institucional de las Direcciones Locales de Salud ha sido bajo, debido a problemas tales como:¹⁶¹

- Falta de voluntad política y compromiso de los gobernantes tanto departamental como municipales.
- Falta gestión para desarrollar un modelo organizacional acorde al municipio, por lo que existe manejo deficiente e ineficaz de la organización para realizar las actividades administrativas.
- Descoordinación de las actividades de orden departamental en brindar asesoría y asistencia técnica integral.
- Dualidad de funciones en el Sistema Local de Salud (Dirección- Prestación de servicios), debido al desconocimiento por parte de los gobernantes municipales.
- No existe una planeación integral del sector salud con los demás sectores que operan a nivel municipal.
- Bajo nivel de seguimiento por los entes de control.

12.1.4 Proceso de Planeación Sectorial: Se ha logrado definir plan Departamental de salud, fortaleciéndolo e integrándolo al plan de desarrollo. Avanzando en la asignación e inversión de recursos del sector, por proyectos. Los procesos de coordinación intra sectorial para la formulación, programación, ejecución y evaluación del plan sectorial se presentan aún débiles.

El Departamento presenta un incipiente desarrollo de políticas saludables integrales que orienten la acción de los diferentes sectores, para elevar el nivel de

¹⁶¹ Informe de la División Desarrollo Institucional y de la Seguridad Social - 2001

salud de la población. No se cuenta con planes de desarrollo del recurso humano del sector salud, ni de desarrollo tecnológico, que orienten y apoyen a los diferentes actores sociales e institucionales relacionados directa o indirectamente con el mismo.

12.1.5 Subsistema Integral de Información en Salud –SIIS: La Secretaria de Salud Departamental del Huila teniendo en cuenta las políticas y estrategias dadas por el Ministerio de Salud ha estado socializando y concientizando a los diferentes actores sobre el ámbito y alcance de la información en el marco del sistema integral de información en salud, a través de capacitaciones se han dado, sobre las políticas y estrategias que operativizan el SIIS, en cuanto a responsabilidades, estructuras de datos y flujos de información especialmente en los componentes de aseguramiento, prestación de servicios y vigilancia en salud pública.

Hasta el momento no se ha desarrollado de manera integral, armónica y coherente el Subsistema Integral de información en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita soportar las decisiones, la planeación y la vigilancia y control del Sistema en el Departamento.

12.2 INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (IVC)

Las acciones que la Secretaría de Salud Departamental ha adelantado, tendientes a cumplir con la Inspección, Vigilancia y control son:

Se ha realizado Verificación de Requisitos Esenciales a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y ambulancias.

Conformación del Comité de Inspección, Vigilancia y Control por medio de la Resolución No 442 del 30 de Mayo del 2002.

Participación activa en la Red de Controladores a Nivel Departamental, para lo cual se ha venido estableciendo un plan de acción a desarrollar. Dentro de las actividades del plan de acción están:

- Capacitación a los integrantes de la red de controladores sobre la normatividad en aseguramiento
- Inspección y seguimiento a la base de datos del SISBEN.
- Cruce de base de datos del Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo

Se adelantó en el Municipio de Neiva, con la participación de 15 instituciones (EPS/ARS), el diagnóstico de los Servicios de información y atención al usuario.

En 20 municipios del departamento se ha trabajado en el desarrollado del Proyecto” Sistema Monitoreo para el Desarrollo Municipal en Salud”

Solicitud de informes periódicos a los municipios del flujo de recursos del régimen subsidiado.

Y demás actividades y acciones propias de la IVC .

En el ejercicio eficaz de la inspección, vigilancia y control existe demasiado centralismo en la sanción, falta de autonomía, imprecisión en funciones y competencias.

Sin embargo la Dirección Departamental de Salud considera imperante utilizar nuevos mecanismos y estrategias, ágiles y oportunas para realizar el control y la vigilancia a los recursos asignados al sector salud.

12.2.1 Vigilancia en Salud Pública: La vigilancia entendida como un proceso sistemático y constante de la recolección, análisis y la interpretación de datos específicos, así como la divulgación de información para utilizarla en la orientación, planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública, ha tenido un desarrollo precario en el departamento, sin embargo se han venido ejecutando algunas actividades importantes como son el mejoramiento del sistema de información a través del SIVIGILA, la implementación del COVE Institucional y de los COVEs Municipales. Además se realizó gestión para que el Ministerio de Salud y el INS nos dieran asistencia técnica y capacitación para poder desarrollar eficientemente todas las actividades y poder conocer la realidad de la situación de salud de las poblaciones y tomar adecuadas decisiones en la ejecución del PAB y de los demás recursos asignados en Salud.

En el 2002 se conformaron por resolución 33 COVEs y funcionando en 33 municipios con documentos en la Secretaría aunque sabemos que ya tiene acta de constitución tres municipios mas, se han recibido 25 actas de funcionamiento estas reuniones orientadas a analizar en algunos casos el comportamiento de los eventos de interés en salud pública.

Dentro de la vigilancia de los recursos asignados al PAB el Departamento ha efectuado evaluación de cumplimiento de actividades, faltando el estudio del impacto sobre la salud pública de estas acciones, aunque se ha presentado disminución en la morbilidad y mortalidad de algunas enfermedades de interés en salud pública, no podemos asegurar que se deba a las acciones desarrolladas de promoción y prevención de los PAB Municipales.

En cuanto a las Asesorías y Asistencia Técnica, la Dirección Departamental de Salud brinda constantemente asesoría y asistencia técnica prospectiva a los diferentes actores del Sistema encaminada a prevenir, instruir, corregir, sobre los inconvenientes propios de cada actor del Sistema, para subsanar las situaciones relacionadas con: La Calidad en la Prestación de Servicios de Salud, Dirección del Sistema en los entes territoriales, Salud Pública, Planeación, Sistemas de información en salud y Aseguramiento, pero todavía se tiene baja capacidad de respuesta. Sin embargo, este aspecto debe ser consolidando mediante un sistema departamental de asesoría y asistencia técnica, que permita regular y desarrollar

el mercado de este tipo de servicios, obedeciendo más a una planeación efectiva donde se interrelacionen e integren todas las competencias.

Así mismo, se ha detectado que las asesorías y asistencia técnicas en algunas ocasiones no están surtiendo el efecto deseado, ya que en varias oportunidades quienes reciben este tipo de asesoría y asistencia técnica (directivos, personal de contrato) no socializan la misma o la operativizan.

12.2.2 Espacios de Participación Social en Salud: La tendencia participativa abre caminos donde la comunidad a través de las distintas formas de agrupación o asociación actúa o interviene de manera directa en las acciones políticas, normativas y administrativas; es por ello que en el Sector Salud la participación de la comunidad se concibe como la posibilidad que tiene esta de intervenir en la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de la prestación de los servicios de salud, de la realización de los proyectos de infraestructura hospitalaria, proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con base en los principios de solidaridad, equidad y universalidad consagrados en la Constitución, principios que contribuyen al desarrollo social y al bienestar humano.

La Secretaría Departamental de Salud ha venido promoviendo espacios de participación, como las veedurías ciudadanas en salud, las asociaciones de usuarios, los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC) y los Servicios de Información y Atención al Usuario (SIAU). Los esfuerzos realizados y sostenidos durante años anteriores, empiezan a mostrar resultados mas satisfactorios, como una Participación mas activa de la comunidad, que ha estado atenta a las convocatorias en los diferentes espacios promovidos en salud, pese a que se continúa observando la falta de liderazgo, compromiso y voluntad política en los entes territoriales, sumado éste al delicado orden público.

La participación del usuario en la gestión y fiscalización de la prestación de los servicios de la seguridad social en salud, permite al ciudadano constituirse en instrumento controlador de las garantías y derechos que genera el SGSSS, además de establecer mecanismos de control ciudadano y comunitario sobre recursos de inversión, proyectos de construcción, remodelación, dotación, PAB, SISBEN (focalización de subsidios en salud) y actividades de promoción y prevención en salud, para ello se cuenta con:

12.2.3 Veedurías ciudadanas en salud: Los comités de veeduría ciudadana o comunitaria en salud, son grupos de personas con sentido de pertenencia a su municipio o comunidad y que siendo elegidos como representantes de ella, contribuyen a la eficiencia administrativa, cobertura, calidad y oportunidad de los servicios del sector salud, mediante la fiscalización del manejo y aprovechamiento de los recursos de la seguridad social en salud y la gestión administrativa de los funcionarios públicos.

Los comités de veedurías son organismos que por naturaleza no hacen parte del sector público, ni del privado. Son espacios sociales, pues nacen de la comunidad.

Además su control se ejerce sobre las tareas del Estado que están orientadas, a la satisfacción de los intereses de la población.

En salud se ha promovido la conformación de las veedurías, en coordinación con algunas personerías y a quienes se les ha ofrecido información y capacitación.

Se puede decir que todos los 37 municipios cuentan con veedores en salud unos mas activos que otros, y que en su mayoría están siendo liderados por las personerías municipales con las que tenemos excelentes relaciones y apoyo.

A partir del año 99 se inició un acompañamiento a los municipios con el propósito de fortalecer el control social, es así como se viene desarrollando el ejercicio de ajuste y depuración de las bases del SISBEN y listados de afiliados al régimen subsidiado, en éstos últimos años con menos presencia de la Secretaría de Salud departamental, debido a problemas de orden público y por los cambios anunciados en el instrumento de aplicación de la encuesta SISBEN.

12.2.4 Asociaciones o Alianzas de usuarios: Son agrupaciones de personas que utilizan los servicios de una determinada institución prestadora de servicios de salud y que se organizan para velar por los derechos que tienen los usuarios de disfrutar de servicios de buena calidad, oportunidad, trato digno y de canalizar las sugerencias inquietudes y reclamos de los usuarios para mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios de salud y la satisfacción del usuario.

En las ARS y EPS con sede en Neiva se han promovido la conformación de éstas con delegados de las asociaciones de las IPS municipales, destacándose CAFESALUD y CAJASALUD; en el régimen Contributivo HUMANA VIVIR, SALUCOOP Y CAPRECOM. Las ARS ASMET SALUD, Y ECOPSOS por ser empresas solidarias cuentan con su propia organización donde participan activamente los usuarios.

Las 22 ESEs municipales y las 4 departamentales en cumplimiento de la normatividad vigente conformaron las asociaciones de usuarios para tener sus representantes en las Juntas Directivas.

En la actualidad se han conformado 26 Asociaciones de usuarios de Empresas Sociales del Estado, sin embargo, en un 40% de éstas esta operando, como consecuencia de la falta de liderazgo de las gerencias y aceptación en su funcionamiento.

Los Comités de Participación Comunitaria no se han retomado según el decreto 1757 por cuanto la Ley 152 del 94 habla de la conformación de los CONSEJOS TERRITORIALES DE PLANEACION, cuya función es emitir concepto sobre el Plan de Desarrollo Municipal, es decir tiene un espacio para la planeación como es el fin de los CPC, ser espacios de concertación y participar activamente en la planeación en salud. Por lo que se deben fortalecer estos consejos evitando tanta organización de figuras inoperantes.

12.2.5 Los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC): Teniendo en cuenta que por norma este Servicio - SAC - debe funcionar en las Secretarías de Salud, La Secretaría Departamental fortaleció esta oficina, liderada por una profesional en Trabajo Social con apoyo de otros profesionales universitarias. La Secretaría Municipal de Salud implemento igualmente este Servicio. En los SAC se tramitan las inquietudes, quejas, reclamos y recomendaciones que presenten los ciudadanos ante las diferentes instituciones del SGSSS o ante los organismos de control competentes, con el fin de mejorar la calidad y oportunidad en la prestación del servicio, vela porque las instituciones prestadoras de servicios de salud sean públicas o privadas, establezcan los mecanismos de atención al usuario y canalicen adecuadamente sus peticiones así como se tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios de salud y las quejas que se presenten.

12.2.6 Los Servicios de Información y Atención al Usuario: Este Servicio busca garantizar a los usuarios la oportuna canalización y resolución de sus peticiones que pueden ser por solicitud de información, Insatisfacción del usuario ante un mal servicio e Intermediación para la resolución de un evento.

En las Empresas Sociales del Estado (26) se están consolidando éstos servicios, se destaca por los esfuerzos que han realizado el SIAU del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. En algunas IPS privadas pudimos constatar que el SIAU funciona adecuadamente como en Emcoosalud y Humana Vivir.

La Secretaría Departamental de Salud ha venido promoviendo espacios de participación, sin embargo y pese a los grandes esfuerzos podemos decir que la Participación es débil, ha faltado mayor liderazgo, compromiso y voluntad política en los entes territoriales, por otra parte la comunidad se encuentra desinformada, desconoce muchos deberes y derechos en salud y en participación, es incrédula frente a la inoperancia y corrupción de los entes de control y entidades en general.

12.3. OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

12.3.1 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: En la actualidad para la prestación de servicios de salud cada municipio cuenta con una red de servicios conformada por puestos de salud, centros de salud y E.S.Es hospitales del primero, segundo y tercero nivel de atención, los cuales se encuentran organizados de la siguiente manera:

12.3.1.1 Primer Nivel de Atención: En el Departamento el 74% de los prestadores de servicios de salud están clasificados como primer nivel de atención.

Ciento veintinueve (129) puestos de salud distribuidos en las diferentes veredas de los 37 municipios del departamento, y treinta y uno (31) centros de salud, de los cuales diecisiete (17) se encuentran ubicados en algunas veredas y trece (13) en los municipios tales como. Altamira, Colombia, Elías, Hobo, Isnos, Nataga,

Oporapa, Paicol, Palestina, Salado blanco, Santa María, Teruel, Villavieja y (1) hospital municipal ubicado en el municipio de La Argentina. Veintidós (22) Empresas Sociales del Estado de orden municipal ubicadas en los siguientes municipios : Acevedo, Agrado, Aipe, Algeciras, Baraya, Campoalegre, Garzón, Gigante, Guadalupe, Iquira, Neiva, Palermo, Pital, Pitalito, Rivera, San Agustín, Suaza, Tarqui, Tello, Tesalia, Timana, Yaguará. Y un (1) Instituto Municipal de Salud, ubicado en el municipio de La Plata. En Neiva, funciona una (1) E.S.E Municipal, denominada “Carmen Emilia Ospina” con tres unidades operativas ubicadas en el Sur, Norte y Oriente de la ciudad.

En términos generales, los servicios de salud del primer nivel de atención que se prestan están determinados de la siguiente manera:

Tabla 24 : Servicios de Salud ofrecidos por Instituciones de Primer nivel de Atención. Huila- 2002

Unidad ambulatoria	Servicios
Consulta externa	Consulta medica general
	Odontología
	Promoción y Prevención
Urgencias	
Unidad de Apoyo y Diagnostico	
Laboratorio	
Farmacia	
Imágenes diagnosticas - Rayos x simple (en dos municipios) - Rayos x Odontológicos (en seis municipios)	
Unidad Quirúrgica	
Unidad de Partos y esterilización	
Unidad de Hospitalización	
Servicios de Hospitalización (en diez municipios)	

Fuente: División Desarrollo Institucional y Seguridad Social – Secretaría de Salud Departamental. 2002.

12.3.1.2 Segundo nivel de atención: Para la prestación de servicios de salud de este nivel de complejidad, el Departamento del Huila mediante su red pública cuenta con cuatro (4) Hospitales departamentales:

Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón
Hospital Departamental San Antonio de Pitalito
Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva: La E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo presta los servicios de II – III Nivel y algunos procedimientos y exámenes de IV nivel de atención.

El 25.3% se clasifica como de segundo nivel de atención. Para el segundo nivel de atención los tres hospitales departamentales aportan el 25.3% del total de servicios en el departamento, contando con los siguientes servicios:

Tabla 25 : Servicios de Salud ofrecidos por Instituciones de Segundo nivel de Atención. Huila- 2002

Unidad ambulatoria	
Consulta externa	Consulta medica general
	Consulta especializada
	Odontología especializada
	Promoción y Prevención
Urgencias de mediana y alta complejidad	
Unidad de Apoyo y Diagnostico	
Laboratorio Especializado	
Farmacia	
Imágenes diagnosticas	
Apoyo Terapéutico	
Unidad Quirúrgica	
Partos	
Cirugía	
Esterilización	
Unidad de Hospitalización	
Hospitalización	
Unidad de Cuidado Intensivo (neonatal, pediátrico y adultos)	
Unidad de Administración	
Administración	
Unidad de Servicios generales	
Cocina	
Lavandería	
Mantenimiento	
- Talleres	
- Planta eléctrica	
- Calderas	
- Tanques almacenamiento	
- Garajes	
- Morgue	
- Aseo y basuras	

Fuente: División Desarrollo Institucional y Seguridad Social – Secretaría de Salud Departamental.

En cuanto a la prestación de servicios de salud y según la información obtenida en la División Desarrollo Institucional y Seguridad Social de la Secretaría de Salud Departamental, para el 2002, se encontraban inscritos en el Registro Especial, y realizaron la antigua declaración de requisitos esenciales 1.077 prestadores de servicios de salud, según las normas establecidas para el Sistema Obligatoria de Garantía de Calidad; ubicados en los 37 municipios del Departamento.

La clasificación de los prestadores por niveles de atención se realiza aplicando los siguientes criterios: Tipo de servicios, recurso tecnológico requerido para la prestación del servicios y recurso humano con el que cuenta para prestar esos servicios. Se agrupan así:

- **Primer Nivel de Atención:** Es el prestador que requiere de tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar, de recurso humano de tipo profesional general, técnico y auxiliar con el fin de atender problemas de salud de baja complejidad.
- **Segundo Nivel de Atención:** Es el prestador que requiere de tecnología de mediana complejidad, precisa de profesional especializado, para la prestación del servicio, con el fin de atender problemas de salud de mediana severidad.
- **Tercer Nivel de Atención:** Es el prestador que requiere de tecnología de más alta complejidad, y personal profesional especializado y subespecializado para operarla, con el fin de atender problemas de salud de alta severidad.

De acuerdo con la naturaleza jurídica el 76% de los prestadores de servicios de salud son privados, el 20.3% públicos del cual 1.9% son Empresas Sociales del Estado.

12.3.1.3 Tipos de Prestadores de servicios de salud: Es la clase de institución de acuerdo al número de servicios que ofrece y la modalidad de prestación de estos (Tabla 26).

- **Equipo Extramural:** Es el grupo de personas que prestan uno o más servicios en la modalidad extramural en forma aislada de uno de los tipos siguientes aún cuando tengan una sede administrativa.
- **Consultorio:** Área donde se presta un solo servicio de salud en la modalidad ambulatoria y funciona en forma independiente de un centro de servicios o un hospital.
- **Puestos de Salud:** Unidad básica de atención en el sector público.
- **Centros de Servicios o centros de Salud:** Conjunto de áreas donde se presta más de un servicio en la modalidad ambulatoria.

Tabla 26: Tipo y No de Prestadores de Servicios de Salud. Departamento del Huila. 2002.

TIPO DE PRESTADOR	No
IPS PRIVADAS	75
PUESTOS DE SALUD	122
CENTROS DE SALUD	31
CENTROS DE SALUD CON CAMAS	22
E.S.E.	22
CLÍNICAS PRIVADAS	25
CONSULTORIOS	611
CENTROS DE DIAGNOSTICO	87
AMBULATORIOS	2
PÚBLICOS	225
PRIVADOS	841

Fuente: División Desarrollo Institucional y Seguridad Social–Secretaría de Salud Departamental.

- **Centro de servicios o Centro de Salud con Camas:** Conjunto de áreas donde se presta más de un servicios en la modalidad ambulatoria y además ofrece servicios de urgencias y/o atención de partos de bajo riesgo con posibilidad de internación.
- **Hospital o Clínica:** Conjunto de áreas donde se presta el servicio de hospitalización con internación superior a 24 horas, puede prestar servicios ambulatorios.
- **Centro Diagnóstico de Salud:** Conjunto de áreas donde se prestan servicios de laboratorio, radiología e imagenología y otros exámenes diagnósticos en forma independiente de los anteriores tipos.
- **Entidad de Traslado de Pacientes:** Entidad cuyos servicios están dedicados al traslado de pacientes con una tecnología adecuada para este fin, en forma aislada de los anteriores tipos.

12.3.1.4 Servicios de Salud: El servicio de salud es una ayuda intangible que se presta a una persona con la intención de contribuir a la satisfacción de una de sus necesidades. La característica de intangible quiere decir, que a diferencia de los bienes, los servicios no se pueden observar, medir ni pesar directamente.

El inventario de servicios básicos permite identificar que la odontología y la consulta médica general son las más ampliamente declaradas (Tabla 27)

Tabla 27: Inventario de Servicios Básicos de Salud en el Departamento del Huila. 2001.

Tipo de Servicios	No	Tipo de Servicios	No
Consultas Odontológicas	515	Hospitalización General	74
Urgencias Odontológicas	104	Cirugía General	36
Consulta Médica general	473	Salud Ambiental	38
Prevención de la Enfermedad	545	Cirugía Ginecológica	33
Laboratorio Clínico	205	Hospitalización ginecobstétrica	37
Promoción de la Salud	389	Urgencias de mediana complejidad	31
Imagenología y Ecografías	201	Hospitalización cirugía general	38
Vacunación	212	Banco de Sangre	4
Consultas Ginecobstétricas	105	Urgencias de Alta complejidad	6
Atención Farmacéutica	127	Urgencias de baja Complejidad	94
Consulta de Cirugía	77	Otros	4439
Sala de Partos	101		

Fuente: División Desarrollo Institucional y Seguridad Social – Secretaría de Salud Departamental.

12.3.1.5 Calidad en la prestación de los servicios de salud: La calidad de un servicio se define con base en las especificaciones y requisitos que satisfagan las necesidades de sus usuarios. La calidad tiene dos dimensiones, una instrumental, que describe los aspectos físicos del servicio y otra relacionada con las características funcionales que describe los aspectos intangibles o psicológicos del servicios; en consecuencia un servicios se identifica por sus aspectos “técnicos” y “funcionales”, los dos componentes de la calidad.

La calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el Sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.

Un prestador de servicios de salud se evalúa teniendo en cuenta los siguientes componentes mínimos del Sistema de Garantía de la Calidad.

- Cumplimiento de requisitos esenciales.
- Procesos de auditoría médica.

- Desarrollo de un sistema de información que incluya componentes de oferta de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de salud de los usuarios atendidos.
- El desarrollo de los procesos que permite conocer el nivel de satisfacción de los usuarios, atender las reclamaciones y sugerencias.
- Diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento de la calidad.

Con respecto al montaje e implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad se ha observado que la mayoría de los prestadores de servicios de salud no han desarrollado los componentes del sistema.

La Secretaría de Salud departamental ha verificado la declaratoria de requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud al 40% de los prestadores de servicios de salud inscritos en el Registro especial del departamento del Huila, y al 30% de ellos se les realizó seguimiento directo de sus proyectos de mejoramiento de servicios.

12.3.1.6 Infraestructura Física Hospitalaria: Desde el punto de vista de la infraestructura en cuanto a la modernización de la red departamental de servicios de salud, la evaluación realizada por la Secretaría de Salud Departamental del Huila a las 39 instituciones de salud de la red pública: ESE Municipales: La Plata (1), Pitalito (1), Garzón (1) y Neiva (3) y 33 centros de salud y ESE – Hospitales Municipales, se encontró que ninguna de estas instituciones cumple en su totalidad con los requerimientos de infraestructura exigidos en las normas vigentes.

Para la conformación de la red de servicios en los estándares referentes a la Infraestructura física se tomó como punto de partida la existente de las Instituciones prestadoras de servicios de salud en los Centros, Hospitales locales y departamentales, según las normas dadas por el Ministerio de Salud para la implantación y cumplimiento del Sistema de Garantía de la Calidad en lo que se refiere al mejoramiento de las entidades en los formatos de requisitos mínimos esenciales y se determinó organizar tres tipos de diseño en todas los servicios para el mejor funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios, encontrando que el 81% requieren de remodelación y el 4% de terminación de su infraestructura en los servicios de urgencias, laboratorio, hospitalización, administración y partos especialmente, de las instituciones de complejidad baja, así mismo el 27% requiere de ampliación; en cuanto a las instituciones de complejidad media y alta el 9% requiere de remodelación mientras que el 8% lo necesita en ampliación.

Durante el año 2001, la Secretaría de Salud Departamental levantó un inventario sobre las necesidades de reestructurar servicios en las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública del Departamento, estudio que se basó en la evaluación de proyectos y planos estructurados mediante el plan bienal; en este sentido, los costos aproximados, a valores 2002, de las reestructuraciones que

requieren los hospitales públicos estudiados, es de 12 mil millones de pesos aproximadamente (Tabla 28)

Tabla 28: Análisis Financiero de Reestructuración física de los hospitales públicos del Departamento del Huila. 2001.

SERVICIO	TOTAL VALOR (millones)	Infraestructura	Estudios	Dotación
Consulta Externa	720.463	720.463		
Urgencias	2.402.607	1.974.081		428.526
Laboratorio	1.407.340	750.817		656.523
B. Sangre	37421	37421		
Partos, Cirugía, Hospitalización	7.473.999	4.763.683		2.710.316
UCI Adultos, Neonatal, Pediátrica, Quemados	4.460.328	1.988.263		2.472.065
Administración				
Sismo-Resistencia	1.336.530	390.431		996.099
Catastro FIS	537.496		537.496	
Serv. Generales	341.500	341.500		
OTROS	456.760	315.816		140.944
	3.245.579	213.606		3.031.973
TOTALES	12.189.074	573.496	10.436.446	23.163.016

Fuente: División Desarrollo Institucional y Seguridad Social – Secretaría de Salud Departamental.

Al evaluar las necesidades de reestructuración por servicios hacia finales del año 2002, se concluye que:

Consulta externa: 22 IPS en buen estado, 16 en regular y 1 en mal estado

Odontología: 24 en buen estado, 14 en regular y 1 en mal estado.

Promoción y prevención: 18 en buen estado, 19 en regular y 2 en mal estado

Urgencias: 14 en buen estado, 5 en regular y 16 en mal estado.

Laboratorios: 12 en buen estado, 11 en regular y 9 en malas condiciones.

Atención Farmacéutica: 13 se encuentran en buen estado, 21 en regular y 2 en mal estado.

Partos y Esterilización: 17 en buen estado, 12 en regular y 8 en malas condiciones.

Hospitalización: 12 en buen estado, 17 en regular y 6 en malas condiciones.

Servicios de administración: 15 en buen estado, 15 en regular y 7 en malas condiciones.

Servicios generales: 5 en buenas condiciones, 28 en regulares, y 7 en malas condiciones.

Se observó que hay hospitales que tienen una capacidad física instalada que supera la demanda de servicios, el mercado potencial y la capacidad de venta y desorden en la organización de la oferta pública de servicios de salud. Se han construido instituciones sin ajustarse a las normas de la infraestructura hospitalaria, esto hace que contemos con unas instalaciones en los Hospitales y Centros de salud que cumplen parcialmente con los requisitos esenciales, en los dos últimos años se han realizado remodelaciones y ampliaciones significativas realizadas por las alcaldías y con recursos propios de los Hospitales.

Los recursos para inversión en obras físicas se han asignado sin atender criterios técnicos y estudios serios sobre las necesidades de la población de acuerdo con el perfil epidemiológico existente en cada municipio, con el fin de organizar las plantas físicas de acuerdo a los criterios asistenciales, al mercado y a la ejecución de obras. No se ha contado en muchos casos con el adecuado acatamiento a los aspectos técnicos ni a las autoridades competentes para la aprobación, vigilancia y control de proyectos.

La gestión municipal y la gerencia de los hospitales, no han sido suficientemente eficientes ni eficaces en lo relacionado con la consecución de partidas para reorganizar las plantas físicas de las ESEs, Centros de Salud y Hospitales, con un buen funcionamiento tanto en la parte de inversión física en salud, como en la calidad de los servicios (Tabla 28)

El departamento cuenta con algunas entidades privadas prestadoras de servicios de salud de alta complejidad, en los municipios de Garzón y Pitalito se cuenta con infraestructura de clínicas privadas de mediano grado de complejidad, en la ciudad de Neiva con una Unidad de Cancerología, dos unidades para diálisis renal (Cruz Roja Colombiana y Fresenius Medical Care), que realizan diagnósticos y exámenes especiales, igualmente es preciso anotar que las anteriores instituciones prestadoras de servicios de salud, cumplen con las normas establecidas por el Ministerio de Salud contando con buenas instalaciones para los servicios de cirugía, hospitalización y se cuenta con dos unidades de cuidado intensivo.

La producción de servicios de salud a nivel del subsector oficial se ha mejorado sustancialmente, desde comienzo de 1.995, cuando entra a implementarse la descentralización de la salud en el Departamento. Este esfuerzo ha permitido que

las instituciones públicas prestadoras de los servicios de salud de la región, estén mostrando significativos avances en los procesos de producción de servicios, generación de ingresos y modernización institucional.

Tabla 29: Empresas Sociales del estado del nivel Departamental y Municipal. Huila. 2001.

NIVELES DE ATENCIÓN	INSTITUCIONES	LOCALIZACION
NIVEL II-III Y IV	ESE- Hosp. General Hernando Moncaleano.	Neiva.
NIVEL II Y III	ESE- Hosp. San Vicente de Paúl.	Garzón
	ESE- Hosp. San Antonio de Padua.	La Plata
	ESE- Hosp.. San Antonio	Pitalito
NIVEL I	ESE- Hosp. Florentino Solarte	Acevedo
	ESE- Hosp. San Antonio	Agrado
	ESE- Hosp. San Carlos	Aipe
	ESE- Hosp. Luis Felipe Cabrera	Algeciras
	ESE- Hosp. Tulia Duran de Borrero	Baraya
	ESE- Hosp. Del Rosario	Campoalegre
	ESE- María Auxiadora	Garzón
	ESE- Hosp. San Antonio	Gigante
	ESE- Hosp. María Auxiliadora	Iquira
	ESE- Carmen Emilia Ospina	Neiva
	ESE- Hosp. San Francisco de Asis	Palermo
	ESE. Hospital Manuel Castro Tovar	Pitalito
	ESE- Hosp. Divino Niño	Rivera
	ESE- Hosp. Arsenio Repizo Vanegas	San Agustín
	ESE- Hosp. Nuestra Señora de Fátima	Suaza
	ESE- Hosp. San Antonio	Tarqui
	ESE- Hosp. Miguel Barreto López	Tello
	ESE- Hosp. Santa Teresa	Tesalia
	ESE- Hosp. San Antonio	Timaná
	ESE- Hosp. Laura Perdomo de García	Yaguará

Fuente: División de Planeación – Secretaría de Salud Departamental. 2001.

12.3.1.7 Indicadores de Gestión: En la actualidad todos los hospitales funcionan con los servicios descritos en la tabla 39, pero con la situación económica y los problemas del no pago oportuno de las ARS y EPS a estas IPS públicas, condicionan problemas para su sostenibilidad.

Tabla 30: Indicadores de Gestión en el Departamento del Huila. 2001.

NIVEL DE ATENCION	No de Camas	Consultas Medicina General	No de Egresos	Días Camas Disponibles	Días Cama Ocupado	% de Ocupación	Promedio Estancia por Egreso	Giro Cama	No Día Estancia
Nivel I	219	602.596	7.431	77.687	12.723	16.38	1.60	33.9	11.898
Nivel II	227	79.422	16.427	82.123	45.211	55.05	2.75	72.4	45.247
Nivel III	274	71.909	13.884	99.826	80.773	80.91	6.16	50.7	85.592
Total	720	753.927	37.742	259.636	138.707	53.42	3.78	52.4	142.737

Fuente: División Planeación – Secretaría de Salud Departamental. 2001.

Así mismo, la facturación por venta de servicios según niveles de atención presenta incrementos significativos, que le han permitido a las instituciones mejorar sustancialmente en los aspectos administrativos, técnicos y financieros.

Los avances del sector salud en el Huila, se debe en gran medida al esfuerzo y a la responsabilidad con que el gobierno Departamental y los gobiernos Municipales han asumido los retos que la Leyes 60 y 100 de 1.993, la Ley 344 de 1.996 y el Decreto Nacional No. 3007 de 1.997 les asigna en materia social.

12.3.1.8 Ambulancias: Las ambulancias existentes en el sector público y privado, como el recurso de apoyo de la red de servicios en el sistema de referencia y contrarreferencia, y según el ámbito de acción, en el Departamento del Huila se cuentan con ambulancias de transporte terrestre y fluvial (1 del municipio de Yaguará). De acuerdo al ámbito del servicio se clasifican en traslado asistencial básica, intermedio y medicalizada.

Con respecto al traslado de pacientes, se cuenta con 93 ambulancias de las cuales el 19.3% (18) no funcionan, en este momento el departamento tiene una necesidad urgente de cuatro (4) ambulancias medicalizadas para el transporte de pacientes con patologías de traumas, y remisiones a tercer y cuarto nivel.

12.4 OFERTA DE TALENTO HUMANO

En la Secretaría de Salud Departamental se encuentran registrados para la prestación de servicios de salud, el talento humano según se describe a continuación, sin embargo es de aclarar que existen falencias en el sistema de

información ya que no se cuenta con un dato consolidado del personal auxiliar de las diferentes ramas como lo son: de consultorio odontológico, laboratorio clínico, higiene oral, mecánico dental, entre otros (Tabla 31)

Tabla 31: Oferta del Talento Humano. Profesionales inscritos en el Departamento del Huila – 2002.

Profesión	No
Médicos	1.148
Odontólogos	504
Enfermeras	468
Bacteriologos	249
Psicólogos	233
Optómetras	49
Auxiliares de Enfermería	2.479
Fisioterapeutas	211

Fuente: División Desarrollo Institucional y Seguridad Social – Secretaría de Salud Departamental. 2002.

12.4.1 Procesos, información y control de calidad: En lo relacionado con el proceso para la prestación del servicio, se encuentra que se carece o no se aplican y aun no existe un buen manejo de: los manuales de procesos y procedimientos y de funciones, estatutos, protocolos de atención, normas de bioseguridad, limpieza y desinfección, distribución de insumos entre otros. Lo anterior indica que no hay una adecuada estandarización, como referente para la evaluación de la calidad y una adecuada organización para la prestación de los servicios, aspecto indispensable para la calidad de la atención.

En cuanto al sistema de información se observa muy poco desarrollo, reflejándose en la carencia de algunos registros hospitalarios y estadísticos; funcionarios no capacitados, información insuficiente e inoportuna para la toma de decisiones y gestión de los servicios de salud.

Es común, la falta de una dependencia funcional, organizada para atender los procesos de participación y atención al usuario.

En auditoria de servicios, se observa falencias en los autocontroles, controles, funcionamiento y operatividad de los comités, sistemas de evaluación de la satisfacción del usuario, sistemas de evaluación de la producción y productividad. Las instituciones de salud no disponen de indicadores de gestión e impacto para la evaluación de los servicios y programas en salud.

En la gestión del talento humano no se cuenta con adecuados procesos de selección, inducción y adiestramiento que permitan la gestión del recurso humano

requerido para los servicios que prestan, e incluso determinar si el mismo es insuficiente en cantidad.

En cuanto a transporte y comunicaciones se ha encontrado falencias en mecanismos de comunicación interna y externa para el transporte de usuarios, además se observa uso inapropiado de las ambulancias.

12.5 ANÁLISIS DE PRODUCCIÓN DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS DE SERVICIOS DE SALUD

La información de producción de servicios de salud, se utiliza como un insumo del proceso de planeación, programación presupuestación y control. A partir de esta información es posible cuantificar y medir la capacidad de producción y su costo, la eficiencia en cuanto a la utilización de los recursos físicos, tecnológicos, financieros y el talento humano, la eficacia y la efectividad de la prestación de los servicios de salud y por consiguiente, la gestión y logro de los objetivos institucionales.

12.5.1 Instituciones Públicas: El sistema de información con respecto al personal vinculado y por contrato de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública, se encuentra muy deprimido careciendo de constante información actualizada al respecto, la única información obtenida de manera no confiable es la que incluye la planta de personal vinculado a las instituciones, de los funcionarios de contrato no se logra obtener ningún dato, lo que impide realizar un análisis de la situación de producción de estas entidades a fin de determinar las tendencias.

12.5.2 Talento Humano: En el Departamento, las instituciones de salud cuentan con un Recurso Humano representado por personal: médico, enfermería, auxiliares y técnicos que son empleados de: Planta, Servicios Social Obligatorio y por contrato. Con la nuevas norma del sector, en la mayoría de los municipios se están realizando cambios en las instituciones de salud, reduciendo el personal al mínimo, e interponiendo los requisitos mínimos exigidos mediante el Sistema de Garantía de Calidad en cuanto a la disponibilidad y calidad del recurso humano para la prestación de servicios de salud acorde con sus competencias.

El subsector oficial de la salud, dispone de 2.378 funcionarios que prestan sus servicios profesionales, técnicos y administrativos en la atención de las personas y el ambiente, de los cuales el 36.9% son empleados del nivel administrativo de apoyo logístico y el 63.1% empleados del nivel operativo. Según su vinculación el 47.9% labora en el primer nivel de atención, el 24.7% en el segundo nivel, el 24.1% en el tercer nivel y el 3.3% en la Dirección Departamental de Salud.

El recurso humano con que cuenta el Departamento del Huila en las instituciones prestadoras de salud públicas se encuentra de acuerdo a los servicios que se ofrecen y en algunos casos aislados se debe nombrar algún profesional para darle a los servicios más calidad, en el momento se vienen realizando

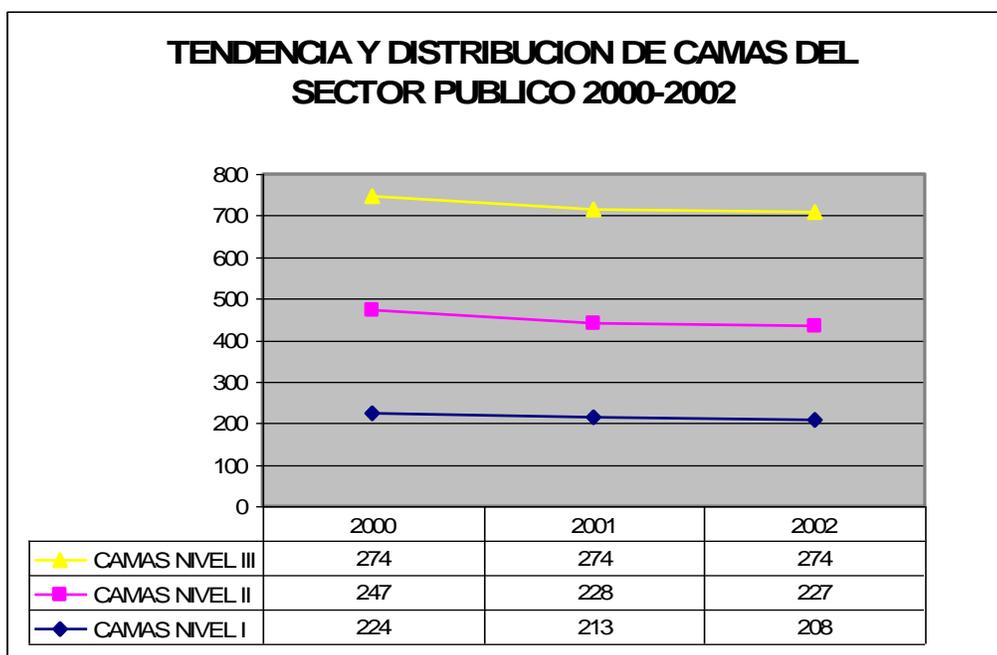
reestructuraciones en las diferentes entes de salud, con el fin de ajustar las plantas de personal y optimizar los recursos.

12.5.3 Oferta de Camas: Se define como cama habilitada aquella que esta en condiciones de uso para la atención del usuario durante 24 horas, cuenta con una dotación de recurso físico, material y tecnológico para su uso y el talento humano necesario para atender al usuario que la ocupe.

Durante el periodo 2000 – 2002, el número de camas hospitalarias mantiene un discreto descenso en los niveles II y III, manteniéndose estable para el nivel III.

Entre el primero y el ultimo año las camas del sector público se disminuyeron en 36, de las cuales 16 corresponden al nivel I y 20 al nivel II (Figura 36)

Figura 36: Tendencia y Distribución de Camas del sector público en el Departamento del Huila. 2000-2002



Fuente: División Planeación – Secretaría de Salud Departamental.

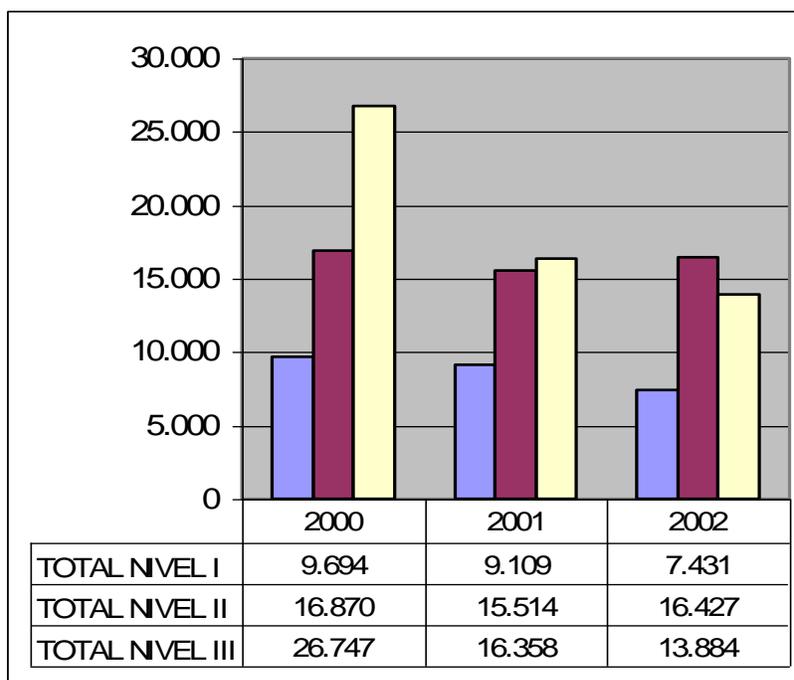
12.5.4 Consulta Médica: Es la sesión personalizada entre el médico y el usuario ambulatorio. Comprende la entrevista inicial, la anamnesis y el examen físico para evaluar el estado de salud y la definición del plan de tratamiento. Este servicio incluye la consulta médica general, de urgencias y la consulta médica especializada.

En el año 2002 la red pública atendió 753.927 consultas, el 80% en el primer nivel, el 10.5% en el segundo y el 9.5% en el tercero.

12.5.5 Cobertura: No se dispone de información actualizada que permita el cálculo de la cobertura de la población usuaria de las IPS públicas. Actualmente se desconocen los segmentos de población de los diferentes regímenes que cada ESE atiende.

Por egreso se entiende el usuario que después de haber permanecido hospitalizado, sale vivo o muerto. No se considera egreso hospitalario el traslado de una cama a otra dentro del mismo servicio o de un servicio a otro.

Figura 37: Egresos Hospitalarios por niveles de atención, Departamento del Huila. 2000-2002



Fuente: División Planeación – Secretaría de Salud Departamental.

En los tres años analizados (2000 – 2002) el promedio anual general de egresos para el primero, segundo y tercer nivel fueron respectivamente 8.744, 16.270 y 18.996. El promedio de crecimiento anual de los egresos hospitalarios entre los años 2000 y 2001 fue del 30%, mientras que entre el 2001 y 2002 solo del 7% (Figura 37).

12.5.6 Giro Cama: También conocido como Índice de rotación de camas. Permite conocer la productividad de las camas de un servicio u hospital durante un tiempo determinado. El giro cama varía en forma directamente proporcional a la variación del número de egresos, siendo menor en servicios de estancia prolongada.

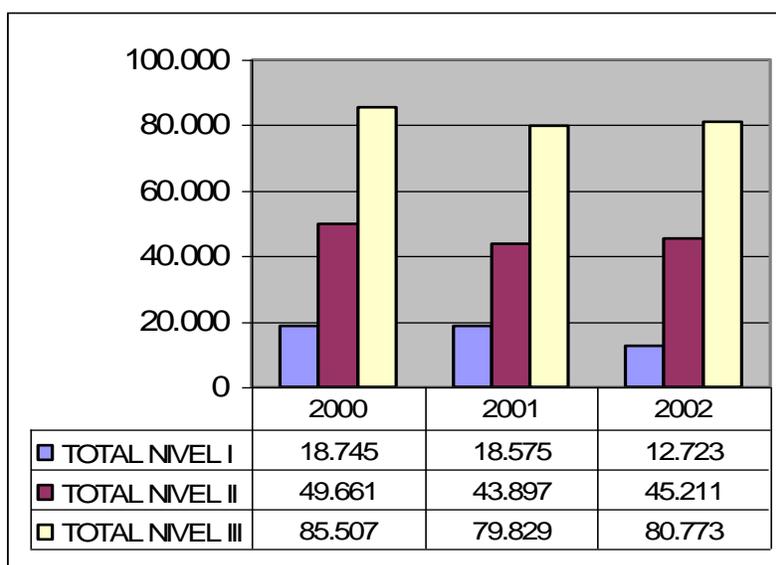
El referente de comparación del giro cama debe ser construido por cada institución, de acuerdo con el promedio de días estancia que requieran los pacientes según especialidad.

Se observa para las instituciones una tendencia estable en la productividad y rendimiento de las camas hospitalarias.

12.5.7 Días de estancia: Es el número total de días que permanece hospitalizado un usuario que egresa. Se contabilizan desde el momento de su ingreso hasta el egreso, sin importar que durante la permanencia haya cambio de períodos (meses o años) o traslados al interior de la institución.

En la figura 38 se muestra el comportamiento de este indicador en el periodo 2000 – 2002.

Figura 38: Días de estancia ESE Hospitales Departamento del Huila, por niveles de atención 2000-2002



Fuente: División Planeación – Secretaría de Salud Departamental.

Se observa para el primer nivel una estabilidad durante los dos primeros años, logrando un descenso significativo para el último periodo, en el segundo y tercer nivel logra descender durante el segundo año obteniendo un ligero aumento durante el último periodo analizado.

12.5.8 Promedio días estancia: Permite conocer por periodo, el tiempo promedio de permanencia de los usuarios que egresan durante el mismo. Es un indicador que cambia de acuerdo con el nivel de complejidad. Su variación tiene que ver con la gestión tanto del área científica como administrativa.

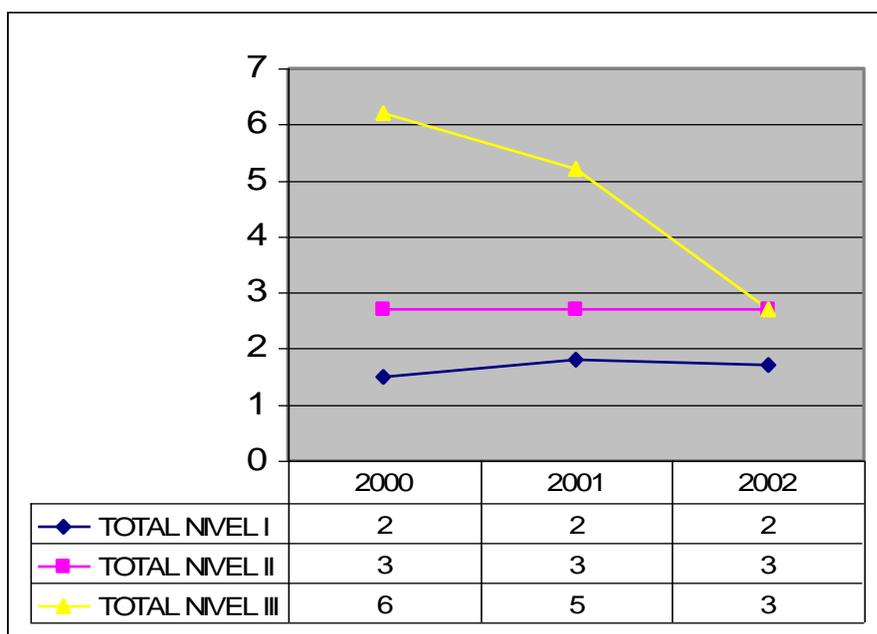
El comportamiento de los indicadores de hospitalización (porcentaje de ocupación de cama, promedio días estancia y giro cama) permiten evaluar de una manera

indirecta los procesos de apoyo administrativo, logísticos y la calidad técnico científica del recurso humano para lograr una determinada utilización y rendimiento de las camas.

Desde el punto de vista administrativo, puede aumentarse si la disponibilidad y distribución de los suministros (medicamentos, material médico quirúrgico y otros) o de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, es inadecuado; igualmente si los procedimientos administrativos son lentos para el egreso del usuario, en usuarios con dificultades de desplazamiento o de pago, no se realizan eficientemente.

Desde el punto de vista científico – asistencial, puede incrementarse si existen deficiencias en la calidad técnica o inoportunidad en la prestación de los servicios de salud.

Figura 39: Promedio días estancia por niveles de atención, E.S.E, Hospitales del Departamento del Huila, 2000-2002



Fuente: División Planeación – Secretaría de Salud Departamental.

El promedio de días de estancia presentado en los hospitales de los tres niveles de atención durante el periodo analizado, esta dentro del estándar promedio aceptable (Figura 39)

12.5.9 Porcentaje Ocupacional: Se mide a través de la proporción de camas disponibles en un hospital que son utilizadas en un periodo de tiempo. Este porcentaje indica el grado de utilización del recurso.

El nivel de comparación del índice de ocupación de camas, se establece desde el punto de vista técnico, se considera como mínimo aceptable el 60% y óptimo entre el 80% y el 90% (Tabla 32)

Tabla 32: Nivel de comparación del índice de ocupación de camas en el Departamento del Huila, 2000 – 2002.

		2000 %	2001 %	2002 %
NIVEL I	Aceptable	41%	26%	16%
	Óptimo			
NIVEL II	Aceptable	53%	52%	55%
	Óptimo			
	Aceptable			
NIVEL III	Óptimo	87%	79%	80%

Fuente: División Planeación – Secretaría de Salud Departamental.

Históricamente se observa un porcentaje ocupacional bajo en el primer y segundo nivel, en estos casos es necesario revisar el número de camas, el día camas disponibles y determinar el número de camas físicas. Incrementar el número de camas sin soporte necesario de los recursos humanos, físicos y financieros, no resuelve el problema de mayor demanda en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

12.6. SITUACION DE LOS RECURSOS Y CAPACIDAD INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA

12.6.1 Análisis de Recursos Financieros del sector Salud

12.6.1.1 Situado Fiscal: Recurso fundamental para el cubrimiento de los costos de atención de la población pobre y vulnerable del Departamento que no tiene seguro, atendida bajo la modalidad de vinculada al sistema de salud y seguridad social en salud, a través de la red pública instalada en cada uno de los municipios y la atención de las actividades no cubierta por el Plan Obligatorio de Salud POS, a cargo de la Secretaría de Salud del Departamento, mediante la contratación con la red pública y privada de salud.

El comportamiento de la distribución del Situado Fiscal por niveles de atención durante el periodo (1.995 – 2.001), evidencia como estos recursos han sido orientados al fortalecimiento de las actividades del primer nivel de atención a

cargo de los municipios del Departamento, manteniendo niveles de asignación promedio por encima del 64%. Los restantes recursos se los han compartido en promedio, el segundo nivel con el 13.5%, el tercer nivel con 16%, el cuarto nivel con el 1.7% y la Secretaría de Salud con el 4.8%.

Estas inequidades en la asignación de los recursos financieros a las instituciones públicas de salud, fueron objeto de ajustes, con base en lo fijado por la Ley 344 de 1996, el Decreto Nacional 3007 de 1.997, la Ordenanza 038 de 1.998 y el proceso de transformación de subsidios de oferta en subsidios a la demanda, a través de las cuales se establecen los criterios de distribución y aplicabilidad de los recursos del Situado Fiscal y Rentas Cedidas para el Departamento y los municipios.

El Situado Fiscal Departamental para el sector salud, pasó de \$8.859 millones recibidos, en 1995 a \$39.951 millones para el año 2.001, con un crecimiento del 60% en el periodo 1995 y 1996, del 36% entre 1996 y 1997, del 32% entre el 97 y 98, del 24% entre 1.998 y 1.999, con un decrecimiento del (-11%) entre 1.999 y 2.000 y con un incremento del 41% entre el año 2.000 y 2.001. Los incrementos observados en el periodo 1995 y 1996, se debió, a que a nivel Nacional, se hizo la revisión de las distribuciones Territoriales, encontrándose alta iniquidad entre las asignaciones Departamentales, lo cual permitió ajustes en las asignaciones del Situado fiscal a los Departamentos que menos recursos estaban recibiendo por este concepto. Algo parecido sucedió en el periodo de 1996 - 1997 cuando se hizo la revisión del gasto per cápita por Departamento, evidenciándose grandes iniquidades entre Departamentos que tienen similar número de población, lo que generó ajustes a la asignación del Situado departamental (Tabla 33).

Tabla 33: Situado Fiscal en el Departamento del Huila. 1995-2001

							Millones \$
PERIODOS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Situado Fiscal	8.860	14.205	19.294	25.531	31.758	28.422	39.951
Variación		60%	36%	32%	24%	- 11%	41%

Fuente: División de Planeación- Junio 2.002

- Rentas Cedidas: Las Rentas Cedidas, están constituidas por los recursos provenientes del consumo de cervezas, Venta de licores, apuestas permanentes, loterías foráneas, sorteo extraordinario, impuesto a ganadores y utilidad de lotería, los cuales en el periodo 1.996-1.997, evidenciaron un crecimiento del 26%, entre 1.997-1.998 del 10%, entre 1.998 y 1.999 del 0.2%, entre 1.999 y 2.000 del 17% y entre el 2.000 y 2.001 del 25%. Como se observa, el comportamiento de las rentas cedidas entre el periodo 96-2001, ha venido en ascenso, sin embargo, estas rentas son inestable, pues dependen en gran medida del comportamiento de la economía de los juegos de suerte y azar y los licores y cervezas. (Tabla 34).

Tabla 34: Rentas Cedidas en el Departamento del Huila. 1996 - 2001

						Millones \$
PERIODOS	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000	2.001
RENTAS CEDIDAS.	5.194	6.549	7.198	7.334	8.587	10.736
VARIACIÓN		26%	10%	2%	17%	25%

Fuente: División de Planeación- Junio 2.002

- Distribución y asignación de recursos de oferta y demanda del situado fiscal y rentas cedidas: La distribución y asignación de los recursos del Situado y Fiscal y de las Rentas Cedidas, para la atención de las competencias de Dirección y prestación de los servicios de salud a nivel territorial, se hace de conformidad con lo establecidos por la Ley 344 de 1.996, el Decreto Nacional 3007 de 1.997, la Ordenanza No. 038 de 1.998 y las directrices del Ministerio de Salud, sobre el plan de transformación de subsidios de oferta en subsidios a la demanda, estos últimos recursos son que se destinan a sostener la continuidad del Régimen subsidiado en cada ente territorial y a la ampliación de cobertura cuando los recursos así lo permitan. Una vez, definidos los subsidios de demanda, se realizan los cálculos de asignación de los recursos vía subsidios a la oferta, para el Departamento y por municipios.

- Participación Municipal en Ingresos Corrientes de la Nación (I.C.N.): La Inversión en Salud durante el periodo 96-2.001 ha sido del orden de los \$56.042 millones en subsidios a la demanda y \$35.937 millones en otras inversiones en Salud. Desde 1.996 al año 2.001, las participaciones municipales en los ingresos corrientes de la Nación, han tenido el siguiente comportamiento (Tabla 35)

Tabla 35: Ingresos Corrientes de la Nación en el Departamento del Huila. 1996 – 2001.

						Millones \$
PERIODOS	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000	2001
I.C.N.	46.762	58.320	69.888	88.334	102.384	92.930
VARIACIÓN		24.7%	19.8%	26.4%	15.9%	-9.2%
INV. FORZ.	34.906	45.607	51.356	67.586	81.561	82.164
SUBSIDIOS	5.236	6.841	7.813	11.266	12.562	12.324
OTR.INV.SA	3.491	4.561	5.137	6.318	8.204	8.216

Fuente: División de Planeación- Junio 2.002

- Fondo de Solidaridad y Garantía “FOSYGA”: Los recursos financieros provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía “FOSYGA” y los generados a través de la Caja de Compensación Familiar y CONCAJA con destino a Subsidios a la demanda para la población pobre vulnerable del Departamento se constituyen

en el soporte fundamental del régimen subsidiado de Seguridad Social en Salud, conjuntamente con las participaciones municipales en los Ingresos Corrientes de la Nación y el situado fiscal subsidios a la demanda. Los recursos financieros de FOSYGA, la Caja de Compensación y CONCAJA, presentan el siguiente comportamiento dentro del trienio 1.998 – 2.001 (Tabla 36).

Tabla 36: Fondo de Solidaridad y Garantía en el Departamento del Huila. 1998 – 2001.

PERIODOS	Millones \$			
	1.998	1.999	2.000	2001
FUENTES FINANANCIACION				
FOSYGA	\$21.412	\$14.742	\$14.617	16.528
Variación		-31.2%	-0.8%	13.1%
CAJAS	545	1.077	1.249	

Fuente: División de Planeación- Junio 2.002

Como se observa, los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, vienen disminuyendo en la cofinanciación del Régimen Subsidiado, dado principalmente por el crecimiento de la cofinanciación de los (ICN) y del situado fiscal y rentas cedidas subsidios a la demanda (Tabla 37).

En síntesis, el Régimen Subsidiado en el departamento, es equivalente a (290.548 personas afiliadas en el año 2.001), financiado de la siguiente forma:

Tabla 37: Resumen análisis financiero del Departamento del Huila. 2001.

FUENTES	Millones(\$)	
	RECURSOS (\$)	PARTICIPACIÓN (%)
FOSYGA	16.528	38%
ICN	12.324	28%
SITUADO FISCAL	12.459	28%
RENTAS CEDIDAS	2.681	6%
CAJAS DE COMPENSACION	0	%
TOTAL RECURSOS	43.992	100.0

Fuente: División de Planeación Junio 2.002.

Como se observa en el cuadro anterior, el Régimen Subsidiado de seguridad social en el departamento, viene siendo financiado en un 94% con recursos de las transferencias nacionales y el 6% con rentas cedidas.

12.7. LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA

En el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Red Nacional de Laboratorios (RNL) está conformada por los laboratorios Clínicos públicos y privados ubicados en los municipios, laboratorios de Salud Pública que son principalmente departamentales y un laboratorio Nacional de Referencia, el Instituto Nacional de Salud, que actúa como cabeza de ésta red.

En los municipios operan el total de laboratorios clínicos del país cuyo número aproximados es de 5000. Son también parte integrante de la Red Nacional de Laboratorios en el nivel municipal, los centro de toma de muestras, los laboratorios de aguas y los laboratorios de citohistopatología.

Los 33 Departamentos, excepto San Andrés cuentan con Laboratorios de Salud Pública de diversos niveles de desarrollo.

La Red Nacional de Laboratorios es el conjunto de actores públicos, privados y mixtos en todos los niveles territoriales, creada para el Diagnóstico y la Vigilancia de enfermedades y factores de riesgo que afectan o pueden afectar la salud humana en todo el territorio colombiano. La Vigilancia a través de laboratorio es uno de los componentes fundamentales del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). A través de la RNL se cumple con una función esencial del Estado.

Es además un sistema técnico administrativo que permite integrar y coordinar actividades, técnicas y procedimientos diagnósticos de laboratorio, para el desarrollo de programas del sector salud, considerando los factores determinantes de riesgo y los mecanismos necesarios para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de las enfermedades de mayor frecuencia en la población.

Fue creada en 1972 y empezó su operación en 1984. Ha sido una de las mayores fortalezas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el País, contribuyendo a conquistas en salud pública en la población colombiana, como la eliminación de la poliomielitis, el control del sarampión, el control de la epidemia de cólera, la investigación de agentes patógenos, reservorios, vectores y nuevas formas de expresión de problemas de salud en nuestra comunidad.

Los principios de la RNL son los siguientes: Cobertura Universal, Calidad, Eficiencia, Equidad, e Integralidad.

Con la creación de la Red Departamental de Laboratorios, nace en el Departamento del Huila el actualmente denominado “Laboratorio de Salud Pública”.

A medida que este ente se desarrollaba a lo largo y ancho del Departamento del Huila, vio la necesidad de ampliar servicios y fortalecer el perfil epidemiológico.

Por esta razón en el año 1994 se aprueba el proyecto “Implementación Red Laboratorio Departamental de Control y Vigilancia Epidemiológica”.

Con la constante preocupación de los entes Nacionales y Regionales y con miras a dar un cubrimiento en salud a la población colombiana, se implementa el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desprendiéndose en estas reformas la necesidad de replantear la función de los Laboratorios de Salud Pública.

12.7.1 Descripción: El País cuenta con la Red Nacional de Laboratorios y la Red Nacional de Bancos de Sangre que tienen como función primordial realizar el diagnóstico de las enfermedades infecciosas consideradas de importancia en Salud Pública y detectar factores de riesgo que puedan afectar la población, mediante el sistema de vigilancia en salud pública, porque a través de esta vigilancia se confirman o descartan casos sospechosos o probables de enfermedades infecciosas y se verifican con exactitud la presencia de factores de riesgo.

Las Direcciones departamentales de Salud a través del PAB Departamental debe garantizar las acciones del Laboratorio de Salud Pública mediante su financiación para la prestación de los servicios, dando mayor importancia a la Red Nacional de Laboratorios.

En el año 1995 al pasar el Servicio Seccional de Salud a Secretaria Departamental en el proceso de descentralización, el Laboratorio de Salud Pública se convierte en División de la misma Secretaria.

El objeto de los Laboratorios de Salud Pública es apoyar la vigilancia en salud pública y la función de inspección vigilancia y control mediante:

- Realización de exámenes de laboratorio de interés en Salud Pública
- Referencia y Contrarreferencia de muestras
- Control de Calidad de los exámenes de interés en Salud Pública
- Información y notificación obligatoria
- Capacitación y asistencia técnica
- Investigación epidemiológica

12.7.2 Funciones

Son funciones de los Laboratorios de salud pública departamental o distrital:

12.7.2.1 Las inherentes al Plan de Atención Básica PAB: De apoyo a la vigilancia y el control de los factores de riesgo biológicos, físicos, químicos y de consumo

- ❖ De apoyo a la vigilancia en salud pública
- ❖ De apoyo al control de enfermedades
- ❖ De apoyo a la vigilancia centinela
- ❖ En el desarrollo de investigación epidemiológica

12.7.2.2 Desarrollo de los programas de la Red: El Laboratorio de Salud Pública viene realizando los siguientes exámenes de las patologías de interés en salud Pública:

En atención a las personas:

- Programa PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones): Rubéola, Sarampión, Polio y Tos Ferina, se remiten al Instituto Nacional de Salud
- Programa ETV (Enfermedades de transmisión vectorial): Dengue, Malaria, Leishmania y Chagas
- Programa ETS-VIH/SIDA: Prueba de Elisa para VIH, prueba confirmativa de Western – blot, Hepatitis A, Hepatitis C, Antígenos Superficie de Hepatitis B, Anticuerpos contra el Antígeno Superficie de la Hepatitis B, Anticore, Sífilis Congénita.
- Programa EDAS: Diagnóstico de EDAS Bacteriana (Salmonella, Shiguella y Vibrio. Cholera), EDAS Parasitaria (Parásitos intestinales/Oportunistas), EDAS Virales (Rotavirus).
- Programa Micobacterias (Tuberculosis y Lepra)
- Programa de Atención al Recién Nacido (Toxoplasma, TSH y Meningitis Bacteriana)
- Control de Cáncer Cervico Uterino

En atención al ambiente:

- Programa Alimentos de alto riesgo: Análisis Bacteriológico y Físicoquímico
- Programa de Aguas: Análisis Físicoquímico y Bacteriológico, órganos fosforados en agua, metales pesados y fluor.
- Programa de vigilancia epidemiológica de órganos fosforados: Se realiza en 19 municipios del Departamento en personas de alto grado de exposición a agroquímicos.
- Estudio físicoquímico de bebidas alcohólicas
- Estudio físicoquímico de leche cruda
- Red de Entomología: Estudio de los principales vectores de interés en Salud en el Departamento del Huila: Malaria, Leishmania, Dengue y Chagas.

12.7.2.3 Referencia y Contrarreferencia: El Laboratorio de Salud Pública coordina este sistema con los Laboratorios clínicos públicos y privados e Instituciones de Salud en el Departamento en sus diferentes grados de complejidad, el envío de muestras biológicas de origen humano o elementos de ayuda diagnóstica, alimentos, aguas, bebidas y productos varios para su análisis

y/o referencia a nivel nacional que se encarga de atender y procesar la solicitud del envío, para que acuerdo a su capacidad resolutive den respuesta a la necesidad de salud.

12.7.2.4 Control de Calidad: El Laboratorio de Salud Pública establece el Control de Calidad en los Laboratorios Clínicos públicos y privados del Departamento mediante el Control de Calidad interno, supervisión técnica indirecta y coordina con el Instituto Nacional de Salud el Control de Calidad Externo de los programas de la red para garantizar la calidad de los exámenes en el diagnóstico de las patologías de interés en salud. A su vez el Laboratorio de Salud Pública realiza el Control de Calidad Externo enviado por el Instituto Nacional de Salud para evaluar la calidad de los resultados que emite los diferentes programas que desarrolla.

12.7.2.5 Capacitación: La Red Departamental de Laboratorios desarrollan programas de capacitación y educación continuada del personal de salud, en las áreas de su competencia en coordinación con el Instituto Nacional de Salud, para esta actividad se realiza un cronograma de seminarios y talleres de actualización y se realizan inducción de los programas de la red a los profesionales de la salud que rotan en cumplimiento del año social obligatorio.

La Red Departamental de Bancos de Sangre realiza anualmente un seminario de capacitación al personal que labora en Bancos de sangre y Centros de transfusión.

12.7.2.6 Asistencia Técnica:

- **LABORATORIOS CLÍNICOS:** Se vienen realizando visitas de asesoría, asistencia técnica a los programas de la red en los laboratorios clínicos, verificación de requisitos y concepto para aprobación de plaza rural en las Instituciones públicas de Salud
- **BANCOS DE SANGRE:** El Laboratorio de Salud Pública realiza una programación de visitas de asistencia técnica a los cinco (5) bancos de sangre y siete (7) centros de transfusión que conforman la red departamental de bancos de sangre.

12.7.2.7 Investigación Epidemiológica: La vigilancia es un componente fundamental de los programas de control y esencial para asegurar que sean ejecutados eficaz y eficientemente dichos programas, con la finalidad de que tanto las personas infectadas como sus familias y sus comunidades obtengan el beneficio máximo.

En la actualidad el Laboratorio de Salud Pública viene desarrollando la vigilancia centinela en Cuatro (4) programas: Programas EDAs en menores de 5 años (Bacteriana, Parasitaria y Viral) en los municipios de Campoalegre y Villavieja,; programa Meningitis Bacteriana en el Hospital Universitario de Neiva; programa Infección Respiratorio Aguda (IRA) en la Clínica Central de Especialistas de Neiva

y programa Dengue en el Centro de Salud Carmen Emilia Ospina Norte, Sur y Oriente. Este estudio nos permitirá conocer la distribución de los agentes etiológicos, su incidencia, con el fin de implementar un tratamiento oportuno y eficaz, permitiendo plantear posibles medidas de prevención y control así mismo se fortalecerá el Laboratorio de Salud Pública en el diagnóstico de las patologías en estudio.

12.7.2.8 Información y Notificación: Los Laboratorios Clínicos Públicos y Privados, los Bancos de Sangre y Centros de Transfusión deben informar al Laboratorio de Salud Pública los casos que se presenten, que de una u otra manera comprometen la salud de la comunidad. El Laboratorio de Salud Pública ha distribuido en las capacitaciones que realiza y en las circulares los diferentes formularios de notificación de las patologías de interés en salud para que cada laboratorio diligencie la información requerida y se remita al Jefe del laboratorio de salud pública los primeros cinco (5) días del mes siguiente, lo mismo que las muestras para supervisión indirecta.

El análisis de la información recibida se analiza y se elabora el documento que se presenta al Comité de Vigilancia y al Instituto Nacional de Salud para tomar las acciones a seguir cuando haya lugar.

12.7.3 Estructura de la Red: La Red Nacional de Laboratorios esta encabezada por el Laboratorio Nacional de Referencia que es el Instituto Nacional de Salud en coordinación con el INVIMA, IDEAN, ICA e INGEOMINAS, de la cual forman parte la Red de Laboratorios y La Red de Bancos de Sangre.

12.7.3.1 Red de Laboratorios: A nivel departamental se encuentra el laboratorio de Salud Pública en la Secretaría de Salud Departamental quién cumple las funciones de liderar, coordinar, asesorar, y capacitar a los laboratorios clínicos y bancos de sangre; además de realizar los análisis de los diferentes programas de la red de acuerdo a nuestra capacidad técnica, científica e infraestructura.

Además se encuentran 4 laboratorios Clínicos departamentales en los hospitales de; Hospital Universitario de Neiva de III nivel, Hospital San Antonio de Pitalito , Hospital San Vicente de Paúl en Garzón y el Hospital San Antonio de Padua en la Plata de II nivel. Estos Laboratorios deben servir como referencia en los análisis de su nivel de complejidad a los municipios de su área de influencia.

A nivel municipal se encuentran 37 Laboratorios Clínicos de **I nivel** en los municipios que muestra la Tabla 36.

En la actualidad de 37 municipios existentes en el Departamento del Huila, sólo dos municipios no cuentan con Laboratorio Clínico y son: el municipio de Oporapa y el Municipio de Elias.

Estos Laboratorios realizan exámenes de diagnóstico de los programas de la Red de acuerdo a su nivel de complejidad (nivel I) y deben referir las muestras al nivel de complejidad II quién se encarga de dar respuesta a la solicitud del envío.

Tabla 38: Laboratorios Clínicos de I Nivel de Atención en el Departamento del Huila. 2002.

MUNICIPIO	No LABORATORIOS
ACEVEDO	1
AGRADO	1
AIPE	1
ALGECIRAS	1
ALTAMIRA	1
BARAYA	1
CAMPOALEGRE	1
COLOMBIA	1
GARZON	1
GIGANTE	1
GUADALUPE	1
HOBO	1
IQUIRA	1
ISNOS	1
LA ARGENTINA	1
LA PLATA	1
NATAGA	1
NEIVA	3
PAICOL	1
PALERMO	1
PALESTINA	1
PITAL	1
PITALITO	1
RIVERA	1
SALADOBLANCO	1
SAN AGUSTÍN	1
SANTA MARIA	1
SUAZA	1
TARQUI	1
TERUEL	1
TESALIA	1
TELLO	1
TIMANA	1
VILLAVIEJA	1
YAGUARA	1
TOTAL	37

Fuente: Laboratorio de Salud Pública
Secretaría de Salud Departamental

Los laboratorio clínicos que se encuentran dentro de los hospitales departamentales deben realizar y apoyar los laboratorios del nivel municipal, sin embargo esta actividad no se realiza porque no cuentan con los recursos suficientes para garantizar la referencia y contrarreferencia solicitada por el nivel municipal.; por lo tanto deben apoyarse muy frecuentemente en el laboratorio de Salud Pública Departamental para lo cual se hace necesario un apoyo de la Red de servicios y así fortalecer los laboratorios departamentales.

Para una mayor cobertura en la prestación de los servicios de laboratorio y teniendo en cuenta las funciones de la Red de Laboratorios es necesario crear en los municipios de Tello, Altamira, Elías, Oporapa y Nátaga Servicios de Toma de Muestras en lugar de Laboratorio y así optimizar los recursos de las instituciones de salud niveles I y II que garanticen un servicio con calidad y eficiencia.

12.7.3.2 Red de Bancos de Sangre: La Red de Bancos de Sangre esta conformada por los 5 Bancos de Sangre tipo B que se encuentran en: Municipio de Neiva uno en el Hospital Universitario y el otro en la Clínica del Instituto de Seguro Social; Municipio de Pitalito en el Hospital Departamental San Antonio; Municipio de La Plata en el Hospital Departamental San Antonio de Padua; Municipio de Garzón en el Hospital Departamental San Vicente de Paúl y 6 Centros de Transfusión que se encuentran en el municipio de Neiva y son: Clínica Neiva, Clínica Central de Especialistas, Clínica Nueva, Clínica de Fracturas, Clínica SaludCoop, Clínica Emcosalud.

Para Garantizar la calidad de los productos sanguíneos que se procesan en los Bancos de Sangre y centros de transfusión se realizan pruebas de tamizaje para diagnóstico de: VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, Sífilis y Chagas; además de las pruebas de compatibilidad sanguínea como son la prueba Cruzada, Coombs Directo e Indirecto, Confirmación de Grupo Sanguíneo directo e indirecto y rastreo de anticuerpos irregulares como lo exige el Decreto 1571/93.

Las pruebas positivas de estos tamizajes se envían al laboratorio de Salud Pública para su confirmación por Elisa y Westerm-blot; estos resultados son remitidos a las unidades de Vigilancia Epidemiológica de cada institución de salud remitente.

Además los Bancos de Sangre de nuestro departamento participan en el Control de Calidad que envía la Red Nacional de Bancos de sangre para garantizar la calidad en los diagnósticos y del producto.

Teniendo en cuenta el decreto 1543/97 el cual resalta la obligatoriedad de los bancos de sangre en realizar los tamizajes de las enfermedades transmisibles a todas las unidades de sangre obtenidas es necesario contar con los recursos suficientes y en forma continua para realizar estas pruebas y en realidad nuestros bancos de sangre no satisfacen las necesidades de la población del departamento debido a que no hay recursos suficientes para la adquisición de los reactivos y la escasa educación en la promoción para la donación voluntaria y altruista hace que nuestros bancos de sangre no mantengan la reserva necesaria para suplir

cualquier eventualidad debido a que nos encontramos en una zona de alto riesgo por violencia, por desplazamiento poblacional y por caracterización topográfica.

12.8. OFERTA DE SERVICIOS DE ASEGURAMIENTO Y ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

12.8.1 Aseguramiento: Del total de la Población del Huila (967.831 Habitantes) en el año 2.003, el 66% posee algún tipo de Seguridad Social. 292.454 personas se encuentran afiliadas al Régimen contributivo y 297.966 al Régimen Subsidiado, 48.477 están afiliados a regímenes especiales correspondientes a población excluida de la Ley 100/93 (Magisterio, Fuerzas Militares, Ecopetrol y parlamentarios). (Anexos 3 y 4).

Del total de la población pobre y vulnerable de los niveles 1 y 2 del SISBEN y listados censales (732.827 personas) solo el 34% están afiliados al Régimen Subsidiado, quedando un total de 434.861 personas clasificadas como vinculadas que deben ser atendidas por las I.P.S. Públicas con los recursos del Situado Fiscal Subsidio a la Oferta (Tabla 39).

Tabla 39: Población por Aseguramiento en el departamento del Huila. 2003.

POBLACIÓN TOTAL DEL DEPARTAMENTO AÑO 2003	967.831
POBLACIÓN AFILIADA AL REGIMEN CONTRIBUTIVO	292.454
POBLACIÓN AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO	297.966
POBLACIÓN AFILIADA A REGÍMENES ESPECIALES	48.477
POBLACIÓN VINCULADA	434.861
POBLACION NIVEL 1 Y 2 SISBEN Y LISTADO CENSAL	732.827

Fuente: División Desarrollo Institucional y Seguridad Social y División de Planeación – Secretaría de Salud Departamental – 2002.

En el área de aseguramiento se ha presentado la siguiente problemática:

- ❖ Incapacidad del Departamento y de los Municipios para disponer de recursos económicos para otorgar más subsidios a la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado, lo cual ha imposibilitado el aumento de la cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado.
- ❖ El flujo de recursos del Régimen Subsidiado se ha visto obstaculizado: El Ministerio no realiza los giros en forma oportuna, los Municipios no pagan a tiempo a las ARS y en algunas ocasiones invierten los recursos en otros gastos

y las ARS no pagan a tiempo a las IPS, generando irregularidades en la prestación de servicios de salud a los usuarios.

- ❖ Los Municipios no envían los informes solicitados en forma oportuna ni adecuada pese a la constante asesoría prestada por la Secretaría de Salud Departamental.
- ❖ Deficiencias en el sistema de información debido a que no existe un software que permita identificar exactamente las poblaciones de afiliados a los Regímenes Contributivo, Subsidiado y Vinculados.
- ❖ El SISBEN además de ser un instrumento que en algunos casos no permite precisar los ingresos y la capacidad económica de la familia, no ha sido aplicado de manera adecuada que facilite la focalización de la población realmente pobre y vulnerable. Factores como la politiquería y los intereses personales lo han afectado en gran magnitud.
- ❖ Se ha dificultado la depuración de las bases de datos del SISBEN y del Régimen Subsidiado por carencia de tecnología. Aunque se han hecho esfuerzos por depurar a través de los programas de Access, Excel y con base en el control social, aún existen muchas duplicidades que debilitan económicamente el sistema.
- ❖ El cambio continuo del personal que maneja el área de aseguramiento a nivel municipal genera atrasos en los procesos y pérdida de los esfuerzos que realiza la Secretaría de Salud a través de las capacitaciones y las asesorías ofrecidas a los mismos.
- ❖ Imposibilidad de prestar atención integral a los vinculados a través de la red pública debido a la insuficiencia de los recursos del subsidio a la oferta y a la falta de capacidad resolutive de las IPS, generando gran cantidad de remisiones al sector privado, para lo cual los recursos cada vez son más escasos.
- ❖ Estas remisiones se realizan además para los pacientes del Régimen Subsidiado que padecen patologías no incluidas en el POS-S como también a afiliados y beneficiarios del Régimen Contributivo con patologías de III y IV que no han cotizado las semanas correspondientes y que según el Decreto 806 de 1998 deben ser atendidos por el Estado cuando no poseen capacidad de pago.
- ❖ No se ha promovido la afiliación de las personas con capacidad de pago al Régimen Contributivo ni se ha realizado el control a la elusión y la evasión debido a la gran cantidad de procesos que implican la operatividad del Régimen Subsidiado.

- ❖ No existe fluidez en el sistema de información del Régimen Contributivo, las EPS no envían las bases de datos de sus afiliados a pesar de los continuos requerimientos.
- ❖ Excesiva normatividad relacionada con aseguramiento por parte del nivel central con cambios constantes que obstaculizan los procesos ya iniciados, cambiando las reglas de juego en el camino, lo cual genera inseguridad en las decisiones que se toman.
- ❖ El Sistema General de Seguridad Social establece espacios de Participación Comunitaria, como Asociaciones o Alianzas de Usuarios en Salud y Veedurías de salud para el Régimen Subsidiado en salud.
- ❖ Comités de Participación Comunitaria en Salud y los Comités de Ética Hospitalaria públicas y privadas. Se ha iniciado la organización de las Oficinas de Atención al Usuario en Salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, Empresas Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud y Secretarías de Salud Departamental y Municipales.

En el departamento del Huila operan 24 Empresas Promotoras de Salud con una oferta en seguros de salud de 292.454 cupos autorizados para el régimen contributivo y 826.007 para el régimen subsidiado (Tabla 40)

Las entidades aseguradoras mencionadas tienen presencia en los diferentes municipios del departamento con segmentos del mercado de aseguramiento en uno o los regímenes.

La Secretaria de Salud Departamental tiene contrato con las IPS de Bogotá: Fundación Cardioinfantil, Hospital La Misericordia, Hospital La Samaritana, Hospital San Rafael, Fundación Oftalmológica Nacional, Instituto Diagnostico IDIME, Laboratorio Clínico Yunis Turbay, Laboratorio Clínico CAM, Instituto Nacional de Cancerología, Hospital Simón Bolívar, para las atenciones del Cuarto Nivel de atención.

Tabla 40: Oferta de Servicios de Aseguramiento (EPS), Departamento del Huila. 2002.

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD	REGIMEN CONTRIBUTIVO	REGIMEN SUBSIDIADO
Cafesalud	28.710	29.833
Cajanal	15.779	
Caprecom	1.380	65.118
Colseguros	1.495	
Coomeva	5.769	
ECOPETROL	959	
Famisanar Ltda.	129	
Saludcoop	136.097	
Sanitas	5.546	
Servicio Occidental de Salud	43	
Ferrocarriles	340	
Fondo de prestaciones Sociales del Magisterio	2.210	
Humana Vivir	26.942	21.959
Incora	220	
ISS	59.648	
Salud Colmena	1.409	
Salud Colpatria	4	
Salud Total	4	
Solsalud	5.770	25.633
Cajasalud		87.501
Asmet Salud		28.458
Ecoopsos		21.946
AIC		3.560
TOTALES	292.454	284.008

Fuente: División Desarrollo y Seguridad Social – Secretaría de Salud Departamental. 2002.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El trabajo realizado permitió obtener una valiosa información sobre la situación en salud del Departamento, en la medida que aporta gran cantidad de información útil para conocer las condiciones de salud y enfermedad del Departamento del Huila.
2. El diagnóstico sobre la situación en salud del Departamento del Huila facilita al público en general tener una herramienta de consulta rápida y organizada, y a la Secretaría de Salud Departamental una línea de base para actualizar el diagnóstico.
3. Las enfermedades infecciosas especialmente las inmunoprevenibles son las que presentan bastante información lo cual permitió tener un mejor conocimiento de estas haciendo más fácil su análisis.
4. Los procesos de vigilancia epidemiológica que tiene el departamento del Huila de los eventos de importancia en salud pública, son precarios, no cuentan con información adecuada lo cual es difícil de representar la realidad de nuestra situación en salud.
5. Teniendo como concepto que la información en salud es un proceso de agregación y desagregación de datos y que permite conocer realidades locales y globales, a pesar de que la organización y administración de los servicios de salud estén descentralizados, se requiere que el sistema de información del Departamento del Huila mantenga elementos uniformes que permitan la transmisión entre el municipio, departamento y la nación, y se puedan establecer comparaciones y conocer la situación en salud en forma integral.
6. Se requiere trabajar a nivel del personal de la salud sobre la importancia de la validez, confiabilidad, especificidad, sensibilidad, mensurabilidad y relevancia del registro de la información en salud especialmente en el de estados mórbidos y diagnóstico de muerte.
7. Al realizar el diagnóstico en salud se puede concluir que hay eventos de impacto en la salud de los huilenses que no se han investigado y no se cuenta con información válida para conocerlos como son los de las enfermedades mentales y del comportamiento, que ameritan procesos de investigación epidemiológicas.
8. La realización del trabajo sirvió para identificar debilidades en el sistema de información en salud del departamento del Huila, especialmente la falta de adecuados flujos de información y coordinación intersectorial especialmente

con la entidades que tienen a cargo información de vital importancia como el DANE, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, las secretarías de tránsito y educación.

9. Como fortaleza se debe identificar la accesibilidad a la información de eventos como las enfermedades de interés nacional en salud pública y las estadísticas vitales.

BIBLIOGRAFIA

Departamento Nacional de Planeación, Coyuntura Social Departamental, Boletín No 29, Edgar Baldi3n y Patricia Garc3a, Grupo Calidad de Vida e Impacto de Programas Sociales.

Plan de Desarrollo Departamental. 2000 – 2003.

Secretaria de Salud Departamental, Informes T3cnicos de Evaluaci3n de Programas, 2001, Divisi3n Desarrollo de la Salud.

Secretaria de Salud Departamental, Informe T3cnico Sistema de Estadísticas Vitales, 2000 y 2001, Divisi3n Planeaci3n.

Revista Epidemiol3gica de Antioqu3a, 2000, Vol 25, No 1-3, Diagnostico de la Situaci3n de salud Antioqu3a.

Ministerio de Salud, Situaci3n en Salud en Colombia, Indicadores B3sicos 2000, 2001.

Anuario Estadístico Agropecuario, 2000, Agr3cola, pecuario, acuicola, forestal y Minero, Divisi3n Planificaci3n Agropecuaria.

Informe anual 2002.. PLANTE.

Informaci3n de la Compañ3a Houston Oil – HOCOL.

Evaluaci3n Divisi3n Laboratorio Salud P3blica, Secretaria de Salud Departamental .Año 2001.

Forensis, datos para la vida, 2001, Medicina legal y ciencias forenses

Programa Ampliado de Inmunizaciones “PAI” Colombia 2002. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. 2002.

Boletín Epidemiol3gico Semanal – SIVIGILA. Semana epidemiol3gica No 52. Diciembre 22 a 28 de 2002. Instituto Nacional de Salud.

Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Resultados de la Encuesta Nacional de 2001 en j3venes escolarizados de 10 a 24 años. Programa Rumbos. Presidencia de la Rep3blica. 2002.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas en detección temprana de cancer cervico uterino y de mama. Enfermedades Crónicas – ENFREC II. Ministerio de Salud. Tomo IV. 1999.

Estudio Nacional de Salud Bucal. III Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB III. Ministerio de Salud. Tomo VII. 1999.

Huila Características geográficas. Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Subdirección geografía. 1995.

Consejo Municipal 1992. Neiva al filo del milenio. Historias de conquista colonización e identidad. Editorial Kimpres Ltda.. Santafé de Bogotá, D.C.

Fondo Mixto de Promoción Turística del Huila – CNT 1993. El Huila. Guía Cultural y Turística. Santafé de Bogotá, D.C.

1993. San Agustín y Tierradentro. Guía arqueológica. Editorial Nomos S.A. Santafé de Bogotá, D.C.

Ramírez Pedro José 1989, Tribus indias que vivían en el Huila en el tiempo de la conquista. Rev. Así es mi Huila. Neiva.

Salas Ortiz Camilo 1989. Información básica del Departamento del Huila. Rev. Así es mi Huila. Neiva.

Problemática de las drogas en Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho. Dirección Nacional de Estupefacientes. Bogotá, Colombia. 2002. Pag. 13

[www. dnp. gov. co](http://www.dnp.gov.co)

[www. medicinalegal. gov.co.](http://www.medicinalegal.gov.co)

[www. minsalud.gov. co](http://www.minsalud.gov.co)

[www. ops/oms. gov. Co](http://www.ops/oms.gov.Co)

[www. dane. gov.co](http://www.dane.gov.co)

