

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MUNICIPIO DE GIGANTE HUILA 2011

RHONALD ANDRÉS HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
LUZ ADRIANA LOSADA PEÑA
INGRID JOHANNA ORTIZ LEDESMA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA
NEIVA - HUILA
2012

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MUNICIPIO DE GIGANTE HUILA 2011

RHONALD ANDRÉS HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
LUZ ADRIANA LOSADA PEÑA
INGRID JOHANNA ORTIZ LEDESMA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Epidemiología.

Asesor
EDILBERTO SUAZA CALDERON
Enfermero,
Especialista en Epidemiología,
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA
NEIVA - HUILA
2012

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Noviembre 14 del 2012.

DEDICATORIA

Dedicamos nuestro proyecto de grado y toda nuestro postgrado a nuestros padres: Constantino Ortiz y Rosa María Ledesma; Raúl losada y María Diva Peña; Alfredo Hernández Espitia y Yolanda Rodríguez; Por ser quienes siempre han estado a nuestro lado en todo momento dándonos las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo las barreras que se nos presenten; es a ellos a quienes les debemos todo.

A nuestros queridos hermanos por su incondicional apoyo, comprensión, motivación y valiosa compañía; por darnos ánimos para alcanzar esta meta tan importante para nuestra vida profesional.

*Ingrid Johana
Luz Adriana
Ronald Andrés*

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A Dios por permitirnos ingresar y pertenecer a la décima cohorte del Postgrado en Epidemiología de la Universidad Surcolombiana y culminar con éxito nuestros estudios.

A nuestros Padres quienes con sus esfuerzos, dedicación y esmero nos apoyaron incondicionalmente para cumplir esta nueva meta: ser Especialistas en Epidemiología; a nuestros hermanos por su valiosa comprensión, colaboración y apoyo.

A la Doctora Mónica Chavarro Fernández, Gerente de la E.S.E Hospital San Antonio del Municipio de Gigante y a todo el personal de esta institución que colaboro y permitió el desarrollo del presente proyecto de investigación.

A nuestro amigo y asesor en investigación el Docente Especialista Edilberto Suaza Calderón por su paciencia, consejería y dedicación que permitió el desarrollo y la culminación con éxito de este proyecto.

A la Docente Magíster Dolly Castro Betancourt coordinadora de la especialización en epidemiología por brindarnos sus conocimientos y asesoría para el desarrollo del proyecto.

A Litty Fernanda Perdomo Romero, Secretaria del Postgrado en Epidemiología, por brindarnos sus consejos, cariño y generosidad.

A todos mil gracias...

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
2. JUSTIFICACIÓN	23
3. OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GENERAL	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4. MARCO DE REFERENCIA	26
4.1 ANTECEDENTES	26
4.1.1 Antecedentes latinoamericanos	26
4.1.2 Antecedentes nacionales	26
4.1.3 Antecedentes locales	29
4.2 MARCO LEGAL	30
4.2.1 Ley 152 de 1994	30
4.2.2 Ley 715 de 2001	31
4.2.3 Decreto 3518 de 2006	31
4.2.4 Ley 1122 de 2007	33
4.2.5 Decreto 3039 de 2007	34
4.2.6 Resolución 425 de 2008	34
4.3 SALUD PÚBLICA	34
4.4 SITUACIÓN DE SALUD	35
4.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	36
4.6 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD	38
4.6.1 Objetivos de la vigilancia epidemiológica en salud	38
4.6.2 Utilidad de la vigilancia epidemiológica en salud	39
5. DISEÑO METODOLÓGICO	40

	Pág.	
5.1	TIPO DE ESTUDIO	40
5.2	POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	40
5.3	MUESTRA	40
5.4	MÉTODO, TÉCNICA DE INSTRUMENTO	40
5.5	CONFIABILIDAD Y VALIDEZ	41
5.6	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	42
5.7	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
5.8	CONSIDERACIONES ÉTICAS	47
6.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	48
6.1	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN	48
6.1.1	Antecedentes Históricos	48
6.1.2	Distancia máxima de latitud y longitud	49
6.1.3	División política	50
6.1.4	Características geográficas	51
6.1.4.1	Orografía	51
6.1.4.2	Hidrografía	52
6.1.4.3	Clima	53
6.1.4.4	Accesibilidad geográfica	54
6.1.4.5	Población	55
6.1.4.6	Población discapacitada	58
6.1.4.7	Población desplazada	60
6.1.5	Características sociales	61
6.1.5.1	Población UNIDOS	61
6.1.5.2	Familias en Acción	72
6.1.5.3	Vivienda	73
6.1.5.4	Cultura	73
6.1.5.5	Deporte y recreación	74
6.1.6	Actividad económica	76
6.1.6.1	Producción agrícola	76
6.1.6.2	Producción pecuaria	78
6.1.6.3	Estructura petrolera	78
6.2	SITUACIÓN DE SALUD MUNICIPIO DE GIGANTE HUILA AÑO 2011	79
6.2.1	Morbilidad	79
6.2.1.1	Morbilidad servicio de urgencias	80
6.2.1.2	Morbilidad por hospitalización	81

	Pág.	
6.2.1.3	Morbilidad servicio de consulta externa	82
6.2.1.4	Enfermedades crónicas	83
6.2.2	Mortalidad	84
6.2.2.1	Mortalidad general	84
6.2.3	Indicadores básicos en salud	89
6.2.3.1	Nacidos vivos con bajo peso al nacer	89
6.2.3.2	Niños menores de 5 años con desnutrición	91
6.2.3.3	Mortalidad en menores de 1 año	93
6.2.3.4	Mortalidad en menores de 5 años	94
6.2.3.5	Morbilidad por EDA e IRA	95
6.2.3.6	Eventos de interés en salud pública	96
6.3	FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES ASOCIADOS	97
6.3.1	Factores ambientales	97
6.3.1.1	Calidad del agua	97
6.3.1.2	Disposición final de residuos	98
6.3.1.3	Calidad de los alimentos	98
6.3.1.4	Vectores transmisores de enfermedades	99
6.3.2	Factores de riesgo laborales	99
6.3.3	Factores comportamentales	100
6.3.4	Factores en desastres	100
6.4	ARTICULACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO AL DIAGNOSTICO DE SALUD Y AL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL	102
7.	DISCUSIÓN	103
8.	CONCLUSIONES	105
9.	RECOMENDACIONES	106
	BIBLIOGRAFIA	108
	ANEXOS	112

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	División política municipio de Gigante	50
Tabla 2	Accesibilidad geográfica zona urbana y rural municipio de Gigante	54
Tabla 3	Incremento porcentual población zona urbana y rural del municipio de Gigante años 2005 y 2011	55
Tabla 4	Estructura de la población por sexo y grupos de edad Municipio de Gigante Año 2011	56
Tabla 5	Discapacidad por grupos etareos y zona de residencia municipio de Gigante año 2011	58
Tabla 6	Poblacion discapacida según lasestructuras o funcion corporales que presentan alteraciones municipio de Gigante año 2011	59
Tabla 7	Total de personas desplazadas recibidas en el municipio de Gigante por género año 2011	60
Tabla 8	Distribución de la población vinculada a la estrategia UNIDOS en el municipio de Gigante año 2011	62
Tabla 9	Trampa Identificación de población UNIDOS municipio de Gigante 2012	63
Tabla 10	Tipo propiedad de vivienda de población UNIDOS municipio de Gigante 2012	64
Tabla 11	Educación y capacitación de población UNIDOS municipio de Gigante 2012	64
Tabla 12	Trabajo Infantil en Gigante de población UNIDOS municipio de Gigante 2012	65

		Pág.
Tabla 13	Condiciones laborales y capital humano, población UNIDOS municipio de Gigante 2012	66
Tabla 14	Baja formación laboral de población UNIDOS municipio de Gigante 2012	66
Tabla 15	Sustento de adultos mayores población UNIDOS municipio de Gigante 2012	67
Tabla 16	Indicadores de salud población UNIDOS municipio de Gigante 2012	67
Tabla 17	Desnutrición población UNIDOS municipio de Gigante 2012	68
Tabla 18	Embarazo en adolescentes población UNIDOS municipio de Gigante 2012	68
Tabla 19	Afectaciones de la Vivienda población UNIDOS municipio de Gigante 2012	69
Tabla 20	Condiciones de habitabilidad población UNIDOS municipio de Gigante 2012	69
Tabla 21	Acceso a la información población UNIDOS municipio de Gigante 2012	70
Tabla 22	Criminalidad y violencia población UNIDOS municipio de Gigante 2012	70
Tabla 23	Acceso a la justicia estado por persona población UNIDOS municipio de Gigante 2012	71
Tabla 24	Acceso a la justicia población UNIDOS municipio de Gigante 2012	71
Tabla 25	Capital de trabajo población UNIDOS municipio de Gigante 2012	72

		Pág.
Tabla 26	Vivienda y hogares en el municipio de Gigante año 2011	73
Tabla 27	Distribución de las áreas destinadas a la producción agropecuaria del municipio de Gigante	76
Tabla 28	Diez primeras causas de morbilidad servicio de urgencias año 2011 (Tasa x 10.000 Hab)	80
Tabla 29	Diez primeras causas de morbilidad servicio de hospitalización año 2011 (Tasa x 10.000 Hab)	81
Tabla 30	Diez primeras causas de morbilidad por consulta externa año 2011(Tasa x 10.000 Hab)	82
Tabla 31	Prevalencia de eventos de enfermedad crónica año 2011 (Tasa x 100.000 Hab)	83
Tabla 32	Mortalidad General según Genero municipio de Gigante año 2011 (Tasa x 10.000 Hab)	84
Tabla 33	Mortalidad general según grupos de edad y género municipio de Gigante año 2011 (Tasa x 10.000 Hab)	85
Tabla 34	Probable manera de muerte y genero municipio de Gigante año 2011	86
Tabla 35	Causa de muerte violenta y genero municipio de Gigante año 2011	87
Tabla 36	Mortalidad por causa directa y genero municipio de Gigante año 2011	88
Tabla 37	Nacidos vivos con bajo peso al nacer municipio de Gigante año 2011 (Peso menor 2500 Gr.)	89
Tabla 38	Bajo peso al nacer según área de residencia de la madre municipio de Gigante año 2011	90
Tabla 39	Tipo de desnutrición en niños menores de 5 años municipio de Gigante años 2008 a 2011	91

	Pág.	
Tabla 40	Situación nutricional en niños menores de 5 años municipio de Gigante años 2008 a 2011	92
Tabla 41	Comparación de la situación nutricional del municipio de Gigante con el Departamento	92
Tabla 42	Mortalidad en menores de 1 año municipio de Gigante año 2010 - 2011 (Tasa x 1000 Nacidos Vivos)	93
Tabla 43	Mortalidad en menores de 5 años según Genero municipio de Gigante año 2011 (Tasa x 1.000 Hab.)	94
Tabla 44	Morbilidad por EDA e IRA municipio de Gigante año 2011	95
Tabla 45	Eventos reportados al SIVIGILA municipio de Gigante año 2011	96

LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
Grafica 1	Ubicación extensión y límites municipio de Gigante	49
Grafica 2	Pirámide poblacional municipio de Gigante proyecciones 2011	57
Grafica 3	Proporción de población desplazada municipio de Gigante año 2011	61
Grafica 4	Morbilidad por EDA e IRA según periodos epidemiológicos municipio de Gigante año 2011	95
Grafica 5	Mapa de riesgo municipio de Gigante	101

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Presupuesto	113
Anexo B	Cronograma de actividades	115
Anexo C	Carta aprobación proyecto de investigación E.S.E Hospital San Antonio de Gigante	116
Anexo D	Carta aprobación al proyecto de investigación comité de ética Universidad Surcolombiana	117

RESUMEN

El propósito de esta investigación pretende exponer el Perfil Epidemiológico del Municipio de Gigante, la morbilidad, mortalidad, los factores de riesgo que afectan la salud de la población y los factores protectores que se deben conservar para sostener un nivel de salud adecuado, este estudio es de tipo descriptivo con componente retrospectivo; se realizó una descripción del Perfil Epidemiológico de la población del Municipio de Gigante Huila para el año 2011, la información fue analizada mediante el software Microsoft office Excel 2007.

La población está conformada por todos los habitantes residentes en el Municipio de Gigante Huila durante el año 2011, no se definió una muestra previamente, se utilizaron todos los registros que suministran información sobre la situación en salud de la población. El Municipio de Gigante ubicado en la zona centro oriental del Departamento del Huila cuenta con una proyección de población según DANE para 2011 de 31.197 habitantes, de los cuales un total de 15828 son de sexo masculino y 15369 son de sexo femenino. El total de población discapacitada es de 392 habitantes de los cuales 165 son mujeres y 227 son hombres, la población desplazada es 1613 habitantes. El 70% de la economía depende directamente del sector agropecuario.

La situación de salud del municipio nos muestra que la primera causa de morbilidad por servicios es: hospitalización infección de vías urinarias, urgencias dolor abdominal y consulta externa infección de vías urinarias con tasas de 38.79, 141.4 y 664.5 x 10.000 habitantes respectivamente. Con relación a las enfermedades crónicas la hipertensión es la patología que presenta mayor prevalencia, tasa de 1298.2 x 10.000 habitantes; La mortalidad para el género masculino en comparación con el género femenino reporta una tasa de 46.12 frente a 27.98 x 10.000 habitantes respectivamente, el rango de edad con mayor número de defunciones corresponde a 80 años en adelante, la probable manera de muerte más frecuente es la forma natural.

En cuanto a los indicadores básicos en salud, la proporción de bajo peso al nacer es de 5,98%. La situación nutricional del municipio presenta el 2,7% de desnutrición global, 5,9% de desnutrición crónica y 1,3% de desnutrición aguda por debajo de los valores Departamentales.

La mortalidad en niños menores de un año y en menores de 5 años reportan una tasa de 8.2 y 1.16 x 1.000 nacidos vivos respectivamente. La morbilidad por EDA y por IRA presentan una tasa de 68.2 y 52.3 x 100 menores de 5 años respectivamente; dentro de los eventos de interés en salud pública el de mayor reporte es la accidentalidad de tránsito con 73 casos. Mediante la elaboración del presente Perfil Epidemiológico se logró realizar una identificación clara de la situación de salud actual del Municipio de Gigante, y por ende se deja abierta la discusión para que los entes territoriales y autoridad competente realice las intervenciones en salud que sean prioritarias para el Municipio.

Palabras claves. Perfil epidemiológico, situación de salud, servicios de salud, salud pública, morbilidad, mortalidad, factores de riesgo, factores protectores.

ABSTRACT

The purpose of this research aims to clarify the epidemiological profile of the municipality of Gigante, morbidity, mortality, risk factors that affect the health of the population and the protective factors that must be retained to sustain an adequate standard of health, this study is descriptive, retrospective component, there was a description of the epidemiological profile of the population of the municipality of Gigante Huila for 2011, the data was analyzed using Microsoft Office Excel 2007 software.

The population consists of all the people living in the municipality of Gigante Huila in 2011, a sample was not defined previously, all records were used to provide information on the health situation of the population. The Gigante Municipality located in the eastern central Huila Department has a population projection for 2011 DANE as 31,197 inhabitants, of which a total of 15,828 are male and 15,369 are female. The total disabled population is 392 inhabitants of whom 165 are women and 227 are men, the displaced population is 1613 inhabitants. 70% of the economy depends directly on agriculture.

The health situation of the municipality shows that the leading cause of morbidity for services is urinary tract infection hospitalization, emergency room and outpatient abdominal pain urinary tract infection rates of 38.79, 141.4 and 664.5 per 10,000 inhabitants respectively. With regard to chronic hypertension is the most prevalent disease that presents, 1298.2 rate per 10,000 inhabitants; mortality for males compared to female reports a rate of 46.12 against 27.98 per 10,000 inhabitants respectively, the range of age with the highest number of deaths is 80 and older, the probable manner of death is the most common naturally. With regard to basic health indicators, the proportion of low birth weight is 5.98%. The nutritional situation of the municipality has 2.7% of underweight, stunting 5.9% and 1.3% of acute malnutrition below departmental values.

Mortality in children under one year and under 5 reported a rate of 8.2 and 1.16 per 1,000 live births respectively. EDA morbidity and IRA have a rate of 68.2 and 52.3 x 100 under 5 years respectively, in the events of interest in public health is the largest report of traffic accidents with 73 cases. By preparing this Epidemiological Profile was achieved make a clear identification of the current health situation of the municipality of Gigante, and thus leaves open the discussion to local authorities and competent authority carries out health interventions that are priorities for Municipality.

Keywords. Epidemiological Profile, Health Status, Health Services, Public Health, morbidity, mortality, risk factors, protective factors.

INTRODUCCIÓN

El Perfil Epidemiológico es una herramienta que permite identificar la problemática de salud y proporciona las bases para elaborar el diagnóstico de salud de un Municipio¹, además de evaluar y monitorear los servicios y programas de salud, orientando la toma de decisiones acertadas en salud y con ello a la inversión eficiente de los recursos.

Es de gran importancia que los servicios de salud tengan como objetivo atender las verdaderas necesidades de un municipio por tanto el conocimiento de la morbimortalidad conlleva al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Los progresos en el concepto de la salud pública a nivel mundial y en nuestro país han traído consigo el desarrollo de la vigilancia epidemiológica, introduciendo nuevos enfoques y dirigiéndola hacia aspectos más amplios, que permitan una mejor efectividad y cobertura del sistema para la identificación de los eventos de interés en salud pública de las comunidades². Así mismo el sistema de vigilancia que se estableció en cada país debe cumplir con el objetivo fundamental de proporcionar una información que sirva para el control de enfermedades².

El Municipio de Gigante situado a 84 km de la Capital del Departamento del Huila con una población de 31.197 habitantes³, tiene la necesidad y la función de realizar el análisis de la situación de salud en su jurisdicción⁴ y para este fin es elemental contar con un Perfil Epidemiológico actualizado que pueda contribuir a identificar necesidades propias del municipio. Conocer el Perfil Epidemiológico de la población favorece a la formulación de políticas públicas buscando minimizar problemas futuros derivados de un inadecuado planteamiento de acciones

¹PUPO VELÁZQUEZ, Alejandro *et al.* Análisis de la situación de salud en una comunidad especial, Santiago de Cuba. 2010, Medisan Vol. 14 No.2.

² ARIAS PEÑA, Claribel *et al.* Evaluación de los atributos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.. Departamento del Huila.- 2008, Revista Facultad de Salud - Universidad Surcolombiana. 2010, Vol. 2 No. 1 Pág. 51-57

³ COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, Proyecciones de Población Departamentales y Municipales por área 2005 – 2020. 2010.

⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3518(9, octubre, 2006), “Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: El Ministerio, 2006 Artículo 10, Literal H.

dirigidas para la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población⁵

⁵ TANNURE CHURCRE, Meire, *et al.* Perfil Epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil - Revista Brasileira de enfermagem. Brasília: 2010 set-out; 63(5): 817-22.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un Perfil Epidemiológico es un estudio de las características de salud de una comunidad, mediante el análisis de los problemas y las necesidades de cada población, así como de los determinantes de la salud. Esta herramienta permite describir la situación de salud de una población y su dinámica; es así como el conocimiento de este permite priorizar los problemas de atención relevantes en salud y dar las pautas para la elaboración de estrategias de atención y toma de decisiones que permitan contribuir al mejoramiento de la calidad de salud de la población.

Por lo tanto, se hace necesario que toda comunidad o población cuente con un Perfil Epidemiológico que le dé a conocer la situación de salud y que permita la creación de mecanismos que garanticen la formulación y evaluación de estrategias dirigidas a mejorar la problemática en salud que afronta la población, todo esto enmarcado en la formulación del Plan de Salud Territorial y/o diagnóstico en salud territorial.

Para esto, el Ministerio de la Protección Social y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante el Plan Nacional de Salud Pública ha establecido mecanismos, acciones y lineamientos que permitan mejorar la calidad de salud tanto individual como colectiva de la población, a través de la elaboración de planes de desarrollo donde se identifica la situación de salud de los pobladores y se determina la programación ejecución y evaluación de dichos planes⁶.

Por ello, cada entidad territorial debe contar con un diagnóstico que se ajuste a la realidad y a las necesidades básicas en salud de la población. Es así que para cumplir con lo establecido en el decreto 3039 de 2007 cada ente territorial deberá formular el Plan de salud Territorial; el cual será elaborado con relación al Diagnóstico de la situación de salud de la población, según lo establece la Resolución 425 de 2008⁷.

Ahora bien, para el caso del Municipio de Gigante como ente territorial se han venido diseñando estrategias y planes de atención en salud, partiendo de la información y caracterización de la morbilidad notificada por el Sistema de

⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía Metodológica para el Análisis de la Situación de Salud. Dirección General de Salud Pública. Bogotá: El Ministerio. 2010.

⁷ Ibid, p. .título II, Artículo 7, Literal II.

Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) y estadísticas vitales.

Sin embargo, al parecer los planes municipales de salud diseñados y ejecutados no han sido del todo efectivos, se evidencian ciertas falencias en la elaboración de un Perfil Epidemiológico que se ajuste a la realidad del Municipio y el cual permita la toma de decisiones en salud en beneficio de la población; es por esto que se debe conocer la problemática en salud del Municipio y no solo realizar una recolección de datos aleatoria la cual no describe la situación actual del Municipio y no permite realizar un análisis detallado.

Para dar cumplimiento a lo establecido por la normatividad vigente y contribuir al mejoramiento de la calidad de salud de la población, el presente proyecto de investigación busca elaborar el Perfil Epidemiológico del Municipio de Gigante, que exponga la situación actual en salud que presenta la población del Municipio y además permita ser un modelo de base para la elaboración y actualización de los perfiles epidemiológicos futuros. Para tal fin se parte del siguiente interrogante:

¿Cuál es el Perfil Epidemiológico que se ajuste a la situación real en salud de la población del municipio de Gigante para el año 2011?

2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que el municipio de Gigante ubicado en la zona centro oriental del Departamento del Huila cuenta con una proyección de población para 2011 de 31.197 habitantes⁸, como ente territorial debe garantizar a su población la accesibilidad a la seguridad social; para tal fin es pertinente la formulación y elaboración de un Perfil Epidemiológico que determine y dé a conocer la situación actual de salud que afronta el Municipio, aunque existe información básica recopilada aleatoriamente de diversas fuentes, en la actualidad no se cuenta con un Perfil Epidemiológico con todos los requisitos para que sea útil como insumo para el diagnóstico de salud y en la formulación del plan de salud territorial.

Este documento pretende mostrar el Perfil Epidemiológico del municipio de Gigante, la morbilidad, mortalidad, los factores de riesgo que afectan la salud de la población y los factores protectores que se deben conservar para sostener un nivel de salud adecuado en los diferentes grupos poblacionales ejemplo: coberturas PAI, partos institucionales entre otros, que permita la identificación y elaboración de indicadores de salud, de tal forma que para un futuro se puedan establecer la línea de base para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud territorial y a su vez medir el resultado e impacto logrado en la situación de salud de la población una vez sean ejecutados dichos planes.

La situación actual de salud nos obliga a pensar que ésta es el resultado de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. El Perfil Epidemiológico por su utilidad para identificar los problemas epidemiológicos de mayor prioridad y conformar el diagnóstico de salud de la comunidad; permite conocer los daños a la salud, anticipar situaciones de interés epidemiológico, identificar grupos de alto riesgo y contribuir a la delimitación y estudio de los distintos factores condicionantes involucrados. Por ello el análisis del Perfil Epidemiológico conlleva a identificar necesidades y prioridades en salud, los cuales son de utilidad para la definición de intervenciones y estrategias que tengan un mayor impacto en el bienestar de las poblaciones.

El Perfil Epidemiológico debe ser la herramienta que orienta la toma de decisiones acertadas en salud y la inversión eficiente de los recursos, por tanto es necesario contar con datos válidos y confiables es condición indispensable para el análisis y evaluación objetiva de la situación de salud.

⁸ COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE), Proyecciones de Población Departamentales y Municipales por área 2005 – 2020. Bogotá: 2010.

Por normatividad el Perfil Epidemiológico se debe realizar anualmente y el municipio de Gigante tiene la función de realizar el análisis de la situación de salud en su territorio⁹.

⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3518 (9, octubre de 2006), "Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones". Bogotá: El Ministerio Capítulo II, Artículo No 10, Literal H.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar el Perfil Epidemiológico del municipio de Gigante Huila del año 2011 para identificar los principales problemas en salud y describir los factores de riesgo y protectores con el fin de orientar la toma de decisiones acertadas para la inversión eficiente de los recursos con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir la caracterización socio demográfica de la población del municipio de Gigante.

Identificar los eventos que afectan la salud de la población y sus principales indicadores en el municipio de Gigante.

Describir los factores de riesgo y protectores en salud, asociados en la población del Municipio de Gigante.

Articular el Perfil Epidemiológico al diagnóstico de salud y por ende al Plan de Desarrollo Municipal.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 ANTECEDENTES

4.1.1 Antecedentes latinoamericanos.

- GONZALES MUNIZAGA, Ramón, *et al.* Diagnostico Situación de salud Cuarta Región. Coquimbo, Chile, 2005.

Este diagnóstico de salud tiene una buena introducción; los antecedentes de la región son claros, ordenados y tienen mapas para la explicación de cada tema; en cuanto a la estructura de la población muestra los cambios demográficos que ha tenido y como se encuentra actualmente; con respecto a lo socioeconómico exponen por medio de tablas y gráficos el desarrollo de la población, mostrando algunos indicadores de salud; en la parte de salud ambiental y zoonosis se evidencian los principales problemas que están afectando; con respecto a los datos del Perfil Epidemiológico están muy bien explicados con su respectivas gráficas y tablas de comparación y a la vez se evidencia el análisis de la situación en salud que se nombra, se muestran los riesgos en salud más importantes y finalmente se nombra todo lo de red asistencial.

4.1.2 Antecedentes nacionales.

- LAMBIS URUETA, Adolfo. Perfil Epidemiológico Departamento archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2009.

Está dividido por capítulos, inicia con el perfil del entorno territorial, muestra mapas, comenta la demografía, hace referencia a la población por grupos étnicos, la estructura poblacional en comparación con otros años y una serie de datos demográficos por medio de tablas; se muestra la fecundidad con tasas generales por edad y sus tendencias, comparando además con la tasa de natalidad, se ayuda por medio de gráficos; en cuanto a la mortalidad hacen una comparación de la tasa bruta entre los años 2000 y 2009, se compara por género, por grupos etarios, y muestran graficas de mortalidad por evento; se da a conocer las tasas de homicidio, se muestra una tabla de vida; en cuanto a los eventos en salud pública se muestran para los años entre 1999 y 2010 con la inspección vigilancia y

control, se nombran los indicadores de morbilidad y finalmente se habla del aseguramiento.

- RODRÍGUEZ VILLAMIZAR, Laura Andrea, *et al.* Diagnóstico de salud Departamento de Santander, 2006.

El diagnóstico de salud del Departamento de Santander es un documento con buena información con ayudas como mapas, tablas y fotografías, la caracterización general del departamento, los factores de riesgo en salud. Dentro de este se encuentra el Perfil Epidemiológico el cual abarca el análisis de morbilidad muestran las tasas de incidencia de los eventos de notificación obligatoria; registros de morbilidad según la edad, el régimen de afiliación y el servicio de atención; en cuanto al análisis de mortalidad muestran las tasas de mortalidad evitable por núcleos de desarrollo provincial entre 1997 y 2004 y algo breve en cuanto a la mortalidad difícilmente evitable y finalmente se refiere al sistema general de seguridad social en salud.

- TORRES VILLA, Walter Antonio, *et al* Perfil Epidemiológico Cartagena de Indias, 2010.

Inicia con los aspectos generales del municipio, muestra mapas; en el aspecto sociodemográfico muestra tablas por sexo y edad y tablas de la dinámica poblacional, luego abarca la infraestructura de los servicios de salud para seguir con el aseguramiento; en cuanto a la morbilidad muestran las 20 primeras causas de consulta externa, urgencias y odontología por sexo, edad, con frecuencia absoluta y frecuencia relativa; la morbilidad de eventos en salud pública y enfermedades transmitidas por vectores; además nombran las enfermedades no trasmisibles predominantes y se remiten a la parte de salud ocupacional; en cuanto a la mortalidad nombran los 20 primeros eventos por sexo dando la frecuencia, las tasas y el porcentaje. Este perfil contiene buenas tablas con sus respectivas conclusiones, además de los gráficos.

- Perfil Epidemiológico Departamento de Sucre, Municipio de San Onofre, 2008.

En este perfil admiten que recopilar la información y disponer de ella fue un proceso complejo, ya que mucha de la información era incompleta y poco confiable, hay bastante información con respecto al municipio pero mucha de esta no está aportando en nada al perfil, se evidencia la información según DANE de la población por grupos etarios, se muestran las causas de morbimortalidad por

medio de cuadros y se explican las razones a que puedan deberse los reportes, en cuanto a la mortalidad se realizó una aproximación con los años 2005, 2006 y 2007 porque hay muchas limitaciones de la información en la ESE, esta se presenta por medio de tasas de mortalidad en gráficos.

- PORTO HERNÁNDEZ, Olmedo Rafael; MOLINA GUERRA, Urbano. Perfil Epidemiológico Plato Magdalena, 2009.

Los aspectos del municipio son bastante extensos aunque están dispuestos de forma ordenada, muestra los indicadores epidemiológicos de manera organizada, para el registro de datos se presentas tablas y la comparación la hacen utilizando diferentes gráficos fáciles de interpretar, se analizan los factores de riesgo, se muestran los resultados de vigilancia epidemiológica y riesgos sanitarios por probabilidad de ocurrencia e impacto, se explica la terminología al inicio del tema, se presentan los indicadores de la gestión de promoción y prevención.

- QUIROGA MENDOZA, Shirley Mildred. Perfil Epidemiológico Municipio de Apulo, Cundinamarca, 2008 - 2011.

Son interesantes los aspectos del Municipio pero se tocan temas que no aportan en el desarrollo del perfil, están de forma clara las necesidades básicas insatisfechas, en cuanto a los factores de riesgo se muestra el tipo de riesgo la localización y la intervención, con respecto a la morbimortalidad se presenta por medio de gráficos y finalmente se explica a que se pueden deber la ocurrencia de estos eventos además se involucran los recursos económicos físicos y tecnológicos. Por medio de cuadros se explica la patología y el riesgo asociado, finalmente dan unas cortas y sencillas conclusiones

- CARRILLO, Neider; GELVES, Gladis. Perfil Epidemiológico Municipio de Durania Norte de Santander, 2008.

El entorno territorial tiene un argumento bastante extenso, las datos se muestran en forma clara por medio de tablas y gráficas, su contenido está dado por perfil del entorno territorial, perfil demográfico, perfil socioeconómico, perfil de mortalidad, perfil de morbilidad, perfil de recursos servicios y cobertura en salud, en cuanto a la morbilidad y mortalidad están dadas las 10 primeras causas por sexo y estos por grupos etarios por medio de tablas y graficas que finalmente tiene una explicación del suceso, dan conclusiones y recomendaciones cortas pero concisas.

- NAVIA, Ramiro Antonio. Diagnóstico de Salud – Perfil Epidemiológico de Popayán Departamento Cauca, 2007.

Es la descripción del plan de desarrollo y dentro de este se encuentra el Perfil Epidemiológico en el cual la descripción de la población es corta pero concreta. Los aspectos socioeconómicos, la morbilidad y la mortalidad están explicados con cuadros y se exponen los eventos, aparte ponen los eventos en salud pública, explican los programas de salud pública, no hay conclusiones o recomendaciones.

4.1.3 Antecedentes locales.

- DÍAZ MOYANO, Julián David, *et al.* Plan Territorial de Salud Municipio de Gigante Departamento del Huila, 2008-2011.

Están dadas las características generales del municipio de forma clara, describen las principales enfermedades en salud pública, describen las primeras causas de morbimortalidad pero no muestran tablas para evidenciar toda la información, ni gráficos que hagan más fácil la interpretación, además hace falta separar los eventos o las explicaciones de los mismos, no hay una explicación concreta en cuanto a soluciones, conclusiones o estrategias.

- ORTIZ CORTES, Luis Ernesto, *et al.* Perfil Epidemiológico Municipio de Yaguará, Departamento del Huila, 2008.

Contiene una corta pero concisa reseña histórica y características geográficas del municipio; se muestran las características demográficas con un breve análisis de los grupos poblacionales, hacen una comparación entre la natalidad y la mortalidad con argumentos y tablas de comparación, con respecto a la morbimortalidad se nombran y se explican los principales eventos por causa básica y grupos de edad representado por tasas hay utilización de tablas pero no de gráficas,; muestran la morbilidad por enfermedades de interés en salud pública, y las 10 primeras causas de morbilidad por hospitalización; se presentan conclusiones de ciertos eventos.

4.2 MARCO LEGAL

4.2.1 Ley 152 de 1994. De acuerdo con la presente ley, dentro de los principios generales para la elaboración de los planes de desarrollo, se debe priorizar el gasto público social, para asegurar la consolidación progresiva del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, en la elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo de la Nación y de las entidades territoriales se deberá tener como criterio especial en la distribución territorial del gasto público el número de personas con necesidades básicas insatisfechas, la población y la eficiencia fiscal y administrativa, y que el gasto público social tenga prioridad sobre cualquier otra asignación¹⁰.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 339 de la Constitución Política, el Plan Nacional de Desarrollo estará conformado por una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional¹¹.

La parte general del plan entre otros componentes contendrá lo siguiente¹²:

- Los objetivos nacionales y sectoriales de la acción estatal a mediano y largo plazo según resulte del *diagnóstico general* de la economía y de sus principales sectores y grupos sociales.
- Las estrategias y política en materia económica, social y ambiental que guiarán la acción del Gobierno para alcanzar los objetivos y metas que se hayan definido.

El plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional incluirá entre otros componentes principalmente¹³:

¹⁰ COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 152 (15, julio, 1994). "Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo".Bogota:1994. Capítulo I, Artículo 3, Literal e.

¹¹ Ibid., p.

¹² Ibid., p.15

¹³ Ibid., p.

- La descripción de los principales programas y subprogramas, con indicación de sus objetivos y metas nacionales, regionales y sectoriales y los proyectos prioritarios de inversión.
- Los presupuestos plurianuales mediante los cuales se proyectarán en los costos de los programas más importantes de inversión pública contemplados en la parte general.

Por tal motivo para la elaboración de los planes de desarrollo, cada ente territorial debe partir de un diagnóstico situacional que le permita identificar el contexto real del municipio entre ello la situación de salud de sus pobladores, para así realizar la planeación, priorizar la inversión, ejecutar y evaluar dichos planes.

4.2.2 Ley 715 de 2001¹⁴. De acuerdo con lo establecido por la presente ley teniendo en cuenta las competencias de los entes territoriales con respecto al sector salud, se constituye como competencia de los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirá con la función relacionada con la salud pública de *Establecer la situación de salud en el municipio* y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.

4.2.3 Decreto 3518 de 2006. Mediante la creación y reglamentación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población¹⁵, se estableció que la información generada por el SIVIGILA deberá ser utilizada con las siguientes finalidades¹⁶:

¹⁴ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA Ley 715. (21, diciembre, 2001). “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”. Bogotá: 2001 Título III, Capítulo II, Artículo 44, inciso 44.3.2.

¹⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 3518(9, octubre, 2006), “Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: El Ministerio. 2006. Capítulo I, Artículo No 1 y No 4.

¹⁶ *Ibid.*, p. 17

- Estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública.
- Detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en salud pública.
- Detectar brotes y epidemias y orientar las acciones específicas de control.
- Identificar los factores de riesgo o factores protectores relacionados con los eventos de interés en salud y los grupos poblacionales expuestos a dichos factores.
- Identificar necesidades de investigación epidemiológica.
- Facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control.
- Facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud.
- Orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Orientar la formulación de políticas en salud pública.

Para tal fin, la implementación y desarrollo del Sistema de Vigilancia de Salud Pública que se crea a través del presente decreto, será responsabilidad del Ministerio de la Protección Social, los Institutos Nacional de Salud INS y de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, las direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos, para lo cual cumplirán las funciones indicadas por el presente decreto¹⁷.

¹⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 3518(9, octubre, 2006). "Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones". Bogotá: El Ministerio. 2006Capitulo II, Artículo No 6.

A nivel local, las Direcciones Municipales de Salud o la dependencia que haga sus veces, tendrán la función en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública entre otras de Realizar el análisis de la situación de salud en su jurisdicción¹⁸.

4.2.4 Ley 1122 de 2007. La presente Ley por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, en el capítulo relacionado con la salud pública, se establece que El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. El objetivo del Plan Nacional de Salud Pública será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.

Para tal fin se reglamenta que este plan debe incluir entre otros componentes el Perfil Epidemiológico, con la identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública.

Como se puede evidenciar, para la formulación de un diagnóstico en salud, o un programa que busque la implementación de estrategias que permitan mejorar la calidad de salud de la población a la cual se encuentre dirigido, es fundamental partir del conocimiento del Perfil Epidemiológico¹⁹.

¹⁸ Ibid. p.

¹⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA Ley 1122 (9, enero, 2007). “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: 2007Capitulo VI, Artículo 33, Literal a.

4.2.5 Decreto 3039 de 2007. Mediante la elaboración del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), el Ministerio de la Protección Social como ente coordinador de la Protección Social y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tiene establecido dentro de sus funciones, crear los mecanismos, acciones y lineamientos que permitan mejorar la calidad de salud tanto individual como colectiva de la población. Por lo tanto el decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el PNSP 2007 – 2010 establece los lineamientos que cada entidad nacional, dirección territorial de salud, Entidad Promotora de Salud (EPS), y demás entes relacionados con el sector salud y adscritos al Ministerio de la Protección Social, deben acoger para garantizar el mejoramiento de la salud de todos los Colombianos.

4.2.6 Resolución 425 de 2008. Para cumplir con lo establecido por el decreto 3039 de 2007 cada ente territorial debe formular el Plan de salud Territorial; el cual será elaborado con relación al Diagnóstico de la situación de salud de la población, según lo establece la resolución 425 de 2008²⁰.

Por lo tanto se hace necesario que todo Municipio cuente con un Perfil Epidemiológico que le permitan la creación de mecanismos que garanticen la formulación y evaluación de estrategias dirigidas a mejorar la problemática en salud que afronta la población, todo esto enmarcado en la formulación del Plan de Salud Territorial y/o diagnóstico en salud territorial.

4.3 SALUD PÚBLICA

La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad²¹.

²⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 425. (11, febrero, 2008). “Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales”. Bogotá: El Ministerio, 2008. Capítulo II, Artículo 7, Literal II.

²¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1122 (9, enero, 2007). “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: 2007. Capítulo VI, Artículo No 32.

Para garantizar la salud de la población colombiana, estas acciones encaminadas al mejoramiento de la salud, se encuentran establecidas y reglamentadas por el Plan Nacional de Salud Pública, vigentes hasta tanto no se expida el Plan Decenal de Salud Pública, y quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Sus objetivos son: Mejorar la salud infantil, mejorar la salud sexual y reproductiva, mejorar la salud oral, mejorar la salud mental, disminuir las enfermedades transmisibles y la zoonosis, disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades, mejorar la situación nutricional, mejorar la seguridad sanitaria y ambiental, mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral y fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública²². Este plan deberá incluir entre otros componentes, el Perfil Epidemiológico con la identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública²³.

4.4 SITUACIÓN DE SALUD

Los Análisis de Situación de Salud (ASIS) son procesos analítico - sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Éstos permiten caracterizar, medir y explicar el contexto de salud - enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes, sean competencia del sector salud o de otros sectores; también facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud (OPS, 1999).

Colombia acogió la propuesta de la OPS desde el año 2000 para avanzar en la construcción de un ASIS Nacional, utilizando como fuente de información las diferentes encuestas y estudios nacionales en diferentes temas de salud, así mismo las direcciones territoriales de salud a través de los años han elaborado sus propios perfiles epidemiológicos, como base para la planeación y ejecución de planes y proyectos de salud.²⁴

El Plan Nacional de Salud Pública (capítulo IV) contempla la elaboración del análisis de Situación de Salud como una aproximación sucesiva a la realidad por

²² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 3039. (10, agosto, 2007). Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá: El Ministerio. 2007.

²³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Op. cit., p.

²⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Op.cit. p. 6.

medio de la caracterización epidemiológica de los problemas prioritarios de salud de cada subgrupo poblacional y los factores asociados a la ocurrencia de dichos problemas, y el reconocimiento de las desigualdades en términos de sexo, edad, raza, factores genéticos, distribución geográfica, acceso y uso de servicios de salud y factores de inclusión o exclusión social, para dar cuenta de las inequidades²⁵.

4.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Uno de los propósitos de la epidemiología es hacer el diagnóstico de la situación de salud, no solo el conocimiento del perfil de morbimortalidad, sino de la distribución y frecuencia de los factores de riesgo, que facilita la posibilidad de la aplicación de la evaluación de las acciones de salud y el enfoque del riesgo. Con la situación de salud municipal, se anticipan las necesidades de la población, se definen las prioridades y utilización adecuada de los recursos para una mejor planificación, para tal fin el Perfil Epidemiológico -situación de salud-, se debe convertir en la plataforma de lanzamiento de las políticas de salud a nivel territorial²⁶.

El Perfil Epidemiológico es un procedimiento de análisis fundamentado en la epidemiología descriptiva, para caracterizar las situaciones esenciales asociados a la ocurrencia de ciertos eventos y su impacto en el colectivo de una población²⁷.

El objetivo final de la medición del estado de salud de una colectividad es poder identificar los determinantes y factores de riesgo asociados a la ocurrencia de los eventos con el objeto de definir estrategias de intervención poblacional y focalizada que eviten la presencia de situaciones similares en el futuro²⁸.

Para la elaboración de un Perfil Epidemiológico completo y bien estructurado este debe contar con los siguientes componentes²⁹:

²⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3039. (10, agosto, 2007). Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá: El Ministerio. 2007.

²⁶ MARTINEZ TARQUINO, José Ernesto. Plan Territorial de Salud, Soacha Cundinamarca 2008 - 2011.

²⁷ Situación de Salud afiliados Servicio Occidental de Salud E.P.S 2004.

²⁸ *Ibid.*, p, 21

²⁹ SUAZA CALDERON, Edilberto. Diagnósticos de Salud (Diapositivas). 20 diapositivas. Universidad Surcolombiana 2010.

- Aspectos generales del municipio: Se deben describir las características propias del Municipio en relación con el ámbito geográfico, económico y social.

- Aspectos geográficos: Límites, extensión territorial, clima, topografía. División Político - Administrativa: Barrios, veredas, asentamientos humanos, zonas de conflicto social.

- Accesibilidad vial y comunicaciones.

- Principales actividades económicas.

- Organización social: resaltando las organizaciones que trabajan y directa e indirectamente están relacionadas con el sector salud.

- Calidad de vida de la población: personas y viviendas con necesidades básicas insatisfechas y en situación de miseria, cobertura de servicios públicos, nivel educativo.

- Perfil de la Demanda

- Características de la población: población total por zona, sexo y grupos de edad, pirámide poblacional, natalidad y fecundidad.

- Principales problemas de salud: primeras causas de morbilidad general por grupos de edad, y por egreso hospitalario, urgencias y consulta externa, primeras causas de mortalidad por grupos de edad, tasas de mortalidad general, infantil, materna y perinatal, estado nutricional de grupos vulnerables (niños, gestantes, adulto, mayor) en cada una de las características nutricionales (normal, exceso de peso, desnutrición).

- Factores condicionantes: posibles riesgos de enfermar o morir: biológicos, ambientales y comportamentales, agua, aire suelo, características de las viviendas, condiciones higiénicas de establecimientos de servicio público como mataderos, plazas de mercado, ventas ambulantes y establecimientos educativos, cobertura de educación básica, utilización del tiempo libre, creencias y costumbres

de la población relacionados con la salud, ocupación laboral, amenazas físicas, naturales y antrópicas³⁰.

4.6 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD³¹

La vigilancia epidemiológica en salud es un proceso regular y continuo de observación e investigación de las principales características y componentes de la morbilidad y mortalidad en una comunidad. Es muy importante para la investigación, planeación y evaluación de las medidas de control en salud pública.

La vigilancia epidemiológica en salud va a la par con los medios de lucha contra una patología. Traza los objetivos, establece los medios de acción sin tomarlos directamente, plantea las alternativas, evalúa, ajusta y controla los medios de lucha y sus resultados.

4.6.1 Objetivos de la vigilancia epidemiológica en salud.

- Mantener actualizado el conocimiento del comportamiento de las enfermedades en cualquier país o región.

- Establecer la susceptibilidad y el riesgo de la población a las enfermedades bajo vigilancia.

- Formular las medidas adecuadas según el nivel de atención correspondiente.

- Evaluar la bondad de las medidas de control planteadas.

Para su buena operación, la vigilancia epidemiológica en salud necesita, a todos los niveles de atención en que se ejecuten, un doble flujo de actividades de información, divulgación y decisión.

³⁰ *Ibíd.* ,p. 21

³¹ COLIMON, Kahl - Martin. Fundamentos de Epidemiología 3ª Edición, Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; Capítulo 21, Pág. 379. Medellín .2010.

4.6.2 Utilidad de la vigilancia epidemiológica en salud. La utilidad de la vigilancia epidemiológica en salud, se plantea tanto en enfermedades transmisibles como en las no transmisibles. Sin embargo, por el carácter de urgencia que presentan las enfermedades transmisibles, es primordial en este campo. En las enfermedades o patologías susceptibles de vigilancia epidemiológica en salud, la utilidad se refiere a:

- Conocer la distribución de la patología de un determinado lugar, en forma general o en forma específica, según las variables de persona tiempo y lugar, y sus combinaciones de acuerdo con las categorías de interés.

- Establecer bases para investigaciones epidemiológicas, tanto de tipo operativo como metodológico.

- Plantear las acciones para la prevención, el control y la erradicación de ciertas epidemias.

- Tomar las medidas necesarias y apropiadas para combatir la patología susceptible de vigilancia en el área.

- Evaluar oportunamente y en forma dinámica las acciones preventivas, los tratamientos instaurados y la efectividad de los métodos de rehabilitación.

Las enfermedades susceptibles de vigilancia epidemiológica en salud, deben ser prioritariamente aquellas que constituyen un problema de salud pública por su alta prevalencia, incidencia, incapacidad o mortalidad, y que disponen de formas preventivas, o de posibilidad de tratamiento adecuado y al alcance de los servicios sanitarios.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo con componente retrospectivo; se realizó una descripción del Perfil Epidemiológico de la población del Municipio de Gigante Huila durante el año 2011.

5.2 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Población conformada indirectamente por todos los habitantes residentes en el Municipio de Gigante Huila durante el año 2011 ya que los resultados del análisis se infirieron sobre el total de la población.

5.3 MUESTRA

En el presente proyecto no se definió una muestra previamente; se utilizaron todos los registros que suministraron información sobre la situación en salud de la población.

5.4 MÉTODO, TÉCNICA DE INSTRUMENTO

La información del municipio como los aspectos geográficos, climáticos y demográficos se recopiló de diferentes fuentes como Internet, bibliotecas y DANE. Para la obtención de la información estadística se recurrió a los datos dados por el programa informático de la ESE Hospital San Antonio, en cuanto a las demás IPS se recurrió a los RIPS, fichas epidemiológicas e información de archivos.

Otras fuentes secundarias de quienes se obtuvo información son SISVAN, ENSIN, SIVIGILA, Alcaldía Municipal, Planeación Municipal, Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Medio Ambiente, Secretaria Municipal, estadísticas vitales y toda fuente de información disponible en el municipio.

Con la información estadística obtenida se realizó un tamizaje para obtener los datos necesarios y se utilizó el software Microsoft Excel para analizar los datos; esta información se verificó, para luego ser incluida en tablas y gráficas para mostrar datos cualitativos y cuantitativos, se identificaron los principales problemas de salud y se realizó un análisis documental.

Con toda esta información se analizaron los factores de riesgo que realmente están presentes en la población.

5.5 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Una investigación con buena confiabilidad es aquella que es estable, segura, congruente, igual a sí misma en diferentes tiempos y previsible para el futuro.

La validez es la medida en que los resultados reflejan una imagen lo más completa posible, clara y representativa de la realidad o situación estudiada.

La información se recolectó y se analizó tomando los datos suministrados por las IPS, los RIPS, el sistema SIIGOS de la ESE, la Alcaldía Municipal, Planeación Municipal, Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Medio Ambiente, Secretaría Municipal, estadísticas vitales y toda fuente de información disponible en el Municipio.

Para la obtención de la estadística como población por grupos étnicos, población masculina, población femenina y total de población se recurrió al uso de las proyecciones de las estadísticas DANE.

Existe coherencia entre las bases teóricas las cuales dieron fundamento y sentido a la investigación, los objetivos que es la finalidad del estudio, y la hipótesis que es el fin al que se quiere llegar, además los antecedentes nos ayudaron a darle razón y sentido a la investigación.

Los datos fueron válidos ya que se compararon, estructuraron y correspondían a la población en estudio además eran coherentes con la investigación; para el análisis de la información se utilizó el software Microsoft Excel, además nuestro estudio estuvo soportado por la idoneidad de los investigadores, por el

conocimiento del programa a utilizar y por la asesoría constante de un docente especializado en salud pública.

Este estudio arrojó información más completa, clara y representativa de la situación actual del Municipio, con respecto a los resultados que se revisaron compararon y analizaron estos datos se pueden inferir a la población y relacionar con las necesidades del Municipio y ser la base para la toma de decisiones.

5.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida es de fuente secundaria, se utilizaron instrumentos guía para el proceso de recolección de información elaborados previamente por el equipo investigador, la información se obtuvo de las diferentes I.P.S, la Alcaldía Municipal, Secretaría de Salud Municipal y Departamental, DANE, SIVIGILA y toda fuente oficial que aporte una información confiable y válida.

Para el análisis de la información recopilada, se obtuvieron las variables establecidas por el grupo investigador, con ayuda del programa Microsoft Excel 2007, se analizaron los datos mediante técnicas de estadística descriptiva.

5.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLES	CATEGORÍA	NIVEL DE MEDICIÓN	ÍNDICE
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN.	Como es el entorno y la población, en cuanto a territorio, demografía, economía y sociedad.	ENTORNO TERRITORIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Extensión y localización • Características geográficas • Vías de comunicación • Clima 	Nominal	
		DEMOGRAFÍA	Población del municipio según: <ul style="list-style-type: none"> - Distribución de edad y sexo. - Nivel socioeconómico - Área de residencia - Población desplazada - Población discapacitada 	Nominal	
		SOCIO ECONOMÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Vivienda • Cobertura y calidad de la educación • Actividad económica • Servicios públicos (NBI) • Seguridad social en salud 	Nominal	

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLES	CATEGORÍA	NIVEL DE MEDICIÓN	ÍNDICE
SITUACIÓN DE SALUD	Caracteriza, mide y explica el contexto de salud enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas y sus determinantes e identifica las necesidades y prioridades en salud.	MORBILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Primeras 10 causas de consulta en los servicios de: <ul style="list-style-type: none"> - Urgencias - Hospitalización - Consulta externa • Enfermedades crónicas no transmisibles. • Salud mental. 	Numérico	Porcentaje Tasas
		MORTALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad primeras causas: <ul style="list-style-type: none"> - Por grupos de edad y genero - Por grupos de causa. 	Numérico	Porcentaje Tasas
		INDICADORES EN SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Niños menores de 5 años con desnutrición • Morbilidad por EDA e IRA • Nacidos vivos con bajo peso al nacer 	Numérico	Porcentaje Tasas

			<ul style="list-style-type: none">• Mortalidad en Menores de 5 años• Eventos de interés en salud pública.		
--	--	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLES	CATEGORÍA	NIVEL DE MEDICIÓN	ÍNDICE
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	Cualquier rasgo característica, sucesos o situación que aumenta las probabilidades de un individuo o grupo poblacional de contraer una enfermedad o de fallecer.	Riesgos ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad del agua • Disposición de residuos • Calidad de los alimentos • Vectores transmisores de enfermedades 	Nominal	
		Riesgos comportamentales	<ul style="list-style-type: none"> • Intentos de suicidio • Violencia intrafamiliar • Consumo de sustancias psicoactivas 	Nominal	
		Riesgos laborales	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones naturales del trabajo • Condiciones sociales del trabajo 	Nominal	
		Riesgos en desastre	<ul style="list-style-type: none"> • Deslizamiento, avalancha, desbordamiento 	Nominal	

5.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El grupo investigador es consciente de la responsabilidad ética, académica y legal de la realización de este proyecto de investigación, por lo tanto la presente investigación adopta los principios éticos de Beneficencia, No maleficencia, Autonomía, Fidelidad.

Las implicaciones éticas del proyecto investigativo se garantizarán y certificarán mediante las siguientes consideraciones adoptadas de la resolución 8430 de 1993³² formulada por el Ministerio de Salud.

- Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización, de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación y la aprobación del proyecto por parte del comité de ética en investigación de la institución.
- Durante el desarrollo de la investigación, siempre se dará relevancia a aspectos éticos como la autonomía, privacidad, veracidad, individualidad, respeto a la dignidad y protección de los derechos de los participantes del estudio.
- La información proporcionada será manejada con total disciplina y confidencialidad por el equipo investigador.
- De ninguna manera se alterará ni se falsificará información proporcionada; por el contrario se buscará mantener el rigor metodológico durante toda la investigación.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, el presente proyecto se encuentra clasificado como una investigación sin riesgo, ya que el presente estudio empleará técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes del estudio³³.

³² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (4, octubre, 1993). "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud". Santa Fe Bogotá: El Ministerio. 1993. Título II, Capítulo 1, Artículo 6.

³³ Ibid., p.

6. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

6.1.1. Antecedentes Históricos. En 1750 existía en la región una Vice parroquia conocida con el nombre de San Antonio de la Honda, que fue creciendo rápidamente, así como los problemas por su mala ubicación. El 3 de Julio de 1780 fue nombrado don Jacinto Fajardo como su primer Alcalde, y el 13 de Septiembre de 1782 el Presbítero Luis Julián Méndez de Molina Cura en propiedad. El 17 de septiembre de 1782 se firmó una escritura entre el vendedor Jorge Miguel de Cuellar y el Alcalde Fernando Méndez de un lote de terrenos para ampliar la localidad de la parte urbana. Esta fecha se ha consagrado como acta de fundación de Gigante, pero en realidad el pueblo existía desde antes del año 1698. El 24 de Diciembre de 1782, los vecinos decidieron trasladar el pueblo al lugar que ocupa actualmente, volviéndose a desarrollar ahora convenientemente, hasta que en 1789 fue elevado a la categoría de Municipio.

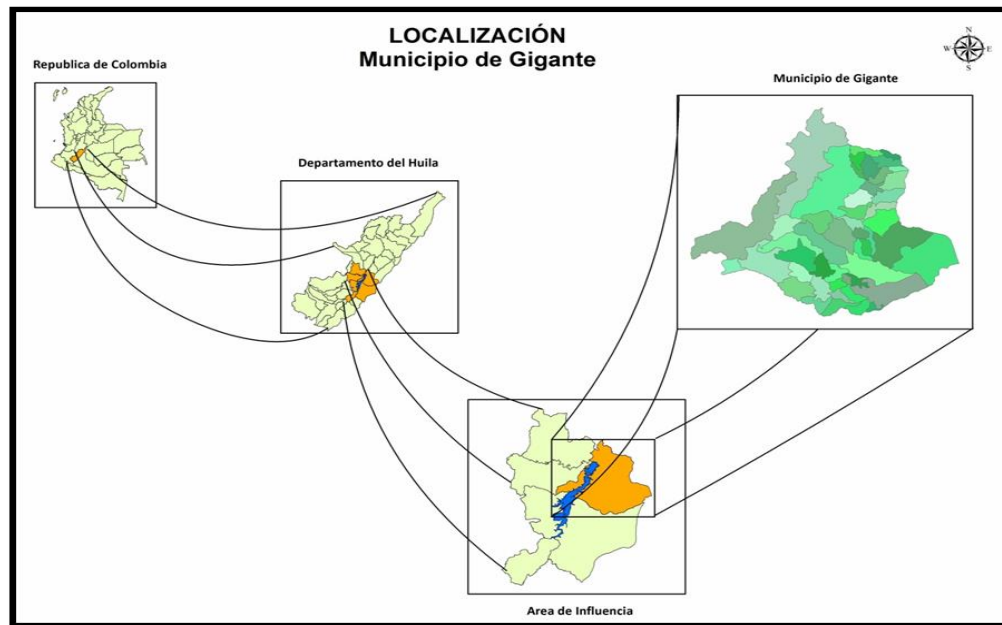
Su nombre no tiene un fundamento sólido, puesto que existen tres versiones sobre su significado:

- Por haberse encontrado en la zona un esqueleto de un mastodonte de proporciones excepcionales.

- Por una hacienda de gran extensión que se llamaba "El Gigante"

- Por el Cerro Matambo, cuya forma es el perfil de una figura humana gigante.

Gráfico 1. Ubicación extensión y límites municipio de Gigante.



El Municipio de Gigante se encuentra ubicado en la parte centro oriental del Departamento del Huila sobre la Troncal del Magdalena, entre el Cerro Matambo y la Cordillera Oriental.

Tiene una superficie de 626 kilómetros cuadrados equivalente al 3.2% de la superficie del departamento con una extensión del área urbana de 4 kilómetros cuadrados y una extensión del área rural de 622 kilómetros cuadrados³⁴.

El municipio de Gigante limita al norte con el municipio de Hobo, al sur con el municipio de Garzón, al oriente con el departamento del Caquetá y Algeciras y al occidente con los municipios de Yaguara, Tesalia, Paicol y Agrado.

6.1.2. Distancia máxima de latitud y longitud³⁵. Con una altitud de 860 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m), el territorio se encuentra ubicado a Latitud norte de 2° 23' 23" y una Longitud de 75° 33' al Oeste del Meridiano de Greenwich.

³⁴ Información General Municipio de Gigante, Geografía. Información disponible online: <http://gigante-huila.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mfxx1-&m=f>. Fecha de consulta Octubre de 2011.

6.1.3. División política³⁶. El área rural del municipio está conformada por cinco corregimientos y 51 veredas descritos en la tabla 1.

Tabla 1. División política municipio de Gigante.

CORREGIMIENTO	VEREDA	ÁREA (Has)	ÁREA CORREGIMIENTO (Has)
LA GRAN VÍA	Alto Cachaya	314,49	8.831,95
	Alto de las Águilas	543,30	
	Cachaya	278,97	
	El Cogollo	1.057,14	
	El Tendido	700,75	
	La Gran Vía	377,50	
	La Palma	1.324,45	
	La Pradera	2.546,58	
	Los Olivos	618,48	
	Quebraditas	290,24	
	El Salado	258,75	
	Santa Lucia	521,30	
	POTRERILLO	El Espinal	
El Mesón		394,49	
El Garrucho		586,50	
Guadalupe		466,63	
Mesoncito Sur		158,59	
Potrerosillos		325,76	
San Jacinto		206,63	
Villanueva		171,87	
RÍO LORO	Malambo	5.629,95	8.299,02
	Río Loro	2.222,08	
	Veracruz	446,99	
SILVANIA	Aguas blancas	650,39	
	Alto Corozal	2.075,44	
	Alto Sylvania	420,35	
	Alto Tres	292,81	

³⁵ Información General Municipio de Gigante, Geografía. Información disponible online: <http://gigante-huila.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mfx1-&m=f>. Fecha de consulta Octubre de 2011

³⁶ CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA CAM; Agenda Ambiental Municipio de Gigante, Pág. 12. año 1997.

CORREGIMIENTO	VEREDA	ÁREA (Has)	ÁREA CORREGIMIENTO (Has)
	Esquinas		18.073,15
	Bajo Corozal	1.660,40	
	Bajo Silvania	704,08	
	Cascajal	1.057,28	
	El Para	598,82	
	El Piñal	506,84	
	La Chiquita	283,51	
	La Estación	400,75	
	La Honda	833,77	
	La Umbría	153,64	
	La Vega	544,03	
	El Libertador	1.254,08	
	Los Pinos	148,03	
	Primavera	1.210,39	
	Silvania	277,47	
	Baldíos	2.324,31	
	Tres Esquinas	415,42	
	Ventanas	2.124,35	
	San Lorenzo	310,39	
	VUELTAS ARRIBA	Buenos aires	
El Rodeo		718,97	
La Guandinosa		5.075,39	
Peñalosa		400,63	
Villa Café		136,99	
Vueltas Arriba		251,51	
ZONA URBANA	Casco Urbano	188,05	188,05

Fuente: POT Gigante 2000

6.1.4 Características geográficas

6.1.4.1 Orografía³⁷. La orografía del municipio de Gigante es por demás exuberante en belleza, formada especialmente el importante cerro de Matambo, para el que escribiera un precioso porro la lúcida pluma de Jorge Villamil Cordobés, el cual se levanta majestuoso y grandioso sobre el costado occidental

³⁷ DÍAZ MANRIQUE, Abel *et al.*. Monografía y Geografía. Pág. 131. Gigante Huila 1989.

así como la denomina la cordillera oriental, que divide esta jurisdicción con el territorio del alto Caquetá.

Desde este sitio divergen infinidad de ramales algunos de precisa vegetación y altura, que descienden virtuosamente somnolientos y tenues en los extensos valles de los alrededores que circundan el área poblada, ósea Potrerillos, Alonso Sánchez, La Honda, Río loro, Las Vueltas y La Mesa del Potrero. Por entre estos canfilones naturales, destacándose el de la Honda, descienden también muchos arroyos que expanden ingeniosamente en varias direcciones, y van a morir en las quebradas de mayor volumen especialmente en la Guandinosa, El Arado, La Guasemilla, Río loro y las vueltas.

6.1.4.2 Hidrografía. Su hidrografía es tan admirable que, como una obra premeditada, el sinuoso río Magdalena cruza a Gigante extensamente por su costado occidental, que es el más bajo. Allí entrega su caudal todas las fuentes arroyos y quebradas que constituyen la vida del pueblo, para luego seguir su curso sur al norte recostado a la notabilidad del cerro de matambo y los terrenos bajos de la loma de la cruz³⁸.

El recurso hídrico para Gigante es el río Magdalena con sus micro cuencas: Rioloro, La Honda, La Guandinosa, Alonso Sánchez, La Guandinosa, Las Vueltas, Puerto seco. De ello son tributarios: El Pescado, Media Honda, Gigante, El Chonto, Vueltas Arriba, El Rodeo, Aguas Clara y San Jacinto.

- La micro cuenca la vueltas con sus afluentes: quebrada San Jacinto y La Esperanza, recorre la veredas de Mesoncito sur, San Jacinto, Garrucho, Guadalupe, Villanueva, la Peñalosa, Buenos Aires, El Espinal, Las Vueltas, El Mesón, Potrerillos, Mesoncito y Vueltas Arriba.
- La micro cuenca Guandinosa, con su afluente: Quebrada el Chonta. Recorre en las veredas el Tendido, Alta Cachaya, La Palma, Quebraditas, El Salado, La Pradera, Santa Lucía, Alto de las águilas, Los Olivos, El Rodeo, El Recreo, Espinal, Guandinosa, Pueblo Nuevo, La Gran vía y Cachaya.

³⁸ *Ibid.*, p. 40.

- La micro cuenca la Honda con sus afluentes Quebrada Michu y El Morro, abarcan las veredas Ventanas, Alto Corozal, Bajo Corozal, Alto Tres Esquinas, Tres Esquinas, Bajo Tres Esquinas, Agua Blanca, El Libertador y La Honda.
- La micro cuenca Alonso Sánchez con su afluente Quebrada el Hueco, en las veredas: Bajo Silvania, Algarrobo para y La Honda.
- La micro cuenca Rioloro, afluentes: Quebrada el Pescado, Zanjón el Cedro, Zanjón la Tigra, incluyen las veredas Ventanas, Alto Silvania, la Umbría, Cascajal, Algarrobo para, Rioloro y Veracruz³⁹.

Gigante tiene la fortuna de ser parte de la zona alta de la cuenca del río grande de la Magdalena, principal fuente hídrica del país, en torno a la cual ha sido y debe seguir siendo concebidos importantes proyectos, que le apuesten al desarrollo integral del pueblo colombiano.

Dentro de las inmensas ventajas de estar cerca de esta corriente está el hecho de que es ella una buena abastecedora de pescado, pues si bien es cierto que sus niveles han disminuido por las malas condiciones en las que se encuentra, pese a esto, aún subsiste la pesca artesanal y comercial a baja escala, lo cual representa una alternativa de súper vivencia para la gente de la región.

Muestra de ello es que hasta el momento nada ha impedido que en su entorno el río grande de la Magdalena siga sirviendo de albergue a los asentamientos humanos, que con el paso de los años se han ido forjando, especialmente en el área de influencia de la represa de Betania, en la cual Gigante también tiene su parte.

6.1.4.3 Clima⁴⁰. El territorio de Gigante incluye los siguientes pisos térmicos.

- Piso térmico muy frío: con altura entre 3000 y 4000 metros sobre el nivel del mar y temperaturas entre 6 y 12 grados.

³⁹CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA CAM; Agenda Ambiental Municipio de Gigante, Pág. 11. Gigante 1997.

⁴⁰ Ibid., p. 12

- Piso térmico frío: incluye alturas entre 2000 y 3000 metros sobre el nivel del mar y temperaturas de 12 a 18 grados.

- Piso térmico medio: incluye alturas entre 1000 y 2000 metros sobre el nivel del mar y temperaturas de 18 a 24 grados centígrados.

- Piso térmico cálido: incluye alturas entre 0 y 1000 metros sobre el nivel del mar y temperaturas de más 28 grados centígrados.

6.1.4.4 Accesibilidad geográfica.

Tabla 2. Accesibilidad geográfica zona urbana y rural municipio de Gigante.

ÍTEM ACCESIBILIDAD	DESCRIPCIÓN
Tipo de transporte entre los centros poblados de desarrollo y comunidad dispersa más alejada	<ul style="list-style-type: none"> • Gran vía - Casco Urbano: Transporte público (campero, camioneta, tipo escalera) y vehículo particular. • Potrerillos– Casco Urbano: Transporte público (campero, camioneta, tipo escalera) y vehículo particular. • Tres esquinas–Caso urbano: Transporte público (Bus, camioneta, tipo escalera) y vehículo particular. • Sylvania– Casco Urbano: Transporte público (Bus, camioneta, tipo escalera) y vehículo particular. • Rioloro - Casco Urbano: Transporte público (Bus y camioneta) y vehículo particular.
Tiempo de llegada a la cabecera municipal desde la comunidad más alejada.	<ul style="list-style-type: none"> • Potrerillos -Casco Urbano: 30 minutos • La Gran Vía -Casco Urbano: 25 minutos • Tres Esquinas- Casco Urbano: 30 minutos • Sylvania -Casco Urbano:45 minutos • Rioloro -Casco Urbano: 20 minutos
Distancia en Kms. desde las comunidades hasta el casco urbano.	<ul style="list-style-type: none"> • Gigante a Potrerillos :11 Kms • Gigante a La Gran Vía: 9 Kms • Gigante a Tres Esquinas, Sylvania- La Vega: 16 Kms • Gigante a Rioloro:
Distancia en Kms. al centro de referencia de	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ESE Hospital San Vicente de Paul (Garzón): 28 km.

mayor complejidad	
Distancia en Kms. En vía nacionales	✓ Gigante – Neiva:84 Km ✓ Gigante- Garzón: 28 Km ✓ Gigante- Bogotá: 379 Km

6.1.4.5 Población. De acuerdo a la proyección de crecimiento poblacional de la base de datos del DANE, se indica que para el año 2011 el total de la población del municipio creció un 10,7%, para un total de 31.197 habitantes, de los cuales 16.527 pertenecen a la zona urbana quien presentó un crecimiento del 15,43% y 14.670 habitantes conformaron la zona rural, la cual aumentó 5,86% entre los años 2005 y 2011.

Tabla 3. Incremento porcentual población zona urbana y rural del municipio de Gigante años 2005 y 2011.

Población	2005	2011	Incremento de la población (%)
Urbana	14.317	16.527	15.43
Rural	13.857	14.670	5.86
Total	28.174	31.197	10.7

Fuente. Proyecciones de Población por zonas 2005-2020. DANE

Tabla 4. Estructura de la población por sexo y grupos de edad municipio de Gigante Año 2011.

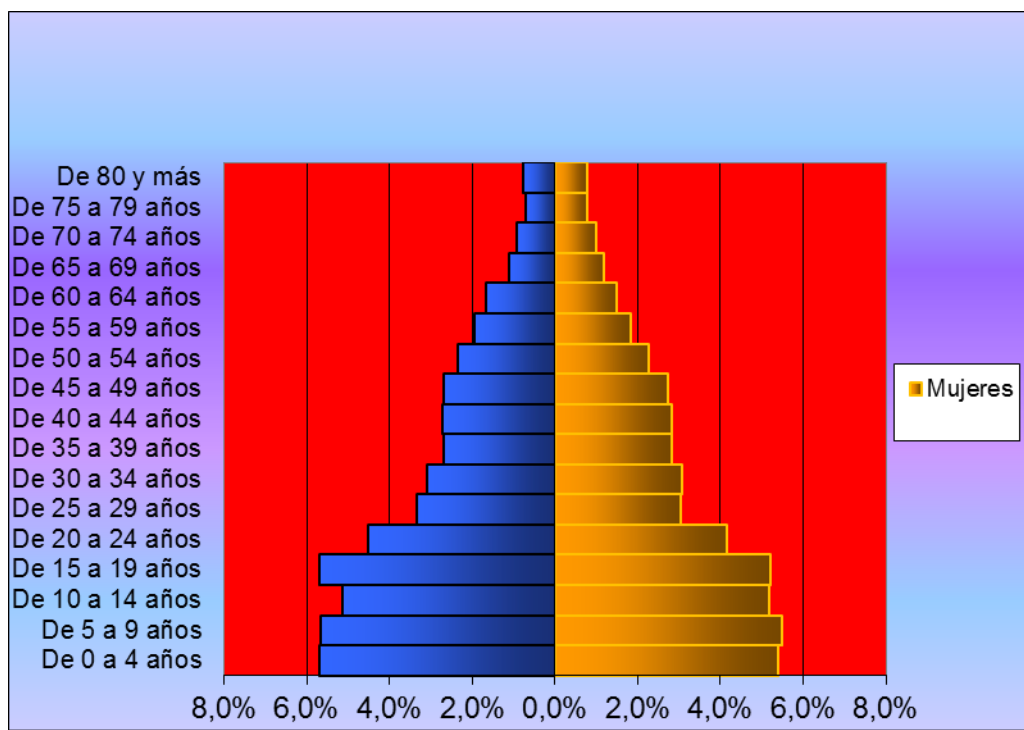
Gigante	2011		
	Total	Hombres	Mujeres
Total	31.197	15.828	15.369
0-4	3.460	1.777	1.683
5-9	3.479	1.770	1.709
10-14	3.215	1.604	1.611
15-19	3.403	1.778	1.625
20-24	2.706	1.411	1.295
25-29	1.996	1.045	951
30-34	1.929	969	960
35-39	1.715	835	880
40-44	1.729	847	882
45-49	1.687	836	851
50-54	1.441	733	708
55-59	1.182	609	573
60-64	983	516	467
65-69	715	344	371
70-74	607	292	315
75-79	471	224	247
80 Y MÁS	479	238	241

Fuente. DANE. Proyecciones de población por zonas 2005-2020.

Es importante resaltar que para el año 2011 la población que más se evidencia son los niños entre 5 y 9 años con 3.479 (11,16% de la población total) y los niños entre 0 y 4 años con un total de 3.460 habitantes equivalentes al 11,1%.

Se evidencia además, que las poblaciones de niños y jóvenes comprendidas de 5-19 años, acumula el 32,37% del total municipal.

Gráfico 2. Pirámide poblacional municipio de Gigante proyecciones 2011.



Fuente: DANE. Proyecciones de Población.

Así mismo se espera que para el año 2020 la población total del municipio alcance 37.240 habitantes, lo que representaría una variación relativa del 16,25%, con relación a la presentada en el año 2011.

6.1.4.6 Población discapacitada

Tabla 5. Discapacidad por grupos etareos y zona de residencia municipio de Gigante año 2011.

Grupos de edad (años)	Total			Cabecera municipal			Centro poblado			Rural disperso		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujeres	Total	Hombre	Mujer
Total	392	227	165	164	81	83	116	73	43	112	73	39
Menores 3 años	8	6	2	2	2	0	4	4	0	2	0	2
De 3 a 4	4	3	1	3	2	1	0	0	0	1	1	0
De 5 a 9	15	8	7	7	5	2	2	1	1	6	2	4
De 10 a 14	32	20	12	13	7	6	7	5	2	12	8	4
De 15 a 19	22	13	9	6	2	4	9	6	3	7	5	2
De 20 a 24	26	20	6	9	7	2	6	4	2	11	9	2
De 25 a 29	26	18	8	10	5	5	4	3	1	12	10	2
De 30 a 34	16	12	4	6	6	0	6	3	3	4	3	1
De 35 a 39	21	9	12	9	3	6	7	4	3	5	2	3
De 40 a 44	22	11	11	7	3	4	10	6	4	5	2	3
De 45 a 49	26	17	9	12	7	5	6	4	2	8	6	2
De 50 a 54	11	9	2	3	3	0	3	2	1	5	4	1
De 55 a 59	21	9	12	8	3	5	8	4	4	5	2	3
De 60 a 64	23	9	14	9	4	5	9	2	7	5	3	2
De 65 a 69	18	7	11	8	2	6	5	2	3	5	3	2
De 70 a 74	28	17	11	14	6	8	9	7	2	5	4	1
De 75 a 79	24	12	12	10	2	8	8	7	1	6	3	3
De 80 a 84	28	17	11	14	8	6	9	6	3	5	3	2
De 85 y más	21	10	11	14	4	10	4	3	1	3	3	0

Fuente: DANE Dirección de censo y demografía - Marzo 2010

Tabla 6. Población discapacitada según las estructuras o funciones corporales que presentan alteraciones municipio de Gigante año 2011.

Estructuras o funciones corporales	Total			Cabecera municipal			Centro poblado			Rural disperso		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	705	391	314	334	151	183	195	126	69	176	114	62
El sistema nervioso	138	77	61	61	29	32	34	20	14	43	28	15
Los ojos	108	65	43	56	24	32	28	23	5	24	18	6
Los oídos	63	36	27	36	19	17	10	5	5	17	12	5
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)	6	2	4	3	0	3	3	2	1	0	0	0
La voz y el habla	75	41	34	35	18	17	19	12	7	21	11	10
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	45	19	26	34	14	20	6	4	2	5	1	4
La digestión, el metabolismo, las hormonas	10	6	4	6	2	4	1	1	0	3	3	0
El sistema genital y reproductivo	14	6	8	9	3	6	3	1	2	2	2	0
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	194	106	88	82	36	46	59	36	23	53	34	19
La piel	10	7	3	5	3	2	5	4	1	0	0	0
Otra	42	26	16	7	3	4	27	18	9	8	5	3

Fuente: DANE: Dirección de Censos y Demografía -Marzo 2010

La condición de discapacidad, así como el riesgo de padecerla son situaciones que perjudican las capacidades y potencialidades de los individuos que las padecen y de sus familias, por tanto en nuestro país los lineamientos de la política pública nacional de discapacidad buscan caracterizar la población con discapacidad e implementar la rehabilitación integral y es por ello que el departamento lidera el programa de discapacidad con el fin de brindarles apoyo integral a los discapacitados y a sus cuidadores, el hospital cuenta con una fisioterapeuta la cual realiza rehabilitación cuando son remitidos por sus EPS al igual se celebra el día nacional de la discapacidad el cual se lleva a cabo el 1 de diciembre.

La población con mayor estructuras comprometidas son el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con 194 casos, en segundo lugar se encuentra el sistema nervioso con 138 y en tercer lugar los ojos con 108 casos.

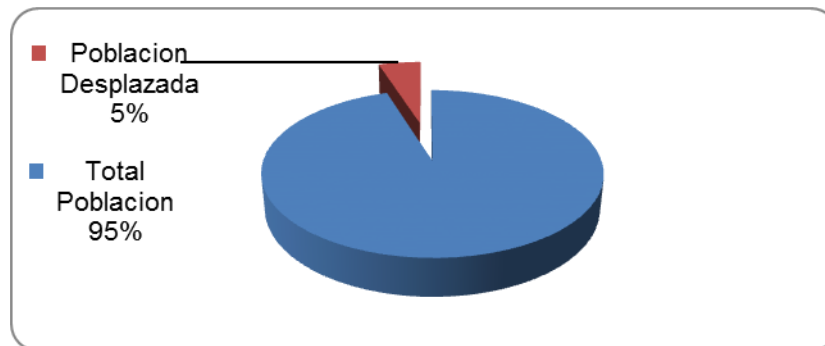
6.1.4.7 Población desplazada

Tabla 7. Total de personas desplazadas recibidas en el municipio de Gigante por género año 2011.

SEXO		Total general
Hombre	Mujer	
843	770	1613

Fuente: Registro único población desplazada

Gráfico 3. Proporción de población desplazada municipio de Gigante año 2011



Fuente: Registro único población desplazada

El estado orienta acciones y recursos para garantizar los derechos de las víctimas del conflicto armado, el municipio cuenta con el programa de atención a víctimas el cual consiste en actividades de educación y deporte. La mayoría de los desplazados provienen de Caquetá y Putumayo, y se ubican de preferencia en la zona urbana del municipio.

6.1.5 Características sociales

6.1.5.1. Población UNIDOS. UNIDOS es la estrategia para la superación de la pobreza extrema del Gobierno Nacional que durante este cuatrienio, busca que 350 mil familias superen la pobreza extrema. Es la segunda fase de la Red JUNTOS que promueve la innovación social, la participación comunitaria, y el abordaje de trampas de desarrollo local bajo el marco de la convergencia regional.

De acuerdo a las proyecciones de población DANE 2005 - 2020 para el año 2012 en el Municipio se registra una población total de 31.714 habitantes, de la cual 7.867 personas (2.756 familias) se encuentran vinculadas a la Red UNIDOS que corresponde al 24,7% del total de la población municipal, los beneficiarios de la estrategia, son familias que presentan las condiciones de vida más bajas según el puntaje del SISBÉN, focalizadas por el Departamento Nacional de Planeación, así mismo, son vinculadas las familias en donde al menos uno de sus integrantes, se encuentra en situación de desplazamiento y esté inscrito en el Registro Único de Población Desplazada – RUAD.

Tabla 8. Distribución de la población vinculada a la estrategia UNIDOS en el municipio de Gigante año 2011.

Personas	Cantidad	%
Hombres	3.980	50,6%
Mujeres	3.887	49,4%
Total por Sexo	7.867	100%
Menores de 18	3.638	46,2%
Entre 18 y 60	3.630	46,1%
Mayores de 60	599	7,6%
Total por edad	7.867	100%

Fuente: Sistema de Información UNIDOS. Reporte de Política Social. 26 de Enero de 2012

Según los estudios realizados por la Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad en Colombia MERPD, los beneficios del crecimiento no siempre se reflejan en el bienestar de la sociedad en su conjunto, debido entre otras razones, a “las trampas de pobreza”⁴¹ en las que se encuentran inmersas las familias más vulnerables, que son descritas a continuación.

- Identificación. Es frecuente encontrar, que los pobres extremos no pueden acceder a los servicios ofrecidos por el Estado o el sector privado, por no contar con los documentos que los identifica como el registro civil, cédula de ciudadanía o libreta militar, convirtiéndose de esta manera en una población invisible para el municipio.

⁴¹NÚÑEZ, J. y CUESTA, L. “Las trampas de pobreza en Colombia; ¿qué hacer? Documento Cede 2006-19, documento preparado para la MERPD.

Tabla 9. Trampa Identificación de población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR PERSONAS							
	TA	A	%	PA	%	NA	%	%
Documentos de identificación	7.837	7.465	95,3	353	4,5		0,0	0,2
Libreta militar	1.485	177	11,9	1.279	86,1	6.352	81,1	2,0
Información de SISBEN	7.837	4.784	61,0	3.053	39,0		0,0	0,0

Fuente: INFOUNIDOS 26 de Enero de 2012

TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica

- Demográfica. La cantidad de integrantes por familia es de 3.94 personas, con una tasa de hacinamiento de 2,02 personas, es decir, alrededor de dos personas duermen en un mismo cuarto, la edad promedio oscila en los 27 años, con unos ingresos promedio de un habitante del municipio es de \$190.000, muy inferior comparado con el promedio de todo el departamento que es de \$240.000, situaciones que demuestran un crecimiento demográfico alto que afecta el nivel de ingresos de la familia.

- Uso de tierras. Tener tierras sin titulación se convierte en una dificultad para acceder a las diferentes ayudas y programas que el estado ofrece a la población para mejorar su calidad de vida dificultándose el acceso a créditos blandos entregados a través de bancos de segundo piso con programas que permiten al estado ser los responsables de los mimos, esto hace que estas personas no puedan contar con los recursos necesario para poner a producir estas tierras y solamente les dan uso hasta donde sus posibilidades les permiten, desde luego, sin ninguna asistencia técnica que posibilite el mejoramiento de vida, por lo que terminan entregándolas a personas que tienen dinero para su explotación quienes las usufructúan y los dueños por posesión reciben solamente algo muy poco por el arriendo de las mismas.

Tabla 10. Tipo propiedad de vivienda de población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

TIPO DE PROPIEDAD DE LA VIVIENDA	Propia la están pagando	10%
	Propia totalmente paga	41%
	Arriendo subarriendo	17%
	Usufructo	8%
	Ocupante de hecho o poseedor	9%
	Otra	15%

Fuente: INFOUNIDOS 4 de Febrero de 2012

• Analfabetismo o bajo nivel educativo. El Analfabetismo y los bajos niveles de formación de los pobres extremos imposibilita su participación en el mercado laboral, limitando sus competencias laborales y la adquisición de bienes y servicios que mejoraría su calidad de vida, es así que muchos hogares pobres, no envían sus hijos a trabajar, tampoco los envían a la escuela porque existen hogares en pobreza absoluta, que aun subsidiando la matrícula, no cuentan con la capacidad de sufragar otros costos inherentes a la educación y, adicionalmente, los niños y niñas se vinculan a actividades laborales desde temprana edad.

Tabla 11. Educación y capacitación de población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR PERSONAS						
	TA	A	%	PA	%	NA	%
Atención Integral a primera infancia	776	312	40,2%	451	58,1%	7.061	90,1%
Vinculación de niños al sistema educativo	2.625	2.196	83,7%	422	16,1%	5.212	66,5%
Alfabetización de adultos	3.811	3.419	89,7%	389	10,2%	4.026	51,4%

Fuente: INFOUNIDOS 26 de Enero de 2012

TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica

- Trabajo Infantil. Este es un fenómeno bastante aceptado en el municipio con el argumento de la pobreza de las familias y la necesidad que estas tienen de complementar sus ingresos con el aporte del trabajo de sus niños. No obstante, el mismo trabajo termina siendo el que les impedirá a estos niños salir de la pobreza cuando lleguen a adultos, dado que en su mayoría además de retirarlos de la escuela o mantenerse en niveles de rendimientos muy precarios, les impide la acumulación de capital social perpetuándolos en actividades laborales marginales de pura supervivencia.

Tabla 12. Trabajo Infantil en Gigante de población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR FAMILIAS						
	TA	A	%	PA	%	NA	%
Trabajo infantil	1.134	1.043	92	89	7,8%	841	42,6%
DESCRIPCIÓN	ESTADO POR PERSONAS						
	TA	A	%	PA	%	NA	%
Trabajo infantil	2.208	2.095	94,9%	111	5,0%	5.629	71,8%

Fuente: INFOUNIDOS 26 de Enero de 2012

TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica

- Baja formación laboral y oportunidades de empleo. Es de vital importancia que la educación y la capacitación técnica se avizoren como elementos constitutivos de la vida de cada individuo y se adopten a nivel local intervenciones dirigidas a impulsar a las personas que no encuentran los medios y oportunidades para mejorar sus condiciones de marginación, privación y vulnerabilidad.

Tabla 13. Condiciones laborales y capital humano, población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

MERCADO LABORAL	Salario Promedio	\$190.000
	Desempleo	23%
	Tasa subempleo	71%
	Informalidad	5%
EDUCACIÓN ULTIMO NIVEL ALCANZADO	Primaria	54%
	Secundaria	22%
	Media	10%
	Superior	1%
	Inasistencia	5%
CAPACITACIÓN	No ha recibido apoyo	87%

Fuente: INFOUNIDOS 26 de Enero de 2012

Tabla 14. Baja formación laboral de población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR FAMILIAS						
	TA	A	%	PA	%	NA	%
Ocupación o sustento (mayores de 15 años)	1.832	1.422	77,6%	410	22,4%	143	7,2%
Capacidades personales para la empleabilidad	1.789	27	1,5%	1.762	98,5%	186	9,4%
Activos del hogar para desarrollar actividad productiva	1.787	46	2,6%	1.741	97,4%	188	9,5%
Educación superior o formación para el trabajo	683	199	29,1%	446	65,3%	1.292	65,4%

Fuente: INFOUNIDOS 4 de Febrero de 2012 TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica.

Tabla 15. Sustento de adultos mayores población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR FAMILIAS						
	TA	A	%	PA	%	NA	%
Sustento de adultos mayores	492	182	37,0%	310	63,0%	1.483	75,1%

Fuente: INFOUNIDOS 4 de Febrero de 2012

TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica

- Salud y Desnutrición. La disponibilidad suficiente y estable de los alimentos se considera como seguridad Alimentaria, desafortunadamente buena parte de la población carece de los ingresos mínimos para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación. Gran parte de la población mal nutrida no tiene acceso al sistema general de salud, hecho que aumenta el riesgo de enfermedades.

Tabla 16. Indicadores de salud población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR FAMILIAS						
	TA	A	%	PA	%	NA	%
Afiliación en salud	1.975	1.676	84,9%	238	12,1%		0,0%
Acceso a promoción en Salud	1.975	1.494	75,6%	371	18,8%		0,0%
Vacunación de niños	592	234	39,5%	282	47,6%	1.383	70,0%
Detección temprana de alteraciones de crecimiento	998	749	75,1%	238	23,8%	977	49,5%
Prevención de cáncer de cuello uterino y mama	1.667	404	24,2%	901	54,0%	308	15,6%
Rehabilitación y ayudas técnicas de discapacitados	547	162	29,6%	346	63,3%	1.428	72,3%

Fuente: INFOUNIDOS 4 de Febrero de 2012

TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica

Tabla 17. Desnutrición población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR FAMILIAS						
	TA	A	%	PA	%	NA	%
Hábitos para la alimentación	1.975	532	26,9%	1.120	56,7%		0,0%
Consumo de alimentos variados y de manera saludable	1.975		0,0%	1.725	87,3%		0,0%
Lactancia materna exclusiva	52	31	59,6%	21	40,4%	1.923	97,4%

Fuente: Infounidos 26 de Enero de 2012

TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica

• **Adolescentes Gestantes.** En Colombia la quinta parte de la población es adolescente así 8.5 millones de habitantes son adolescentes y en nuestro municipio, en la Red Unidos 3.638 son menores de 18 años. La cantidad de gestantes adolescentes es considerada actualmente causa y consecuencia de la pobreza y la desigualdad económica, la tasa de embarazo en adolescentes se ha ido incrementando en forma paulatina actualmente ocupa el 20% del total de los nacimientos⁴².

Tabla 18. Embarazo en adolescentes población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR PERSONAS (2)						
	TA	A	%	PA	%	NA	%
Conocimiento de métodos de planificación	5.320	4.407	82,8%	887	16,7%	2.517	32,1%
Atención de mujeres gestantes	36	27	75,0%	9	25,0%	7.801	99,5%

Fuente: INFOUNIDOS 24 de Enero de 2012

TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica

⁴² UNIVERSIDAD DE LOS ANDES .Programa la Casa Cesó: Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil, Colombia 2000.

- Vivienda y Medio Ambiente. Cuando nos referimos a la población más vulnerable, la falta de recursos para construir sus casas en terrenos aptos termina exponiendo a las personas a perder lo poco que tienen, cuando se asientan en zonas de alto riesgo, se urbaniza en suelos agrícolas son inmensamente vulnerables a los desastres naturales que suelen arrasarse con todo lo que encuentran a su paso.

Tabla 19. Afectaciones de la Vivienda población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

AFECTACIONES DE LA VIVIENDA	Inundación	11%
	Avalancha	6%
	Desbordamiento	3%
	Hundimiento	3%

Fuente: INFOUNIDOS 24 de Enero de 2012

Tabla 20. Condiciones de habitabilidad población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR FAMILIAS						
	TA	A	%	PA	%	NA	%
Agua potable	1.975	1.374	69,6%	577	29,2%		0,0%
Manejo de basuras	1.975	1.673	84,7%	285	14,4%		0,0%
Sistema de energía convencional o alternativa	1.975	1.782	90,2%	187	9,5%		0,0%
Espacios diferenciados en la vivienda	1.975	1.205	61,0%	709	35,9%		0,0%
Hacinamiento	1.975	981	49,7%	958	48,5%		0,0%
Pisos de la vivienda	1.975	1.510	76,5%	442	22,4%		0,0%
Implementos para dormir y alimentarse	1.975	1.303	66,0%	667	33,8%		0,0%
Materiales adecuados de la vivienda	1.975	69	3,5%	1.838	93,1%		0,0%
Iluminación, ventilación natural y privacidad	1.975	696	35,2%	1.208	61,2%		0,0%

Fuente: INFOUNIDOS 24 de Enero de 2012

TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica

- **Acceso a la Información.** El poco acceso que tienen los pobres a la información los mantiene en la pobreza. La tasa de rotación laboral en el sector formal es superior al 13%, pero no tienen muchas posibilidades de enterarse sobre oportunidades laborales y de negocios. La mayoría de ellos conservan, trabajos extenuante y mal remunerado porque no sabe dónde están las oportunidades, sus condiciones de vida y algunas decisiones que toman por necesidad o por desconocimiento conforman un círculo vicioso.

Tabla 21. Acceso a la información población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR FAMILIAS						
	TA	A	%	PA	%	NA	%
Sistema de comunicaciones	1.975	1.028	52,1%	773	39,1%		0,0%

Fuente: INFOUNIDOS 26 de Enero de 2012

TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica

- **Criminalidad y Violencia.** La violencia y la criminalidad es un subproducto altamente costoso en términos sociales de los procesos de desarrollo desiguales o inequitativos, siendo esta consecuencia y causa de la pobreza y desigualdad social.

Tabla 22. Criminalidad y violencia población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR PERSONAS							G	%
	TA	A	%	PA	%	NA	%		
Atención víctimas de violencia intrafamiliar y sexual	7.837	2.198	28,0%	5.515	70,4%		0,0%	124	1,6%
Participación comunitaria	6.030	3.269	54,2%	2.717	70,4%	1.807	23,1%	44	0,7%

Fuente: INFOUNIDOS 26 de Enero de 2012

TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica

- Acceso a la Justicia. En la población en extrema pobreza la principal falencia es la Falta de conocimiento sobre los alcances, efectos de la justicia y como acceder a ella. En cuanto a la población desplazada el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada - SNAIPD -, ofrece atención integral y soluciones duraderas a la población en situación de desplazamiento.

Tabla 23. Acceso a la justicia estado por persona población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR PERSONAS						
	TA	A	%	PA	%	NA	%
Conocimiento de mecanismos de resolución de conflictos	4.632	873	18,8%	3.714	80,2%	3.205	40,9%
Atención de operadores de justicia	189	130	68,8%	56	29,6%	7.648	97,6%

Fuente: INFOUNIDOS 26 de Enero de 2012

TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica

Tabla 24. Acceso a la justicia población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR FAMILIAS						
	TA	A	%	PA	%	NA	%
Acompañamiento a familia en situación de desplazamiento	317	317	100,0 %		0,0 %	1.658	83,9 %

Fuente: INFOUNIDOS 26 de Enero de 2012 TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica

- Capital de Trabajo. El capital de trabajo representado en la capacidad para desarrollar actividades productivas de manera normal en el corto plazo, es una de las trampas de la pobreza en las cuales se encuentran inmersas las familias de

Gigante, la falta de crédito juega un papel importante en muchas de las trampas de pobreza.

Tabla 25. Capital de trabajo población UNIDOS municipio de Gigante 2012.

DESCRIPCIÓN	ESTADO POR FAMILIAS							G	%
	TA	A	%	PA	%	NA	%		
Ahorro de la familia	1.975	79	4,0%	1.673	84,7%		0,0%	223	11,3%
Conocimiento de servicios financieros	1.975	1.907	96,6%	63	3,2%		0,0%	5	0,3%
Crédito (mecanismos formales o grupos de ahorro y crédito)	358	274	76,5%	78	21,8%	1.617	81,9%	6	1,7%

Fuente: INFOUNIDOS 26 de Enero de 2012

TA: Total Aplica A: Alcanzado PA: Por Alcanzar NA: No Aplica.

6.1.5.2. Familias en Acción. El programa Familias en Acción consiste en otorgar un apoyo monetario directo a la madre beneficiaria, condicionado al cumplimiento de compromisos por parte de la familia. Entre los beneficios económicos recibidos por cada una de las familias beneficiadas y acorde al número de beneficiarios por el programa, se destaca que en el 2011 el municipio de Gigante registró un total de 2.635 familias lo que alcanza una cobertura en personas beneficiarias de alrededor de 10.380, de las cuales 266 familias corresponden a población desplazada.

En este programa se entrega un apoyo en dinero efectivo, llamado subsidio, para mejorar la nutrición y la educación de los hijos y un acompañamiento en promoción de la educación y la salud familiar, a cambio del cumplimiento de compromisos por parte de las familias, en este programa se pueden vincular niños entre los 0 y 7 años para que reciban el subsidio de nutrición cuyo valor es de \$100.000 por familia los cuales se pagan cada dos meses; también se pueden vincular jóvenes menores de 18 años que cursen algún grado dentro del rango de segundo primaria y grado 11°, el valor del subsidio en educación es de \$ 30.000 en primaria y \$ 60.000 en secundaria o bachillerato pagados cada dos meses.

6.1.5.3. Vivienda. En el casco urbano las viviendas son aceptables y buenas. El desarrollo urbanístico está localizado en la zona oriental. Aunque en 1996 el consejo municipal estratifico el casco urbano en los niveles comercial industrial y bajo, en general no existe una relevante estratificación social. El fondo de vivienda de interés social cofinancia planes, tanto como el sector urbano como en el rural. Igualmente, se ha adelantado programas de construcción y mejoramiento de viviendas como el promovido por INURVE en el sector san Antonio.

Tabla 26. Vivienda y hogares en el municipio de Gigante año 2011.

DESCRIPCIÓN	VIVIENDAS	HOGARES	PERSONAS
Cabecera	2.610	2.908	9.586
Centro Poblado	1.169	1.214	4.083
Rural Disperso	2.627	2.682	8.991
Total	6.406	6.804	22.660

Fuente: Base Certificada A Junio 30 de 2011 Registros Validados – DNP

Conforme a la estructura poblacional de la población SISBEN 2011 por zonas y número de hogares y viviendas; tenemos que el 42,3% de la población vive en la cabecera, el 18% en centros poblados y el 39,7% en la zona rural dispersa.

Mientras tanto se advierte un déficit de vivienda de 398 unidades conforme las cifras registradas en el SISBEN 2011 así, 298 en la zona urbana y 100 en el área rural.

La información que se presenta en la tabla No 5. Se toma como fuente los registros suministrados por el SISBEN ya que esta información no fue posible encontrar en los registros del DANE.

6.1.5.4. Cultura⁴³. De conformidad con la Ley 715 de 2001, es competencia de la Administración Municipal, fomentar el acceso, la innovación, la creación y la

⁴³ DÍAZ MANRIQUE, Abel *et al.* Gigante, Monografía y Geografía. Pág. 131. Gigante Huila 1989

producción artística y cultura, así como apoyar y fortalecer los procesos de información, investigación, comunicación y formación y las expresiones multiculturales del municipio.

Es por ello que a través del acuerdo municipal 025 de 2009 el concejo creó la escuela de formación artística y cultural de Gigante Luis Alirio Embús Valderrama como un organismo encargado de formar integralmente a los niños y jóvenes de la comunidad, como escuela no formal en las modalidades de: música, danza, artes plásticas y artes escénicas y artesanías; y fue declarado como un bien de interés artístico dirigido a fomentar las manifestaciones culturales de la comunidad, con prevalencia de las manifestaciones autóctonas regionales.

Además, el municipio cuenta con el Consejo Municipal de Cultura creado bajo Acuerdo 059 de 2005, el actúa como ente articulador de las actividades relacionadas con el fomento, la promoción y la difusión del patrimonio cultural y artístico del municipio.

El municipio cuenta con un equipamiento de carácter cultural, que permite el acceso a las diferentes expresiones artísticas y culturales de su territorio, entre ellas la casa de la cultura Ricardo Borrero Álvarez, espacio destinado a la formación y expresión cultural de todos los Giganteños; la cual fue remodelada y ampliada buscando generar un impacto positivo al tema cultural en Gigante, una segunda planta muy moderna con salones acústicos para la práctica musical, rampas para discapacitados y dotación de elementos.

En este mismo sitio, se hacen los ensayos musicales de la Banda de Vientos del municipio de Gigante, como también el desarrollo del programa de BIBLIOTECA PÚBLICA que ha logrado incentivar a los niños y niñas del municipio a tomarle amor a la lectura y un acercamiento hacia los libros, como una herramienta fundamental en el crecimiento personal y académico. Sin embargo se prevé la apertura de un espacio allí mismo para la Biblioteca Virtual Municipal, con acceso a Internet gratuito

6.1.5.5. Deporte y recreación⁴⁴. En el municipio se ha trabajado desde siempre los deportes tradicionales como el fútbol, basquetbol, voleibol. Se ha enfatizado más en estos deportes, ya que ha sido más fácil ubicar personal que coordine estas actividades. A nivel de competencia, anualmente se realizan campeonatos en las instituciones educativas y también inter colegiados, que integran a todo el pueblo

⁴⁴ Ibid.,p. 131.

Giganteño, aprovechando los espacios deportivos con que cuenta el municipio. Algunos programas especiales como el de aeróbicos que realizaba la administración, es muy apreciado y aprovechado por la comunidad.

El municipio de Gigante en el área urbana, cuenta con tres polideportivos y la Villa Olímpica para el desarrollo de actividades de sano esparcimiento y deporte. En la zona rural para el desarrollo de la recreación y deporte, se tienen 32 sitios para estas actividades.

Cuenta con 2 clubes juveniles y 8 pre juveniles, donde se trabaja en la zona urbana y rural, con un total de 150 beneficiarios. Cada Club está conformado por un grupo de mínimo 15 niños, niñas, adolescentes, coordinados por un Animador Juvenil. Tienen horario y frecuencia de reunión establecida autónomamente por el grupo de acuerdo con sus necesidades; funcionan en espacios comunitarios, como Casas de la Cultura, de Juventud, Centros Comunales u otros espacios de la comunidad.

En el mes de agosto de 2001 el señor Jorge Isaac San Miguel conocido popularmente como “Mimi”, empieza a realizar un trabajo con un grupo de jóvenes con miras a fomentar la práctica del ciclismo en el municipio y a tomar parte en las diferentes competencias en el departamento, se hace todo lo pertinente y se obtiene la personería jurídica de la Gobernación del Huila, con el nombre de “Club Recreativo de ciclismo los Gigantes” (personería jurídica 320 del 22 del 2004), en homenaje al nombre del pueblo, de la leyenda del Gigante Matambo y el simbolismo del triunfo del Gigante en las batallas. Las categorías que se han logrado formar dentro del Club son pre-infantil, infantil, pre-juvenil, juvenil y sub-23; en total 21 jóvenes y dos damas, hacen parte del Club, ubicando al municipio en un buen nivel en esta disciplina deportiva, obteniendo puestos de privilegio en las competencias regionales, nacionales e internacionales organizadas en todas las categorías, donde se destaca la iniciación del pedalista Duber Armardo Quintero Artunduaga.

En cuanto a la descripción del ámbito social, se abordó en base a la estrategia UNIDOS, la cual cuenta con un 24,7% de beneficiarios del total de la población previamente seleccionados de acuerdo a criterios de pobreza, que corresponde a 7.867 personas; la información correspondiente al 75,3 % del resto de la población no se encontró, pero debido a la vulnerabilidad y las condiciones de vida más bajas según el puntaje del SISBÉN este porcentaje de la población se consideró como el más importante.

6.1.6 Actividad económica

6.1.6.1 Producción agrícola. El Municipio de Gigante es de vocación agropecuaria, alrededor del 70% de la economía depende directamente de este sector. El área total del municipio es de 62.600 hectáreas.

Tabla 27. Distribución de las áreas destinadas a la producción agropecuaria del municipio de Gigante.

CULTIVO	ÁREA (Ha)	ÁREA (%)
Café	3.700	5.91
Cultivos Transitorios	1.500	2.40
Cultivos Permanentes y Semipermanentes	3.644	5.82
Pastos	22.515	36.0
TOTAL	31.369	50.13

La economía de municipio se basa en la producción del sector primario (agropecuario); el siguiente sector en importancia es el terciario (actividades comerciales y de servicio); el tercer renglón en importancia, lo constituye el sector secundario (agroindustriales e industriales).

La caficultura ha permitido la mayor concentración de la población rural, generada por la alianza estratégica Fedecafé – Estado. En un mínimo porcentaje cultivos como Lulo, tomate de árbol y otros, contribuyen a la actividad económica en la zona cafetera.

- Café. La infraestructura física y social generada en torno a este sistema, producto de la alianza Fedecafé y ente territorial, ha permitido el desarrollo articulado de la actividad con un centro de investigación (Cenicafé), centro de acopio y suministro de insumos (Coocentral), la consolidación de una sucursal de la entidad financiera (Bancafé) y campo de acción para la asesoría y orientación técnica de este sistema productivo.

El comportamiento de este renglón productivo, por ser tipo exportación, es afectado por la libre competencia de mercados, fenómenos climáticos, además de incrementos por costos de producción, debido al control fitosanitario, lo cual originan un desestímulo al incremento del área y como modelo alternativo, se potencializa el cambio de uso del suelo a pastos y cultivos de cacao en la zona marginal baja.

Los agricultores de vocación cafetera, por ser un producto de mercado asegurado y debido al incremento de la temperatura, lo cual elevó la cota de la zona óptima, proyecta remplazar el área perdida por otros en la zona alta, afectando las fuentes hídricas y zonas de bosques.

- Cacao. Por la cercanía y articulación vial (Troncal del Magdalena), la producción cacaotera del Departamento, enfrenta gran competencia de otras zonas productoras del país y del vecino Ecuador, por el ingreso de pasta de cacao elaborada subsidiada, específicamente del Ecuador, lo que desmotiva la inversión para renovación de áreas plantadas.

Aunque existe el incentivo a la reforestación, con esta especie (C.I.F.), la Limitante para producir café en la zona marginal baja, el déficit de la producción a la demanda mundial, prevén un futuro promisorio para este cultivo como alternativa económica a largo plazo. La ventaja de Gigante está en la bondad de suelos pesados que retienen mayor humedad adecuado régimen de precipitación y menos horas de brillo solar.

Estos dos sistemas (Café y Cacao) son la fuente básica de la economía del Municipio aunque existen otras actividades.

- Frutales. Se destacan principalmente Lulo, mora, tomate de árbol; sistemas de producción que se asimilan por su manejo orgánico y condición del clima, ubicadas en zonas de fragilidad y vulnerabilidad eco sistémica. La tendencia actual es a ampliar áreas plantadas, debido a la aceptación masiva de los productos y subproductos agroindustriales.

También se cuenta con áreas plantadas en maracuyá, badea, papaya, cítricos, piña, mango entre otros, productos de buen nivel de desarrollo tecnológico por la transportación de conocimientos y experiencias de zonas de alto nivel de competitividad.

- Tomate. En los últimos años se ha visto un incremento progresivo de áreas plantadas, debido al cambio de uso del suelo de áreas antes plantadas en maracuyá, cacao, pastos, café y por la migración de cultivadores de vocación tomatera provenientes de municipios vecinos, abonado a la ventaja estratégica, ubicación geográfica, interrelaciones viales, suelos clima y disponibilidad de agua para riego.

Los restantes sistemas de producción del sector agrícola, por no requerir de alto capital de trabajo, ser de rotación, debido a condiciones climáticas, de baja rentabilidad y difícil acceso a mercados especializados, en centros Subregionales (Garzón) y regionales (Neiva, Ibagué, Florencia), hace que la producción se proyecte al auto consumo y el excedente a mercado local.

6.1.6.2 Producción pecuaria. La ganadería es otra fuente de ingresos para la economía del municipio, con la composición del hato bovino y porcino. La infraestructura acuícola corresponde a producción de mojarra roja, cachama, carpa, sábalo y boca chico, entre otros. Entre las especies menores se destaca la avicultura, destinadas a engorde por ciclos.

6.1.6.3 Estructura petrolera. El municipio se localiza en la cuenca sedimentaria del Alto Magdalena y se hallan identificados dos pozos de petróleo, uno de ellos en explotación. Según datos del 2002 se extrajeron 241.287 barriles de 42 galones. Para el municipio representó un ingreso por Regalías de 948'229.583 durante el año de referencia. Se espera que la producción se mantenga en 700 barriles diarios durante los próximos 10 años.

Los campos de petróleo se encuentran en el departamento del Huila principalmente en el municipio de Gigante y Garzón por sector centro del departamento, el cual genera empleo a un 75% de la población cercana a dichos pozos en donde las reservas representan el 1.2% del total nacional.

En los municipios de Garzón y Gigante (Huila), en una zona declarada de protección ambiental, donde está el cerro páramo de Miraflores, la multinacional petrolera Emerald Energy Pic busca extraer crudo.

Las comunidades de la región, unas 10 mil personas, están en contra de lo que consideran un atentado contra una de las mayores despensas agrícolas del departamento y un ataque a su territorio, declarado Parque Nacional Regional.

Según la Secretaría de Agricultura del Huila, la región hace parte de uno de los distritos cafeteros más importantes del departamento, donde se producen más de 40 mil sacos de café al año. Los cultivadores de frutas también perderían, ya que la tierra es rica en lulo, granadilla, mora, aguacate, maracuyá, tomate de árbol, cebolla, plátano y arveja.

Estos productos verían diezmada su producción por cuenta de la des polinización de los cultivos, ya que los insectos serían alejados por el fuego de las antorchas de las torres petroleras.

La Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena (CAM) asegura que habría afectaciones directas o indirectas sobre al menos cinco quebradas que surten de agua a la región: La Majo, Quebradón, Rioloro, La Honda y Honda Media, así como alteraciones en el paisaje y pérdida de cobertura vegetal. "La importancia de la región se debe a que abarca las cabeceras hidrográficas de las áreas Magdalena, Cauca y Amazonas", dice el informe técnico de la CAM sobre el área de perforaciones.

6.2 SITUACIÓN DE SALUD MUNICIPIO DE GIGANTE HUILA AÑO 2011

6.2.1 Morbilidad. Para el análisis de la morbilidad se tomó como fuente los registros suministrados por la E.S.E Hospital San Antonio, ya que es la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S) con mayor cobertura del municipio que ofrece sus servicios tanto a la población subsidiada como la contributiva. Para el caso de las otras I.P.S Saludcoop y Emcosalud no fue posible obtener la información.

6.2.1.1 Morbilidad servicio de urgencias.

Tabla 28. Diez primeras causas de morbilidad servicio de urgencias año 2011
(Tasa x 10.000 Hab)

CAUSA	TOTAL	FEMENINO	MASCULINO	URBANO	RURAL	TASA
DOLOR ABDOMINAL	441	283	158	258	183	141,4
HERIDAS	427	102	325	245	182	136,9
FIEBRE	296	139	157	198	98	94,9
INFECCIÓN URINARIA	226	194	32	133	93	72,4
DIARREA Y GASTROENTERITIS	172	89	83	127	45	55,1
TRAUMATISMOS SUPERFICIALES	146	40	106	92	54	46,8
ASMA	120	74	46	94	26	38,5
GASTRITIS	90	71	19	58	32	28,8
HIPERTENSIÓN	79	55	24	39	40	25,3
DOLOR EN PECHO	62	36	26	45	17	19,9
TOTAL	2059	1083	976	1289	770	

Fuente: Oficina facturación y Estadística E.S.E Hospital San Antonio.

El dolor abdominal y la fiebre en los que se evidencian unas tasas de 141,4 y 94,9 x 10.000 habitantes respectivamente, son síndromes que abarcan otro tipo de patologías y por ende tienen esas tasas tan altas, por tanto es difícil generalizar sobre los mismos.

Vemos las heridas con una tasa alta de 136.9 x10.000 habitantes, predominando en el género masculino, esto puede deberse al tipo de labor que realizan los hombres, y seguido la infección de vías urinarias con una tasa de 72.4 x 10.000 habitantes esta tasa tan alta puede deberse a los hábitos higiénicos, saneamiento básico, falta de adherencia a los medicamentos, además se evidencia que afecta en su mayoría al sexo femenino por las características anatómicas de las mismas. Con respecto a estas enfermedades por el servicio tienen que ver con la sintomatología que hace que su consulta sea de tipo urgencia.

6.2.1.2 Morbilidad por hospitalización

Tabla 29. Diez primeras causas de morbilidad servicio de hospitalización año 2011 (Tasa x 10.000 Hab).

CAUSA	No. CASOS	FEMENINO	MASCULINO	URBANO	RURAL	TASA
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	121	106	15	77	44	38,79
CELULITIS	78	36	42	64	14	25,00
PARTO ÚNICO ESPONTANEO	32	32	0	19	13	10,26
BRONCONEUMONÍA, NO ESPECIFICADA	23	9	14	17	6	7,37
ABSCESO CUTÁNEO	21	11	10	15	6	6,7
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	17	9	8	13	4	5,4
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	16	13	3	7	9	5,1
FIEBRE	16	9	7	11	5	5,1
BRONQUITIS	11	8	3	9	2	3,5
ASMA	9	7	2	5	4	2,9
TOTAL CASOS	344	240	104	237	107	
POBLACIÓN	31197					

Fuente: Oficina facturación y Estadística E.S.E Hospital San Antonio.

Dentro de las primeras diez causas de morbilidad registradas en el servicio de hospitalización se resalta como primera causa la infección de vías urinarias con un total de 121 casos que representa una tasa de 38,79 por 10.000 habitantes; se puede inferir que dentro de los factores relacionados que podrían coadyuvar a que

esta patología sea la de mayor incidencia serian factores ambientales relacionados con el saneamiento básico principalmente la calidad del agua; y factores psicosociales relacionados con los hábitos de higiene y de vida saludable. Se destaca que el parto único espontaneo registra una tasa de 10,26 por cada 10.000 habitantes ocupando el tercer lugar como causa de morbilidad en el servicio de hospitalización, sin embargo esta causa no se encuentra clasificada como una enfermedad, pero dentro de los registros obtenidos se evidencio que este evento es clasificado como causa de morbilidad por lo tanto se toma como causa de morbilidad y se incluye dentro de las diez primeras causas.

6.2.1.3 Morbilidad servicio de consulta externa

Tabla 30. Diez primeras causas de morbilidad por consulta externa año 2011 (Tasa x 10.000 Hab).

CAUSA	TOTAL	FEMENINO	MASCULINO	URBANO	RURAL	TASA
INFECCIÓN URINARIA	2073	1664	409	1054	1019	664,5
RINOFARINGITIS	1587	890	697	953	634	508,7
PARASITOSIS INTESTINAL	1566	850	716	754	812	502,0
LUMBAGO	986	593	393	468	518	316,1
HIPERTENSIÓN	825	515	310	395	430	264,4
GASTRITIS	777	523	254	388	389	249,1
VAGINITIS AGUDA	742	742	0	346	396	237,8
CEFALEA	681	503	178	346	335	218,3
DIARREA Y GASTROENTERITIS	620	316	304	372	248	198,7
FIEBRE	530	295	235	282	248	169,9
TOTAL	10387	6891	3496	5358	5029	

Fuente: Oficina facturación y Estadística E.S.E Hospital San Antonio.

En primer lugar, se encuentra las Infecciones de Vías Urinarias con una tasa de 664.5 x10.000 habitantes, aunque esta enfermedad no es altamente letal puede producir complicaciones secundarias, por lo cual se debe reforzar el componente educativo en limpieza e higiene, deben existir campañas para evitar la automedicación y enfocarse en la adherencia al tratamiento, sugerir alimentos con fuentes de vitamina C para mejorar el sistema inmunológico.

En cuanto a la rinofaringitis con una tasa de 508.7 x10.000 habitantes está directamente relacionado con los cambios climáticos, además las mutaciones que han tenido los virus hacen que esta enfermedad se propague con mayor facilidad, el municipio debe enfatizar en las Unidades de Atención a Infecciones Respiratorias Agudas Comunitarias (UAIACs).

6.2.1.4 Enfermedades crónicas

Tabla 31. Prevalencia de eventos de enfermedad crónica año 2011 (Tasa x 100.000 Hab).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL		DIABETES MELLITUS		INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA		INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL	
No. CASOS	TASA	No. CASOS	TASA	No. CASOS	TASA	No. CASOS	TASA
405	1298,2	64	205,1	3	9,6	7	22,4

Fuente: programa departamental de enfermedades crónicas no transmisibles

La hipertensión arterial no es solo una enfermedad sino que constituye un factor de riesgo para muchas patologías, teniendo en cuenta que el municipio de Gigante dentro de las enfermedades crónicas no trasmisibles la hipertensión es la que tiene la mayor tasa, el municipio realiza un trabajo continuo en la modificación de los estilos de vida individual y comunitario, tamizaje temprano, control exhaustivo y seguimiento de adherencia, para lograr mantener controlados a estos pacientes y vinculados al programa de hipertensos.

6.2.2 Mortalidad

6.2.2.1 Mortalidad general

Tabla 32. Mortalidad General según Genero municipio de Gigante año 2011
(Tasa x 10.000 Hab)

GENERO	TOTAL DEFUNCIÓNES	PROPORCIÓN DEFUNCIÓNES (%)	INTERVALO CONFIANZA (I.C) 95%	TOTAL POBLACIÓN	TASA MORTALIDAD
MASCULINO	73	62.93	54.14 - 71.72	15.828	46.12
FEMENINO	43	37.06	28.28 - 45.83	15.369	27.98
TOTAL GENERAL	116	-	-	31.197	37.18

Fuente: Base de Datos Estadísticas Vitales Gigante Huila.

De acuerdo con la información obtenida en la base de datos de estadísticas vitales del Municipio de Gigante y registrada en la tabla No. 34, se observa que del total de las defunciones registradas en el año 2011, la proporción de mortalidad en el género masculino correspondiente al 62.93%, es mayor en comparación con el género femenino 37.06% y al calcular un I.C 95% se observa que esta diferencia es estadísticamente significativa; comportamiento que se puede ver reflejado en el cálculo de las tasas de mortalidad según el género.

la mortalidad según el género puede estar relacionada con los factores de riesgos a los que se exponen los hombres durante el ciclo vital tales como los accidentes laborales y de tránsito, factores comportamentales como el consumo de sustancias psicoactivas y alucinógenas, que incrementan la susceptibilidad, el riesgo de adquirir y desarrollar enfermedades crónicas, la situación de violencia y conflicto armado interno que afronta el país que contribuye al incremento de los índices de mortalidad.

Tabla 33. Mortalidad general según grupos de edad y género municipio de Gigante año 2011 (Tasa x 10.000 Hab)

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN HOMBRES	No. CASOS HOMBRES	TASA DE MORTALIDAD HOMBRES	POBLACIÓN MUJERES	No. CASOS MUJERES	TASA DE MORTALIDAD MUJERES	POBLACIÓN TOTAL	No. CASOS TOTAL	TASA DE MORTALIDAD GENERAL
0-4	1.777	3	16,88	1.683	1	5,94	3.460	4	11,56
5-9	1.770	0	0,00	1.709	0	0,00	3.479	0	0,00
10-14	1.604	0	0,00	1.611	0	0,00	3.215	0	0,00
15-19	1.778	4	22,50	1.625	1	6,15	3.403	5	14,69
20-24	1.411	4	28,35	1.295	1	7,72	2.706	5	18,48
25-29	1.045	2	19,14	951	0	0,00	1.996	2	10,02
30-34	969	3	30,96	960	1	10,42	1.929	4	20,74
35-39	835	3	35,93	880	2	22,73	1.715	5	29,15
40-44	847	1	11,81	882	0	0,00	1.729	1	5,78
45-49	836	1	11,96	851	2	23,50	1.687	3	17,78
50-54	733	4	54,57	708	1	14,12	1.441	5	34,70
55-59	609	6	98,52	573	0	0,00	1.182	6	50,76
60-64	516	2	38,76	467	4	85,65	983	6	61,04
65-69	344	7	203,49	371	4	107,82	715	11	153,85
70-74	292	4	136,99	315	4	126,98	607	8	131,8
75-79	224	7	312,50	247	8	323,89	471	15	318,47
80 Y MÁS	238	22	924,37	241	14	580,91	479	36	751,57
TOTAL	15.828	73	46,12	15.369	43	27,98	31.197	116	37,18

Fuente: Base de Datos Estadísticas Vitales Gigante Huila.

De acuerdo con la información obtenida en los registros de la base de datos de estadísticas vitales del Municipio de Gigante, los cuales se presentan en la tabla No. 33, se pudo evidenciar una tasa de mortalidad general de 37,18 x 10.000 habitantes.

Para el caso del Municipio, la tasa de mortalidad general presenta una tendencia directamente proporcional en relación con los grupos de edad, observándose la tasa de mortalidad más alta en el grupo de edad de 80 años y más, (tasa de 751,57 x 10.000 habitantes), seguida del grupo de edad de 75 - 79 años, (tasa de 318,57 x 10.000 habitantes), en esta situación se puede deducir que en el municipio de Gigante el curso del ciclo vital se desarrolla con naturalidad ya que la tendencia normal muestra que los habitantes con mayor edad pueden haber desarrollado en el transcurso de sus vidas enfermedades crónicas y otras complicaciones propias de la edad permitiendo que el riesgo de morir en estos rangos de edad sea mayor.

No obstante también se puede observar que el incremento de las tasas de mortalidad en los grupos de mayor edad se vea afectado por la presencia de valores extremos en la población según grupos de edad.

Tabla 34. Probable manera de muerte y género municipio de Gigante año 2011.

PROBABLE MANERA DE MUERTE	GENERO				TOTAL GENERAL	%
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
NATURAL	54	73,97	40	93,02	94	81,03
VIOLENTA	17	23,29	1	2,33	18	15,52
EN ESTUDIO	2	2,74	2	4,65	4	3,45
TOTAL GENERAL	73	100	43	100	116	100

Fuente: Base de Datos Estadísticas Vitales Gigante Huila.

Con relación a la probable manera de muerte, en el Municipio de Gigante se observó que durante el año 2011, el 81,03% de los casos de defunciones se presentaron de manera natural, esta situación puede estar relacionada directamente con la edad de los habitantes, ya que a mayor edad el riesgo de morir se incrementa como se puede observar en la tabla 33, donde se presenta

que para el caso del Municipio de Gigante, las tasas de mortalidad general más altas se presentan en los grupos de mayor edad.

Tabla 35. Causa de muerte violenta y genero municipio de Gigante año 2011.

CAUSA MUERTE	TOTAL GENERAL	%	GENERO			
			MASCULINO	%	FEMENINO	%
HOMICIDIO	8	44,44	8	47	0	0
ACCIDENTE DE TRÁNSITO	7	38,89	6	35	1	100
OTRO ACCIDENTE	2	11,11	2	12	0	0
SUICIDIO	1	5,56	1	5,9	0	0
TOTAL GENERAL	18	100	17	100	1	100

Fuente: Base de Datos Estadísticas Vitales Gigante Huila.

Respecto al 44,44% de las defunciones producto de homicidios que se presentaron en el municipio de Gigante, se puede deducir que este escenario se relaciona con la situación de violencia y conflicto armado interno que afronta el territorio Nacional, y factores comportamentales relacionados con la pérdida del juicio producto del progresivo consumo de sustancias psicoactivas y la creciente ruptura de las normas de convivencia y la intolerancia hacia los demás habitantes.

En relación al 38,89% de las defunciones registradas en la base de datos de estadísticas vitales, producto de accidentes de tránsito se puede inferir que como principal factor desencadenante de este tipo de eventos se relacione con factores comportamentales como el hecho de conducir bajo efectos del alcohol o sustancias psicoactivas, y el incumplimiento de las normas de tránsito.

Tabla 36. Mortalidad por causa directa y genero municipio de Gigante año 2011.

CAUSA DIRECTA	No. CASOS	%	GENERO			
			MASCULIN O	%	FEMENIN O	%
CHOQUE CARDIOGENICO	28	24,14	17	23,29	11	25,58
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	17	14,66	12	16,44	5	11,63
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	13	11,21	6	8,22	7	16,28
CHOQUE HIPOVOLÉMICO	11	9,48	9	12,33	2	4,65
PARO CARDIO RESPIRATORIO	11	9,48	5	6,85	6	13,95
SEPSIS	10	8,62	4	5,48	6	13,95
HIPOXIA	6	5,17	5	6,85	1	2,33
FALLA MULTISISTEMICA	5	4,31	3	4,11	2	4,65
DESHIDRATACIÓN	3	2,59	2	2,74	1	2,33
TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO	3	2,59	3	4,11	0	0,00
CETOACIDOSIS DIABÉTICA	1	0,86	1	1,37	0	0,00
CIRROSIS HEPÁTICA	1	0,86	0	0,00	1	2,33
COR PULMONALE	1	0,86	1	1,37	0	0,00
ENFERMEDAD HODKING	1	0,86	1	1,37	0	0,00
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1	0,86	1	1,37	0	0,00
LEPRA ACTIVA	1	0,86	1	1,37	0	0,00
MENINGITIS	1	0,86	1	1,37	0	0,00
NEUMONÍA	1	0,86	1	1,37	0	0,00
SIN DATO	1	0,86	0	0,00	1	2,33
TOTAL GENERAL	116	100,00	73	100,00	43	100,00

Fuente: Base de Datos Estadísticas Vitales Gigante Huila.

De acuerdo con la información obtenida de la base de datos de estadísticas vitales del Municipio de Gigante, la tabla 36, expone las principales causas de mortalidad por causa directa que se presentaron en el Municipio durante el año 2011, dentro de las cuales se destacan como primeras tres causas de mortalidad algunas patologías cardiovasculares como el choque cardiogénico con un 24,14%, la insuficiencia respiratoria con un 14,66% y el infarto agudo de miocardio, con un 11,21% en donde el género masculino aporta la mayor parte de los casos.

Se resalta que la base de datos de estadísticas vitales del Municipio de Gigante no cuenta con la información de mortalidad por causa básica, por lo tanto para el análisis de la mortalidad del Municipio, se utilizaron los registros de mortalidad por causa directa.

6.2.3 Indicadores básicos en salud

6.2.3.1 Nacidos vivos con bajo peso al nacer

Tabla 37. Nacidos vivos con bajo peso al nacer municipio de Gigante año 2011 (Peso menor 2500 Gr.)

GENERO	NACIDOS VIVOS	No. NACIDOS VIVOS (Peso Mayor a 2500 Gr)	No. NACIDOS VIVOS BAJO PESO AL NACER (Peso Menor a 2500 Gr)	% NACIDOS VIVOS BAJO PESO AL NACER
MASCULINO	182	168	14	7,69
FEMENINO	186	178	8	4,3
TOTAL NACIDOS VIVOS	368	346	22	5,98

Fuente: Base de Datos Estadísticas Vitales Gigante Huila.

Según registros obtenidos de la base de datos de estadísticas vitales del Municipio de Gigante se evidencia un total de 22 casos de nacidos vivos con bajo peso al nacer equivalente al 5.98% del total de los nacidos vivos registrados durante el año 2011, se puede inferir que este evento puede estar relacionado con la falta en

la adherencia a los programas de promoción y prevención tales como control prenatal y la política IAMI; o también se puede estar presentando un subregistro de la información almacenada en la base de datos municipal.

Comparado con la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer registrado en el Departamento del Huila durante el año 2011 equivalente al 6,22%⁴⁵ del total de nacidos vivos, se observa que frente al 5,98% de nacidos vivos con bajo peso al nacer registrado en el Municipio durante el año 2011, el municipio de Gigante se encuentra un 0,24% por debajo del promedio Departamental; esta situación se debe a que el tamaño poblacional de los nacidos vivos registrado durante el año 2011 tanto en el Departamento como en el Municipio difieran en sus valores permitiendo que el rango de diferencia de las proporciones obtenidas sea muy corto.

Tabla 38. Bajo peso al nacer según área de residencia de la madre municipio de Gigante año 2011.

LUGAR RESIDENCIA MADRE	No. NACIDOS VIVOS BAJO PESO AL NACER (Peso Menor a 2500 Gr)	No. NACIDOS VIVOS (Peso Mayor a 2500 Gr)	TOTAL NACIDOS VIVOS	R.P	I.C 95%
RURAL DISPERSA	14	218	232	1.03	0.39 - 2.76
CABECERA MUNICIPAL	8	128	136		
TOTAL	22	346	368		

Fuente: Base de Datos Estadísticas Vitales Gigante Huila.

Según información presente en la tabla No 38 se observa que la mayor cantidad de casos registrados de bajo peso al nacer relacionado con el área de residencia de la madre se reportan en el área rural dispersa con 14 casos, frente a la cabecera municipal con 8 casos. Al elaborar un I.C 95% se evidencia que esta diferencia no es estadísticamente significativa por lo tanto se puede concluir que el lugar de residencia de la madre no está relacionado con la presencia de este evento.

⁴⁵ TRUJILLO B. Claudia Leonor. Nutricionista Dietista. Boletín Situación Nutricional en el grupo Materno - Infantil en el Departamento del Huila 2011.

Podría considerarse como factor predisponente para la presencia de este evento la dificultad para el acceso oportuno a los servicios de salud y la falta a la adherencia de las gestantes al programas de promoción y prevención ofrecidos por la E.S.E Hospital San Antonio como el control prenatal.

6.2.3.2 Niños menores de 5 años con desnutrición

Tabla 39. Tipo de desnutrición en niños menores de 5 años municipio de Gigante años 2008 a 2011.

AÑO	DNT GLOBAL	DNT CRÓNICA	DNT AGUDA
2008	10%	16.9%	3.7%
2009	4.4%	12.8%	2.3%
2010	4.50%	7.00%	2.80%
2011	2.80%	3.70%	1.40%

Fuente: Programa Departamental de nutrición

Según la información presentada en la tabla 39, se puede observar una disminución gradual en las proporciones de desnutrición en el municipio de Gigante durante los últimos 4 años, comparando las proporciones de desnutrición obtenidas durante el año 2008 se observa que para el año 2011 la desnutrición global, crónica y aguda presentaron un descenso del 7.2%, 13.2% y 2.3% respectivamente.

En esta situación se puede inferir que la desnutrición en los menores de 5 años a través de los años ha mejorado lo cual puede estar relacionado con la implementación de los planes y políticas Nacionales, Departamentales y Municipales que buscan reducir los índices de desnutrición en este grupo de edad.

Tabla 40. Situación nutricional en niños menores de 5 años municipio de Gigante años 2008 a 2011.

AÑOS	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DNT	POBLACIÓN DE NIÑOS MENORES 5 AÑOS	PROPORCIÓN MENORES DE 5 AÑOS CON DNT (%)	I.C 95%
2008	1067	3.488	30.6	29.07 - 32.13
2009	678	3.477	19.5	18.18 - 20.82
2010	493	3.452	14.3	13.13 - 15.47
2011	273	3.460	7.9	7.00 - 8.80

Fuente: Programa Departamental de nutrición

En base a la información registrada en la tabla 40, se observa que la situación nutricional de los niños menores de 5 años con el transcurso del tiempo desde el año 2008 al año 2011 ha presentado una disminución en la proporción de ocurrencia del evento. Al calcular un I.C 95% se observa que esta diferencia es estadísticamente significativa lo cual puede estar relacionado con la implementación de las políticas y programas encaminados al mejoramiento de la situación nutricional en este grupo poblacional.

Tabla 41. Comparación de la situación nutricional del municipio de Gigante con el Departamento.

DESNUTRICIÓN 2011	DNT GLOBAL %	DNT CRÓNICA %	DNT AGUDA%
Departamento Huila	5.50	9.60	2.70
Municipio Gigante	2.80	3.70	1.40

Fuente: Programa Departamental de nutrición

La malnutrición puede ocasionar retrasos en el crecimiento y en el desarrollo psicomotor de los niños, reduce la actividad física y la resistencia a infecciones,

incrementa los casos de morbilidad, por tanto las ayudas en cuanto a los estratos bajos han sido buenas, los programas liderados por el estado como familias en acción con el subsidio de nutrición para los niños de 0 a 7 años han sido llevados a cabo.

En el municipio de Gigante se evidencia desde año 2008 al 2011 una mejoría en cuanto a la disminución de la proporción de desnutrición e igualmente en comparación con la situación nutricional del Departamento cabe resaltar que el municipio de Gigante para el año 2011 se encuentra un 2.7%, un 5.9% y 1.3% por debajo de las proporciones Departamentales para desnutrición global, crónica y aguda respectivamente. Para lograr su disminución el municipio cuenta con programas como atención unidos por un Gigante mejor, en el cual se abarca la nutrición saludable.

6.2.3.3 Mortalidad en menores de 1 año.

Tabla 42. Mortalidad en menores de 1 año municipio de Gigante año 2010 - 2011 (Tasa x 1000 Nacidos Vivos).

AÑO	Nacidos Vivos (N.V)	Muertes en < 1 año	Tasa x (1.000 N.V)
2010	372	2	5,4
2011	367	3	8,2

Fuente: Comportamiento de indicadores durante el cuatrienio 2007 al 2011, Secretaria de Salud Departamental del Huila Área de salud pública.

Según la información presentada en la tabla No 42, se puede observar que la tasa de mortalidad en menores de 1 año en el municipio de Gigante en el año 2011 aumento a 8.2 x 1.000 nacidos vivos frente a una tasa de mortalidad en menores de 1 año de 5.4 x 1.000 nacidos vivos en el año 2010; esta situación en particular puede estar relacionada con el comportamiento de los nacimientos que se presentaron en cada año frente al número de casos ocurridos, ya que para esta situación se presenta una relación inversamente proporcional, además también puede estar relacionado el subregistro de la información en las bases de datos.

6.2.3.4 Mortalidad en menores de 5 años

Tabla 43. Mortalidad en menores de 5 años según Genero municipio de Gigante año 2011 (Tasa x 1.000 Hab.)

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	POBLACIÓN HOMBRES	TASA DE MORTALIDAD HOMBRES	MUJERES	POBLACIÓN MUJERES	TASA DE MORTALIDAD MUJERES	POBLACIÓN TOTAL	TASA DE MORTALIDAD
0-4	3	1.777	1,69	1	1.683	0,59	3.460	1,16

Fuente: Base de Datos Estadísticas Vitales Gigante Huila.

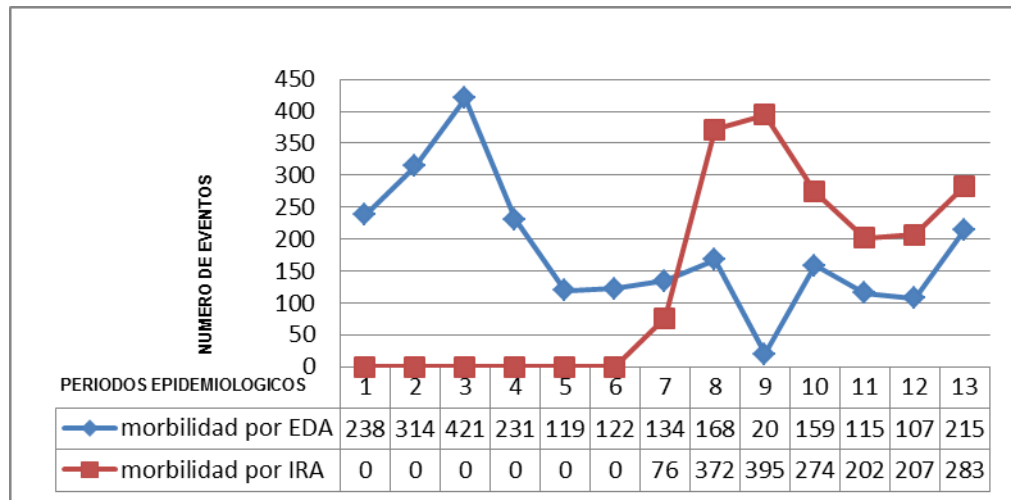
Según la información registrada en la tabla No. 43, durante el año 2011 se presentaron 4 casos de muertes en menores de 5 años, registrándose una tasa de mortalidad a menores de 5 años de 1,16 por 1.000 menores de 5 años, de las cuales 3 muertes corresponden a hombres y 1 muerte a mujeres, siendo las principales causas de estas muertes la hemorragia pulmonar, el choque cardiogénico y la falla multisistémica.

Comparada con la tasa de mortalidad en menores de 5 años registrada en el Departamento del Huila de 12,95 por 1.000 menores de 5 años⁴⁶, se observa que la tasa de mortalidad en menores de 5 años del Municipio de Gigante difiere un 11.79 por debajo de la tasa de mortalidad Departamental.

⁴⁶ GOBERNACION DEL HUILA, ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 013 (31, Mayo, 2012), "Por la cual se adopta el Plan de Desarrollo Departamental 2012 - 2015 "Haciendo El Cambio" y se dictan unas disposiciones". Neiva: La Asamblea. 2012. Artículo I, Capítulo I, Estructura Poblacional. Pág. 58.

6.2.3.5 Morbilidad por EDA e IRA

Gráfico 4. Morbilidad por EDA e IRA según periodos epidemiológicos municipio de Gigante año 2011.



Fuente: INS notificación colectiva

Tabla 44. Morbilidad por EDA e IRA municipio de Gigante año 2011.

EVENTO	POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS	TOTAL CASOS	TASA X 100 Hab
Morbilidad por EDA	3460	2363	68.2
Morbilidad por IRA		1809	52.3

Fuente: INS notificación colectiva

Es evidente la variación de estos eventos en los diferentes periodos epidemiológicos, vemos en EDA en las 3 primeras semanas un aumento de estos casos, se evidencia un brote en la semana 3 y luego una variada disminución. Hay que destacar que la ola invernal fue una de las causas para que este tipo de enfermedad se propagara.

En IRA no se presentan casos hasta la séptima semana, sobretodo en la semana 8 y 9, hay que tener en cuenta que el municipio tiene muy bajas coberturas de vacunación, porque la vacuna contra la influenza es una buena forma para prevenir o atenuar la enfermedad, sobre todo por los cambio de temperatura que se están presentando que hacen que se manifieste más fácilmente esta enfermedad.

Es de sumo cuidado en el municipio la cantidad tan alta de estos eventos ya que están afectando a una población muy vulnerable, en el plan de desarrollo se tiene como meta reducir la morbilidad tanto por IRA como por EDA.

6.2.3.6 Eventos de interés en salud pública

Tabla 45. Eventos reportados al SIVIGILA municipio de Gigante año 2011.

EVENTO	TOTAL
ACCIDENTALIDAD EN TRANSITO	73
ENFERMEDADES TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA	44
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	34
ACCIDENTE DE TRABAJO	21
DENGUE	18
INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	7
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	7
MUERTES POR LESIONES DE TRANSITO	6
SÍFILIS GESTACIONAL	5
VARICELA INDIVIDUAL	5
INTENTOS DE SUICIDIO	5
DIABETES MELLITUS	5
LESIONES POR PÓLVORA	4
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL	4
HOMICIDIO	4
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICO-ACTIVAS	3
VIH- SIDA	3
DENGUE GRAVE	2
MALTRATO INFANTIL	2
MUERTES POR LESIONES NO INTENCIONALES	2

ENFERMEDAD PROFESIONAL	2
HEPATITIS B	1
INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	1
LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1
TUBERCULOSIS PULMONAR	1
MUERTE MATERNA	1

Fuente: SIVIGILA 2011 UPGD: 413060042301 E.S.E Hospital San Antonio de Gigante

Mediante la detección de estos eventos en salud se hace necesario intensificar en ciertas medidas para la disminución de estos casos, como son los accidentes de tránsito ya que la cantidad es alarmante y además acompañados de mortalidad por los mismos, las autoridades competentes deben proponer políticas para prevención de accidentes, como lo dice la ley de tránsito, además se deben establecer acciones en sitios específicos donde aumenten los casos de accidentalidad.

Otro caso considerable es la intoxicación con plaguicidas, teniendo en cuenta que el municipio dentro de sus actividades es principalmente agrícola, pero esto demuestra unas prácticas de manejo de insecticidas de forma inadecuada, en su mayoría de organofosforados y carbamatos. Seguido a este evento están los intentos de suicidio este ha sido un evento que ha ido aumentando tanto en Gigante como en todo el Departamento del Huila, este evento va relacionado con diversos riesgos inmersos en la sociedad, por tanto el programa de salud mental debe intensificarse.

Estos eventos en salud pública no afectan solamente al individuo sino a toda una sociedad, por tanto las políticas públicas deben encaminarse a la disminución de estos casos, que en su gran mayoría son prevenibles.

6.3 FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES ASOCIADOS

6.3.1 Factores ambientales

6.3.1.1 Calidad del agua. El municipio cuenta con una planta de tratamiento convencional, se realiza aforo, aplicación de aluminio, floculación, sedimentación, fluctuación, adición de cloro y distribución. Se realiza la vigilancia y el control de la calidad del agua por medio del análisis físico químico y microbiológico el cual ha

da como resultado adecuado, se envía periódicamente a la secretaria de salud departamental.

En la zona rural ninguna de las localidades cuenta con un sistema de tratamiento adecuado, por tanto con el programa agua segura para todos se busca mejorar los acueductos veredales y las redes de alcantarillado.

6.3.1.2 Disposición final de residuos. Son muchas las infecciones a que se exponen las personas por un mal manejo de los residuos sólidos. En el municipio de Gigante la disposición de residuos sólidos tanto orgánicos como no orgánicos se realiza en el relleno sanitario de Garzón el cual está conformado por una celda adecuada para la disposición final de los residuos sólidos, esta celda cuenta con un sistema para el manejo de agua lluvia, lixiviados y gases, en el municipio la recolección se realiza dos veces por semana en la zona urbana; en cuanto a los desechos patológicos son recogidos por convenio con Servi - ambiental de Neiva.

Residuos líquidos: Gigante cuenta con una laguna de oxidación de nombre PETAR. Las aguas residuales provenientes del 100% de las viviendas son vertidas finalmente a través de un viaducto al sistema de tratamiento; que consiste básicamente en una obra de ingeniería ambiental conformada por dos lagunas anaeróbicas en donde son conducidas las aguas residuales iniciales de mayor densidad en donde se realiza el primer proceso de segmentación de sólidos en forma anaeróbica, luego paralelamente por medio de canaletas y cajas de inspección son conducidas las aguas residuales de la laguna anaeróbica a la lagunas facultativas que son dos en donde se efectúa el proceso final de segmentación de partículas en suspensión; lo que permite comprobar en forma física que los procesos realizados en todo el sistema se cumplen como lo diseñado. En el lugar se realiza remoción de sólidos en los cuerpos de agua llevados a la celda en donde son tratados y desnaturalizados con cal a fin de evitar la proliferación de malos olores. Finalmente después del proceso las aguas son descargadas al micro cuenca la Guandinosa.

6.3.1.3 Calidad de los alimentos. Los alimentos pueden servir de vehículos de transmisión de importantes organismos patógenos para el hombre, los alimentos pueden contaminarse durante su producción, transporte, almacenamiento, procesamiento y distribución.

Las autoridades sanitarias realizan visitas periódicas para garantizar la calidad de las buenas prácticas de manufactura, además de la inspección vigilancia y control de los establecimientos comercializadores de alimentos, la secretaria de la salud

tiene una programación anual para toma y envío de muestras de alimentos, tomando al azar de cualquier establecimiento dejando contra muestra al interesado, para con ello llevar un control más estricto en el municipio.

6.3.1.4 Vectores transmisores de enfermedades. Dentro de las enfermedades transmitidas por vectores encontramos en el municipio el dengue, teniendo en cuenta que el departamento del Huila se encuentra en el primer lugar en el país en cuanto a casos de dengue, el mosquito se ha ido adaptando a la diversidad de climas. Los índices aedicos del año 2011 en los periodos epidemiológicos 2 y 3 se constata que los índices de infestación larvaria aedica cuando están entre el 2.5% y el 2.3%, el índice de depósito 0.8%, el índice de BRETAU en el 2.3%, en lo relacionado con el índice de pupa en los depósitos de agua está en el 2.3%. El mayor riesgo de infestación y proliferación de aedes se hayan en las albercas o tanques bajos de las viviendas del municipio. Se demuestra que el 100% de las albercas están infestadas por larvas lo que demuestra en alto riesgo de adquirir dengue.

En cuanto al Municipio con ayuda de la secretaria de salud se han realizado campañas de información, educación y comunicación que han generado cambio de conducta en la población, para la disminución de la proliferación del mosquito; inspección de tanques y albercas en la zona urbana, fumigación intradomiciliaria y aplicación de larvicida a todo caso probable de dengue, capacitaciones a líderes comunitarios y estudiantes.

Con respecto a fiebre amarilla y Chagas en el Municipio nunca se han presentado casos

6.3.2 Factores de riesgo laborales. El ambiente de trabajo es el resultado de la interacción de todas aquellas condiciones y objetos que rodean el lugar y el momento en el cual el trabajador ejecuta su labor.

Como aspecto particular de la vida humana, el ambiente del trabajo refleja las condiciones en las cuales el trabajador debe desempeñar su oficio en una empresa y su ocupación específica en su puesto de trabajo. Para el caso del Municipio de Gigante no se encontró información concreta y precisa que dé a conocer los riesgos laborales a los que se encuentra expuesta la población trabajadora del Municipio.

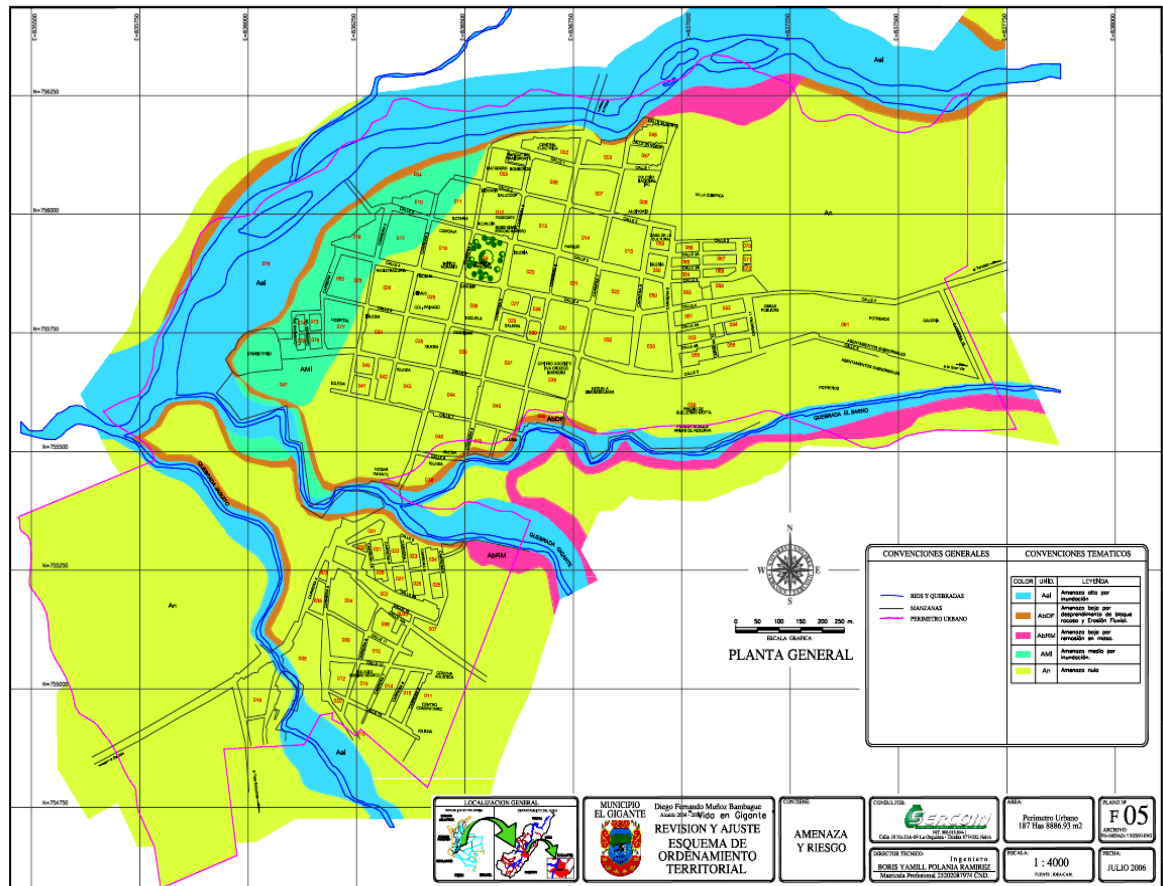
6.3.3 Factores comportamentales. Estos factores causan un alto impacto en la comunidad y miden la atención en salud dirigida a la promoción y prevención, pero se evidencia en el SIVIGILA que los casos que más predominan son de tipo comportamental entre ellos se destacan los accidentes de tránsito, muerte por lesiones de tránsito, intentos de suicidio, lesiones por pólvora, violencia intrafamiliar, homicidio, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato infantil, por tanto es de considerar que las políticas en salud pública con respecto al Departamento y al Municipio deben mejorar e implementar buenas estrategias en el programa de salud mental.

6.3.4 Factores en desastres. En el Municipio Gigante se tienen identificado varios factores de riesgo para emergencias y desastres como son los deslizamientos, Avalancha en la zona rivereña, desbordamiento de las quebradas de la Honda y la Guandinosa especialmente.

El Municipio de Gigante se encuentra surcado por el Rio Grande de La Magdalena el cual en temporada invernal genera alarmas debido al incremento del nivel fluvial. Además de estos riesgos se encuentran los antrópicos como conflictos armados, Accidentes, incendios forestales generados por quemas entre otros.

El municipio cuenta con un comité de emergencias y desastres conformado por la defensa civil, bomberos, alcaldía, personería, hospital; este comité se activa ante cualquier evento que pueda conllevar a la presencia de una situación que ponga en riesgo a la comunidad.

Gráfico 5. Mapa de riesgo municipio de Gigante.



Fuente: Oficina Planeación Municipal.

CONVENCIONES GENERALES	CONVENCIONES TEMÁTICAS		
RÍOS Y QUEBRADAS	↓		
MANZANAS			
PERÍMETRO URBANO			
	COLOR	UNIDAD	LEYENDA
		AaI	Amenaza alta por inundación.
		AbDF	Amenaza baja por desprendimiento de bloque rocoso y Erosión fluvial.
		AbRM	Amenaza baja por remoción en masa.
		AMI	Amenaza media por inundación.
		An	Amenaza nula.

6.4 ARTICULACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO AL DIAGNOSTICO DE SALUD Y AL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL.

Para realizar la articulación del Perfil Epidemiológico al diagnóstico de salud Municipal, el grupo investigador pretende que el presente trabajo de investigación denominado “Perfil Epidemiológico Municipio de Gigante Huila 2011” se tome como línea de base y documento guía para la formulación y estructuración del diagnóstico de salud Municipal, el cual permita conocer las necesidades en salud propias de la población y contribuya a priorizar las intervenciones en salud que se articulen al plan de Desarrollo Municipal para su ejecución y evaluación; todo esto dirigido a coadyuvar al mejoramiento de la calidad de vida de la población del Municipio de Gigante Huila; para tal fin se entregara copia del presente proyecto de investigación a la Administración Municipal.

7. DISCUSIÓN

Este estudio analiza de manera simultánea las variables epidemiológicas básicas de tiempo, lugar y persona atendidas en el Municipio, lo que ayuda a conocer con mayor claridad el perfil general de la población que se atiende en el Municipio de Gigante.

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la población DANE sin embargo se utilizó información suministrada por el SISBEN para analizar datos no encontrados en las estadísticas DANE.

El municipio de Gigante tuvo un incremento poblacional de un 10.7% desde el año 2005 al año 2011, con una población de 3023 habitantes según DANE.

Respecto a la morbilidad específica por género, cabe destacar que las infecciones de vías urinarias se encuentran en el servicio de Hospitalización y Consulta Externa en el primer lugar, con una tasa de 38.79 x 10.000 Habitantes y 664.5 x 10.000 habitantes respectivamente; y el servicio de Urgencias ocupa un tercer lugar con una tasa 72.4 x 10.000 habitantes; en los tres servicios mencionados se presentó una mayor incidencia en el género femenino; comparado con el Municipio de Neiva que se ubica en el 6 lugar con una tasa 50.33 según Perfil Epidemiológico del 2008. Aun dentro de una perspectiva de género es importante empezar a monitorizar los egresos hospitalarios y hacer un seguimiento epidemiológico a las infecciones de vías urinarias en mujeres.

En cuanto a los eventos de interés en salud pública se resalta que el Municipio de Gigante se encuentra afectado en parte, por el componente comportamental de los habitantes, ya que se evidenció según los registros obtenidos del SIVIGILA, que los eventos que se reportan con mayor frecuencia son los relacionados con este componente, accidentes de tránsito, muertes por lesiones de tránsito e intentos de suicidio con 73, 6 y 5 casos respectivamente. Esto indica que el componente comportamental juega un papel importante en la salud de la población. No obstante, vale la pena agregar que esta problemática afecta en general al Departamento, según el más reciente estudio adelantado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, durante el año 2011 se registraron en el Departamento del Huila 270 homicidios, 188 muertes en accidentes de tránsito y 59 suicidios, lo que indica que el componente comportamental, ha causado gran impacto en la salud pública, sobre todo en lo referente a las muertes por accidentes de tránsito.

La tasa de mortalidad infantil en el Departamento es de 8.1 por mil nacidos vivos y en el municipio de Gigante es de 8.2 por mil nacidos vivos, la meta nacional es de 14 muertes por mil nacidos vivos, aunque al transcurrir de los años estas tasas han estado mejorando en el Municipio, sigue siendo importante reforzar acciones dirigidas a mejorar algunos determinantes en la salud de los infantes tales como el acceso oportuno a los servicios de salud, el inicio temprano y con calidad del control prenatal, la lactancia materna exclusiva, la vacunación, el acceso a servicios públicos como agua y alcantarillado, que han demostrado tener un impacto positivo en el control de la mortalidad infantil.

Con relación a la mortalidad general se observa que dentro de las principales causas de mortalidad en el municipio se destacan las enfermedades cardiovasculares, los cálculos realizados por el DANE en el País, demuestran que las defunciones por este grupo de patologías casi se han duplicado en los últimos 25 años, en promedio anualmente fallecen 54 mil personas en Colombia, por lo tanto se hace necesario tanto en el Departamento como el País establecer programas de socialización y discusión de los planes y proyectos ya existentes direccionados al mejoramiento de esta problemática y a su vez generar nuevas estrategias y políticas públicas que conlleven a optimizar la calidad de vida y la salud de la población.

8. CONCLUSIONES

Este Perfil Epidemiológico abarca la información necesaria y fundamental para la toma de decisiones en bienestar de la salud del municipio ya que no se contaba con el perfil completo en comparación con el que existía en el plan de desarrollo el cual no contiene un análisis de la situación de salud, ni una estructura de tablas, es de resaltar que el presente perfil contiene un análisis estadístico que le da más peso a los resultados algo que no se evidencia en la literatura revisada.

Mediante la elaboración del presente Perfil Epidemiológico se logró realizar una identificación clara de la situación de salud actual del Municipio de Gigante, y por ende se deja abierta la discusión para que los entes territoriales y autoridad competente realice las intervenciones en salud que sean prioritarias para el Municipio.

El presente Perfil Epidemiológico permitió hacer la identificación de indicadores en salud como la morbilidad y mortalidad del municipio, además permitió evidenciar falencias en las bases de datos de donde se adquirió la información del presente proyecto de investigación, como el subregistro y la duplicidad en la información entre otros.

Dentro de los antecedentes de investigación utilizados para elaborar el marco de referencia para el presente proyecto, se logró evidenciar que la mayor parte de los perfiles epidemiológicos consultados no cuentan con la estructura indicada para ser un Perfil Epidemiológico completo, ya que dentro de la información expuesta incluyen como componente el perfil de la oferta, orientando el Perfil Epidemiológico hacia un diagnóstico de salud.

En comparación con los resultados de morbilidad encontrados y los antecedentes revisados hay enfermedades en común por las cuales consultan los pacientes por los diferentes servicios como lo es la infección de vías urinarias.

Es importante resaltar que lo reportado al SIVIGILA en su mayoría es de tipo comportamental por tanto es de gran importancia el enfoque a la comunidad en la parte de salud mental además en comparación con el perfil del año 2010 no se reporta esta información.

9. RECOMENDACIONES

Al analizar las causas de mortalidad se sugiere, que se deben seguir estrategias intersectoriales para disminuir los efectos de la violencia por homicidios, suicidios, mejorar las intervenciones de salud pública relacionadas con la promoción y prevención en las patologías crónicas cardiovasculares, patologías de origen respiratorias y accidentes de tránsito principalmente.

Se requiere fortalecer en el personal médico la importancia de actualizar los diagnósticos resolutivos según el CIE 10 y no registrar como diagnostico principal signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio sin clasificar, de tal manera que se minimice el subregistro de información y se mejore la calidad de la información en salud disponible en las bases de datos del Municipio.

Se recomienda realizar una estandarización en las bases de datos que registran la información estadísticas en salud del Municipio, para evitar sesgos de información y permitir conocer a fondo la situación real en salud del Municipio.

Se recomienda utilizar el presente Perfil Epidemiológico como modelo para la actualización y elaboración de futuros perfiles epidemiológicos del municipio que permitan dar a conocer la situación en salud del municipio y contribuyan a la elaboración de la línea de base para la formulación de planes y proyectos encaminados al mejoramiento en la calidad de vida de la población.

Se sugiere articular el presente Perfil Epidemiológico al Diagnostico de salud del municipio y por ende al plan de Desarrollo Municipal.

Dentro de los resultados obtenidos se encontró como principal causa de morbilidad en el Municipio, la Infección de Vías urinarias; se recomienda realizar una investigación específica del evento, para conocer los factores de riesgo asociados y permita realizar la formulación y ejecución de planes y programas encaminados a reducir la incidencia del evento.

Continuar con la notificación oportuna de los eventos de Vigilancia en salud pública de acuerdo a los lineamientos del decreto 3518 de 2006 que crea y reglamenta el sistema de vigilancia en Salud Pública.

Se debe seguir trabajando en la divulgación, capacitación y evolución de los protocolos de manejo de la morbilidad materna. Es preciso tratar de mantener este tipo de esquema para las demás guías que se van a desarrollar basadas en las primeras causas de morbilidad del hospital.

BIBLIOGRAFÍA

CARRILLO, Neider ; GELVES, Gladis. Perfil Epidemiológico Municipio de Durania Norte de Santander, 2008.

COLIMON, Kahl - Martin. Fundamentos de Epidemiología 3ª Edición, Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; Capítulo 21, Pág. 379. Medellín .2010.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3039. (10, agosto, 2007). Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá: El Ministerio. 2007.

_____ Decreto 3518 (9, octubre, 2006), “Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: El Ministerio, 2006.

_____ Resolución 425. (11, febrero, 2008). “Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales”. Bogotá: El Ministerio, 2008.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, Ley 152. (15, julio, 1994). “Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo”. Bogotá: 1994.

_____ Ley 1122 (9, enero, 2007). “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: 2007.

_____ Ley 715. (21, diciembre, 2001). “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”. Bogotá: 2001.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE), Proyecciones de Población Departamentales y Municipales por área 2005 – 2020. Bogotá: 2010.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía Metodológica para el Análisis de la Situación de Salud. Dirección General de Salud Pública. Bogotá: El Ministerio. 2010.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (4, octubre, 1993). “Por la cual se estableces las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. Santa Fe Bogotá: El Ministerio. 1993.

CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA CAM; Agenda Ambiental Municipio de Gigante, Pág. 12. Gigante 1997.

DÍAZ MANRIQUE, Abel *et al.* Gigante, Monografía y Geografía. Pág. 131. Gigante Huila 1989.

DÍAZ MOYANO, Julián David, y otros. Plan Territorial de Salud Municipio de Gigante Departamento del Huila, 2008-2011.

DEPARTAMENTO DEL HUILA. Asamblea departamental. Ordenanza No. 013 (31, Mayo, 2012), “Por la cual se adopta el Plan de Desarrollo Departamental 2012 - 2015 “Haciendo El Cambio” y se dictan unas disposiciones”. Neiva: La Asamblea. 2012.

GONZALES MUNIZAGA, Ramón, y otros. Diagnostico Situación de salud Cuarta Región. Coquimbo, Chile, 2005.

LAMBIS URUETA, Adolfo. Perfil Epidemiológico Departamento archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2009.

MARTÍNEZ TARQUINO, José Ernesto. Plan Territorial de Salud, Soacha Cundinamarca 2008 - 2011.

NAVIA, Ramiro Antonio. Diagnóstico de Salud – Perfil Epidemiológico de Popayán Departamento Cauca, 2007.

NÚÑEZ J. y CUESTA L. “Las trampas de pobreza en Colombia; ¿qué hacer? Documento Cede 2006-19, documento preparado para la MERPD.

ORTIZ CORTES, Luis Ernesto y otros Perfil Epidemiológico Municipio de Yaguará, Departamento del Huila, 2008.

PEÑA ARIAS, Claribel y otros. Departamento del Huila Durante el 2008, Revista Facultad de Salud - Universidad Surcolombiana. 2010, Vol. 2 Nro: 51-57

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEPARTAMENTO DE SUCRE, Municipio de San Onofre, 2008.

PORTO HERNÁNDEZ, Olmedo Rafael; MOLINA GUERRA, Urbano. Perfil Epidemiológico Plato Magdalena, 2009.

PUPO VELÁZQUEZ, Alejandro y otros. Análisis de la situación de salud en una comunidad especial, Santiago de Cuba. 2010, Medisan Vol. 14 No.2.

QUIROGA MENDOZA, Shirley Mildred. Perfil Epidemiológico municipio de Apulo, Cundinamarca, 2008-2011.

RODRÍGUEZ VILLAMIZAR, Laura Andrea, y otros. Diagnóstico de salud Departamento de Santander, 2006.

SITUACIÓN DE SALUD, afiliados Servicio Occidental de Salud E.P.S 2004.

SUAZA CALDERÓN, Edilberto. Diagnósticos de Salud (Diapositivas). 20 diapositivas. Universidad Surcolombiana 2010.

TANNURE CHURCRE, Meire, y otros. Perfil Epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil - Revista Brasileira de enfermagem. Brasília: 2010 set-out; 63(5): 817-22.

TORRES VILLA, Walter Antonio. Perfil Epidemiológico Cartagena de Indias, 2010.

TRUJILLO B., Claudia Leonor. Boletín Situación Nutricional en el grupo Materno - Infantil en el Departamento del Huila 2011.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. Programa La Casa Cesó, Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil. Colombia 2000.

ANEXOS

Anexo A. Presupuesto.

PRESUPUESTO GLOBAL DE LA PROPUESTA POR FUENTES DE FINANCIACIÓN (EN MILES DE \$)

RUBROS	TOTAL
PERSONAL	8900000
EQUIPOS	1500000
MATERIALES	500000
VIAJES	1134000
TOTAL	12034000

DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL (EN MILES DE \$)

INVESTIGADOR/ EXPERTO / AUXILIAR	FORMACION ACADEMICA	FUNCION DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACION	RECURSOS
Edilberto Suaza	Especialista	Asesor	10 horas	500000
Ingrid Johana Ortiz	Profesional	Investigadores	288 horas	2850000
Rhonald Hernández	Profesional	Investigadores	288 horas	2250000
Luz Adriana Losada	Profesional	Investigadores	288 horas	3300000
TOTAL				8900000

DESCRIPCIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS DE USO PROPIOS
(EN MILES DE \$)

EQUIPO	VALOR
Computador portátil	1000000
Impresora	500000
Total	1500000

DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LOS VIAJES (EN MILES DE \$)

LUGAR / NO DE VIAJES	JUSTIFICACION	PASAJES (\$)	ESTADIA (\$)	TOTAL DÍAS	RECURSOS
Neiva	Asesoría con el especialista	304000	200000	4	504000
Gigante	Trabajo de campo	630000	0	15	630000
Total		934000	200000	19	1134000

MATERIALES, SUMINISTROS (EN MILES DE \$)

MATERIALES	JUSTIFICACION	VALOR
Papelería	Proyecto, cartas u oficios, ENCUADERNACION	150000
Fotocopias	Recolección de información	50000
Servicio de internet	Investigación y envío de trabajo	300000
Total		500000

Anexo B. Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	MES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO	SEPTIEMBRE				OCTUBRE		
	SEMANA	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3		
ANTEPROYECTO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																		
ELABORACIÓN MARCO LEGAL					X	X	X	X	X	X	X																		
DISEÑO METODOLÓGICO										X	X	X	X	X															
APROBACIÓN INSTITUCIONES															X														
APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA																X													
RECOLECCIÓN DE DATOS																X	X												
ANÁLISIS DE DATOS																	X	X											
ELABORACIÓN PREINFORME FINAL																		X	X	X									
ENVÍO DE PROYECTO A JURADOS																					X								
REVISIÓN CONCEPTO EMITIDO POR JURADO																						X	X	X					
ELABORACIÓN INFORME FINAL																								X	X	X			
ENTREGA																											X		

Anexo C. Carta aprobación proyecto de investigación E.S.E Hospital San Antonio de Gigante.



Gigante, febrero 15 de 2011

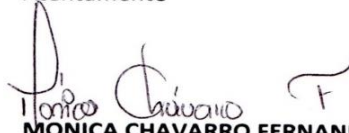
Grupo
ESTUDIANTES "USCO"
ESP. Epidemiología

Cordial saludo,

De acuerdo a la solicitud recibida, por el grupo de investigación que pretende realizar como trabajo de grado el "PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL MUNICIPIO DE GIGANTE 2011", acepto dicha solicitud, siempre que este proceso genere un aporte serio y de impacto en el municipio y por ende en la institución. La ESE, se compromete a suministrar la información necesaria para dar término a dicho proceso académico.

Sin otro particular

Atentamente



MONICA CHAVARRO FERNANDEZ
Gerente
ESE Hospital San Antonio de Gigante

*Nuestro Compromiso:
"La Salud del Pueblo con Responsabilidad y Calidez Humana"*

Calle 5 N°. 1-40 Telefax: 8 32 51 20 Gigante - Huila
www.hospitalgigante.gov.co

Anexo D. Carta aprobación al proyecto de investigación comité de ética
Universidad Surcolombiana.



Universidad Surcolombiana

- USCO -

NIT. 891.180.084-2

**FACULTAD DE SALUD
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN**

NCS-024

Neiva, 22 de Mayo de 2012

Doctores

RONAL ANDRES HERNANDEZ RODRIGUEZ

INGRID JOHANA ORTIZ LEDESMA

LUZ ADRIANA LOZADA

Estudiantes

Especialización Epidemiología

Ciudad

Reciba un cordial saludo,

El comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud en sesión del 17 de Mayo de 2012 y según consta en el acta No. 06 de la fecha, se permite informar que el proyecto **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO GIGANTE HUILA 2011"**. Fue aprobado.

Con el fin de hacer seguimiento a cada protocolo aprobado, el comité solicita a los investigadores informen acerca de:

- Cualquier anomalía acontecimiento adverso grave o inesperado durante el desarrollo de la investigación, en un plazo máximo de 15 días.
- Cualquier otra contingencia que ponga en riesgo a los pacientes a raíz de la investigación, modificaciones del protocolo, suspensión del ensayo y sus causas, en un plazo de 15 días.
- Informe final de la investigación en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.

Atentamente,

NANCY CERON SOLARTE

Secretaria

Sede Central: Av. Pastrana Borrero Cra. 1a. A.A. 385 y 974 - PBX 8754753 Fax 8758890 - 8759124 - 8752374 - 8752436

Sede de Postgrados: Cra. 5 No. 23 - 40 PBX 8753686 **Sede Facultad de Salud:** Calle 9 No. 14 - 03 PBX 8718310/12

www.usco.edu.co
NEIVA - HUILA