



Modelo Integral de Atención en Salud

Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS

Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas

Departamento de Guainía

Noviembre de 2015

DIRECTIVOS

Dr. Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Dr. Luis Fernando Ruiz Gómez
Vice-Ministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

REFERENTES TÉCNICOS

Dr. Luis Carlos Olarte Contreras
Programa Atención en Salud para los Territorios con Poblaciones Dispersas

Dra. Mery Barragán Ávila
Asesora Vice-Ministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CONSULTORES

Dr. Edison Soto Avellaneda
Consultor Banco Interamericano de Desarrollo – BID

El presente documento fue elaborado por la oficina del *Vice-Ministerio de Salud y Protección Social* del *Ministerio de Salud y Protección Social* de Colombia, con el propósito de establecer las definiciones, normativas y lineamientos técnicos y operativos del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que operará inicialmente en el departamento de Guainía, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

La autoría intelectual, así como los productos resultantes del presente documento, son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos ni reproducidos sin el consentimiento previo expreso de las mismas.

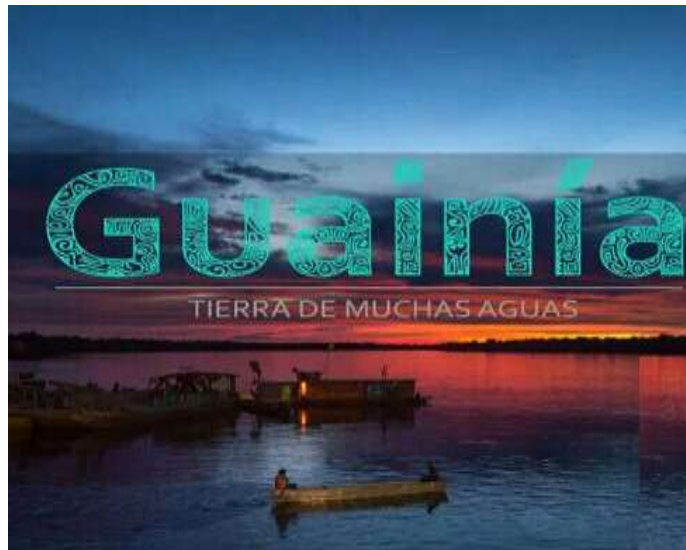
CONTENIDO

.....	5
INTRODUCCIÓN	5
1. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL DEPARTAMENTO DE GUAINÍA	7
1.1. GENERALIDADES DEL DEPARTAMENTO	7
Vías de comunicación	9
1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	10
1.3. AMENAZAS Y RIESGOS NATURALES	11
2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE GUAINÍA	12
2.1. ANÁLISIS DE DETERMINANTES DE SALUD	12
2.1.1. Población	12
2.1.2. Condiciones de vida	12
2.1.3. Disponibilidad de alimentos	13
2.1.4. Condiciones relacionadas con factores psicológicos y culturales	14
2.1.5. Sistema sanitario	14
2.1.6. Otros indicadores	15
2.2. MORTALIDAD Y MORBILIDAD	16
2.2.1. Mortalidad	16
2.2.2. Morbilidad	20
2.3. PRIORIDADES EN SALUD	23
3. SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE GUAINÍA	24
3.1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	24
3.2. SITUACIÓN DEL ASEGURAMIENTO	24
3.3. SITUACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	25
3.4. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA	28
4. MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD – MIAS	30
4.1. DEFINICIÓN	30
4.2. MARCO JURÍDICO – NORMATIVO	31
El Modelo y la Consulta Previa	33
4.3. COMPONENTES DEL MODELO	34
4.3.1. Aseguramiento	34
4.3.2. Intervención en la Prestación de Servicios	35
4.3.3. Fortalecimiento Institucional	42
4.3.4. Auditoría Técnica y Financiera	44

4.3.5.	Inspección, Vigilancia y Control.....	44
4.3.6.	Evaluación	44
5.	ANÁLISIS DE COSTOS PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO	45
	Proyección de costos.....	45
	ANEXOS	47

Siglas y Abreviaturas utilizadas en el documento

AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
COPIA	Comité de Participación Indígena
CRUE	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
CTSSS	Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EPS	Entidad Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores
HMEP	Hospital Manuel Elkin Patarroyo
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
IRA	Infección Respiratoria Aguda
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PDR	Pruebas de Diagnóstico Rápido
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
POCT	Diagnóstico en el Punto de Atención del Paciente (del Inglés: Point Of Care Testing)
PyP	Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNS	Superintendencia Nacional de Salud



INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), por medio de su programa de Atención a Poblaciones Dispersas, junto con la Gobernación del departamento de Guainía, y con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), han asumido el reto de diseñar un modelo de salud que permita mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud en lugares apartados de la geografía nacional, basado en el enfoque de salud familiar y comunitaria y en la gestión integral del riesgo. Experiencias anteriores han demostrado que un enfoque integral para el cuidado de la salud, que garantice la participación comunitaria es una estrategia viable y eficaz. Las poblaciones que habitan las regiones con menor densidad poblacional en nuestro país, dentro de las cuales se encuentra un número importante de pueblos y comunidades indígenas, son especialmente vulnerables, debido a las difíciles condiciones de vida que afrontan, donde las necesidades básicas insatisfechas es la regla, y el acceso a servicios como educación, vivienda, trabajo y salud generalmente se encuentran restringidos y deteriorados. Un modelo que aborde de forma integral estos aspectos, que integre las intervenciones individuales y colectivas en salud, y que se dirija no solo a prestar servicios de salud, sino a fomentar el bienestar de las poblaciones que habitan áreas apartadas será puesto a prueba en el departamento de Guainía por medio de un proyecto que pretende abordar de manera integral las recomendaciones presentadas por un grupo consultor multidisciplinario.

Este modelo, denominado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), desde su proyección asumió el compromiso de ser el modelo de atención integral no solo para el Departamento de Guainía, sino también para las regiones de Colombia donde la dispersión geográfica de sus pobladores es la regla. Involucra la participación comunitaria como eje principal respecto a la atención de la salud de las poblaciones que conforman el territorio, haciendo énfasis en las herramientas de la Atención Primaria en Salud (APS), con la participación de un único asegurador. El trabajo responsable, la capacitación continua y el esfuerzo cotidiano por alcanzar y mantener las mejores prácticas, serán características críticas de este nuevo modelo de salud.

El Modelo Integral de Atención en Salud para el Departamento de Guainía, se centra en el individuo, la familia y la comunidad, responde a las necesidades del departamento y de su población para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y disminuir las brechas existentes de inequidad. Desarrolla estrategias de intervención en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, fundamentadas en la Gestión integral del riesgo en salud, con los enfoques familiar y comunitario y el principio de diversidad étnica, cultural y territorial con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud. Se desarrolla un sistema único de Gobernanza, que intervenga los determinantes de la salud con acciones intersectoriales, un único asegurador articulado e integrado con un prestador de servicios de salud de alta complejidad u hospital Universitario, que articule el nivel primario de baja complejidad, con la alta complejidad de forma oportuna, integral, integrada y continua, articulando las actividades colectivas con las individuales, logrando así, resultados en salud.

El presente documento pretende ilustrar de manera detallada, el proceso que condujo a la necesidad de formular un modelo de atención integral fundamentado en garantizar los derechos de los habitantes de las regiones con gran dispersión poblacional, especialmente el derecho a la salud. Presenta un diagnóstico inicial de las condiciones del departamento de Guainía, específicamente las condiciones de salud de la población y el estado actual del sistema de salud, concentrándose, posteriormente, en el modelo propuesto, sus características y requerimientos; concluyendo con la formulación de recomendaciones que, reconociendo las particularidades de estos territorios, plantean acciones diferenciales, que permitirán llevar a cabo un plan de acción dirigido a implementar los componentes de esta nueva propuesta en un contexto real.

1. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL DEPARTAMENTO DE GUAINÍA¹²

1.1. GENERALIDADES DEL DEPARTAMENTO

El departamento de Guainía se encuentra ubicado en el extremo centro oriente de Colombia, en el Nororiente de la Amazonía Colombiana. Limita al norte con el departamento de Vichada, al oriente con la República Bolivariana de Venezuela, al sur con la República de Brasil y al occidente con los departamentos de Vaupés y Guaviare. El relieve del departamento se correlaciona con una formación geológica antiquísima, del precámbrico, conocida como Escudo Guyanés. En general, el relieve es poco ondulando, predominantemente plano, se destacan algunos afloramientos rocosos que no superan los 400 metros de altura (denominados localmente *tepuyes*), como son: los Cerros de Mavicure, Mono, Pajarito, Nariz y la serranía de Naquén. El departamento tiene una elevación promedio de 100 metros sobre el nivel del mar. Su territorio comparte características de sabana y selva, con un clima tropical húmedo. La temperatura media anual es de 30 grados Celsius y la humedad relativa se encuentra entre el 70% y el 90%. Es posible diferenciar dos épocas climatológicas bien definidas: la época de invierno, entre los meses de Abril a Noviembre, y la época de verano entre los meses de Diciembre a Marzo. Su suelo se caracteriza por una baja fertilidad, con un alto grado de acidez, una saturación de bases muy pobre, un contenido muy bajo de calcio, magnesio y potasio, una marcada pobreza en fósforo y altos contenidos de aluminio. Los minerales ricos en nutrientes se presentan en cantidades insignificantes. Los suelos aptos para labores agropecuarias en el departamento, corresponden solamente al 10% del territorio.

La extensión del departamento es de aproximadamente 72.238 Km², que corresponden al 6,33% del territorio nacional. Cuenta con un solo municipio, Inírida, que es la capital departamental, y con 8 corregimientos: Barrancominas, Cacahual, La Guadalupe, Mapiripana, Morichal, Pana-Pana, Puerto Colombia y San Felipe (*Gráfica 1*).

¹ Departamento de Guainía. 2012. **Plan de Desarrollo Departamental: “Un NUEVO Futuro” 2012-2015.** *Gobernación de Guainía: Tierra de Muchas Aguas, territorio de equidad social.*

² Gobernación de Guainía. 2013. **Análisis de Situación de Salud Guainía, 2012.** *Secretaría de Salud de Guainía. “Un NUEVO Futuro” para la Salud.*



Gráfica 1. Mapa del departamento de Guainía, división política y límites territoriales (Fuente: Gobernación Departamental).

El 97% del territorio del departamento es zona de resguardo indígena. Posee una gran riqueza hídrica, debido a los innumerables ríos y quebradas (caños) que atraviesan su territorio, dentro de los cuales se destacan los ríos Guaviare, Inírida, Guainía, Atabapo, Negro e Isana-Cuyarí. Cuenta con una gran variedad de especies de flora y fauna, algunas de las cuales sustentan sus principales actividades económicas, tales como la pesca, explotación maderera, artesanía y agricultura. De igual forma, se han identificado recursos minerales en el suelo del departamento, que son explotados legal e ilegalmente, dentro de los cuales se destaca el oro, uranio y, más recientemente, el coltán (columbita-tantalita).

La principal fuente de empleo en el departamento la constituyen las instituciones del sector público (Gobernación, Alcaldía, DIAN, contraloría, procuraduría, ICBF, CDA, etc.) y el comercio, en general. La principal vía de comunicación es el transporte fluvial. Sin embargo, debido a las grandes distancias y a los accidentes geográficos que se deben sortear cuando se utiliza este medio de transporte (rápidos, chorros o cachiveras), el transporte aéreo se ha constituido en una alternativa para el abastecimiento de víveres, actividades comerciales, evacuación de pacientes y desplazamientos en general, para quienes estén en capacidad de asumir el alto costo económico que representa.

En el departamento se ha identificado la presencia de grupos armados ilegales, principalmente en relación con actividades económicas ilegales, como la minería y los cultivos ilícitos, así como el comercio ilegal hacia países vecinos³. Esta situación ha determinado el desplazamiento forzado de aproximadamente el 10% de la población del departamento en los últimos años⁴.

³ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD. 2007. **Guaviare y Guainía: Entre riqueza natural y cultivos ilícitos**. Radiografía Regional. Hechos del Callejón.

⁴ Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento – CODHES. 2005. **El conflicto de cara al oriente selvático (Amazonas, Vaupés, Guainía y Vichada)**.

Vías de comunicación

El Departamento de Guainía no cuenta con vías terrestres de comunicación, sólo algunos kilómetros desde Inírida hacia Caño Vitina y El Coco, por lo demás, el transporte es generalmente fluvial o aéreo y se transita por algunos baradores o caminos que a través de la selva comunican los caños y ríos en cuyas orillas se aglutinan las comunidades y poblaciones indígenas. El tiempo de recorrido entre las localidades y la ciudad capital del Departamento oscila entre horas y días y se modifica según el clima, siendo significativamente mayor durante la época de verano (Diciembre a Marzo), las distancias se describen en la *Tabla 1*. Para el transporte aéreo, el departamento cuenta con un aeropuerto clase “D” en la capital y con 7 aeródromos clase “F” y “G” en los corregimientos, éstos últimos en proceso de obtención del permiso de operación.

Tabla 1. Vías de comunicación, tipo de transporte y tiempos de recorrido entre el municipio de Inírida y las principales comunidades del departamento de Guainía (Fuente: Secretaría Departamental de Salud Guainía).

CENTRO POBLADO	TIPO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE LLEGADA	VÍAS DE COMUNICACIÓN	VÍAS DE ACCESO
CUMARAL	VOLADORA MOTOR 40	7 HORAS	FLUVIAL	RÍO GUAVIARE
PTO. ESPERANZA	VOLADORA MOTOR 40	4 HORAS	FLUVIAL	RÍO GUAVIARE
MAPIRIPANA	VOLADORA MOTOR 40	20 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO GUAVIARE
LA UNIÓN	VOLADORA MOTOR 40	15 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO GUAVIARE
BARRANCOMINAS AÉREO	AVIÓN DC3	1 HORA APROX.	AÉREO	AÉREO
BARRANCOMINAS FLUVIAL	VOLADORA MOTOR 40	12 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO GUAVIARE
MURCIELAGO	VOLADORA MOTOR 40	11 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO GUAVIARE
SAPUARA	VOLADORA MOTOR 40	10 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO GUAVIARE
ARRECIFAL	VOLADORA MOTOR 40	8 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO GUAVIARE
PTO ESPERANZ	VOLADORA MOTOR 40	4 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO GUAVIARE
CARRIZAL	VOLADORA MOTOR 40	2 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO GUAVIARE
AMANAVEN	VOLADORA MOTOR 40	1:30 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO GUAVIARE
BUENA VISTA	VOLADORA MOTOR 40	10 HORAS APROX.	FLUVIAL	CAÑO BOCÓN
LOMA ALTA	VOLADORA MOTOR 40	6 HORAS APROX.	FLUVIAL	CAÑO GUARIVEN
BARRANCOTIGRE	VOLADORA MOTOR 40	5 HORAS APROX.	FLUVIAL	CAÑO BOCÓN
YURI	VOLADORA MOTOR 40	2:30 HORAS APROX.	FLUVIAL	CAÑO BOCON
MEREY	VOLADORA MOTOR 40	6 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO ATABAPO
CACAHUAL	VOLADORA MOTOR 40	5 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO ATABAPO
CHAQUITA	VOLADORA MOTOR 40	3 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO ATABAPO
GARZA MORICHAL	AÉREO	1:30 HORAS APROX.	AÉREO	AÉREO
GARZA MORICHAL	VOLADORA MOTOR 40	26 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO INÍRIDA
PTO VALENCIA	VOLADORA MOTOR 40	21 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO INÍRIDA
ZANCUDO	VOLADORA MOTOR 40	16 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO INÍRIDA
DANTA	VOLADORA MOTOR 40	10 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO INÍRIDA
CHORROBOCON	VOLADORA MOTOR 40	5 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO INÍRIDA
REMANSO	VOLADORA MOTOR 40	2:30 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO INÍRIDA
LA CEIBA	VOLADORA MOTOR 40	1 HORA APROX.	FLUVIAL	RÍO INÍRIDA
CAMPO ALEGRE(AVIONETA)		1 HORA APROX.	AÉREO	RÍO CUYARI
CACAHUAL	VOLADORA MOTOR 40	3-4 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO ATABAPO
YAVITA (VENEZUELA)	VOLADORA MOTOR 40	12 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO ATABAPO -CAÑO TEMI
MAROA VENEZUELA	VOLADORA MOTOR 40	15 HORAS APROX.	FLUVIAL Y TE	RÍO ATABAPO
MAROA VENEZUELA	Y CARRO (3 H)		TERRESTRE	TERRESTRE
	AVIONETA SAN FDO AT	1 HORA APROX	AÉREO	AÉREO
GUARINUMA-PTO COLOMBIA	VOLADORA MOTOR 40	20 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO GUAINÍA
LA GUADALUPE-SAN FELIPE	VOLADORA MOTOR 40	3 HORAS APROX	FLUVIAL	RÍO GUAINÍA
SAN FELIPE-PTO COLOMBIA	VOLADORA MOTOR 40	3 HORAS APROX.	FLUVIAL	RÍO GUAINÍA

FUENTE: Oficina de Desarrollo Social, Secretaría Departamental de Salud

1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

La población del departamento de Guainía, para el año 2015 (DANE) es de 41.482 habitantes, determinando un índice de dispersión poblacional de 0,54 habitantes/Km². Su capital es el municipio de Inírida, principal centro urbano, donde se concentra el 48% de los habitantes del departamento. El resto de la población se distribuye en los 8 corregimientos (*Tabla 2*).

Tabla 2. Distribución y caracterización de la población del municipio de Inírida y los corregimientos departamentales de Guainía (*Fuente: Proyecciones poblacionales DANE, 2015*).

MUNICIPIO/ CORREGIMIENTO	POBLACIÓN 2015	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES	URBANA	RURAL
INÍRIDA	19.816	47,7	10.167	9.649	12.690	7.126
BARRANCOMINAS	4.862	11,7	2.624	2.238	-	4.862
PTO. COLOMBIA	4.736	11,4	2.432	2.304	-	4.736
PANA-PANA	3.149	7,6	1.559	1.590	-	3.149
MAPIRIPANA	2.845	6,9	1.544	1.301	-	2.845
CACAHUAL	2.474	6,0	1.193	1.281	-	2.474
SAN FELIPE	2.050	4,9	1.025	1.025	-	2050
MORICHAL	1.192	2,9	628	564	-	1.192
LA GUADALUPE	358	0,9	201	157	-	358
TOTALES	41.482	100,0	21.373	20.109	12.690	28.792

La población indígena en el departamento representa el 82% (33.487 habitantes) del total de la población, distribuida en 8 pueblos predominantes: Curripaco, Puinave, Piapoco, Sikuni, Tukano, Desano, Yeral y Cubeo. También se encuentran representantes de otros pueblos minoritarios, provenientes, en su mayor parte, de territorios vecinos al departamento. El departamento cuenta con un total de 28 resguardos indígenas.

En relación a los principales pueblos indígenas del departamento, el pueblo Curripaco, el más numeroso (12.725 personas), se distribuye de manera homogénea en el territorio; el pueblo Puinave pertenece a una familia lingüística distinta, se asientan principalmente en el río Inírida; el pueblo Piapoco ha sido más refractario a los procesos de cambio cultural; y el pueblo Sikuni, tradicionalmente semi-nómada, se ha visto obligado a adoptar costumbres sedentarias y cambios en sus patrones culturales. No solo estos, sino todos los pueblos indígenas de la Amazonía han venido experimentando procesos de modificación en los patrones culturales, que tuvieron sus inicios en la época de la Colonia, continuaron con las cruzadas de evangelización, lideradas por grupos religiosos de diferente índole, y actualmente se enmarcan en la influencia de los patrones económicos que afectan el mundo de forma global. El ejercicio de las tradiciones culturales, dentro de las cuales se encuentran las prácticas tradicionales para preservar la salud, se encuentra en riesgo de desaparecer, debido a cambios en la oferta de alimentos naturales, a modificaciones en las actividades económicas, a la pérdida de contacto con los conocimientos tradicionales por parte de las nuevas generaciones, a la falta de entendimiento y comunicación entre sabedores tradicionales de los diferentes pueblos, a la incursión de colonos y grupos armados en territorios indígenas, entre otras razones⁵.

⁵ Lobo-Guerrero, M; Herrera, X; de Greiff, J y Luque, A. 2003. **Matavén: selva corazón de la salud.** Programa COAMA. Fundación para el Etnodesarrollo de los Llanos Orientales – ETNOLLANO.

La estructura poblacional por grupos de edad del departamento de Guainía, es una pirámide poblacional de base ancha o expandida, correspondiente al predominio de población joven, de igual forma, la proporción de población adulta y adulta mayor es reducida (*Figura 1*).

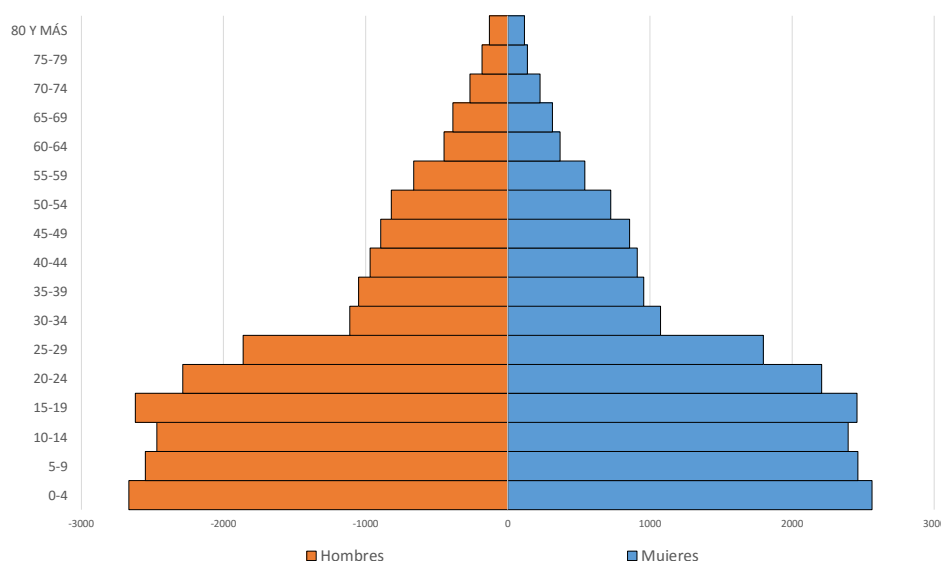


Figura 1. Pirámide poblacional del departamento de Guainía, 2015 (*Fuente: Proyecciones poblacionales DANE, 2015*).

1.3. AMENAZAS Y RIESGOS NATURALES

Las amenazas y riesgos naturales que afectan al departamento están relacionadas con las condiciones del clima y sus efectos sobre el cauce de los ríos y los territorios ocupados por los moradores, ocasionando sequía en el verano e inundaciones en el invierno. Desde el punto de vista antrópico, las principales amenazas son los incendios forestales, el conflicto armado, el desplazamiento forzado, los cultivos ilícitos, la inadecuada rotación de cultivos, la deforestación de los bosques naturales y la contaminación del agua y el suelo por mercurio, arsénico y otros productos utilizados en la extracción y amalgamamiento del oro, así como por sustancias utilizadas para el control de cultivos lícitos e ilícitos.

2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE GUAINÍA⁶

Durante los años 2012 y 2013 el departamento de Guainía, por medio de la Secretaría de Salud, con el acompañamiento de la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS construyeron el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del departamento, de acuerdo con la metodología definida para este fin en Colombia, por medio del uso de información oficial del nivel departamental y nacional. A continuación se presentan los principales resultados de este trabajo, información que constituye el principal insumo para definir las prioridades en salud del departamento y para formular las características del modelo.

2.1. ANÁLISIS DE DETERMINANTES DE SALUD

En este apartado se caracterizan los principales determinantes de la salud del departamento de Guainía, considerando que su ocurrencia define la mortalidad y morbilidad, así como también las oportunidades de tener proyectos de vida y garantizar el desarrollo humano de los habitantes del departamento.

2.1.1. Población

La pirámide poblacional del departamento de Guainía ha reducido su base en los últimos años, posiblemente al incremento en el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres. La densidad poblacional, de 0,54 habitantes/Km², refleja altos niveles de dispersión de los habitantes del departamento. La esperanza de vida al nacer en el departamento de Guainía es de 75 años para las mujeres y 72 años para los hombres.

2.1.2. Condiciones de vida

Para establecer una medida de los determinantes intermedios de la salud, relacionados con las condiciones de vida de la población y la satisfacción de necesidades básicas, se realizó un análisis comparativo de la cobertura de la población a servicios públicos básicos y del acceso de los habitantes a servicios individuales, entre el departamento de Guainía y el país, mediante razones de proporciones.

⁶ Gobernación de Guainía. 2013. **Análisis de Situación de Salud Guainía, 2012.** *Secretaría de Salud de Guainía. “Un NUEVO Futuro” para la Salud.*

La *Tabla 3* muestra los resultados de este análisis comparativo. La cobertura de servicios de electricidad, acueducto, alcantarillado y telefonía, así como los servicios de acceso calidad de agua para el consumo humano, acceso a fuentes de agua mejoradas y eliminación de excretas, se encuentran muy por debajo de las proporciones nacionales. En color rojo se registran aquellos casos en que la diferencia es significativa, es decir, cuando el valor del indicador es significativamente más alto en el departamento, comparado con el indicador nacional. Las flechas indican el comportamiento del indicador con respecto al año anterior, en el departamento (↘: reducción; ↗: aumento; →: se mantuvo igual; SD: no hay dato para el indicador en ese periodo).

Tabla 3. Semaforización de los determinantes intermedios de la salud relacionados con las condiciones de vida del departamento de Guainía y Colombia, 2009-2012 (Fuente: ASIS Guainía, 2013).

Determinantes intermedios de la salud	COLOMBIA	GUAINÍA	
Cobertura de servicios de electricidad 2005	93,61	70,47	
Cobertura de acueducto 2005	83,41	32,64	
Cobertura de alcantarillado 2005	73,06	22,31	
Cobertura de servicios de telefonía 2005	53,40	17,97	
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) 2011	53,70	70,66	
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2005)	20,00	70,00	
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2005)	17,00	63,00	
Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales (Sivigila 2012)	70,54	SD	

2.1.3. Disponibilidad de alimentos

En este caso, el ASIS realizó un análisis descriptivo de la disponibilidad de alimentos, según la estimación de la razón de prevalencias y la razón de porcentaje de los indicadores de disponibilidad de alimentos.

La *Tabla 4* presenta los resultados de este análisis. El indicador de porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer muestra una tendencia al descenso y es más bajo que el valor nacional. En el caso de la prevalencia de desnutrición global y del porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años, se evidencia una tendencia al incremento, teniendo, además, un valor más alto que el nivel nacional. La prevalencia de obesidad tanto en hombres como en mujeres presenta una tendencia al incremento, y los valores de estos indicadores resultan más altos que los valores nacionales. La prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre los 6 meses y los 4 años de edad presenta una tendencia al incremento, y los valores son más altos que los valores nacionales. En color amarillo se registran las situaciones en las que la diferencia no es estadísticamente significativa; y, en color rojo aquellos casos en que la diferencia es significativa, es decir, cuando el valor del indicador es significativamente más alto en el departamento, comparado con el indicador nacional. En color gris se registran los años para los cuales no existe disponibilidad de datos. Las flechas indican el comportamiento del indicador con respecto al año anterior, en el departamento

(↘: reducción; ↗: aumento; →: se mantuvo igual; SD: no hay dato para el indicador en ese periodo).

Tabla 4. Semaforización y tendencia de los determinantes intermediarios de la salud relacionados con la disponibilidad de alimentos en el departamento de Guainía, 2006-2011 (Fuente: ASIS Guainía, 2013).

Determinantes intermediarios de la salud	COLOMBIA	GUAINÍA		Comportamiento					
				2006	2007	2008	2009	2010	2011
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN 2010)	1,80	SD*	SD*					SD*	
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEV-DANE 2011)	9,05	2,86		↘	↗	↗	↗	↘	↘
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN 2010)	3,40	6,10						↗	
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN 2010)	13,20	23,40						↗	
Prevalencia de obesidad en hombres de 16 a 64 años (ENSIN 2010)	16,50	20,70						↗	
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN 2010)	15,20	22,40						↗	
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27,50	29,20						↗	

2.1.4. Condiciones relacionadas con factores psicológicos y culturales

El porcentaje de personas entre 5 y 64 años que consumen frutas y verduras diariamente en el departamento de Guainía, muestra una tendencia al incremento, sin embargo, los valores de este indicador son menores que en el caso de Colombia. El porcentaje de mujeres unidas con el uso actual de algún método anticonceptivo en edades de 15 a 44 años, muestra una tendencia a la disminución, así como también el valor del indicador es inferior al del país. La cobertura de tratamiento anti-retroviral se mantiene estable en el tiempo, siendo un valor superior al del país. La tasa de violencia intrafamiliar muestra una tendencia al incremento, aunque el indicador reporta valores más bajos que el país.

2.1.5. Sistema sanitario

En el departamento de Guainía, el porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia y a los servicios de salud en general, tienen valores más altos que en el caso de Colombia. La cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es mayor que en el caso del país. La cobertura administrativa con 3 dosis de DPT en menores de 1 año muestra una tendencia hacia el descenso y se encuentra por debajo de los valores para el país. En el caso de la cobertura de vacunación con triple viral en menores de 1 año, la tendencia es hacia el incremento, aunque los valores también están por debajo del país. El porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, la cobertura de partos institucionales y el porcentaje de partos atendidos por personal calificado, muestran una tendencia al descenso, y también son indicadores con valores inferiores a los del país.

La *Tabla 5* muestra la semaforización y la tendencia de los determinantes intermedios de la salud relacionados con el sistema sanitario, para el departamento de Guainía y en comparación con el país. En color amarillo se registran las situaciones en las que la diferencia no es estadísticamente significativa; y, en color rojo aquellos casos en que la diferencia es significativa, es decir, cuando el valor del indicador es significativamente más alto en el departamento, comparado con el indicador nacional. En color gris se registran los años para los cuales no existe disponibilidad de datos. Las flechas indican el comportamiento del indicador con respecto al año anterior, en el departamento (↘: reducción; ↗: aumento; →: se mantuvo igual).

Tabla 5. Semaforización y tendencia de los determinantes intermedios de la salud relacionados con el sistema sanitario, para el departamento de Guainía y para Colombia, 2006-2012 (Fuente: ASIS Guainía, 2013).

Determinantes intermedios de la salud	COLOMBIA	GUAINIA	Comportamiento							
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	15,8	26,1								
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE 2005)	6,3	7,4								
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2011, 2012)	92,21	101,3						↗	↘	
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2012)	88,76	81,67		↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	91,42	63,89		↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	91,42	63,89		↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	93,62	85		↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	84,44	33,6		↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE) 2005-2011	98,7965	85,7		↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	98,89	83,7		↗	↘	↗	↘	↗	↘	

2.1.6. Otros indicadores

En el departamento de Guainía la proporción de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) para el año 2011 era el 60,6%; la proporción de población en condición de miseria el 37,9%, la proporción de hogares en condiciones de hacinamiento del 20,1%.

El análisis de la cobertura de educación muestra que el 34% de los hogares tienen al menos una persona en condición de analfabetismo; las tasas de cobertura de educación básica primaria y educación media, tienen una tendencia hacia la baja, y se encuentran por debajo del país, como lo muestra la *Tabla 6*. En color amarillo se registran las situaciones en las que la diferencia no es estadísticamente significativa; y, en color rojo aquellos casos en que la diferencia es significativa, es decir, cuando el valor del indicador es significativamente más alto en el departamento, comparado con el indicador nacional. En color gris se registran los años para los cuales no existe disponibilidad de datos. Las flechas indican el comportamiento del indicador con respecto al año anterior, en el departamento (↘: reducción; ↗: aumento; →: se mantuvo igual; -: sin dato).

Tabla 6. Semaforización y tendencia de las tasas de cobertura bruta de educación en el departamento de Guainía y en Colombia, 2003-2012 (Fuente: ASIS Guainía, 2013).

Eventos de Notificación Obligatoria	COLOMBIA	GUAINÍA	Comportamiento									
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	18,5	33,6			34							
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2012)	119,9	123,8	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2012)	101,89	66,45	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2012)	75,54	33,19	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘

2.2. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

2.2.1. Mortalidad

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad muestran un aumento exponencial en el tiempo de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, propias del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles, posiblemente debidas a una deficiencia en el enfoque, tipo o número de intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el fin de disminuir el riesgo de su presentación. La segunda causa de mortalidad corresponde a las enfermedades transmisibles. En tercer lugar, se encuentran las afecciones del periodo perinatal (Figura 2).

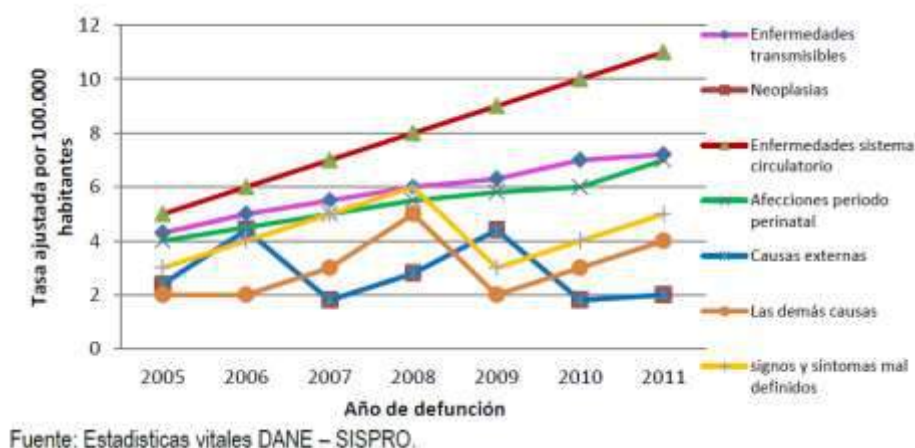


Figura 2. Tasa de mortalidad ajustada por edad en el departamento de Guainía, 2005-2011 (Fuente: ASIS Guainía, 2013).

Analizando las tasas de mortalidad ajustadas por género, se observa que la primera causa de mortalidad en hombres corresponde a las causas externas, tales como accidentes de tránsito y violencia interpersonal; en segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio; y en tercer lugar, las neoplasias. En las mujeres, la primera causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio, en segundo lugar las neoplasias y, en tercer lugar, las afecciones del periodo perinatal.

A continuación se presentan las causas de mortalidad específicas por grupo.

Mortalidad por enfermedades transmisibles

En este grupo, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de muerte. En hombres, la segunda causa de muerte corresponde a las enfermedades intestinales infecciosas, en aumento en los últimos años. Merece especial mención la tasa ajustada de mortalidad por VIH tanto para hombres como para mujeres, así como también la mortalidad por Tuberculosis en mujeres.

Mortalidad por neoplasias

En hombres predomina como principal causa de muerte en este grupo, el tumor maligno de órganos digestivos, seguido de tumores no específicos de los órganos genito-urinarios. En las mujeres, predominan los tumores del cuerpo del útero, de las vías genito-urinarias y los tumores benignos *in situ*.

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

En el caso del género masculino, las enfermedades isquémicas y la hipertensión arterial son las principales causas de muerte, las cuales se encuentran en ascenso en los últimos años, como se mencionó en la introducción a esta sección. Para las mujeres, la enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterioesclerótica y enfermedad hipertensiva son las principales causas de muerte en este grupo.

Mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal

Las principales causas de muerte en este periodo, aunque en descenso en los últimos años, corresponde a las enfermedades respiratorias y a la sepsis del recién nacido.

Mortalidad por causas externas

En los últimos años se observa un aumento en la mortalidad por accidentes de tránsito, caídas, ahogamientos y sumersión, y envenenamiento. Específicamente en el caso de las mujeres, se encuentra la tendencia al incremento en las lesiones auto-infringidas (suicidio) y ahogamiento y sumersión accidental. Recientemente no se han registrado casos de muerte por violencia contra la mujer.

Mortalidad por síntomas, signos y afecciones mal definidas

La tasa ajustada por edad para este grupo muestra un aumento, lo cual revela deficiencias en la calidad de los datos y el manejo de información, así como en la definición de los diagnósticos y en el análisis de casos individuales.

La *Tabla 7* muestra la semaforización y la tendencia de las tasas de mortalidad por causas específicas en el departamento de Guainía, para los años 2005 a 2011. En color verde se registran

los casos en que no existe una diferencia; en color amarillo las situaciones en las que la diferencia no es estadísticamente significativa. Las flechas indican el comportamiento del indicador con respecto al año anterior, en el departamento (↘: reducción; ↗: aumento; →: se mantuvo igual; -: no hay dato para el indicador en ese periodo, o el valor es cero).

Tabla 7. Semaforización y tendencia de las tasas de mortalidad por causas específicas para el departamento de Guainía, 2005-2011 y para Colombia, 2011 (Fuente: ASIS Guainía, 2013).

Causa de muerte	Colombia 2011 x100.000 hab	Guainía 2011 x100.000 hab							
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	12,74	5,13		↘	↘	-	-	↘	↘
Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama	10,29	5,33		-	-	-	-	↘	↘
Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	6,58	0	—	-	↗	↘	↘	-	-
Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata	10,9	0	—	↗	↘	-	↗	↘	-
Tasa de mortalidad por tumor maligno del estómago	9,79	5,13							
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	14,62	2,57		↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente	4,46	2,57		↘	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	0,3	0	—	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	36,23	0	—	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por malaria	0,05	0	—	-	-	↗	↘	-	-
Casos de mortalidad por rabia humana	0	0	—	-	-	-	-	-	-
Mortalidad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	6,3	10,27		↘	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por emergencias y desastres	0,46	0	—	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por tuberculosis	1,85	2,57							

Mortalidad materno-infantil y en la niñez

En el departamento de Guainía, las enfermedades infecciosas y parasitarias tienen una tasa de mortalidad elevada en el grupo de edad de 0 a 5 años, con predominio en menores de 1 año. Con relación a las neoplasias, es una causa que aparece esporádicamente, con incremento en algunos años, lo cual puede corresponder a falta de inducción a la demanda. En este grupo de edad también se presenta un aumento en el grupo de mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. La principal causa de mortalidad corresponde a las enfermedades del sistema respiratorio. Otras causas son de ocurrencia extraordinaria, como el caso de las muertes por malformaciones, congénitas, deformidades y anomalías, aunque el reporte reducido podría deberse a un sub-registro por falta de acceso al sistema de salud de estos casos.

La *Tabla 8* muestra los resultados del análisis de la mortalidad materno-infantil y en la niñez, realizado mediante la estimación de razones de mortalidad materna y la razón de tasas de mortalidad neonatal, mortalidad infantil, mortalidad en la niñez, mortalidad por EDA, mortalidad por IRA y mortalidad por desnutrición crónica en los menores de 5 años, mediante la semaforización y la tendencia de las tasas. Se utilizó como referencia el valor del indicador para el país. En color verde se registran los casos en que no existe diferencia; en color amarillo las situaciones en las que la diferencia no es estadísticamente significativa; y, en color rojo aquellos casos en que la diferencia es significativa, es decir, cuando el valor del indicador es significativamente más alto en el departamento, comparado con el indicador nacional. Las flechas indican el comportamiento del indicador con respecto al año anterior, en el departamento (↘:

reducción; ↗: aumento; →: se mantuvo igual; -: no hay dato para el indicador en ese periodo, o el valor es cero).

Tabla 8. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno-infantil y en la niñez en Guainía, 2005-2011 y para Colombia, 2011 (Fuente: ASIS Guainía, 2013).

Causa de muerte	COLOMBIA	GUAINIA	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%	COLOR						
							2006	2007	2008	2009	2010	2011
Razón de mortalidad materna	68,82	163,67	2,38	2,04	2,77		↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad neonatal	7,81	9,82	1,26	0,67	2,35		↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	12,25	32,73	2,67	1,90	3,76		↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE)	14,81	40,92	2,76	2,03	3,75		↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	15,94	119,05	7,47	6,24	8,94		↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,73	19,84	5,31	3,42	8,25		↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,07	1,39	20,66	3,92	109,00		↗	↘	↗	↘	↗	↘

Mortalidad materna

Este es uno de los eventos de mayor importancia en salud pública, siendo uno de los indicadores del estado de desarrollo de una población. Además, es una prioridad para el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En el departamento de Guainía no se presentaron casos en los años 2009 y 2010, pero en el año 2011 se presentó un caso. En general, la principal causa es la falta de control prenatal para definir el estado y curso de la gestación, aunque también la oportunidad de acudir a una institución de salud en la cual se pueda identificar una gestación de alto riesgo, evitando complicaciones antes, durante y después del parto.

Mortalidad neonatal e infantil

La mortalidad infantil en el departamento es un evento que tiene una frecuencia muy alta, muy por encima de la tasa para Colombia. Las causas externas son su principal detonante. El promedio anual de menores de 5 años que mueren en el departamento es de 14,8 y de menores de 1 año, 4. La *Figura 3* presenta una comparación entre la mortalidad infantil para el Guainía y para Colombia, entre los años 2005 y 2011. Aunque la tendencia en el departamento de Guainía es hacia la disminución, se encuentra por encima de la tendencia nacional.

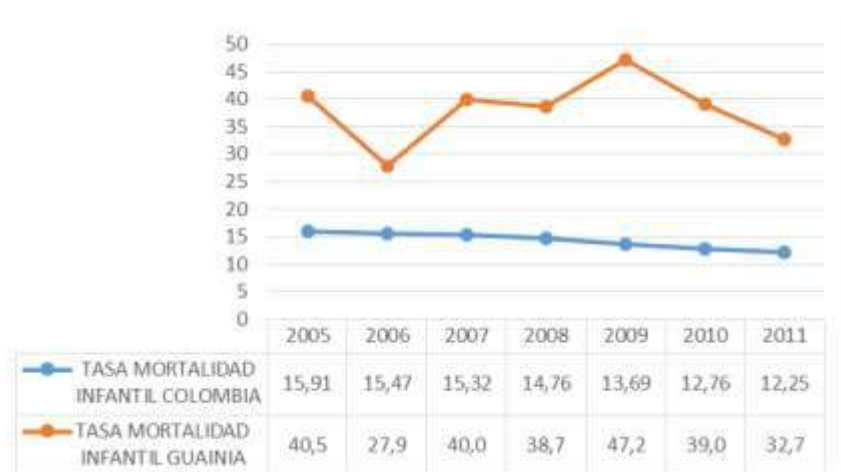


Figura 3. Tendencia de la tasa de mortalidad infantil para Guainía y para Colombia, 2005-2011 (Fuente: ASIS Guainía, 2013).

Al analizar las causas específicas de muerte, las tasas de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), por Infección Respiratoria Aguda (IRA) y por Desnutrición Crónica en el departamento de Guainía continúan siendo muy superiores a las de Colombia. Esta situación podría revelar deficiencias severas en las condiciones de acceso a agua potable, disposición de excretas, alimentación saludable, entornos familiares, escolares y comunitarios saludables, entre otros determinantes estructurales que deben garantizarse para permitir el adecuado desarrollo humano.

2.2.2. Morbilidad

La morbilidad atendida en el departamento, por grupos de edad (curso de vida) presenta grandes diferencias. En el caso de la primera infancia (0 a 5 años), las condiciones transmisibles y nutricionales son la principal causa, con un incremento en los últimos años; en segundo lugar, se encuentran las enfermedades no transmisibles. En el grupo de infancia (6 a 11 años) y adolescencia (12 a 18 años) la mayor carga de enfermedad se presenta también en las condiciones transmisibles y nutricionales. En el grupo de juventud (19 a 26 años) los condicionantes maternos y perinatales aumentan el riesgo de enfermar. En la edad adulta (27 a 59 años), los signos y síntomas mal definidos dan cuenta por la principal carga de enfermedad. En el ciclo de vida de adulto mayor (60 años y más), las enfermedades crónicas no transmisibles son las causas más relevantes, aumentando severamente el riesgo de causar un daño severo a la salud o morir.

En cuanto a las diferencias por género, las principales causas de morbilidad en hombres se concentran en las condiciones transmisibles y nutricionales en todos los grupos del ciclo de vida. En el caso de las mujeres, además de las condiciones transmisibles y nutricionales, las enfermedades no transmisibles y las condicionantes materno-perinatales tienen gran importancia, estos últimos en especial desde la juventud.

A continuación se presentan las causas de morbilidad específicas por grupo.

Morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales

En la primera infancia predominan las enfermedades infecciosas y parasitarias, seguido de las enfermedades respiratorias y las deficiencias nutricionales. En los demás grupos del ciclo de vida la carga de enfermedad también se concentra en este grupo, como ya se mencionó.

Morbilidad por condiciones materno-perinatales

La carga de enfermedad por estas causas se concentra en el ciclo de adolescencia, juventud y adultez.

Morbilidad por enfermedades no transmisibles

En la primera infancia en este grupo se concentran las enfermedades respiratorias, las neoplasias y las enfermedades de los órganos de los sentidos. Para el grupo de infancia se presentan con mayor relevancia las enfermedades digestivas, genito-urinarias, de la piel y respiratorias. En los grupos de adolescencia y juventud predominan las enfermedades de los órganos de los sentidos, músculo-esqueléticas y condiciones orales. En la edad adulta se presentan los desórdenes endocrinos, las enfermedades de los órganos de los sentidos, las enfermedades genito-urinarias y las enfermedades músculo-esqueléticas. En el grupo de los adultos mayores, resaltan las neoplasias, la diabetes mellitus y las enfermedades de los órganos de los sentidos.

Morbilidad de eventos de alto costo

La *Tabla 9* muestra la semaforización y la tendencia de los eventos de alto costo para el departamento de Guainía, durante los años 2009 y 2012. Los indicadores, en general, se encuentran muy por debajo de los valores de Colombia, probablemente por falta de registro o falta de inducción a la demanda. Las flechas indican el comportamiento del indicador con respecto al año anterior, en el departamento (↘: reducción; ↗: aumento; →: se mantuvo igual; -: no hay dato para el indicador en ese periodo, o el valor es cero).

Tabla 9. Semaforización y tendencia de los eventos de altos costo en el departamento de Guainía y Colombia, 2009-2012 (Fuente: ASIS Guainía, 2013).

Evento de alto costo	Colombia	Guainía	color	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%				
							2009	2010	2011	2012
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	62,06	11,40		0,18	0,10	0,33	↘	↗	↘	↘
Tasa de Incidencia de Enfermedad Renal Crónica 5 por 100.000**afiliado*, **	8,11	3,90		0,48	0,18	1,30	-	-	↗	↗
Incidencia de VIH notificada ***	17,17	7,70		0,45	0,22	0,91	↗	↘	↗	↘
Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada ***	0,52	0,00		0,00	0,00	0,00	-	-	-	-
Incidencia de leucemia linfóide aguda en menores de 15 años***	3,09	0,00		-3,09	0,00	0,00	↗	↘	↘	-

Con referencia al indicador de prevalencia de enfermedad renal crónica en fase 5, con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, la tendencia es a un claro incremento en los últimos años. Es un indicador que preocupa, no solo por las implicaciones que represente en relación a las necesidades de tratamiento a los enfermos diagnosticados, sino también a la deficiencia en

cobertura e impacto de los programas de prevención del riesgo específico, así como de la falta de reconocimiento del riesgo por parte de las personas con condiciones predisponentes, tales como la diabetes, la hipertensión arterial y las demás enfermedades crónicas no transmisibles.

Para el caso del VIH, la tendencia en el tiempo es hacia el aumento, pero la incidencia está por debajo de la tendencia nacional.

Morbilidad de eventos precursores

En el departamento de Guainía, la prevalencia tanto de diabetes mellitus como de hipertensión arterial, se encuentran muy por debajo del valor nacional, sin embargo, durante los últimos años se evidencia un incremento progresivo.

Morbilidad de eventos de notificación obligatoria*Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)*

Los eventos pertenecientes a este grupo, que son de interés en salud pública para el departamento de Guainía son: enfermedad de Chagas, dengue, leishmaniasis muco-cutánea, leishmaniasis visceral, malaria vivax, malaria falciparum, malaria mixta y malaria malarie. En todos los casos las tasas de ocurrencia en el departamento se encuentran muy por debajo del valor nacional.

Eventos Inmunoprevenibles

En el departamento no ha habido casos de letalidad por eventos inmunoprevenibles. Sin embargo, no es posible descartar que haya deficiencias en la notificación, teniendo en cuenta las dificultades de acceso y las condiciones en las que se realiza la vigilancia en salud pública en el departamento.

Eventos asociados a factores de riesgo ambiental

Al momento de la realización del ASIS, no se habían reportado casos de letalidad por intoxicaciones, enfermedades transmitidas por alimentos, hepatitis A o cólera. Al igual que en el caso anterior, no es posible descartar que esto se deba a fallas en el sistema de investigación de casos y notificación.

Eventos por micobacterias

Aunque la ocurrencia de tuberculosis se ha mantenido en el departamento, especialmente en las poblaciones jóvenes y adultos, no se han notificado eventos de letalidad por tuberculosis pulmonar o extra-pulmonar. En este caso, en especial, es necesario tener en cuenta las consideraciones de fallas en la notificación mencionadas en las secciones anteriores.

Eventos de zoonosis

El principal evento a considerar dentro de este grupo en el departamento es el accidente ofídico. La tasa de letalidad por este evento no solamente es más alta en el departamento que en Colombia, sino que también tiene una tendencia hacia el aumento en los últimos años. La tasa de incidencia de leptospirosis, a pesar de tener una tendencia hacia la reducción, es muy alta con respecto a los valores nacionales.

Eventos de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Según los reportes de notificación del departamento, no se han presentado casos de letalidad por sífilis congénita ni por hepatitis B.

Otros eventos de interés en salud pública

En el departamento se considera prioritaria la vigilancia de hipotiroidismo congénito y lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos. En ninguno de los casos se han reportado casos en los últimos años.

Población en condición de discapacidad

En el departamento de Guainía la principal condición que determina la discapacidad de las personas es la alteración permanente de la visión (102 personas), seguida de la discapacidad para desplazarse (47 personas), la discapacidad auditiva y del sistema nervioso central. En total, existen 148 personas reportadas con algún tipo de discapacidad en el departamento.

2.3. PRIORIDADES EN SALUD

Habiendo identificado los principales problemas en salud y sus determinantes, en el departamento de Guainía, de acuerdo con la situación determinada por los indicadores estimados en los apartados anteriores, se identifican las situaciones negativas que deben ser modificadas. La *Tabla 10* presenta las prioridades identificadas como resultado del ASIS, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Tabla 10. Prioridades en salud para el departamento de Guainía, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (*Fuente: ASIS Guainía, 2013*).

Seguridad Alimentaria y Nutricional:

- *Mortalidad DNT
- *Indicadores DNT
- *Poli-parasitismo intestinal y capilar
- *Falta de recursos para atención integral de DNT global

Salud Ambiental:

- *Manejo de residuos sólidos
- *Utilización de mercurio
- *Vigilancia en Sanidad Portuaria
- *Enfermedades Transmitidas por Alimentos

Vida saludable y condiciones no transmisibles:

- *Enfermedades cardíacas y circulatorias
- *Hipertensión Arterial
- *Diabetes
- *Neoplasias

Salud Pública en Emergencias y

Desastres:

- *Inundación
- *Vendaval
- *Accidente aéreo
- *Desplazamiento poblacional

Convivencia social y salud mental:

- *SPA
- *Violencia Intrafamiliar
- *Suicidio
- *Matoneo

Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos:

- *Aumento del embarazo en adolescentes
- *Aumento de las ITS
- *Mortalidad Prenatal
- *Mortalidad Materna

Salud y Ámbito Laboral:

- *Falta categorización del riesgo
- *Falta de reconocimiento del riesgo
- *Carencia de estrategias de IEC en riesgos laborales
- *Falta difusión de política en gestión del riesgo laboral

Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud:

- *Modernización de la planta de RH
- *Baja capacidad resolutoria territorial y local
- *Barreras administrativas de contratación
- *Baja cobertura de indicadores

Vida Saludable y Enfermedades

Transmisibles:

- *Zoonosis
- *Dengue
- *Chagas
- *Leishmaniasis

Gestión Diferencial de las Poblaciones

Vulnerables:

- *Atención a discapacitados
- *Atención a Desplazados
- *Atención a Población Indígena
- *Infancia y Adolescencia

3. SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE GUAINÍA

El presente apartado presenta el diagnóstico del estado actual del sistema de salud del departamento de Guainía, con base en un trabajo detallado de consultoría realizado por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de los Andes, con el apoyo de el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)⁷, mediante el cual se proyectaron las intervenciones necesarias para satisfacer las necesidades en salud del departamento. De igual forma, el departamento de Guainía, con el apoyo del BID, elaboró un diagnóstico de la red de prestación de servicios del departamento, dirigido a la Dirección de Prestación de Servicios del MSPS⁸, documento que permitió complementar este diagnóstico.

3.1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud en el departamento de Guainía se encuentra bajo la dirección y coordinación de la Gobernación, por medio de la Secretaría Departamental de Salud, en asocio con la Secretaría Municipal de Salud de Inírida, entidades que coordinan la red de prestación de servicios. Esta red está compuesta a su vez por una red pública y una red privada. La participación de la comunidad en la toma de decisiones y en las estrategias de prestación de servicios es mínima.

3.2. SITUACIÓN DEL ASEGURAMIENTO

Según la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del MSPS, para el año 2015, en el departamento de Guainía, la mayor parte de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado (89%). La *Tabla 11* muestra la distribución de la población, de acuerdo al tipo de afiliación al SGSSS.

⁷ Universidad de los Andes. 2014. **Modelo Piloto de Prestación de Servicios de Salud en el Departamento de Guainía.** *Facultad de Salud Pública – UNIANDES.* Proyecto coordinado y financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo – BID.

⁸ Departamento de Guainía. 2015. **Propuesta de Organización de la Red de Prestadores de Salud en el Departamento de Guainía.** *Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud de acuerdo al nuevo Modelo Intercultural del Departamento de Guainía.* Proyecto apoyado por el Banco Interamericano de Desarrollo – BID.

Tabla 11. Distribución de la población del departamento de Guainía por tipo de afiliación, 2015 (Fuente: BDUA, MSPS).

RÉGIMEN	TOTAL AFILIADOS	PORCENTAJE
Contributivo	4.708	10,5
Excepción	785	1,8
Subsidiado	39.301	87,7
Total	44.794	100,0

Es importante destacar que existe una diferencia en las cifras del total de población para el departamento de Guainía en la BDUA (44.794 habitantes) y en las proyecciones DANE (41.482 habitantes). De cualquier forma, siendo mayor el número de habitantes en la BDUA, es posible afirmar que la cobertura en afiliación es total en el departamento.

3.3. SITUACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La red de prestación de servicios está conformada por una red pública y una red privada.

La *red pública*, en cabeza de la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Manuel Elkin Patarroyo (HMEP), está encargada de prestar los servicios de salud en la sede principal, ubicada en la cabecera urbana del municipio de Inírida, así como también en los corregimientos y en el área rural del municipio de Inírida, por medio de una red d29 e 3 Centros de Salud y Puestos de Salud. Actualmente la ESE HMEP se encuentra intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) desde hace 4 años, e inició el proceso de liquidación, debido a su ineficiencia y falta de respuesta a las necesidades del departamento.

La *red privada* está conformada por dos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), el Centro Médico San José Gregorio Hernández y la Clínica del Guainía, una IPS indígena, MAVESALUD, y 4 consultorios de profesionales independientes que prestan servicios de optometría, fisioterapia, odontología y laboratorio clínico, ubicada en su totalidad en el municipio de Inírida.

Actualmente, existen problemas de acceso a los servicios de salud, solamente el 17% de la población tiene algún tipo de contacto con el sistema de salud, generalmente mediante consulta pasiva y en caso de urgencia o consulta prioritaria. También existe un fraccionamiento en la red de prestación. El HMEP no cuenta con un Nivel II efectivo, en realidad solamente presta servicios de Nivel I.

En la infraestructura periférica de la red de prestación de servicios de salud (centros y puestos de salud) se presenta un abandono institucional, debido a la falta de supervisión, con un déficit marcado de equipamiento y suministros. Como respuesta, se ha planteado la estrategia de clínicas móviles esporádicas, las cuales no permiten un contacto continuo con las poblaciones rurales. La red de centros y puestos de salud, actualmente tiene una funcionalidad de menos del 50% y con condiciones de baja resolutivead. Con el fin de ilustrar esta problemática, la *Gráfica 2* muestra el mapa del estado de la red de diagnóstico microscópico departamental para el cuarto trimestre del año 2014, donde es posible relacionar la ubicación de los puntos de diagnóstico microscópico con los centros y puestos de salud, así como comprobar que la mitad se encontraban

inactivos por falta de personal, falta de elementos e insumos, falta de comunicaciones o inestabilidades sociales.



Gráfica 2. Mapa del estado de la red de diagnóstico microscópico del departamento de Guainía, 2014
(Fuente: Laboratorio Departamental de Salud Pública Guainía).

Existen limitaciones para las comunicaciones entre el área rural y el municipio de Inírida, situación que genera falta de oportunidad en la solución de problemas y altos costos en la referencia y contra-referencia de pacientes. Los recursos humanos profesionales son escasos, debido a las condiciones laborales que presentan incumplimiento en los pagos y deficiencia en los elementos de apoyo a la prestación de servicios de salud (diagnóstico y tratamiento), lo cual genera baja motivación y falta de adherencia a los protocolos de atención, situaciones que determinan una alta deserción laboral.

La región no cuenta con un Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE). Existe un acto administrativo que lo creará para la atención en los departamentos de Guainía, Guaviare y Vichada, modelo que generará altos costos de comunicación y transporte.

El departamento solo cuenta con 4 pistas de aterrizaje autorizadas por la Aeronáutica Civil: Inírida, Barrancominas, San Felipe y Campo Alegre. Para el resto del departamento la única posibilidad para realizar evacuaciones de pacientes es a través de la vía fluvial. Estas remisiones son difíciles, debido a que los ríos del departamento poseen abundantes raudales, que impiden la navegación, especialmente en época de verano. Por lo tanto, la referencia de pacientes resulta costosa en extremo. La *Tabla 12* presenta el número de remisiones hacia fuera del departamento, por mes durante el año 2012, de acuerdo con datos obtenidos a partir del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de la Secretaría de Salud. Este número resulta bastante elevado, correspondiendo a cerca del 4% de la población total del departamento en un año; teniendo en cuenta que el porcentaje de acceso a los servicios de salud es del 17% de la población, esta situación define una marcada falta de resolutivez. Adicionalmente, las causas, en su mayoría no son urgencias y existe un elevado número de partos remitidos para ser

atendidos por fuera del departamento. Todos estos eventos deberían ser resueltos si la red de prestación de servicios estuviera funcionando en condiciones adecuadas.

Tabla 12. Número de remisiones hacia fuera del departamento de Guainía, por mes y grupo de diagnóstico principal, en el año 2012 (Fuente: Secretaría Departamental de Salud Guainía).

REMISION SEGÚN TIPO DURANTE EL AÑO 2.012	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Nº TOTAL DE PACIENTE REMITIDOS A NIVEL SUPERIOR	141	175	154	133	132	148	104	142	83	94	91	19	1.416
Nº TOTAL DE PACIENTE REMITIDOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A NIVELES SUPERIORES	0	0	3	3	0	3	1	6	2	2	0	3	23
Nº DE PACIENTES REMITIDOS A LA ATENCION DE PARTO A NIVEL SUPERIORES	8	7	12	5	17	3	3	1	1	9	1	2	69

La *Figura 4* muestra el número de remisiones fuera del departamento de Guainía, según la especialidad que atendió a los pacientes, en el año 2012. Las especialidades básicas (Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría) concentran la mayor parte de las remisiones. De igual forma, resulta importante el número de pacientes que requiere atención por parte de las especialidades de Ortopedia y Oftalmología. Un hospital de Nivel II efectivo, con brigadas de Ortopedia y Oftalmología evitaría cerca del 65% de las remisiones.

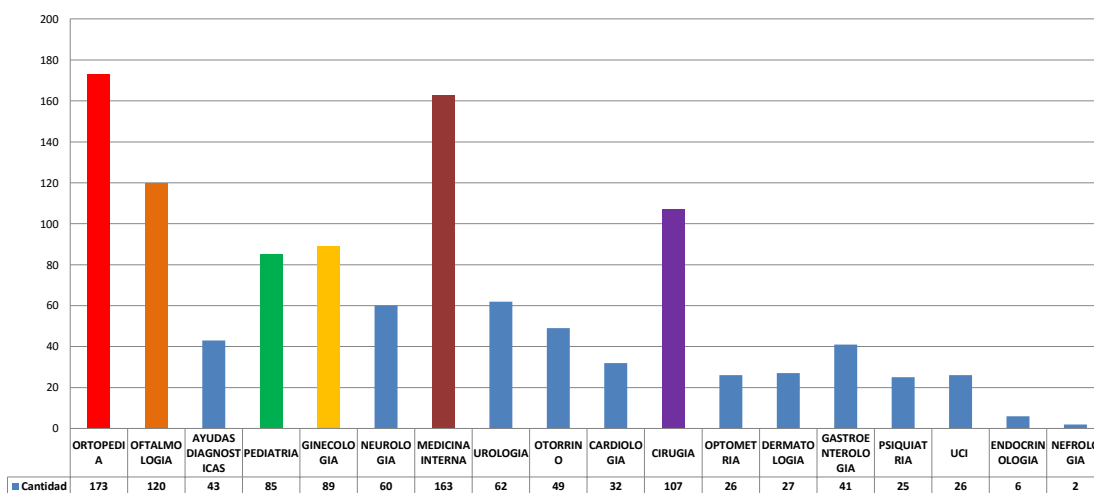


Figura 4. Número de remisiones por fuera del departamento de Guainía, por especialidad que atendió a los pacientes remitidos en el año 2012 (Fuente: Secretaría Departamental de Salud Guainía)

Las referencias se gestionan por medio de la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) del afiliado, siendo responsabilidad de la Secretaría de Salud las remisiones del SOAT y de los pacientes vinculados. Una de las principales dificultades para las remisiones radica en la falta de acuerdos o convenios con otros departamentos. Por consiguiente, el departamento muchas veces

se ve obligado a asumir los costos de estas atenciones, situación que ocurre con pacientes provenientes de los países vecinos.

No existe un modelo de articulación de recursos ni de gestión financiera. Los recursos actuales no son suficientes, debido fundamentalmente a los altos costos de transporte, logística e incentivos para lograr la adherencia del recurso humano. La Tabla 13 muestra la distribución de los costos derivados por la remisión de pacientes fuera del departamento de Guainía, por grupo de costos y EPS, para el año 2014. El costo total es superior a la tercera parte del recurso ejecutado en el departamento para el sector salud en ese año.

Tabla 13. Distribución de costos derivados por la remisión de pacientes fuera del departamento de Guainía, por grupo de costos y EPS, 2014 (Fuente: Secretaría Departamental de Salud Guainía).

TIPO DE REMISIÓN	CAPRECOM	MALLAMAS	PPNA	SALUDCOOP	NUEVA EPS	TOTAL
AEREO	900	1.350	815	420	-	3.485
FLUVIAL	150	500	100	-	-	750
NIVEL III	2.000	3.000	1.220	-	-	6.220
ALBERGUES	400	900	100	-	-	1.400
ALTO COSTO	500	750	-	-	-	1.250
TOTAL	3.950	6.500	2.235	420	0	13.105

**Valores expresados en millones de pesos*

En términos generales, la problemática del funcionamiento de la red asistencial de Guainía, se evidencia principalmente en los siguientes aspectos:

- Deficiencia de articulación de los puestos y centros de salud con su sede principal Inírida y a su vez con los centros de Mayor complejidad
- Crisis financiera de la Red de Salud actual
- Topografía que dificulta la prestación de los servicios de salud en el Departamento, aumentando los costos de prestación de servicios
- Baja capacidad resolutoria de los puestos, centros y sede principal
- Situación de iliquidez con traumatismos funcionales por deudas de vigencias anteriores representadas en salarios vencidos, aportes sin cancelar, deudas con proveedores, servicios públicos, sentencias judiciales, etc.
- Red de salud con marcada dependencia financiera de los recursos de oferta
- Sistemas de información en red aún incipientes
- Falta de implementación del sistema de garantía de calidad
- Infraestructura física de puestos y centros de salud inapropiada y deteriorada
- Ineficiencia de Sistemas de información que impiden la optimización de recursos y seguimiento a los problemas de salud del Departamento.

3.4. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

El modelo de salud actual es de tipo asistencialista, donde el médico hospitalario es el único referente. Las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PyP) son prácticamente inexistentes, así como tampoco se evidencia un enfoque familiar y comunitario efectivo. Por otra parte, los servicios de salud no consideran necesaria su adaptación para ser

pertinentes ante las diferencias etno-culturales y existe poca comunicación entre la comunidad y el personal de salud institucional, desencadenando, como consecuencia, una baja aceptabilidad de las pocas estrategias de PyP que se adelantan en el territorio (control prenatal, citologías cervico-vaginales y vacunación).

El Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS) conformado como una instancia de coordinación y diseño de programas conjuntos, conformado por cinco miembros con voz y voto: EPS, representante del MSPS, representante de la Red y dos voceros de la comunidad; así como por otros representantes sin voto, pero con voz: veeduría y/o defensoría del pueblo, gestores comunitarios de cada micro-territorio, representante de los usuarios, el auditor y representante de los médicos y enfermeras. Además de las funciones de coordinación, esta entidad debía tener funciones de rendición de cuentas, con al menos dos sesiones anuales abiertas al público⁹. Sin embargo, a la fecha se encuentra inactivo.

⁹ Universidad de los Andes. 2014. **Hacia un Sistema de Salud de Gestión por Resultados para Zonas Apartadas: El caso de Guainía.** *Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo – UNIANDES.* Consultoría realizada para el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación del Banco Interamericano de Desarrollo – BID.

4. MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD – MIAS

En esta sección se presenta el Modelo Integral de Atención en Salud (MiAS), su definición, marco normativo y sus componentes.

4.1. DEFINICIÓN

El MIAS es un modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud, diseñado para ser implementado, inicialmente, en el departamento de Guainía, como una experiencia piloto. Tiene un enfoque fundamentado en el principio de diversidad étnica y cultural, y Atención Primaria en Salud (APS). Con énfasis en el componente familiar y comunitario, así como en procesos que garanticen la articulación de los actores sociales y de los agentes del sistema de manera que se garantice efectivamente el acceso de la población a los servicios de salud. El modelo responde a los contenidos previstos en el PDSP y en el Plan Territorial de Salud del departamento. Su implementación se realizará de manera gradual, durante un periodo de 5 años, y en concertación con los pueblos indígenas del departamento, a través de sus instancias representativas, con el propósito de mejorar los resultados en salud de los habitantes del departamento de Guainía. La *Gráfica 3* presenta la estructura del modelo.



Gráfica 3. Esquema operativo del Modelo Integral de Atención en Salud para el departamento de Guainía.

Las estrategias de operación del modelo se centran en:

- Mejorar la calidad del servicio, orientada a la población;
- Mejorar la efectividad (costo-beneficio) de las intervenciones y, por tanto, la capacidad resolutoria en todos los niveles de atención;
- Fortalecer la continuidad asistencial, al favorecer la coordinación entre la salud pública, las acciones de los servicios primarios y especializados, y la comunidad;
- Mejorar el desarrollo profesional, enmarcado en la política de talento humano en salud; y
- Mejorar la eficiencia, la gestión y la organización

4.2. MARCO JURÍDICO – NORMATIVO

El MIAS se enmarca en la siguiente normatividad:

- Artículos 48 y 49 de la *Carta Política*.
- *Ley 21 de 1991*, por medio de la cual se adopta el Convenio 169 de 1989 de la OIT.
- *Ley 100 de 1993*, que establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud y garantiza a la población el derecho irrenunciable a la seguridad social como un servicio público esencial y obligatorio, en particular los artículos 1, 2, 3, 6, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 177, 184, 185, 194, 238 y 239.
- *Ley 691 de 2001*, por medio de la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el SGSSS.
- *Ley 715 de 2001*, que establece los criterios para la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones de Salud (SGP). En lo referente al componente para prestación de servicios de salud a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda considera como factores de ajuste la dispersión poblacional y los servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud subsidiado. Estos aspectos fueron reglamentados mediante los Decretos 159 de 2002, 360 de 2011, 196 de 2013 y 2273 de 2014.

- *Ley 1122 de 2007*, que señala en el artículo 14, que las Entidades Promotoras de Salud indistintamente del régimen de aseguramiento que administren deben organizar el aseguramiento de los afiliados en los componentes: de administración del riesgo financiero, de gestión del riesgo en salud, de la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.
- *Ley 1164 de 2007*, “Por la cual se dictan disposiciones en materia de Talento Humano en Salud”, en desarrollo de los principios de ética y calidad previstos en su artículo 2º determina como características inherentes del accionar del talento humano en salud, el ejercicio de competencias propias de las profesiones y ocupaciones, así como la satisfacción y mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios, en el contexto cuidadoso de la vida y la dignidad del ser humano. En el artículo 3º, se define que “el desempeño del Talento Humano en Salud es objeto de vigilancia y control por parte del Estado”, y que las “competencias propias de las profesiones y ocupaciones según los títulos o certificados respectivos, obtenidos legalmente deben ser respetadas por los prestadores y aseguradores de servicios de salud, incluyendo la individualidad de los procesos de atención”. Se precisa que “el desempeño del Talento Humano en Salud lleva consigo un compromiso y una responsabilidad social, que implica la disposición de servicio hacia los individuos y las colectividades sin importar creencias, raza, filiación política u otra condición humana”. En esta Ley se define a la competencia como “Es una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber hacer”.
 - Artículo 26, parágrafo 1 de la misma Ley, las Entidades Territoriales podrán transferir recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento, cuando la oferta de prestadores de naturaleza pública no garantice condiciones de eficiencia en la prestación
- *Ley 1176 de 2007*, determina en el artículo 35, que los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la prestación de servicios de salud de primer nivel y prevención en salud girados a los departamentos de Vichada, Guainía, Vaupés y Guaviare con sus respectivos municipios, serán contratados exclusivamente con la red hospitalaria pública existente en el lugar, siempre que tenga los servicios y estos sean prestados de forma eficiente, con tarifas competitivas y de calidad.
- *Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011*, artículo 11 del Decreto 196 de 2013 y la Resolución 4015 de 2013, normas estas que determinan la obligatoriedad de las entidades territoriales de elaborar y presentar al Ministerio de Salud y Protección Social los Planes Territoriales de Salud, los cuales involucran la totalidad de los recursos sectoriales, la progresiva ampliación de la cobertura de aseguramiento y el componente de subsidio a la oferta, incluyendo los aportes patronales y los recursos propios o de rentas cedidas destinados a: subsidiar la oferta, la demanda a través del aseguramiento, el reconocimiento de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado y la salud pública.
- *Ley 1438 de 2011*, artículo 30, relativo a la regulación especial en zonas con población dispersa.

- *Decreto 1953 de 2014*, por el cual se crea el funcionamiento de los territorios indígenas en la administración de sistemas propios, y se adoptan medidas en relación con el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural -SISPI-.
- *Decreto 2561 de 2014*, “por el cual se definen los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y fortalecer el aseguramiento en el departamento de Guainía”.
- *Ley 1751 de 2015*, estatutaria en salud, que dispone en su artículo 24 el deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas.
- *Ley 1753 de 2015*, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, que, en su artículo 65, regula la política integral en salud y determina la adaptación de la misma a los ámbitos territoriales, entre ellos, los de población dispersa.
- *Acuerdo 326 de 2005*, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en su artículo séptimo, sobre la adecuación del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para los Pueblos Indígenas, define que en concordancia con la Ley 691 de 2001, en el marco de los modelos de salud interculturales indígenas, define los siguientes aspectos como parte del proceso de adecuación del POS: 1. Acciones de medicina tradicional, entendida esta como los conocimientos, prácticas, rituales, conceptos y procesos de salud integral que ancestralmente han realizado los pueblos indígenas como modelo de vida colectiva, enmarcado dentro de la cosmovisión de cada pueblo. Estas acciones se desarrollarán de acuerdo con las particularidades de cada pueblo. 2. Adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena, que son los servicios y actividades en salud necesarios y complementarias, adecuadas a las condiciones sociales, culturales, organizativas, ambientales, poblacionales y de cosmología, que garantizan la oportunidad, accesibilidad, calidad y efectividad del POS dirigidos a los pueblos indígenas. 3. Promoción y prevención en salud indígena, que son los planes, procesos y acciones en educación en salud indígena dentro de los procesos organizativos propios de cada pueblo.

El modelo fue construido teniendo en cuenta además, la participación de la comunidad, en especial, de los pueblos indígenas que habitan el departamento. Para ello, en conjunto con el Ministerio del Interior, se adelantó el proceso de construcción y adaptación del modelo, por medio de la metodología de la Consulta Previa, con la participación de representantes de los pueblos indígenas de las cinco cuencas hidrográficas del departamento, conformando así la primera consulta previa en Colombia para modelos de salud, en el marco del *Convenio 169 de la OIT*.

El Modelo y la Consulta Previa

El Modelo Integral de Atención en Salud se construyó con la participación activa de toda la población del Departamento, incluyendo colonos e indígenas. Para garantizar la legitimidad del mismo, se realizó una consulta previa indígena, la cual consistió en múltiples reuniones y discusiones de cada uno de los componentes, en la ciudad de Inírida y en las cuencas hidrográficas del departamento, durante un periodo mayor a un año. El proceso culminó con la protocolización de la consulta, coordinada y liderada por el Ministerio del Interior, a través de la Dirección de asuntos indígenas en cumplimiento de la Ley 1381 de 2010, artículo 79 que aprueba el Convenio 169 de la OIT, definiendo el mecanismo de consulta previa como derecho de los pueblos indígenas como mecanismo para garantizar relaciones estables entre los poderes centrales y los pueblos indígenas. La *Imagen 1* presenta algunos de los momentos y personas que participaron activamente en la construcción del MIAS en el departamento de Guainía, mediante el mecanismo de consulta previa.



Imagen 1. Algunos momentos y personas durante la construcción del MIAS en el departamento de Guainía, mediante el mecanismo de Consulta Previa (Fuente: Oficina Vice-Ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, MSPS, 2014).

4.3. COMPONENTES DEL MODELO

El MIAS debe tener en cuenta los siguientes componentes para lograr su implementación y mantenimiento.

4.3.1. Aseguramiento

En el área de aseguramiento el modelo operará con un esquema en el cual exista un único asegurador, escogido por un periodo de 5 años, con base en una convocatoria competitiva y revocable antes del término acordado, ante el incumplimiento de las condiciones del contrato. El asegurador puede ser una EPS habilitada en el país, una alianza entre EPS o una alianza entre una o más EPS y el departamento de Guainía. Idealmente el asegurador debe afiliarse toda la población, tanto la del régimen subsidiado, como la del contributivo. Este esquema tiene las siguientes ventajas: elimina la posible selección adversa (negar o desincentivar la afiliación de los usuarios más costosos) al asignar la responsabilidad del aseguramiento y la salud a una sola entidad. El esquema también permite reducir costos al evitar multiplicar los costos administrativos que se generan cuando existen varias EPS compitiendo por una misma población. Finalmente, se aprovechan las economías de escala en la operación del aseguramiento (reducción de costos a medida que una sola unidad aumenta la producción)¹⁰.

¹⁰ Universidad de los Andes. 2014. **Hacia un Sistema de Salud de Gestión por Resultados para Zonas Apartadas: El caso de Guainía.** Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo – UNIANDES. Consultoría realizada para el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación del Banco Interamericano de Desarrollo – BID.

Gobernanza

El esquema de asegurador único permite que el modelo cuente con una gobernanza única de gestión, de aseguramiento y de prestación, así como también la participación social y la acción intersectorial, como lo ilustra la *Tabla 14*.

Tabla 14. Esquema de Gobernanza para el Modelo Integral de Atención en Salud en el departamento de Guainía.

GOBERNANZA	ACCIONES	PRODUCTO
Gobernanza única de gestión	Conformación de gobierno corporativo gestionado por el gobernador e integrado por Alcalde, Cabildos Indígenas, Usuarios, Academia y Cámara de Comercio. Contratación de auditoría externa financiera y técnica .	Propuesta de arreglos institucionales para la gestión y prestación de servicios
Gobernanza única de Aseguramiento	Un solo asegurador que promueva y administre los recursos de salud (EPS), fuerte, con experiencia, estable y que sea un verdadero apoyo para el éxito en la implementación del modelo de salud	Definición de requisitos exigidos
Gobernanza única de Prestación	A cargo de un prestador contratado por el asegurador o en alianza con este, que articule e integre los servicios primarios con servicios complementarios, las intervenciones colectivas (PIC) con las intervenciones individuales (POS).	Propuesta de arreglos institucionales para la gestión y prestación de servicios
Participación social y rendición de cuentas	Implementación de mecanismos de rendición pública de cuentas a la comunidad por parte del asegurador y al gobierno corporativo con base en el plan de desarrollo Departamental. Articulación con Ministerio del Interior, con base en lineamientos legales de intervención en población indígena	Diseño de mecanismos de participación social
Acción intersectorial	Bajo la responsabilidad del Gobernador, en intervención en determinantes de salud priorizados para el territorio en el Consejo de Política Social y/o Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.	Lineamientos para la reorganización del consejo territorial de seguridad social en salud

4.3.2. Intervención en la Prestación de Servicios

Para la prestación de servicios en el territorio del departamento de Guainía, en conjunto con las comunidades, se definieron las siguientes intervenciones:

- Identificación y focalización de la población, en el contexto de la diversidad étnica y socio-cultural del departamento
- División del departamento en territorios y micro-territorios
- Planeación, seguimiento y evaluación de la atención a la población, con la participación de un Asegurador único, prestadores de servicios de salud, el departamento de Guainía y la Institucionalidad Indígena en Salud
- Registro de información que contenga las particularidades étnicas, que involucre la morbilidad y las causas de mortalidad propias de los pueblos indígenas, de manera que refleje el perfil epidemiológico de los grupos étnicos del departamento
- Atención con enfoque de Gestión Integral del Riesgo¹¹, acorde a las condiciones étnicas y culturales del departamento
- Articulación de acciones individuales y colectivas

¹¹ Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. **Gestión Integral del Riesgo en Salud: Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud.** Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

- Gestión integral (administrativa y técnica) de la red existente y su complementariedad con redes externas de Nivel III y IV, o con un hospital universitario, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención
- Definición de esquemas de contratación que incluyan la totalidad de prestadores que hagan parte de la red, así como los mecanismos de pago concertados que incentiven la calidad

Estas acciones responderán a las necesidades en salud, resultado del ejercicio de priorización, realizado por el departamento de Guainía mediante el ASIS departamental.

Actividades mínimas

La implementación del modelo requiere de algunas actividades mínimas, como son: visitas domiciliarias, equipos extra-murales y atención intra-hospitalaria; las cuales tendrán las siguientes características:

Visitas domiciliarias

Realizadas en las viviendas de las áreas de influencia de los Puestos de Salud, por parte de los Gestores en Salud Comunitaria, además de la caracterización de la vivienda, la familia y sus integrantes (historia familiar y personal), se realizarán actividades de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en su componente comunitario, saneamiento básico y educación en salud.

Equipos extra-murales

Conformados para mejorar la captación de los usuarios y fortalecer la APS. Se deben incorporar las clínicas móviles al inicio de la implementación del modelo, éstas pueden programar sus acciones desde los Centros de Salud y el Hospital de Inírida.

Atención intra-hospitalaria

Debe estar enfocada a la demanda inducida, con capacidad anticipatoria, orientada a la prevención primaria en salud.

En el modelo, se implementarán las rutas priorizadas para la gestión integral del riesgo en salud, con especial atención en las rutas materno-perinatal, de salud mental, de enfermedades crónicas y de enfermedades transmitidas por vectores.

Organización para la operación

La organización de la red de servicios de salud obedece a las áreas geográficas definidas por la Institucionalidad Indígena en Salud. En estos territorios se garantizará la participación comunitaria efectiva, teniendo en cuenta el diagnóstico de las prioridades en salud para cada una de las dimensiones del PDSP, identificadas en el ASIS departamental; así como también los saberes y tradiciones, de acuerdo con la especificidad étnica y cultural, los planes de vida y una evaluación permanente del modelo, con la participación de los pueblos indígenas, quienes constituirán Comités de Salud en cada comunidad y Comités de Participación Indígena (COPAI) en cada territorio.

Existirá una articulación inter e intra-sectorial para intervenir en los determinantes sociales de la población, con articulación, además, de intervenciones individuales y colectivas.

Se debe garantizar la resolutiveidad en la prestación de servicios de salud, garantizando la conformación de una red de prestadores primarios y complementarios, que resuelva las situaciones de salud desde la atención de las acciones preventivas, reparativas y curativas, individuales y comunitarias. Adicionalmente, se debe implementar un sistema que permita dirigir, monitorear y hacer el seguimiento a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como también, evaluar el cumplimiento de metas.

Los puntos de atención, de acuerdo con las comunidades del departamento, están organizados en ejes de atención, de la siguiente forma:

1 Hospital

4 Centros de Salud (prestan atención aproximadamente a 5.000 personas cada uno)

23 Puestos de Salud (prestan atención aproximadamente a 1.000 personas cada uno)

Distribuidos así (*Gráfica 4*):

Dependen del **Hospital de Inírida**:

- *Cuenca Bajo Inírida*, circundantes al casco urbano (5): Remanso, Caranacoa, Yuri, Paujil y El Coco
- *Cuenca Isana-Cuyarí* (2): Punta Tigre y Campo Alegre
- *Cuenca Atabapo* (2): Cacahual y Coayare

Dependen del **Centro de Salud Chorroboacán**:

- *Cuenca del Alto Inírida* (3): Garza Morichal, Zancudo y Danta.

Dependen del **Centro de Salud Barrancominas**:

- *Cuenca río Guaviare* (7): Mapiripana, Carpintero, La Unión, Pueblo Nuevo, Murciélagos, Arrecifal y Puerto Esperanza.

Dependen del **Centro de Salud San Felipe**:

- *Cuenca Bajo Guainía* (2): Galilea y Puerto Colombia.

Dependen del **Centro de Salud San José**:

- *Cuenca Alto Guainía* (2): Guariluma y Santa Rita (2017).



Gráfica 4. Mapa de distribución de Centros y Puestos de Salud que conforman la red de prestación de servicios de salud en el departamento de Guainía (Fuente: Secretaría de Salud Guainía, 2015).

Talento humano

Para garantizar la operación del modelo, el talento humano es un recurso indispensable. Se requiere la contratación de talento humano en condiciones de formalidad laboral y con incentivos que permitan la continuidad y permanencia en la región, con especial énfasis en el personal de salud comunitaria (Gestores indígenas y Auxiliares en Salud) que estarán ubicados en los Puestos de Salud. Es necesario garantizar un plan de formación regular para los Agentes Médicos Tradicionales Indígenas en salud, para los Gestores y Auxiliares en Salud, para los Auxiliares de Enfermería, para los Técnicos Profesionales, Profesionales y Especialistas, tanto en competencias, como en capacitaciones y educación continuada, que incluya la salud intercultural, el diálogo de saberes, el liderazgo y la gestión del cambio.

El Modelo Integral de Atención en Salud contempla la formación de equipos multidisciplinarios para la atención en salud, con actividades intra-murales y extra-murales.

Se debe garantizar un plan de formación regular para agentes médicos tradicionales indígenas en salud (Gestores) y auxiliares en salud pública, auxiliares de enfermería, técnicos profesionales, profesionales y especialistas y mantener el Plan de Formación y Capacitación del Talento Humano en Salud definido por el MSPS y el Departamento de Guainía descrito en el convenio de formación de médicos especialistas en Medicina Familiar bajo la modalidad de formación en servicio, de conformidad con los términos del artículo 10 del Decreto 2561 de 2014. De la misma manera garantizar continuidad en el plan de formación de Gestores desarrollada por el SENA.

Es fundamental contar con talento humano en salud formado desde el enfoque intercultural que responda al cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades de los pueblos indígenas. La formación de Técnicos en Salud y Gestores Comunitarios desde el enfoque intercultural, es prioritario para la conformación de equipos en salud y la atención socio-sanitaria. En el entendido que cada pueblo indígena tiene su cultura y saberes propios, deben integrarse a los programas de formación su cosmovisión, las formas acumuladas de saberes y los desarrollos de las leyes de origen y las estructuras político – organizativas propias. Al plantear la formación desde esta

perspectiva, donde se tiene en cuenta el contexto y las realidades de los pueblos indígenas, se está reconociendo la pertenencia étnica y la necesidad de plantear proyectos formativos desde el enfoque intercultural que respondan tanto a los requerimientos de los pueblos indígenas como a las políticas macro en salud. En este sentido la formación con enfoque intercultural es clave para la prestación de servicios en los Puestos de Salud que se encuentran distribuidos en las cuencas y micro cuencas del departamento de manera concertada con las autoridades indígenas.

Como resultado de un trabajo conjunto entre el Gobierno Nacional y Departamental la Institucionalidad Indígena de Guainía, se definió la participación en los equipos multidisciplinarios de diferentes perfiles profesionales y ocupacionales, incluyendo de manera específica a los Gestores Comunitarios y Auxiliares de enfermería quienes serán las personas responsables de las actividades en los Puestos de salud.

Los Gestores de Salud Comunitaria forman parte de las comunidades adscritas y son delegados por las autoridades comunitarias para formar parte de los equipos de salud. Considerando que sus tareas se enfocan en la promoción y educación en salud, así como en la articulación entre la Medicina Tradicional Indígena y la Medicina Convencional, la prevención de la enfermedad y gestión del riesgo a nivel familiar y comunitario. Para ser Gestor se debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Personas de las comunidades, que viven en ellas y que han sido delegadas por sus líderes y/o autoridades según los requisitos concertados
- En el caso de tratarse de pueblos indígenas, se requerirá el manejo de la lengua nativa.
- Las principales competencias de los Gestores se definen en la *Tabla 15*.

Tabla 15. Principales competencias de los Gestores de Salud Comunitaria, Modelo Integrado de Atención en Salud, departamento de Guainía (Fuente: Vice-Ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, MSPS, 2014).

Reconocer la situación de salud de las familias y comunidades de acuerdo con el plan integral de cuidado primario de la salud concertado con la población adscrita y el equipo de salud. .
Apoyar a las familias y comunidades en acciones de promoción de salud, gestión integral del riesgo y prevención de la enfermedad de acuerdo con el plan integral de cuidado primario de la salud concertado con la población adscrita y el equipo de salud.
Participar en el monitoreo y seguimiento de las acciones en salud de las familias y comunidades de acuerdo con el plan integral de cuidado primario de la salud concertado con la población adscrita y el equipo de salud.
Participar en la evaluación de los resultados de las acciones implementadas de acuerdo con indicadores y objetivos definidos.

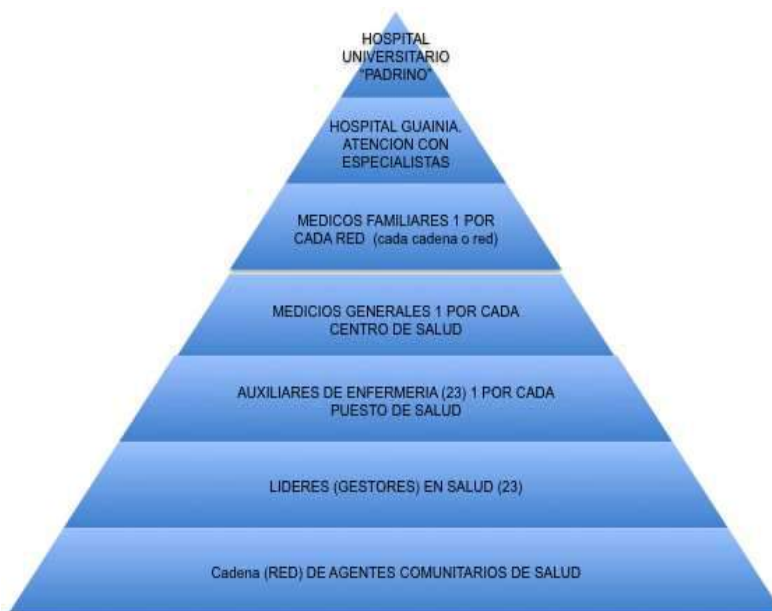
El listado completo de las competencias y actividades a cargo de los Gestores de Salud Comunitaria y los demás responsables de la atención en salud en el MIAS se encuentra disponible en el *Anexo 1* (Listado de Actividades y Competencias personal de salud MIAS, Guainía).

Infraestructura

En el modelo se plantea el acceso de la población a los servicios de salud, a través de una red primaria y complementaria, conformada de la siguiente manera:

- 23 Puestos de Salud
- 4 Centros de Salud
- 1 Hospital Nivel II
- 1 Hospital Universitario o de Nivel III, IV

El personal estará ubicado de acuerdo con sus competencias en estos lugares, realizando acciones que garanticen la resolutiveidad, de acuerdo con su nivel de competencia (*Gráfica 5*).



Gráfica 5. Esquema de prestación de servicios para el Modelo Integral de Atención en Salud en el departamento de Guainía.

Tecnología Biomédica

El modelo requiere que la red de prestación de servicios del departamento incorpore elementos de tecnología biomédica que le permitirán incrementar la resolutiveidad, al tiempo que reducirá la necesidad de remisiones fuera del departamento. Dentro de los elementos que se consideran como necesarios para lograr este propósito se encuentran los siguientes:

- Fortalecer los servicios de Telesalud
- Formación del talento humano
- Consulta especializada
- Apoyo en imágenes diagnósticas con: TAC, mamografía, ecografía e imagenología vascular en el Hospital de Inírida, radiología digital en el Hospital de Inírida y en los Centros de Salud, ecografía portátil en los Centros de Salud
- Apoyo en diagnóstico de laboratorio con: Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) en los Puestos y Centros de Salud, diagnóstico en el punto de atención del paciente (POCT, por sus siglas en Inglés) en los Centros de Salud

Sistema de información y comunicación

Es necesario que el modelo cuente con herramientas estandarizadas para el diagnóstico socio-epidemiológico para la captación, sistematización y remisión de pacientes, de acuerdo con la gestión integral del riesgo en salud (p.ej.: herramientas para la clasificación del riesgo individual, clasificación sociodemográfica y familiogramas). Estas herramientas deben estar articuladas con el SISPRO.

Las comunicaciones en el sistema de salud del departamento se realizan con Radio de alta frecuencia, que es el medio de comunicación más eficaz y tiene reconocimiento en la zona, según el diagnóstico realizado. “muchos” radios presentan fallas, por lo que no están en uso (no se tuvo acceso al número exacto). Los radios de alta frecuencia tienen como característica que no necesitan repetidores y hay pocos gastos de funcionamiento. Sin embargo, es necesario tener un plan estricto de supervisión técnica y capacitación de los usuarios para mantener una buena comunicación. La red de radio también puede ser vista como un elemento clave para el CRUE y para las actividades de telesalud y telemedicina. Cada Puesto de Salud debe tener un radio de alta frecuencia instalado pues son el punto de referencia para la comunidad, y estos deben estar en comunicación permanente con los Centros de Salud, que a su vez deben estar comunicados, por lo menos con el Hospital de Inírida.

Se propone un sistema de comunicación VSAT (Video Ad Serving Template – una forma de realizar videos, que pueden ser enviado fácilmente por internet) también que debe estar instalado en cada Centro de Salud, incluyendo Barrancominas, en el caso de que la red telefónica este fallando, no sólo para proporcionar servicios de voz (a través de VoIP) para telemedicina, datos, y otras necesidades, sino también para proveer acceso a Internet para el personal de salud.

Así mismo, es necesario fortalecer el análisis de la información con la ayuda de los grupos de Análisis de Situación en Salud, que permita el abordaje de los determinantes sociales de la salud desde los distintos sectores. Por último se debe establecer un sistema de vigilancia epidemiológica comunitaria (COVECOM) no solamente para eventos de notificación obligatoria, sino también para fenómenos asociados a las prácticas tradicionales de cada comunidad que trabaja articuladamente con los COPAI (Comités de participación indígena).

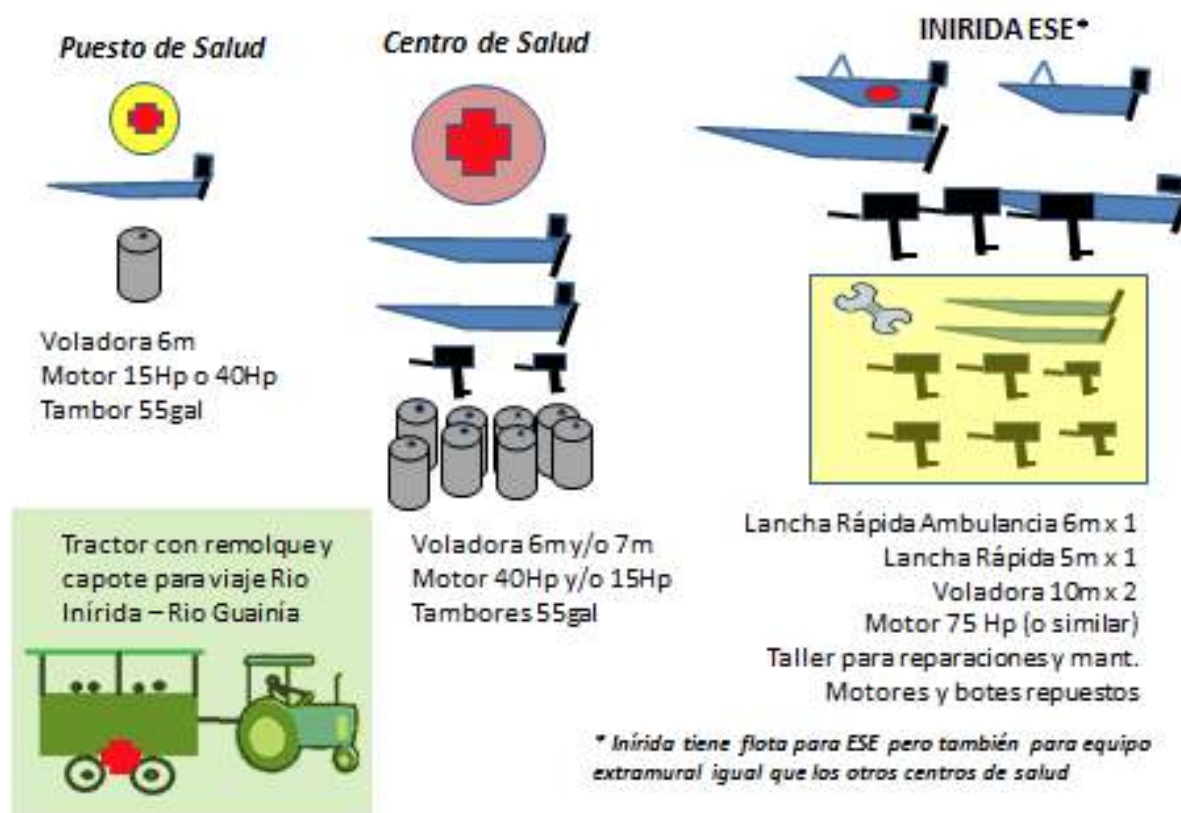
Sistema de transporte

El departamento de Guainía tiene una extensión superior a los 70.000 Km², como se mencionó en el primer apartado del presente documento, pero solamente cuenta con una red de 58 kilómetros de carreteras, de los cuales 37 km se encuentran en la ciudad de Inírida, el resto se ubica en las comunidades cercanas de la cabecera municipal y en el corregimiento de Barrancominas. El mantenimiento de una red de salud en un área dispersa requiere un enorme esfuerzo logístico. Aunque el transporte del Departamento se fundamenta en el transporte fluvial, no hay conexión directa entre los ríos del sur del Departamento, donde los ríos desembocan en la cuenca del Río Negro que confluye en el río Amazonas en la República de Brasil y al norte en el río Orinoco, en frontera con la República de Venezuela. Este obstáculo de 135 km de la tierra y pantano, entre ambas regiones del departamento, se puede atravesar en tractor con remolque, en un viaje de 12 horas.

Para mejorar el sistema de transporte existente se hace necesario intensificar la red de transporte fluvial, con el uso de los Centros de Salud como puntos estratégicos para servicios y transferencias, así como aumentar la flota con gestión centralizada. En el marco del mejoramiento de la flota fluvial y de acuerdo al documento de modelo propuesto por la Universidad de Los Andes y el BID, se requiere dotar y mejorar las lanchas y motores con características diferentes dependiendo del río donde van a operar. Recientemente unos nuevos motores fuera de borda han sido enviados a las zonas rurales, pero no se pudo tener acceso a un inventario actualizado. Es necesario elaborar un inventario completo y una evaluación técnica de los botes y motores existentes, antes de adquirir nuevos equipos así como incluir en los inventarios motores de reserva (para Centros de

Salud e Inírida), con el fin de reducir el impacto de las averías mecánicas que puedan convertirse en barrera para la oportunidad en el transporte de pacientes. (Se anota la importancia de tractor y remolque con capote y sillas para transportar pacientes del Río Inírida, al Río Guainía).

Es necesario también, diseñar un plan de desplazamiento de los botes para garantizar que el regreso a su base sea inmediatamente después del servicio prestado, así como un plan de mantenimiento para los motores fuera de borda y el almacenamiento de combustible en Centros y Puestos de Salud incluyendo una reserva para las remisiones. Se deben prever visitas periódicas a la zona rural para brindar apoyo técnico y la formación en todos los niveles para los usuarios de la flota. La *Gráfica 6* muestra una propuesta de los equipos para el transporte que deben estar disponibles en cada punto de la red de prestación de servicios en el departamento de Guainía¹².



Gráfica 6. Propuesta de equipos para el transporte que deben estar disponibles en cada punto de la red de prestación de servicios en el departamento de Guainía (Fuente: UNIANDES, 2014).

4.3.3. Fortalecimiento Institucional

Teniendo en cuenta que la implementación y ejecución del modelo supone la participación articulada de varios agentes, se hace necesario, inicialmente, realizar un diagnóstico de las capacidades institucionales en relación con la participación de cada agente, con el fin de formular un plan de acción para reducir las brechas identificadas. Conociendo las capacidades que debe

¹² Universidad de los Andes. 2014. **Modelo Piloto de Prestación de Servicios de Salud en el Departamento de Guainía.** Facultad de Salud Pública – UNIANDES. Proyecto coordinado y financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo – BID.

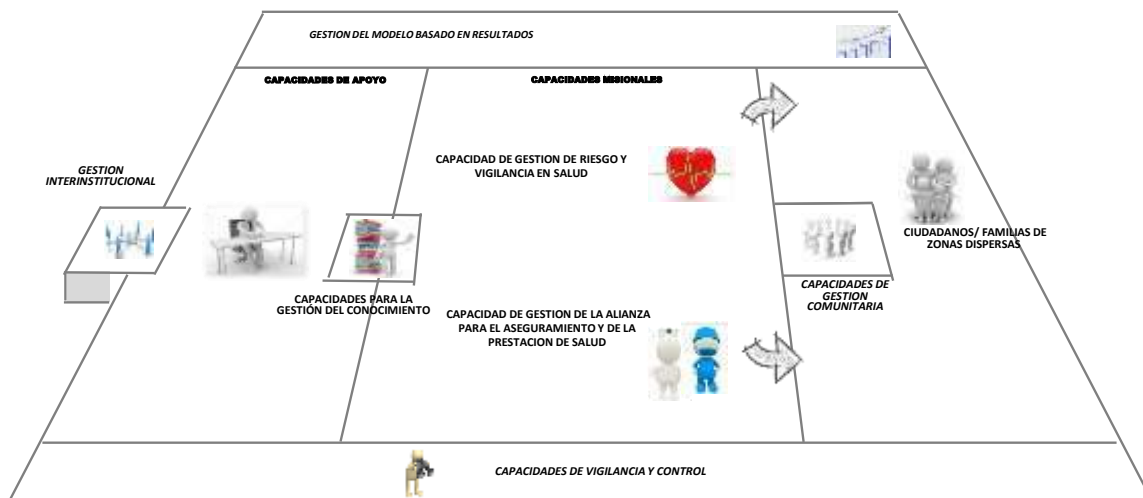
tener el modelo, en general, es posible definir las sub-capacidades y los atributos que en última instancia conformarán los instrumentos de evaluación que se aplicarán a cada agente.

Se han identificado como actores clave en la implementación y ejecución del modelo los siguientes:

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Superintendencia Nacional de Salud
- Alianza asegurador-prestador
- Entidad Territorial (Gobernación y sus Secretarías)
- Institucionalidad Indígena en Salud
- Comunidades

La intención es identificar (“medir”) las brechas de aquellos componentes de gestión clave, que potencialmente pueden inhibir el logro de los resultados esperados en el proceso de implementación del modelo. Con este insumo será posible establecer prioridades y definir un plan de acción a corto y mediano plazo que contenga las actividades requeridas para el cierre de las brechas identificadas.

Con esta finalidad, se adelantó un trabajo de identificación de las capacidades que deben hacer parte del modelo, así como sus relaciones, tal como lo muestra la *Gráfica 7*.



Gráfica 7. Capacidades para implementar y ejecutar el Modelo Integral de Atención en Salud en el departamento de Guainía (Fuente: Consultoría Fortalecimiento Institucional MIAS Guainía, BID).

El siguiente trabajo a realizar será realizar el diagnóstico de las brechas y proponer el plan de acción para fortalecer las capacidades de los agentes que tienen a cargo la responsabilidad de hacer realidad el modelo. Esta actividad se está adelantando con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

4.3.4. Auditoría Técnica y Financiera

El MIAS tendrá una Auditoría Técnica y Financiera que le permitirá realizar un seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte de los agentes que participen en su implementación y operación, así como también le permitirá realizar ajustes expost, especialmente en la gestión de recursos, para los siguientes años de operación. Esta actividad es responsabilidad del MSPS y debe ser contratada con una entidad que cuente con la idoneidad para adelantar los siguientes procesos:

- Evaluación periódica del progreso programático y financiero del modelo
- Evaluación de la calidad de los servicios y los datos colectados en el sitio
- Evaluación de procesos de compra, administración y suministro de medicamentos e insumos
- Evaluación del proceso de auditoría externa del asegurador

4.3.5. Inspección, Vigilancia y Control

Esta actividad está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Al igual que se realiza en las demás entidades territoriales, se garantizará que el modelo mejore el acceso de la población a los servicios de salud en condiciones de equidad, calidad y oportunidad, respetando los derechos de los usuarios del sistema. La SNS ha participado cercanamente en la formulación del modelo y lo seguirá haciendo durante su operación y ajustes.

4.3.6. Evaluación

El Departamento de Planeación Nacional realizará las evaluaciones de procesos y resultados de la operativización del modelo que permitan determinar su efectividad en el departamento del Guainía, identificando los problemas que persisten y planteando acciones de mejora y soluciones para su escalamiento en zonas con características similares. Los objetivos específicos de la evaluación son:

- Evaluar la implementación de los procesos desarrollados en el modelo relacionados con el direccionamiento y administración del sistema, el acceso, calidad, aseguramiento y de la prestación de los servicios de salud
- Realizar una evaluación financiera que permita identificar los costos evitados con la adopción del nuevo modelo
- Evaluar los resultados en la población en términos de salud, aseguramiento, acceso y calidad de los servicios de salud
- Generar recomendaciones que brinden herramientas para mejorar, corregir y replicar el Modelo de atención y prestación de servicios del Departamento del Guainía, en territorios con características similares.

El alcance de esta evaluación será analizar de manera sistemática, mediante trabajo de campo, la operación del modelo de salud con el propósito de conocer cómo sus componentes, estrategias y las actividades respectivas conducen al logro de los objetivos propuestos por el modelo, así como detectar los problemas operativos a los que se enfrenta y las buenas prácticas que se realizan, de manera que se puedan emitir recomendaciones que permitan mejorar su gestión.

5. ANALISIS DE COSTOS PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO

La propuesta de la estructura de costos para la operación del MIAS en el departamento de Guainía, fue construida a partir de los costos reales de las actividades previstas en el modelo en cada uno de los micro--territorios, Puestos y Centros de Salud, incluyendo tanto costos directos como indirectos para la operación. De igual forma, se analizaron y sumaron el presupuesto de ingresos y los gastos de la ESE MEP, teniendo en cuenta criterios de eficiencia; así como también, los gastos en que incurren las EPS por las atenciones individuales fuera del Departamento, incluyendo transporte, y los gastos en que incurre el Departamento para las atenciones No POS-S, con transporte dentro y fuera del Departamento.

Proyección de costos

La proyección de los costos se realizó con base en el Plan Financiero Territorial. Se proyectó la UPC a 8,5% para 2016, 5% y para 2017-2020, se tuvo en cuenta el 8% de la UPC para Administración. No se incluyó el Régimen Contributivo, las personas afiliadas al régimen contributivo podrían elegir la EPS autorizada para operar el Modelo en el departamento de Guainía. Con los supuestos anteriores, se estimó la siguiente proyección de costos (*Tabla 16*):

COSTOS PREVISTOS DEL MODELO PARA EL AÑO 1 (2016)

Talento Humano mínimo	\$ 11.920.324.322
Gastos Generales	\$ 6.927.092.075
Gastos Administrativos	\$ 4.547.958.254
Referencia de pacientes	\$ 6.552.000.000
TOTAL	\$ 29.947.374.651

Tabla 16. Proyección de costos para la operación del MIAS en el departamento de Guainía en año 1-5, 2016-2020 (Fuente: Consultoría BID, 2015).

CONCEPTO	COSTO PROMEDIO DEL MODELO	2015 (EN MILLONES DE PESOS)	2016 (EN MILLONES DE PESOS)	2017 (EN MILLONES DE PESOS)	2018 (EN MILLONES DE PESOS)	2019 (EN MILLONES DE PESOS)	2020 (EN MILLONES DE PESOS)
PROYECCIÓN DE SALUD	\$ 20.668.665.844	\$ 17.624.803.635	\$ 18.847.416.397	\$ 20.536.383.837	\$ 22.493.200.559	\$ 23.358.425.877	\$ 24.246.453.801
MEJORAMIENTO POR PROCESOS	\$ 12.550.394.965	\$ 11.515.909.133	\$ 11.920.324.322	\$ 12.397.137.295	\$ 13.554.426.562	\$ 14.096.603.624	\$ 14.660.467.769
PROCESO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HISTORIALES, EN LA IPS, CUANDO EN CENTRO DE SALUD Y SERVICIOS DE SALUD	\$ 12.550.394.965	\$ 11.515.909.133	\$ 11.920.324.322	\$ 12.397.137.295	\$ 13.554.426.562	\$ 14.096.603.624	\$ 14.660.467.769
SALUD SEXUALIDAD	\$ 8.118.270.880	\$ 6.108.894.501	\$ 6.927.092.075	\$ 8.139.246.542	\$ 8.938.773.998	\$ 9.261.822.253	\$ 9.585.986.031
Medicamentos e insumos médicos ESE	\$ 3.623.000.000	\$ 2.717.250.000	\$ 2.812.353.750	\$ 3.876.610.000	\$ 4.012.291.350	\$ 4.152.721.547	\$ 4.298.066.801
Medicamento e insumos PS	\$ 1.968.018.122	\$ 1.968.018.122	\$ 2.036.898.757	\$ 2.105.779.391	\$ 2.179.481.670	\$ 2.255.763.528	\$ 2.334.715.252
Medicamento e insumos CS	\$ 1.887.252.758	\$ 943.626.379	\$ 1.415.439.568	\$ 1.472.057.151	\$ 2.038.232.978	\$ 2.119.762.297	\$ 2.193.953.978
Transporte Combustible	\$ 374.000.000	\$ 280.500.000	\$ 387.090.000	\$ 400.180.000	\$ 414.186.300	\$ 428.682.821	\$ 443.686.719
Planta eléctrica, combustible	\$ 159.000.000	\$ 119.250.000	\$ 164.565.000	\$ 170.130.000	\$ 176.084.550	\$ 182.247.509	\$ 188.626.172
Mantenimiento	\$ 107.000.000	\$ 80.250.000	\$ 110.745.000	\$ 114.490.000	\$ 118.497.150	\$ 122.644.550	\$ 126.937.110
COSTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - PRESTACIÓN	\$ 20.668.665.844	\$ 17.624.803.635	\$ 18.847.416.397	\$ 20.536.383.837	\$ 22.493.200.559	\$ 23.358.425.877	\$ 24.246.453.801
PROCESO DE ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y LOGÍSTICOS QUE GARANTIZAN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS HISTORIALES	\$ 2.724.390.294	\$ 2.690.344.475	\$ 2.797.958.254	\$ 2.909.876.584	\$ 3.060.035.179	\$ 3.182.436.586	\$ 3.312.436.586
TOTAL COSTO	\$ 23.393.056.139	\$ 20.315.148.109	\$ 21.645.374.651	\$ 23.446.260.421	\$ 25.553.242.777	\$ 26.418.461.055	\$ 27.428.890.386
PROCESO DE TRANSPORTE Y ATENCIÓN DE PACIENTES FUERA DEL GUAINÍA	\$ 6.552.000.000	\$ 6.552.000.000	\$ 6.552.000.000	\$ 6.552.000.000	\$ 6.552.000.000	\$ 6.552.000.000	\$ 6.552.000.000
ADMINISTRACIÓN DEL AGUAFRÍO	\$ 1.750.000.000	\$ 1.750.000.000	\$ 1.750.000.000	\$ 1.750.000.000	\$ 1.750.000.000	\$ 1.750.000.000	\$ 1.750.000.000
TOTAL REQUERIMIENTO NUEVO MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	\$ 31.695.056.139	\$ 28.617.148.109	\$ 28.947.374.651	\$ 31.748.260.421	\$ 34.720.461.055	\$ 35.730.890.386	\$ 37.730.890.386

La Tabla 17 presenta la comparación entre la proyección de costos para la operación del MIAS en el departamento de Guainía, para los años 1-5 (2016 a 2020) y la disponibilidad de recursos, certificada por la Dirección de Financiamiento Sectorial del MSPS y el departamento de Guainía.

Tabla 17. Comparación entre la proyección de costos para la operación del MIAS en el departamento del Guainía y la disponibilidad de recursos (Fuente: Dirección de Financiamiento Sectorial, MSPS y Gobernación Departamental de Guainía, 2015).

	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020
COSTO MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - GRADUALIDAD	\$ 28.617.148.109	\$ 29.947.374.651	\$ 31.748.260.421	\$ 33.737.542.077	\$ 34.720.461.055	\$ 35.730.890.386
TOTAL FUENTES DE FINANCIACIÓN TOTALES	\$ 27.400.027.043	\$ 29.904.920.881	\$ 31.472.035.291	\$ 33.234.847.860	\$ 34.849.732.342	\$ 36.717.409.028
DEMANDA	\$ 21.466.474.352	\$ 23.706.821.010	\$ 25.204.420.678	\$ 26.777.387.454	\$ 28.318.343.742	\$ 29.864.843.431
OFERTA + APORTES	\$ 3.823.918.000	\$ 4.025.176.139	\$ 4.029.503.169	\$ 4.152.205.619	\$ 4.156.976.169	\$ 4.406.920.793
SALUD PÚBLICA - OPERADOR 40%	\$ 2.109.634.691	\$ 2.172.923.732	\$ 2.238.111.444	\$ 2.305.254.787	\$ 2.374.412.431	\$ 2.445.644.804
REQUERIMIENTO NUEVO MODELO	-\$ 1.217.121.066	-\$ 42.453.770	-\$ 276.225.130	-\$ 502.694.217	\$ 129.271.287	\$ 986.518.642



ANEXOS

Anexo 1. Listado de Actividades y Competencias personal de salud MIAS, Guainía (Archivo en MS Excel).