



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE ORINOQUIA
INSTITUTO DE ESTUDIOS DE LA ORINOQUIA

**ELEMENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN DIAGNOSTICO DEL
SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE ORINOQUIA
INSTITUTO DE ESTUDIOS DE LA ORINOQUIA

ELEMENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN DIAGNOSTICO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA

Grupo de Investigación Ingeniería de la Salud Universidad Nacional de Colombia

Universidad Nacional de Colombia
Moisés Wassermann Lerner, Rector
Beatriz Sánchez H. Vicerrectora General
Julio E. Colmenares M. Vicerrector Sede Bogotá
Ing. Diego F. Hernández L. Decano Facultad de Ingeniería
Sonia E. Monroy V. Vicedecana de Investigación y Extensión, Facultad de Ingeniería
José Julián García González, Director Sede Orinoquia 2009-2010
Rodrigo E. Cardenas A. Director Sede Orinoquia 2010-2012

Grupo de Investigación
Ingeniería de la Salud

Autores

Carlos H. Caicedo E.
Edna A. Sandoval C.
Francisco Rossi B.
Iván Jaramillo P.
Luz H. Castillo M.
Sandra P. Guerrero P.

Asesores

Narda L. Guerrero A.
Mileibys Y. Zocadagui C.

Estudiantes

Pedro F. Fuentes R.
Henry A. Pabón Q.

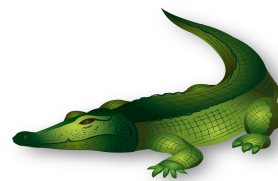


TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
1 LA REGION DE LA ORINOQUIA	8
2 GENERALIDADES DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA	11
1.1 POBLACIÓN INDÍGENA	12
1.2 MUNICIPIOS	13
1.3 GEOGRAFÍA ECONÓMICA	14
1.4 INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS	15
1.5 PETRÓLEO	15
3 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SECTOR SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA	17
3.1 ANTECEDENTES	17
3.2 COMPETENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD	17
3.3 DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS	20
3.4 INFORMACIÓN PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS.	24
3.5 DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS	25
3.6 ASIGNACIÓN COMPONENTE SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA	25
3.7 RECURSOS DE REGALÍAS	26
3.7.1 CRITERIOS DE INVERSIÓN DE LOS RECURSOS DE REGALÍAS DIRECTAS ANTERIORES A LA EXPEDICIÓN DE LA LEY 1283 DE 2009	26
3.8 MODIFICACIONES INCORPORADAS EN LA LEY 1283 DE 2009	31
3.9 UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE REGALÍAS EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA	33
3.10 SITUACIÓN FINANCIERA DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA	34
4 ANÁLISIS DE LA POBLACION DE ARAUCA	36
2.1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS	37
1.5.1 TASA DE NATALIDAD	37
1.5.2 ESPERANZA DE VIDA AL NACER	38
1.5.3 TASA BRUTA DE FECUNDIDAD	39

<u>5</u>	<u>SITUACION DE SALUD DE ARAUCA</u>	<u>40</u>
5.1	MORBILIDAD	40
5.2	MORTALIDAD	41
1.6	MORTALIDAD INFANTIL	41
5.3	COBERTURAS DE VACUNACIÓN	42
5.4	COMPONENTE AIEPI Y NUTRICIONAL	43
<u>6</u>	<u>ANÁLISIS DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO.</u>	<u>48</u>
<u>7</u>	<u>ANALISIS FRENTE A LOS RESULTADOS DE SALUD PÚBLICA.</u>	<u>51</u>
7.1	RECURSOS HUMANOS.	53
7.2	COBERTURA.	54
7.3	MODALIDAD DE VINCULACIÓN.	54
7.4	APOYO JURÍDICO	55
7.5	LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA.	56
7.6	RECURSOS FÍSICOS, DE INFORMACIÓN, DE MOVILIZACIÓN Y DE COMUNICACIONES.	56
<u>8</u>	<u>DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAUCA</u>	<u>57</u>
8.1	LA UNIDAD DE SALUD DE ARAUCA	59
<u>9</u>	<u>DETERMINANTES DE LAS CAUSAS DE LA SITUACIÓN QUE VIENE PRESENTADO EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA FRENTE AL SISTEMA DE SALUD</u>	<u>63</u>
<u>10</u>	<u>RECOMENDACIONES</u>	<u>68</u>
<u>11</u>	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>70</u>
<u>12</u>	<u>ANEXO NO 1 RESULTADOS DE LA MATRIZ DOFA</u>	<u>72</u>
<u>13</u>	<u>ANEXO NO 1 LISTADO DE PATICIPANTES</u>	<u>78</u>

INDICE DE TABLA

TABLA 1 POBLACIÓN DE LA ORINOQUIA DANE 2009.....	9
TABLA 2 POBLACIÓN DE ARAUCA PROYECTADA 2009	36
TABLA 3 TASA IMPLÍCITAS DE CRECIMIENTO Y NATALIDAD (POR MIL) DEPARTAMENTO DE ARAUCA.....	38
TABLA 4 TASAS IMPLÍCITAS DE CRECIMIENTO Y NATALIDAD (POR MIL) PROMEDIO NACIONAL	38
TABLA 5 TASAS IMPLÍCITAS DE CRECIMIENTO Y NATALIDAD (POR MIL) PROMEDIO NACIONAL	38
TABLA 6 TASAS IMPLÍCITAS DE CRECIMIENTO Y NATALIDAD (POR MIL) VALLE DEL CAUCA.....	38
TABLA 7 ESPERANZA DE VIDA AL NACER	38
TABLA 8 ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS).....	38
TABLA 9 ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS).....	39
TABLA 10 ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS) BOGOTÁ.....	39
TABLA 11 DIEZ PRIMERAS CAUSA DE MORBILIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA PARA EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA 2008	40
TABLA 12. TOTAL PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD CINCO MUNICIPIOS 2006 - 2010.....	48
TABLA 13. TOTAL PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR NATURALEZA JURÍDICA 2006 -2010	48
TABLA 14. TOTAL PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR CLASE 2006 -2010.....	49
TABLA 15. TOTAL PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS POR NIVEL 2006 - 2010... 49	49
TABLA 16. EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEPARTAMENTO DE ARAUCA	49
TABLA 17 CAPACIDAD INSTALADA – CAMAS POR DEPARTAMENTO 2009.....	50
TABLA 18 CAPACIDAD INSTALADA – QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO POR DEPARTAMENTO 2009	50
TABLA 19 MORTALIDAD MATERNA DEPARTAMENTO DE ARAUCA Y NACIONAL.....	52
TABLA 20 AFILIACIÓN Y COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO AÑO 2002.....	59
TABLA 21 CLASIFICACIÓN DE DEBILIDADES	65
TABLA 22 CLASIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES	65
TABLA 23 CLASIFICACIÓN DE FORTALEZAS.....	66
TABLA 24 CLASIFICACIÓN DE AMENAZAS.....	66
TABLA 25 TABLA DE DOFA	67

INTRODUCCIÓN

A partir de un marco teórico e instrumental, el propósito de un diagnóstico es dar elementos para avanzar en la comprensión de un sistema tomando como base la recolección de información válida sobre su naturaleza y preparar un análisis de los datos cuyo fin es realizar la retroalimentación; promoviendo de esta manera una mayor comprensión de la organización a los miembros de la misma y sobre la base de ese entendimiento, determinar los cambios deseables.

El documento que aquí se presenta se desarrolló durante el año 2010 en el departamento de Arauca y está conformado por diez capítulos que abordan desde el diagnóstico de la Orinoquia como Región; pasando por las generalidades del departamento de Arauca; el sistema general de participaciones del sector salud para el departamento de Arauca; el análisis de la población de Arauca; el análisis la situación de salud de Arauca; la presentación del sistema de salud en Colombia y la Unidad de Salud de Arauca; el análisis de la oferta de servicios de salud en el departamento de Arauca; los análisis de los anteriores diagnósticos frente a los resultados de salud pública; una retroalimentación analizando con los involucrados las causas de la situación que viene presentado el departamento de Arauca frente al Sistema de Salud; finalizando con las recomendaciones.

Cabe resaltar que este ejercicio fue coordinado por el Instituto de Estudios de la Orinoquia (IEO) con el apoyo de la Gobernación de Arauca, en cabeza del Dr. Luis Eduardo Ataya. Así mismo, es importante destacar el trabajo realizado por el equipo de asesores y estudiantes auxiliares del Grupo de Investigación Ingeniería de la Salud.

1 LA REGION DE LA ORINOQUIA

El territorio de la Orinoquia está dividido en siete departamentos, los cuales no siempre tuvieron esta categoría pues, con excepción del Meta, los demás tenían categoría de Intendencias o Comisarías hasta 1991. Los departamentos que integran la Orinoquia son: Arauca, Casanare, Guainia, Guaviare, Meta, Vaupés y Vichada.

El término Orinoquia tiene dos connotaciones. Si se refiere a la hoya hidrográfica, su extensión es mayor porque involucra todas las aguas que confluyen al Orinoco, incluidas las que nacen en la parte más alta de la Cordillera Oriental y las que llegan al río Guaviare por la banda derecha. Si se toma como región natural, la extensión solo se circunscribe a las sierras planas, comúnmente llamadas Llanos Orientales (Corpes Orinoquia 2004).

La Orinoquia colombiana presenta seis ecosistemas: el Piedemonte, la Orinoquia inundable, la Orinoquia no inundable, el Anden Orinoqués, la Serranía de La Macarena y la Selva de Transición.

La cuenca del río Orinoco en Colombia sobresale por su riqueza hídrica, su importancia histórica como medio de comunicación y de transporte nacional e internacional, y su diversidad cultural, de paisajes y ecosistemas terrestres y acuáticos que albergan distintas formas de vida hasta ahora poco conocidas. Es considerada por muchos como la despensa alimentaria de Colombia y también con perspectivas industriales: forestal, acuícola agropecuaria, eco turística. El potencial petrolero en el subsuelo lanero ha sido en los últimos decenios la base de la economía regional, junto con actividades agropecuarias como ganadería, cultivos de palma, arroz, soya, entre otras (Correa 2005).

El 35% la cuenca del río Orinoco presenta una superficie de 220.262 km² y se encuentra en territorio de Colombia y abarca el 19.3% del territorio continental del país. Incluye todo el departamento del Vichada, el 62% del departamento del Meta, el 97% del departamento del Casanare y el 91% del departamento de Arauca. Adicionalmente incluye tres municipios de Boyacá, tres de Cundinamarca y uno de Norte de Santander (Pérez A G 2009).

Según las proyecciones del Dane (Proyecciones municipales de población 2005-2011) la población para el 2009, se describen en la siguiente tabla:

Tabla 1 Población de la Orinoquia DANE 2009

Departamento	Habitantes	Participación
Meta	853.115	52%
Casanare	319.502	20%
Arauca	244.507	16%
Guaviare	95.551	6%
Vichada	62.013	4%
Guaina	35.230	2%
Total	1.497.292	100%

De acuerdo con el documento "Transformación productiva de los ecosistemas de la Orinoquia". La principal forma de ocupación de la Orinoquia sigue siendo la ganadería extensiva en sabanas naturales (de hatos o fundo, o hacienda ganadera). Los fundos y hatos incluyen extensiones importantes de sabana, y otros ecosistemas asociados (caño o río, bosque de galería o mata de monte, humedales) que en conjunto proveen espacios para la agricultura de subsistencia, la caza y la pesca e, incluso, la cría de cerdos.

Los sistemas tradicionales de vida en el llano, incluyen la práctica de la quema de las sabanas, para renovar las pasturas y con fines de caza. La quema evita la acumulación de biomasa en el suelo, y libera nutrientes. En promedio se quemaron tres millones de hectáreas durante la temporada seca entre los años 2000 y 2008. Esto equivale al 4% del total de quemaduras de Suramérica (Tansley et al, 2008 en IAVH 2009).

A lo largo de las vegas de los ríos, en especial el Meta, (Forero et al, 1997) se presenta el sistema productivo de los "vegueros". Son formas de vida que se remontan a culturas prehispánicas que fueron adoptadas por los llaneros criollos. Los vegueros cultivan en banquetas de los ríos plátano o yuca, y maíz y tubérculos en áreas inundables. Alrededor de su vivienda establecen un huerto y complementan su forma de vida con la caza y la pesca; en un sistema relacionado con el fundo ganadero. Así, la ganadería de sabana, asociada con la vega, bosques de galería, ríos y caños, matas de monte, lagunas y morichales, constituye un complejo sistema socio ecológico. El río además es medio de transporte del ganado.

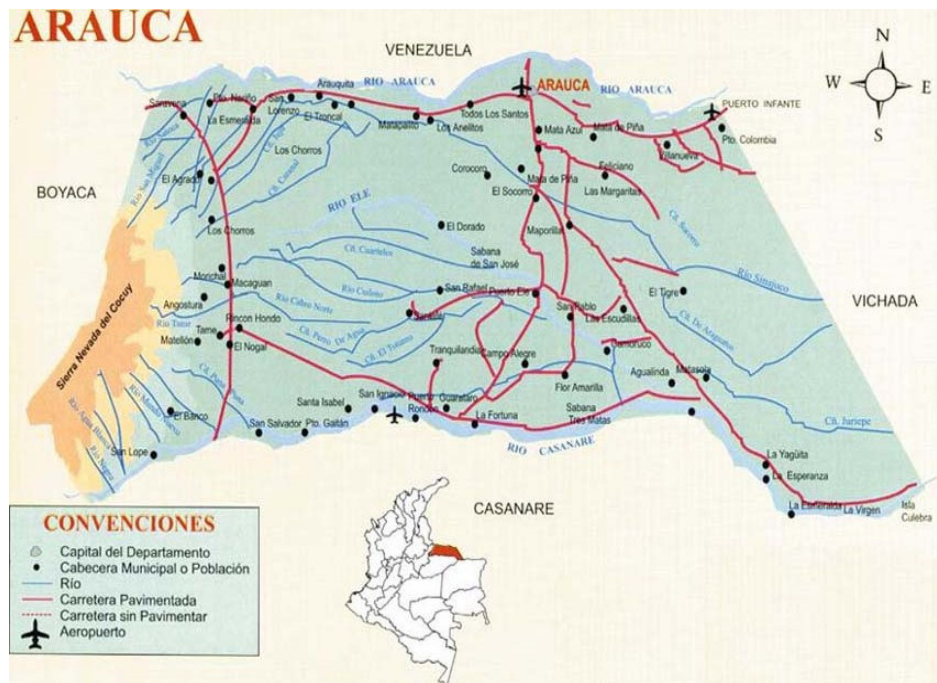
Las formas de ocupación agroindustrial más reciente, a diferencia de las anteriores, implican la transformación profunda de los ecosistemas naturales manejados, de las costumbres locales y de las relaciones sociales. Los cambios sociales también han

desencadenado importantes procesos de urbanización. Los procesos actuales de cambio ecológico se reflejan principalmente en el reemplazo de los sistemas de producción de ganado en sabanas naturales por sistemas de monocultivos intensivos (Etter et al, 2006).

2 GENERALIDADES DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA

El departamento de Arauca, hace parte de la gran cuenca del río Orinoco, se encuentra ubicado al oriente del país entre la República de Venezuela y los departamentos de Vichada, Meta y Boyacá. La superficie del departamento es de 23.818 Km², que corresponde al 2,2% del total de la superficie del país que lo ubica como el departamento No. 17 en extensión de Colombia. Solo hasta la constitución de 1991 fue declarado como Departamento, antes se denominaba intendencia y hacia parte de lo que parte de los llamados territorios nacionales. Administrativamente este departamento está dividido en siete municipios así: Arauquita, Cravo Norte, Fortul, Puerto Rondón Saravena, Tame y Arauca, su capital.

La población del Arauca para el año 2009 según cifras del DANE era de 244.507 habitantes, de los cuales el 62,71% se ubica en las cabeceras y un 38,28 % en el resto del departamento. El 93% de la población son mestizos y blancos, un 4% de negros y afrocolombianos y por ultimo un 2% de indígenas.



1.1 Población Indígena

La población indígena total del departamento son en total 4.903 personas, y está conformada por 6 pueblos distribuidos de la siguiente forma: Makaguan 1824, Sikuaní 615, Betoy 656, Hitnü 589, Inga 146, U'wa 1093. En su territorio se localizan 26 resguardos en un área de 128.167 hectáreas.

La población indígena, decidió conformar la Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales Indígenas del Departamento de Arauca (ASCATIDAR) bajo los principios de TIERRA, CULTURA, UNIDAD Y AUTONOMIA. Es la máxima instancia de representación de los pueblos en el departamento de Arauca y la encargada de velar por los derechos de las comunidades. Otro organismo de representación indígena es ASOCATA (Asociación de Cabildos Tradicionales), a esta pertenecen siete cabildos.

POBLACIÓN INDÍGENA	COMUNIDADES	MUNICIPIOS	RESGUARDOS
4.903 ¹	Asentadas en 35 comunidades	Ubicadas en jurisdicción de los municipios de Saravena, Fortul, Puerto Rondón, Arauquita, Arauca, Cravo Norte y Tame	Los pueblos indígenas con sus líderes y organizaciones han asegurado la tenencia de la tierra mediante la constitución de 27 resguardos legalmente reconocidas por el gobierno nacional, en trámite de constitución en resguardo se encuentra el territorio Cuilotos I, Cuilotos Marrero, Inga, Calafitas I y CalafitasII.

Los pueblos indígenas de Arauca han sido históricamente atropellados por los diferentes procesos de orden político, social, económico cultural, que han implementado las distintas entidades públicas y privadas, que en muchos casos ha desconocido la cultura propia, necesidades y derechos de los pueblos indígenas, una de las iniciativas más conocidas es la exploración y explotación petrolera al interior de los territorios-antiguos, santuarios de reproducción cultural y despensa de la oferta ambiental como legados de sus antepasados a las generaciones de hoy.

Los territorios indígenas y las comunidades del departamento de Arauca, han sido afectadas por problemas de seguridad como consecuencia del conflicto armado, lo cual ha generado el desplazamiento de tres comunidades actualmente y seis en riesgo de desplazamiento, asesinatos de líderes y confinamiento, esto incide de forma negativa en la supervivencia y permanencia en el territorio, retroceso del proceso organizativo y desintegración cultural

1.2 Municipios

Arauca es la capital del departamento se localiza sobre la orilla del río Arauca; está comunicada con Venezuela por el Puente internacional José Antonio Páez; se conecta hacia el centro del país mediante "La Ruta de los Libertadores" que une a las ciudades de Caracas y Bogotá. Por su situación geográfica es un punto de tránsito obligado por una vía que integra dos países, sin embargo su integración regional con el resto del país es muy limitada, motivo por el cual se observa discriminación en comparación con la zona céntrica. El área total es de 584.126 hectáreas, el casco urbano posee 2.052 hectáreas y el resto esta asignada a la zona rural, presenta una altitud de 125 m sobre el nivel del mar y una temperatura de 28° promedio.

Tame es una localidad situada en el suroccidente del departamento de Arauca y Distante de la capital departamental 130 Km. al sudoeste. Este municipio tiene una gran riqueza fluvial ya que es bañado por los ríos Arauca, Banadía, Bojabá, Casanare, Cravo Norte, Cuiloto, Cusai, Ele, Mundo Nuevo, Negro, Satoca y Tame. Es paso obligado para quienes viajan del centro del país al departamento Araucano. En cuanto a su extensión territorial Tame posee 6457 km², una altitud de 320 metros sobre el nivel del mar y temperatura promedio de 28°. Las principales actividades económicas de Tame son la ganadería y la agricultura.

Araucuita está ubicado sobre la margen derecha del Río Arauca, en el centro del departamento de Arauca, tiene una extensión territorial de aproximadamente de 3.281,23 km², aproximadamente a 70 Km. al occidente de la capital del departamento con una altura de 155 metros sobre el nivel del mar y una temperatura promedio de 28°. Araucuita pertenece a la cuenca del río Orinoco, cuenta con abundantes recursos hídricos, que nacen en su mayoría en la Cordillera Oriental lo que origina en su trayecto numerosos ríos y caños secundarios. Araucuita deriva su economía del cultivo del plátano con 6.000 Hectáreas; cacao con 3.200 Hectáreas y producción de 1.950 toneladas/año de caña panelera y cultivos

transitorios como yuca, maíz, Caraota y arroz, siendo estas actividades la base económica del municipio.

Cravo Norte está ubicado en aproximadamente a 90 Km al sudeste de la capital departamental; su jurisdicción está regada por las aguas de los ríos Casanare, Cravo, Lipa y Ele y numerosos caños y otras corrientes de agua; en los límites con el departamento del Vichada, el río Meta, ya con las aguas del Casanare incluidas, es el límite natural. Este municipio se encuentra a 100 metros sobre el nivel del mar y posee una temperatura de 28° en promedio. La actividad económica de Cravo Norte está basada en la explotación ganadera extensiva. La agricultura que se practica en sus suelos, es apenas de subsistencia.

Saravena es el tercer municipio más importante del departamento de Arauca. Nació gracias a la colonización de mediados del siglo XX, teniendo como base de su población a grupos provenientes de prácticamente todo el país; en poco más de una década pasó de ser una cooperativa agrícola, parte del municipio de Tame a convertirse en municipio en 1976. Se encuentra a 196 km de Arauca, con una temperatura y a una altitud de 190 metros sobre el nivel del mar.

1.3 Geografía Económica

El departamento de Arauca posee todos los pisos térmicos y tipos de relieve, el clima de la región presenta grandes contrastes, se puede categorizar como ecuatorial lluvioso. Con respecto al sistema hidrográfico, el departamento posee las cuencas hidrográficas del río Arauca y la del río Casanare.

La explotación petrolera, la ganadería, la agricultura, los servicios y el comercio, son en su orden, las actividades económicas más importantes del departamento.

A partir de 1984 Arauca ha estado participando incesantemente de las actividades llegadas por el auge del petróleo en los yacimientos de la región. El producto de las regalías es hoy el principal renglón de la economía y ello ha permitido emprender obras básicas de infraestructura.

En Arauquita se encuentra ubicado el complejo petrolero de Caño Limón, en donde se explotan hidrocarburos por parte de la Asociación Cravo Norte conformada por la Occidental de Colombia. Hoy, esta actividad le representa al municipio unos ingresos por regalías de \$ 5.000 millones de pesos promedio anual con un comportamiento creciente por nuevas exploraciones.

Los suelos de la región han demostrado buenas condiciones para el cultivo de cacao, el plátano, la yuca, arroz, el maíz y árboles frutales, además de cultivos industrializados como la palma africana, el sorgo, la soya y el ajonjolí. La actividad ganadera se centra en la cría, levante y engorde de vacunos; su comercialización se dirige hacia Puerto López, Bucaramanga y Cúcuta. La producción agrícola se destina principalmente a satisfacer la demanda local.

El sistema de explotación ganadera predominante es el semi-extensivo de ciclo completo con cría, levante y ceba, observándose la tendencia a incrementarse la ganadería de doble propósito, con cruces de Cebú con Holstein, Pardo suizo y Normando. Las fincas corresponden a un 85% a medianos y pequeños productores.

La gran riqueza hídrica representada en lagunas y humedales así como en numerosos ríos, caños y quebradas que bañan el municipio. Entre los principales ríos o caños están el río Arauca, el Lipa, el Ele y el Río Caranal; estas arterias fluviales conforman las principales cuencas y subcuencas presentes en el municipio.

1.4 Infraestructura de Servicios

Para los años 80' la cobertura del alcantarillado del municipio de Arauca, era de sólo el 48 por ciento. Se realizaron ampliaciones y extensión de redes para lograr coberturas del 90 por ciento en el lapso 1997-1998, incluyendo un sistema de tratamiento de aguas residuales. Es así como en la última Encuesta Nacional de Salud, el departamento de Arauca, al igual que Bogotá presentan coberturas de del 100% en el servicio de acueducto, energía eléctrica y recolección de basuras.

1.5 Petróleo

En 1982 la Occidental, como parte de la asociación Cravo Norte, perfora el pozo número uno que posibilita el hallazgo de Caño Limón, en junio de 1983. Con un total de 1,2 billones de barriles de reservas calculadas, este campo inicia su vida útil el 7 de diciembre de 1985, habiendo producido un promedio de 193.000 barriles diarios y un total de 778 millones de barriles en el lapso 1986-1996.

Sin el petróleo, probablemente Arauca estaría cuarenta años atrás. Cravo Norte, Puerto Rondón, Arauquita y Tame no habrían despertado a las nuevas tecnologías ni a los nuevos desarrollos de infraestructura. Con los recursos de las regalías, el cambio se dio en la red vial, tendido de redes eléctricas y ampliación de la matrícula escolar con la vinculación de centenares de docentes llegados de todo el país, atención médico – odontológica, créditos para estudio, vivienda y empresa pecuaria.

Se construyeron y pavimentaron 457 kilómetros de las siguientes carreteras: Sanavena-Araucuita-Arauca, 120 km; Arauca-Tame-río Casanare 231 km; Saravena-Tame, 70 km; Saravena-río Bojabá, 18 km; Tame-río Tame, 5 km; Tame-Rincón Hondo, 14 km. Así, el departamento de Arauca tiene un promedio de 19,6km de pavimento por cada 1.000 km², el cual es mayor que el promedio nacional. Culminados 67 km que se en el tramo Arauca-Tame y 60 km en el trayecto Arauca-Araucuita.

Se construyeron, además, 426 kilómetros de las siguientes carreteras: Rincón Hondo-Puerto Rondón-Gravé Norte 166 km; Arauca-Cravo Norte, 120 km; Arauca-Caracol, 140 km. Estas vías requirieron diez grandes puentes y casi 200 de tamaño pequeño o mediano. Entre los primeros se destacan los ubicados sobre los ríos Aguaimón, Bojabá, Banadía, Cananal, Lipa, Ele, y dos sobre el río Gravo.

Se pavimentaron 130 kilómetros de calles en la ciudad de Arauca, 50 km en Saravena, 50 km en Tame y cantidades menores en los demás municipios del Departamento. Se, ampliaron y mejoraron los aeropuertos de la totalidad de los municipios araucanos. Arauca es quizá el único Departamento de Colombia que tiene cuatro aeropuertos pavimentados y tres semiáfaltados con suelo-cemento.

Si bien es cierto que la inversión en la regalías produjo resultados que buscaron mejorar el nivel de vida de los araucanos, de igual forma *"en la inversión de regalías intervinieron unos factores que propiciaron errores y desaciertos y omisiones que ayudaron al desequilibrio social"*. Dentro de esos factores estaban la falta de acompañamientos y vigilancia de la administración central, la falta de madurez y preparación de la clase política, la presencia de actores de violencia en el proceso (guerrilla y paramilitares).

3 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SECTOR SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA

3.1 Antecedentes

El reordenamiento del Estado a partir de la Constitución Política de 1991, la redistribución de competencias y recursos entre los diferentes niveles del Estado y la transformación del Sistema Nacional de Salud –SNS– en el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–, regulados por las Leyes 60 y 100 de 1993, reestructuraron la administración del Estado en función de la demanda y ampliaron las competencias de las entidades territoriales en materia de salud. Los recursos para salud del SGP se distribuyen en tres grandes componentes: financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, prestación de servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y acciones de salud pública prioritarias para el país.

La orientación general, la definición de políticas, programas y prioridades en salud y la liquidación y distribución de recursos están a cargo del gobierno nacional. Corresponde a los gobernantes, a través de las direcciones departamentales y locales de salud, orientar y desarrollar la infraestructura necesaria e implementar los procesos requeridos para el cumplimiento de las acciones de promoción, prevención, vigilancia de la salud pública y control de factores de riesgo dirigido a la colectividad.

3.2 Competencias de los Departamentos en la prestación del servicio de salud

Compete a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el SGSSS en su jurisdicción. En salud pública, debe difundir, ejecutar y evaluar las políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del SGSSS que formule la Nación, brindar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del SGP con destinación específica para salud, administrar los Fondo Departamental de Salud, coordinar en su territorio el sistema integral de información en salud, garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública, formular y ejecutar el PAB departamental, dirigir y controlar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, coordinar con el INVIMA, el Fondo Nacional de Estupefacientes y las autoridades ambientales las actividades relacionadas con la competencia de cada

una de ellas, y en los corregimientos departamentales y municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen las entidades del área de la salud.

Las actividades que son competencia exclusiva de los departamentos en la prestación del servicio de salud están contempladas en el artículo 43 de la Ley 715 de 2001, el cual contempla lo siguiente:

[...] **Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud.** Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

43.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental.

43.1.1. Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.

43.1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

43.1.3. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.

43.1.4. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

43.1.6. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

43.1.7. Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

43.1.8. Financiar los tribunales seccionales de ética médica y odontológica y vigilar la correcta utilización de los recursos.

43.1.9. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.

43.1.10. Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la Nación.

43.2. De prestación de servicios de salud

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.

43.2.3. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.

43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

43.2.5. Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

43.2.6. Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.

43.2.7. Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.

43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

43.3. De Salud Pública

43.3.1. Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.

43.3.2. Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.

43.3.3. Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.

43.3.4. Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental.

43.3.5. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.

43.3.6. Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

43.3.7. Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.

43.3.8. Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.

43.3.9. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen

en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.

43.4. De Aseguramiento de la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud

43.4.1. Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.

43.4.2. En el caso de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991, administrar los recursos financieros del Sistema General de Participaciones en Salud destinados a financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales, así como identificar y seleccionar los beneficiarios del subsidio y contratar su aseguramiento [...].

3.3 Distribución de los Recursos

Los elementos esenciales de la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, en lo que corresponde a las competencias asignadas a los departamentos por el mismo sistema, fueron señalados en los artículos 49 y 58 de la Ley 715 de 2001. Sin embargo, los elementos señalados en los artículos citados anteriormente, fueron modificados por el Decreto 2878 de 2007, el cual, reglamentó parcialmente el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, así:

[...] ARTÍCULO 1o. OBJETO. El presente decreto fija los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud (SGP-S) para el componente de salud pública y para la financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, en desarrollo de lo establecido en el literal a) del numeral 1 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, y sólo serán aplicables a la distribución y asignación que realice la Nación.

ARTÍCULO 2o. DEFINICIONES. Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:

Factor de dispersión poblacional: Es el resultado de dividir la extensión en kilómetros cuadrados de cada distrito o municipio entre la población urbana y rural del mismo. El ajuste se hará a favor de los municipios cuyo indicador esté por encima del promedio nacional, de acuerdo con un factor que determinará anualmente el Conpes Social.

Factor no POS-S: Valor en porcentaje de los servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado y corresponde a la diferencia del gasto en salud entre la unidad de pago por capitación promedio del régimen contributivo, descontado el gasto administrativo, y la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado descontando el gasto administrativo. Este factor será definido anualmente por el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación de conformidad con lo señalado en el inciso 6o del artículo 66 de la Ley 715 de 2001.

Población de corregimientos departamentales: La población pobre por atender de los corregimientos departamentales hará parte del cálculo de los recursos de que

trata el presente decreto y dichos recursos serán administrados por el departamento correspondiente. Los corregimientos departamentales a que hace referencia el presente decreto son aquellas áreas no municipalizadas pertenecientes a los nuevos departamentos creados por la Constitución Política de 1991.

Población pobre no asegurada: Es aquella población urbana y rural de cada distrito, municipio o corregimiento departamental, identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes, no afiliada al régimen contributivo, a un régimen excepcional o al régimen subsidiado.

La población pobre no asegurada para los efectos de los cálculos de distribución y asignación de los recursos del SGP-S, será la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución. El Ministerio de la Protección Social certificará al Departamento Nacional de Planeación la población pobre no asegurada en los términos y condiciones previstos en el Decreto 159 de 2002, e igualmente comunicará la metodología y los datos que sirvieron de base para el cálculo de dicha población.

ARTÍCULO 3o. RECURSOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE SALUD PÚBLICA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES DE SALUD. Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud (SGP-S) que se destinarán al componente de salud pública corresponderán al 10.1% de la bolsa total del SGP-S, el porcentaje restante una vez descontados los recursos destinados por la Ley 1122 de 2007 a la financiación del régimen subsidiado, se destinará a la financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda.

ARTÍCULO 4o. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES DESTINADOS A LA FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA Y A LAS ACTIVIDADES NO CUBIERTAS CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA. Para efectos de la distribución del monto de los recursos del SGP-S descontados los recursos destinados a la financiación del régimen subsidiado y a salud pública, se definirá un porcentaje para la financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, y un porcentaje para la financiación de las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda.

La participación de los recursos a ser asignados para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada se determinará teniendo en cuenta la participación que tenga el total nacional de esta población ajustada por el factor de dispersión poblacional frente al total nacional de esta población ajustada por el factor de dispersión poblacional más la totalidad de los afiliados al régimen subsidiado ponderados por el factor NoPOS-S.

La participación de recursos a ser asignados para las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda se determinará teniendo en cuenta la participación que tenga la población total nacional afiliada al régimen subsidiado ponderada por el factor NoPOS-S frente al total nacional de la población pobre no asegurada ajustada por el factor de dispersión poblacional más la totalidad de los afiliados al régimen subsidiado ponderados por el factor NoPOS-S.

ARTÍCULO 5o. DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA. La distribución de los recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada se realizará por municipio, distrito y corregimiento departamental, teniendo en cuenta la participación de la población pobre no asegurada ajustada por el factor de dispersión poblacional de cada entidad territorial, frente al total nacional de la población pobre no asegurada ajustada por

el factor de dispersión poblacional.

La asignación entre departamentos, municipios y distritos se hará con base en el porcentaje que para el efecto definan anualmente el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, el cual deberá considerar tanto el nivel de complejidad de los servicios que deben ser financiados así como los responsables de garantizar su prestación. La determinación del porcentaje deberá construirse a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, validados y disponibles.

PARÁGRAFO 1o. Al Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se le aplicará el factor de dispersión que corresponda a las entidades cuya dispersión esté por encima del promedio nacional.

PARÁGRAFO 2o. La asignación para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada de los municipios certificados que hayan asumido la competencia para la prestación de los servicios de salud, será girada directamente a estos por la Nación. Para los demás municipios el respectivo departamento será el responsable de prestar los servicios de salud y administrar los recursos correspondientes.

ARTÍCULO 6o. DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS QUE FINANCIAN LAS ACTIVIDADES NO CUBIERTAS CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA. El cálculo de la distribución de los recursos, para la financiación de las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, se realizará por municipio, distrito y corregimiento departamental teniendo en cuenta la participación de la población afiliada al régimen subsidiado de cada entidad territorial ponderada por el factor NoPOS-S frente al total nacional de la población al régimen subsidiado ponderada por el factor NoPOS-S.

La asignación entre departamentos, municipios y distritos se hará con base en el porcentaje que para el efecto definan anualmente el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación; el porcentaje deberá tener en cuenta el nivel de complejidad de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, considerando tanto el nivel de complejidad de los servicios que deben ser financiados así como los responsables de garantizar su prestación. La determinación del porcentaje deberá consultar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, validados y disponibles.

ARTÍCULO 7o. APORTES PATRONALES. Conforme a lo dispuesto en el artículo 58 de la Ley 715 de 2001, si la totalidad de los recursos asignados a cada entidad territorial, a que se refieren los artículos 5o y 6o del presente decreto, es menor que el valor de los aportes patronales, se reconocerán dentro de esta asignación el valor del aporte patronal. No obstante si los aportes patronales son menores, se asignará el valor calculado. Los aportes patronales para efectos de la distribución no podrán crecer por encima de la inflación causada en el respectivo período. Estos recursos se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos.

PARÁGRAFO 1o. Cuando por efecto de la reducción de los costos laborales, se reduzcan los requerimientos de recursos para los aportes patronales, los excedentes se destinarán a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda.

PARÁGRAFO 2o. Cuando la asignación a las entidades territoriales se haya realizado teniendo en cuenta el mínimo por aportes patronales, y se determine un mayor valor en la asignación por errores de estimación u otros no justificados este se redistribuirá por el Conpes Social a las demás entidades territoriales.

ARTÍCULO 8o. COMPENSACIÓN. Con el fin de evitar una disminución de los recursos que financian la prestación de servicios de salud a la población pobre no

asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda que pueda afectar la atención de dicha población, la asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud incluirá un factor de compensación decreciente.

El Conpes Social realizará la compensación de la siguiente manera:

1. De la base de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda se destinará un porcentaje de compensación de la siguiente manera: en 2007 será del 15.6%; para el 2008 será del 10%; para el 2009 el 5%; para el 2010 será del 3%, y a partir del año 2011 no habrá compensación, el resto de los recursos se distribuirá conforme a los artículos 4o a 7o del presente decreto.

2. Los recursos de la compensación se distribuirán entre los municipios, distritos y departamentos que obtuvieran un monto inferior al asignado en la vigencia inmediatamente anterior para financiar la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda. El monto inferior es la diferencia que resulta de restar la asignación de la vigencia actual, calculada con base en los artículos 5o a 7o del presente decreto, y la asignación del año anterior.

3. Esta compensación se distribuirá y asignará aplicando, al monto a ser compensado, la distribución proporcional de la sumatoria de las disminuciones en recursos que se presenten en las entidades territoriales. No se tendrán en cuenta para la aplicación de la compensación, aquellas entidades territoriales donde el valor total asignado de los recursos de que tratan los artículos 5o y 6o, del presente decreto hayan sido ajustados en función del valor requerido para aportes patronales.

4. La compensación por entidad territorial podrá ser diferencial y deberá ser decreciente y no aplicará para los municipios que lograron cobertura universal en el régimen subsidiado. La cobertura universal será determinada con base en la información certificada por el Ministerio de la Protección Social al Departamento Nacional de Planeación [...].

En lo que concierne a las competencias de los departamentos, en materia de salud pública, la Ley 715 de 2001 estipuló que la distribución de este componente se realizaría con base en tres criterios, ellos son: 1. Población por atender; 2. Equidad; y 3. Eficiencia administrativa. Igualmente, la Ley señaló que los recursos distribuidos por este concepto, deberán ser iguales a los asignados en la vigencia anterior incrementados en la inflación causada. Adicionalmente, con el objeto de evitar que los recursos distribuidos por este concepto se vean disminuidos a razón de los resultados del censo de 2005 y a los cambios que dicho censo produjo en los datos de población y en el índice de necesidades básicas insatisfechas, se aplicará lo estipulado en el Decreto 317 de 2008, el cual señala lo siguiente:

[...] Artículo 1°. Transiciones en la aplicación de los resultados del censo 2005 en la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones. Con el propósito de evitar los efectos negativos derivados de las variaciones de los datos del Censo 2005 en la distribución del Sistema General de Participaciones y de garantizar la adecuada prestación de los servicios a cargo de las entidades territoriales, en la distribución de los recursos del Sistema General de

Participaciones, se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. En la distribución por entidad territorial de los recursos de la participación de Propósito General del Sistema General de Participaciones se garantizará a todos los municipios y distritos, como mínimo el 57% de lo asignado por concepto de las doce doceavas de la vigencia 2007, por los criterios de población y pobreza.

Este porcentaje resulta de dividir el porcentaje de la participación de Propósito General del Sistema General de Participaciones definido en la Ley 1176 de 2007, descontado el porcentaje para municipios menores de 25.000 habitantes, entre el porcentaje de la participación de Propósito General del Sistema General de Participaciones definido en la Ley 715 de 2001.

2. En la distribución por entidad territorial de los recursos de calidad de la participación para Educación del Sistema General de Participaciones se garantizará a todos los municipios y distritos, incluyendo a las áreas no municipalizadas de los departamentos del Amazonas, Guainía y Vaupés, como mínimo el monto correspondiente a lo asignado en las doce doceavas del componente de calidad en la vigencia 2007, una vez descontados los recursos asignados por concepto de excedentes.

3. En la distribución de los recursos del componente de salud pública de la participación para salud del Sistema General de Participaciones, por los criterios de población por atender, nivel de pobreza, población a riesgo dengue, población a riesgo de malaria y población susceptible a ser vacunada, se garantizará a todos los municipios y distritos, como mínimo el monto correspondiente a lo asignado en las doce doceavas de la vigencia 2007, por estos criterios.

4. En la distribución de los recursos de la asignación especial para Resguardos Indígenas del Sistema General de Participaciones, se les garantizará, como mínimo, el monto correspondiente a lo asignado en las doce doceavas de la vigencia 2007, teniendo en cuenta los recursos disponibles para esta asignación [...].

Es importante anotar que el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 y la posterior aprobación del Decreto 3039 de 2007, mediante el cual se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública 2007 -2010, definieron nuevos criterios y elementos a tener en cuenta a la hora de desarrollar las actividades pertenecientes a este componente de la prestación del servicio de salud. Estos nuevos elementos, se suman a los criterios generales estipulados en la Ley 715 de 2001 para la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones que financiarán dichas actividades.

3.4 Información para la asignación de recursos.

La información utilizada para la distribución de recursos en materia de población urbana y rural, debe ser suministrada por el DANE. La información sobre la población pobre afiliada al SGSSS proviene del Sistema Integral de Información en Salud, del Ministerio de la Protección Social. La información sobre la población identificada por el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales que determine el Conpes debe ser consolidada y suministrada por el Departamento Nacional de Planeación. La información sobre la extensión de departamentos,

distritos y municipios la proporciona el Instituto Geográfico Agustín Codazzi, IGAC. La información para la aplicación de los criterios de equidad y eficiencia administrativa tenidos en cuenta para la distribución de los recursos del componente para acciones en salud pública la suministra el Ministerio de Protección Social. El factor de ajuste que pondera los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado lo definen conjuntamente el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Protección Social. (Artículo 66 ley 715 de 2001)

3.5 Destinación de los recursos

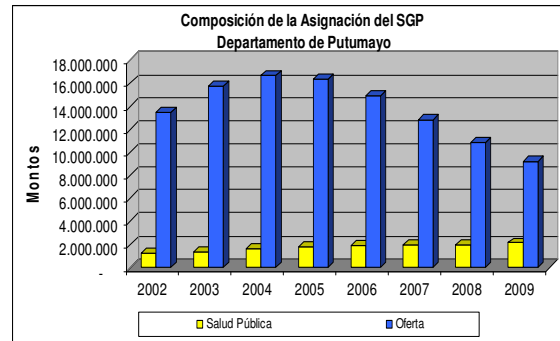
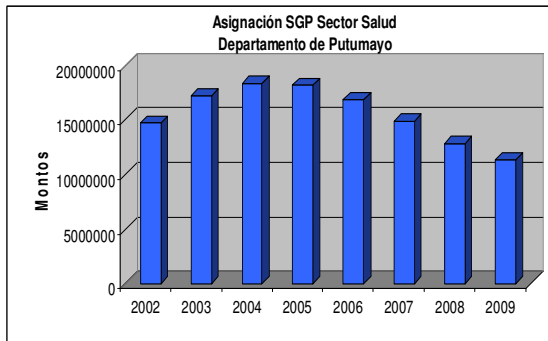
El artículo 47 de la Ley 715 de 2001 dispone cual es la destinación que el Sistema General de Participaciones proporciona al sector salud, así:

[...] Artículo 47. *Destino de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud.* Los recursos del Sistema General en Participaciones en salud se destinarán a financiar los gastos de salud, en los siguientes componentes:

- 47.1. Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total.
- 47.2. Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- 47.3. Acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud [...].

3.6 Asignación componente salud para el departamento de Arauca

Conforme a los diferentes documentos Conpes expedidos desde la vigencia de la Ley 715 de 2001, los montos asignados al sector salud para el departamento de Arauca ascendieron a \$ 124.230 millones. De dicho monto, \$110.015 millones correspondieron al componente de Oferta y \$14.096 millones al componente de salud pública. En la grafica 1 y 2 se observa el comportamiento de los montos asignados del Sistema General de Participaciones para el sector salud en el departamento de Arauca y su composición.



Fuente: DNP Asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones

3.7 Recursos de Regalías

Los principales criterios de inversión de los recursos de regalías y compensaciones de los cuales son beneficiarias las entidades territoriales, se encuentran contenidos en la Ley 141 de 1994, modificada por la Ley 756 de 2002 y en sus decretos reglamentarios. De la misma manera, la reciente expedición de la Ley 1283 de 2009, incluye algunas modificaciones y criterios en lo que concierne a la destinación de los recursos de regalías directas.

3.7.1 Criterios de Inversión de los recursos de Regalías Directas anteriores a la expedición de la Ley 1283 de 2009

La constitución política en sus artículos 332 y 360 determina que el Estado es propietario del suelo y del subsuelo y de los recursos naturales no renovables y reconoce como beneficiarias de las regalías directas a las entidades territoriales en cuya jurisdicción se explotan recursos naturales no renovables, así como los puertos marítimos y fluviales por donde se transportan los recursos explotados o sus productos derivados.

En cuanto al uso de los recursos de regalías directas por parte de los municipios y departamentos beneficiarios, la Ley 141 de 1994, modificada por la Ley 756 de 2002 y sus decretos reglamentarios establecen la destinación específica que las entidades territoriales deben darle a su participación en las regalías por la explotación de los recursos naturales no renovables, precisando lo siguiente:

1. Las inversiones que realicen las entidades territoriales deben estar contenidas en el Plan de Desarrollo municipal o departamental, obedecer a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 y los proyectos deben

estar debidamente formulados, radicados y viabilizados por el banco de proyectos de la entidad territorial.

2. Los recursos que reciben las entidades territoriales por concepto de regalías tienen como propósito cubrir las necesidades básicas de la población; por lo tanto las asignaciones se orientan principalmente a la inversión en proyectos que permitan a la población tener acceso a los servicios de educación básica, salud, agua potable, alcantarillado y disminución de la mortalidad infantil.
3. En atención a lo anterior el Decreto 1747 de 1995 estableció las coberturas mínimas para salud, educación, agua potable y alcantarillado y la cobertura máxima en mortalidad infantil, y determinó que Planeación Departamental sería el encargado de certificar el cumplimiento de estas coberturas para el caso de los municipios, y para el caso de los Departamentos el responsable de dicha Certificación sería el Ministerio del sector respectivo. Con la expedición del Decreto 416 de 2007, los responsables de la certificación de las coberturas para los municipios y departamentos son las entidades del nivel nacional, de la siguiente manera:

Cobertura	Responsable de la Certificación
Mortalidad Infantil Máxima	DANE
Salud	Ministerio de la Protección Social
Educación	Ministerio de Educación
Acueducto	Superintendencia de Servicios Públicos
Alcantarillado	Superintendencia de Servicios Públicos

Antes de la expedición del Decreto 416 de 2007, se encontraban 8 municipios beneficiarios de regalías y compensaciones que certificaron el cumplimiento de las 5 coberturas mencionadas. Es importante precisar que en esa oportunidad el responsable de dicha certificación era Planeación Departamental y en el momento en que la competencia fue trasladada a las entidades del nivel nacional, los ocho municipios dejaron de estar certificados en el cumplimiento de las coberturas. A la fecha ninguna entidad cumple con esta condición.

4. Cuando una entidad territorial no cumple con las coberturas enunciadas en el punto anterior debe destinar los recursos de regalías directas de la siguiente manera:

- Según lo previsto en el artículo 15 de la Ley 141 de 1994, modificado por el artículo 14 de la Ley 756 de 2002 y el artículo 12 del Decreto 416 de 2007 los municipios deben destinar como mínimo el 75% del total de los recursos a inversión para coberturas mínimas en salud, educación, agua potable, alcantarillado y mortalidad infantil máxima. Para el caso de salud y educación las inversiones deben obedecer las competencias del municipio establecidas para estos sectores en la Ley 715 de 2001. Del 25% restante la entidad puede destinar hasta un 5% para interventoría técnica y hasta un 5% para gastos de operación y puesta en marcha de los proyectos y el porcentaje restante 15%¹ para financiar otros proyectos priorizados en el plan de desarrollo y contemplados dentro de los sectores que menciona el artículo 76 de la Ley 715 de 2001.
 - De la misma manera, según lo previsto en el artículo 14 de la Ley 141 de 1994, modificado por el artículo 13 de la Ley 756 de 2002 y el artículo 12 del Decreto 416 de 2007 los departamentos deben destinar como mínimo el 60% del total de los recursos a inversión para coberturas mínimas en salud, educación, agua potable, alcantarillado y mortalidad infantil máxima. Para el caso de salud y educación las inversiones deben obedecer las competencias del departamento establecidas para estos sectores en la Ley 715 de 2001. Del 40% restante la entidad puede destinar hasta un 5% para interventoría técnica y hasta un 5% para gastos de operación y puesta en marcha de los proyectos y el porcentaje restante 30%² para financiar otros proyectos priorizados en el plan de desarrollo.
5. Si una entidad territorial, sea departamento o municipio, certifica el cumplimiento de las 5 coberturas puede destinar el 90% de sus recursos de regalías y compensaciones a otros proyectos de inversión diferentes coberturas. Es decir, la obligación de destinar como mínimo el 75% (caso municipio) o el 60% (caso departamento) para proyectos de inversión que impactan coberturas no sería de estricto cumplimiento. No obstante, la

¹ Puede variar según la destinación de recursos en gastos de operación y puesta en marcha, interventoría técnica de los proyectos financiados con regalías y en proyectos que impactan las coberturas, pues la Ley establece un porcentaje mínimo para coberturas, el cual puede ser superior al 75% según lo disponga el municipio, y los porcentajes de interventoría técnica y gastos de operación pueden ser inferiores al 5%.

² Se comporta de la misma manera que los municipios, es decir que este porcentaje es variable según la destinación de recursos realizada en proyectos de coberturas, interventoría técnica y gastos de operación y puesta en marcha.

entidad territorial debe garantizar la continuidad de los indicadores de cobertura.

6. Las entidades territoriales pueden destinar recursos de regalías y compensaciones a financiar programas de ajuste fiscal por medio de un programa de Saneamiento Fiscal (Ley 617 de 2000) o un Acuerdo de Reestructuración de Pasivos (Ley 550 de 1999), en este caso, los recursos reorientados a la financiación de estos programas pierden su destinación específica a inversión y de conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Decreto 416 de 2007, se deben excluir de la base de cálculo de los porcentajes mencionados en el punto 4.
7. Según lo previsto en el artículo 3 de la Ley 617 de 2000 los recursos de regalías y compensaciones no pueden ser destinados a financiar gastos de funcionamiento *“entendidos como aquellos que son utilizados para pagar las actividades continuas de la entidad territorial, cubren el pago de los servicios personales (para funcionamiento de la administración), los gastos generales en adquisición de materiales o insumos y en adquisición de equipos para la administración y las transferencias que legalmente deben hacerse a otras entidades como la asamblea departamental o concejo municipal”*³ de la misma manera el Decreto 416 de 2007 en su artículo 13 establece: *“(...) De conformidad con lo previsto en el artículo 3 de la Ley 617 de 2000 no serán financiables con regalías y compensaciones, gastos relacionados con el funcionamiento normal de la administración, para actividades o funciones permanentes.*

Sin embargo, a través del artículo 121 de la Ley 812 de 2003 se autorizó a los Departamentos beneficiarios de regalías directas destinar hasta el 10% de sus recursos para el pago de las mesadas pensionales. Esta autorización se mantuvo vigente por medio del artículo 160 de la Ley 1151 de 2007. Al igual que los recursos reorientados a la financiación de programas de ajuste fiscal, los destinados al pago de las mesadas pensionales se excluyen de la base de cálculo de los porcentajes mencionados en el punto 4.

8. Los gastos de operación y puesta en marcha que son objeto de financiación con recursos de regalías y compensaciones hasta en un 5% del total, son los

³ Concepto emitido por la Dirección de Regalías a través del oficio DR-SCV 20081520650051 del 31 de octubre de 2008.

que se generan por efecto de la administración de los proyectos ejecutados con dichos recursos en sus etapas de implementación y puesta en marcha. Con cargo a este rubro no podrían atenderse gastos relacionados con el funcionamiento normal de la entidad territorial y dentro de ellos, los relacionados con actividades o funciones permanentes de la administración.

Sin embargo, definir este concepto de gasto siempre ha sido complejo, puesto que la ejecución de proyectos de inversión de alguna manera está generando un gasto de funcionamiento que podría convertirse en permanente y recurrente, y ha sido difícil determinar y definir las actividades de implementación y puesta en marcha que no están relacionadas directamente con la etapa de inversión y que al mismo tiempo no se configuren en un gasto de funcionamiento prohibido por el artículo 3 de la Ley 617 de 2000.

Lo anterior se constituyó en una de las razones que motivo realizar la modificación a los artículos 14 y 15 de la Ley 141 de 1994, modificados por los artículos 13 y 14 de la Ley 756 de 2002 a través de la Ley 1283 de 2009.

9. Del 90% de recursos disponibles por los Departamentos para inversión⁴, el artículo 14 de la Ley 141 de 1994, modificado por el artículo 13 de la Ley 756 de 2002 determina que estas entidades territoriales debe destinar sus recursos así: *"(..)no menos del cincuenta por ciento (50%) para los proyectos prioritarios que estén contemplados en los planes de desarrollo de los municipios del mismo departamento, que no reciban regalías directas, de los cuales no podrán destinarse más del quince por ciento (15%) a un mismo municipio. En cualquier caso, tendrán prioridad aquellos proyectos que beneficien a dos o más municipios"*

Como se evidencia en el artículo citado anteriormente se presenta una restricción para la destinación de los recursos del Departamento en los municipios no beneficiarios de regalías y compensaciones, de máximo el 15% en cada uno de ellos. Sin embargo, no se presenta disposición alguna para la inversión del Departamento en los municipios que son beneficiarios de estos recursos.

⁴ Excluyendo el 5% máximo permitido para interventoría Técnica y el 5% máximo permitido para gastos de operación y puesta en marcha de proyectos.

Efectuar un control y seguimiento a la anterior disposición legal es complejo, puesto que en el caso de inversiones regionales que benefician al mismo tiempo a municipios beneficiarios y no beneficiarios de regalías, es difícil determinar con exactitud el porcentaje de inversión destinado a cada uno de los municipios.

10. El artículo 11 de la Ley 756 de 2002, determina la destinación de recursos para los resguardos indígenas cercanos a las zonas de explotación de recursos naturales no renovables de la siguiente manera: *"Cuando en un resguardo indígena o en un punto ubicado a no más de cinco (5) kilómetros de la zona del resguardo indígena, se exploten recursos naturales no renovables, el cinco por ciento (5%) del valor de las regalías correspondientes al departamento por esa explotación, y el veinte por ciento (20%) de los correspondientes al municipio, se asignarán a inversión en las zonas donde estén asentados las comunidades indígenas y se utilizarán en los términos establecidos en el artículo 15 de la Ley 141 de 1994."*

Los Departamentos que cumplan la condición enunciada en el artículo 11 de la Ley 756, transfieren el 5% de los recursos que corresponden a los resguardos indígenas, al municipio en donde está ubicado, para que sean ejecutados por esta entidad territorial obedeciendo a los criterios de inversión contenidos en el artículo 14 de la Ley 756 de 2002.

3.8 Modificaciones incorporadas en la Ley 1283 de 2009

En cuanto a la ejecución de recursos de regalías directas por parte de los municipios y Departamentos, la Ley 1283 del 5 de enero de 2009 modificó los artículos 14 y 15 de la Ley 141 de 1994 los cuales ya habían sido modificados por la Ley 756 de 2002, principalmente en los siguientes aspectos:

1. Precisó como sectores prioritarios de inversión la construcción, mantenimiento y mejoramiento de la red terciaria a cargo de las entidades territoriales, proyectos productivos y educación superior pública. Lo anterior sin perjuicio de poder destinar recursos de regalías y compensaciones en proyectos de inversión contenidos como prioritarios en el plan de desarrollo y que se incluyan en sectores diferentes a los enunciados en la Ley 1283 de 2009.

2. Estableció la obligatoriedad de destinar como mínimo el uno por ciento (1%) de los recursos de regalías y compensaciones a inversión en nutrición y seguridad alimentaria para lo cual se debe suscribir un convenio Interadministrativo con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. En este caso según las características de la población que se esté atendiendo se clasificaría como un proyecto de inversión que impacta cobertura o como otro proyecto priorizado en el Plan de Desarrollo.
3. Eliminó el concepto de “Gastos de funcionamiento u operación de los proyectos financiados con recursos de regalías y compensaciones”, contemplado en la Ley 141 de 1994, modificada por la Ley 756 de 2002 y reglamentada por el Decreto 416 de 2007.⁵ Con esta modificación se entiende que las etapas de implementación y puesta en marcha de los proyectos hacen parte de la inversión, al igual que los estudios previos y por lo tanto ya no es necesaria la separación que se solicitaba antes de la expedición de la Ley 1283 de 2009.
4. Amplió el porcentaje de destinación para la financiación de la interventoría técnica de los proyectos de regalías hasta en un 10%⁶ sobre el total de los recursos ejecutados por la entidad territorial.

La Ley 1283 de 2009 mantiene los criterios de inversión de los recursos de regalías Directas contenidos en el artículo 14 y 15 de la Ley 141 de 1994, modificada por los artículos 13 y 14 de la Ley 756 de 2002.

Los municipios y departamentos deben invertir como mínimo el 75% y 60% de sus recursos de regalías directas en proyectos de inversión que impacten los indicadores de coberturas contenidos en el Decreto 416 de 2007. Con el porcentaje restante se debe garantizar la financiación de la interventoría técnica de los proyectos, para lo cual están autorizados a destinar hasta el 10% de sus recursos; y finalmente, lo que reste se puede destinar para la financiación de otros proyectos contenidos en el plan de desarrollo diferentes a los que impactan las coberturas dando prioridad a los sectores de vías a cargo de las entidades territoriales, educación superior, proyectos productivos, saneamiento ambiental y los otros servicios públicos básicos esenciales.

⁵ Antes de la modificación contemplada en la Ley 1283 de 2009, el porcentaje máximo de destinación para este concepto de gasto era el 5% del total de los recursos destinados a financiar proyectos de inversión.

⁶ Antes de la modificación contemplada en la Ley 1283 de 2009, el porcentaje máximo de destinación para este concepto de gastos correspondía al 5% del total de los recursos destinados a financiar proyectos de Inversión.

Los Departamentos beneficiarios de regalías y compensaciones deben invertir del 90% de sus recursos, como mínimo el 50% en los municipios no beneficiarios de regalías y compensaciones, sin superar el 15% de inversión en cada uno de ellos. Es decir, se mantiene la disposición contenida antes de la expedición de la Ley 1283 de 2009.

3.9 Utilización de los recursos de Regalías en el departamento de Arauca

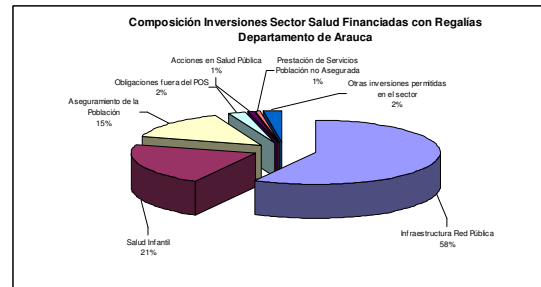
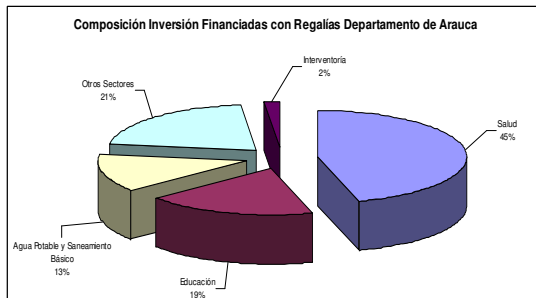
De acuerdo al informe presentado por la Dirección General de Regalías, durante la vigencia 2008, la administración departamental de Arauca no ejecutó los recursos de regalías y compensaciones conforme a la normatividad que rige la materia. Toda vez que no se alcanzaron los porcentajes de coberturas exigidos en la normatividad y la administración departamental no aclaró los alcances de algunas inversiones efectuadas durante dicha vigencia.

Durante la vigencia 2008, los recursos por concepto de regalías y compensaciones recaudados por la administración departamental ascendieron a \$304.381 millones. La composición de dicho recaudo fue: \$195.601 millones (64%) correspondieron al giro corriente de regalías; \$49.033 millones (16%) correspondieron a reservas de la vigencia 2007; \$24.948 millones (8%) correspondieron al superávit que de dicho recurso se obtuvo en la vigencia 2007; \$13.561 millones (4%) a rendimientos financieros; \$16.585 millones (5%) a rendimientos del FAEP; \$2.565 millones (1%) correspondieron a reintegros; y \$2.088 millones (1%) a cancelación de reservas.

En lo concerniente a la ejecución de inversiones con cargo a los recursos de regalías y compensaciones, el departamento de Arauca, realizó una serie de inversiones que ascendieron a \$172.090 millones. De dichas inversiones, el 58.4% (\$77.508 millones) se destinaron a proyectos tendientes a atender coberturas; el 18.9% (\$25.037 millones) fue destinado a ejecutar proyectos priorizados en el Plan de Desarrollo; 21.3% (\$28.198 millones) a gastos que requieren aclaración.

En lo que atañe al sector salud, la administración departamental ejecutó inversiones en dicho sector por un monto de \$47.689 millones. Los gastos en salud representaron el 45.7% del total de inversiones permitidas por la normatividad y efectuadas con cargo a los recursos de regalías y compensaciones. El 58% (\$27.725 millones) de las inversiones efectuadas en salud con cargo a las regalías se

destinaron a infraestructura de la red pública; el 21% (\$10.161 millones) fue destinado a programas en salud infantil; 15% (\$6.956 millones) de esas inversiones se destinaron a aseguramiento de la población; 2% (\$1.000 millones) se destinó a prestación del servicio a la población afiliada al régimen subsidiado en lo no cubierto por el POS; 2% en otras inversiones permitidas en el sector.



Fuente: DNP Informe de Ejecución de Recursos de Regalías y Compensaciones en Arauca 2008

3.10 Situación financiera del departamento de Arauca

A pesar de que el balance financiero del departamento, entre las vigencias 2006 y 2008, reflejó un comportamiento superavitario en la mayoría de sus componentes, debido en gran parte a los recursos de capital no ejecutados por la entidad territorial, el resultado corriente reflejó un comportamiento contrario. Situación que refleja la alta dependencia de la administración departamental frente a este tipo de recursos, los cuales, han representado dentro del período señalado, una participación promedio del 76% del total de los ingresos recaudados por la entidad.

INGRESOS TOTALES 2006 – 2008

GRÁFICO 1

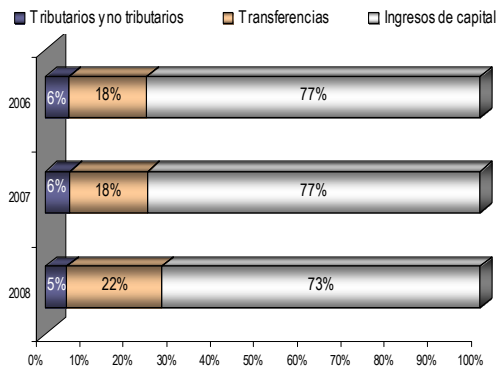


TABLA 1

valores en millones de \$

Concepto	2007	2008	2008/2007
Tributarios y no tributarios	29.670	24.151	-24,4%
Transferencias	94.185	104.891	3,4%
Ingresos de capital	403.490	350.527	-19,3%
TOTAL	527.345	479.569	-15,5%

Fuente: DAF con base en información de la Secretaría de Hacienda

En la composición de los ingresos de capital, las regalías son las más representativas (56%) seguidas por los recursos del balance (35%)⁷ y rendimientos financieros (9%).

⁷ Determinados por aquellos que amparaban reservas presupuestales constituidas al cierre de la vigencia 2007, vigencias expiradas de años anteriores y superávit fiscal.

4 ANALISIS DE LA POBLACION DE ARAUCA

La población de Arauca proyectada para el año 2009 es 244.507 habitantes equivalentes al 0,54% del total de la población Nacional (población nacional 44.977.758), lo cual representa un incremento de 105% (n= 12.389 personas) con relación al censo de 2005. El 61,7% reside en la cabecera del municipio. En la tabla se puede observar la distribución de la población por municipio, población cabecera y resto.

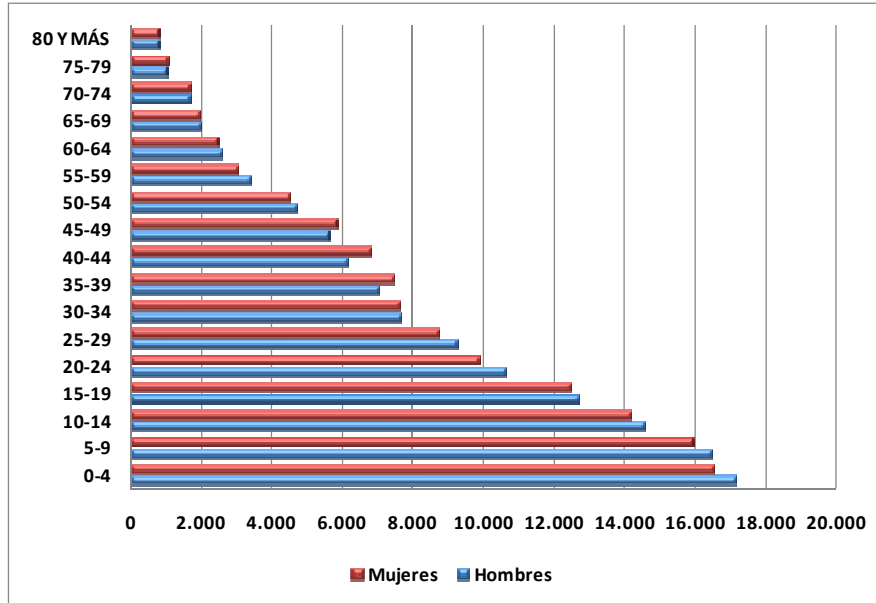
Tabla 2 Población de Arauca proyectada 2009

	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN CABECERA	POBLACIÓN RESTO
Municipio			
Arauca	80.832	68.642	12.190
Arauquita	38.607	16.533	22.074
Cravo Norte	3.531	2.361	1.170
Fortul	23.239	11.195	12.044
Puerto Rondón	3.953	2.775	1.178
Saravena	44.668	30.063	14.605
Tame	49.677	19.336	30.341
TOTAL DEPARTAMENTO	244.507	150.905	93.602
TOTAL NACIONAL	44.977.758	33.898.097	11.079.661

Fuente: DANE. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020

La pirámide poblacional es amplia en la base y disminuida en la cúspide, lo que representa una población joven. Los grupos de edad que presentan la mayor proporción son los menores de 24 años lo que genera un gran impacto en la demanda de servicios. El porcentaje de hombres para el departamento es de 50,5% y el de mujeres es de 49%.

Gráfico 1 Pirámide poblacional del Departamento de Arauca Población 2009



Fuente: DANE. Proyecciones de Población 2005-2020

2.1. Indicadores Demográficos

1.5.1 Tasa de Natalidad

La tasa estimada de crecimiento para el departamento de Arauca, para el periodo 2005- 2010 es de 23,85, superior a la tasa nacional (14,11%) y a departamentos como el Valle del Cauca (10,87).

Con respecto a la tasa de natalidad, para el periodo comprendido entre 2005- 2010 es de 30,05 (por mil nacidos vivos). Comparado con el promedio nacional es muy superior (14,11). Departamento como el Valle del Cauca cuenta con una tasa de natalidad de 17,09.

Tabla 3 Tasa implícitas de Crecimiento y Natalidad (por mil) Departamento de Arauca

Periodo	Crecimiento Natural	Natalidad
2005-2010	23,85	30,05
2010-2015	21,93	27,89
2015-2020	19,83	25,74

Fuente: DANE. Proyecciones de Población 2005-2020

Tabla 4 Tasas implícitas de Crecimiento y Natalidad (por mil) Promedio Nacional

Periodo	Crecimiento Natural	Natalidad
2005-2010	14,11	19,92
2010-2015	13,09	18,89
2015-2020	12,08	18,02

Fuente: DANE. Proyecciones de Población 2005-2020

Tabla 5 Tasas implícitas de Crecimiento y Natalidad (por mil) Promedio Nacional

Periodo	Crecimiento Natural	Natalidad
2005-2010	12,52	16,83
2010-2015	11,44	15,91
2015-2020	10,35	15,11

Tabla 6 Tasas implícitas de Crecimiento y Natalidad (por mil) Valle del Cauca

Periodo	Crecimiento Natural	Natalidad
2005-2010	10,87	17,09
2010-2015	10,36	16,43
2015-2020	9,69	15,80

Fuente: DANE. Proyecciones de Población 2005-2020

1.5.2 Esperanza de vida al nacer

Con respecto a la esperanza de vida al nacer estimada para el quinquenio 2005 – 2010 para el departamento de Arauca es de 65,23 años para los hombres y de 73,45 para las mujeres, cifras inferiores a las estimadas para el nivel nacional (70,67 años para los hombres y 77,51 años para las mujeres).

Tabla 7 Esperanza de vida al nacer (Años) Departamento de Arauca

Periodo	Hombres	Mujeres	Total
2005-2010	65,23	73,45	69,23
2010-2015	66,39	74,89	70,53
2015-2020	67,31	75,78	71,43

Fuente: DANE. Proyecciones de Población 2005-2020

Tabla 8 Esperanza de vida al nacer (años) Promedio Nivel Nacional

Periodo	Hombres	Mujeres	Total
2005-2010	70,67	77,51	74,00
2010-2015	72,07	78,54	75,22
2015-2020	73,08	79,39	76,15

Fuente: DANE. Proyecciones de Población 2005-2020

En comparación con departamentos como el Valle del Cauca (69,23 para los hombres y 78,41 para las mujeres), y Bogotá (74,57 para hombres y 79,72 para mujeres), Arauca presenta cifras muy inferiores con respecto a la esperanza de vida.

**Tabla 9 Esperanza de vida al nacer (años)
Departamento de Valle del Cauca**

Periodo	Hombres	Mujeres	Total
2005-2010	69,23	78,41	73,70
2010-2015	70,95	79,96	75,33
2015-2020	72,44	81,13	76,67

Fuente: DANE. Proyecciones de Población 2005-2020

Tabla 10 Esperanza de vida al nacer (años) Bogotá

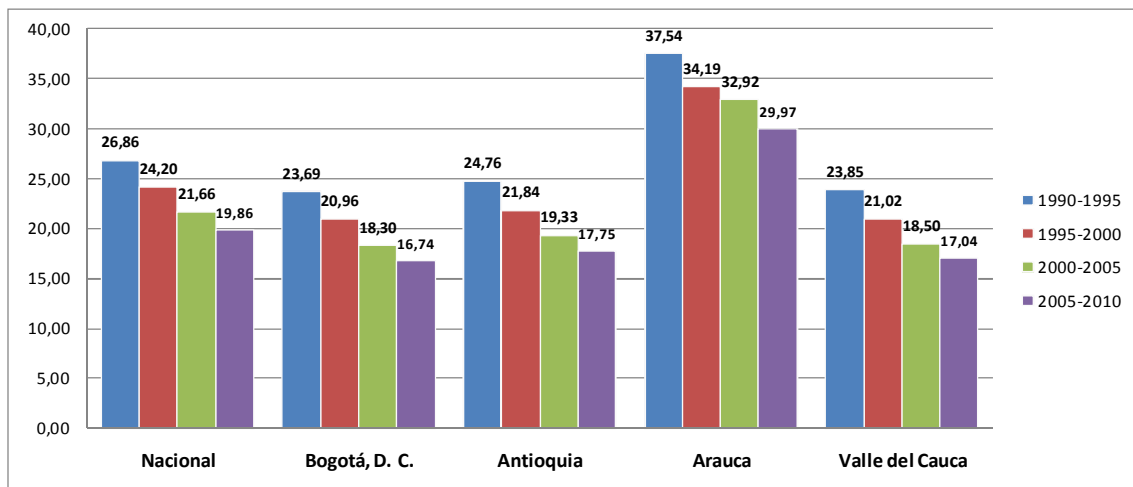
Periodo	Hombres	Mujeres	Total
2005-2010	74,57	79,72	77,08
2010-2015	75,94	80,19	78,01
2015-2020	76,83	81,02	78,87

Fuente: DANE. Proyecciones de Población 2005-2020

1.5.3 Tasa Bruta de Fecundidad

Con respecto a la Tasa Bruta de Fecundidad del departamento de Arauca, se puede evidenciar una tendencia a la disminución, paso de 37,54 para los años comprendidos entre 1990-1995 a 29,97. Sin embargo el departamento de Arauca sigue presentado tasas de fecundidad por encima del promedio nacional que es de 19,86 para los mismos años.

Gráfico 2 Tasa Bruta de Fecundidad por mil



Fuente: DANE. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020

5 SITUACION DE SALUD DE ARAUCA

5.1 Morbilidad

De acuerdo con el **PLAN DE SALUD TERRITORIAL DEPARTAMENTO DE ARAUCA 2008 – 2011** "En el departamento de Arauca, en los últimos tres años las enfermedades prevalentes de la infancia, siguen produciendo muertes en niños y niñas menores de 5 años, las más frecuentes en la población objeto son las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA), desnutrición infantil y maltrato infantil. Las IRA y EDA son una de las principales causas de consulta en el cada uno de los municipios del departamento, se presentaron 35.866 consultas por infección respiratoria aguda –IRA se han presentado caso de Enfermedad Diarreica Aguda –EDA- con 11.710 casos atendidos, de los cuales se presentaron de 3 casos de muertes por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), y 3 casos de muerte por infección respiratoria aguda IRA"

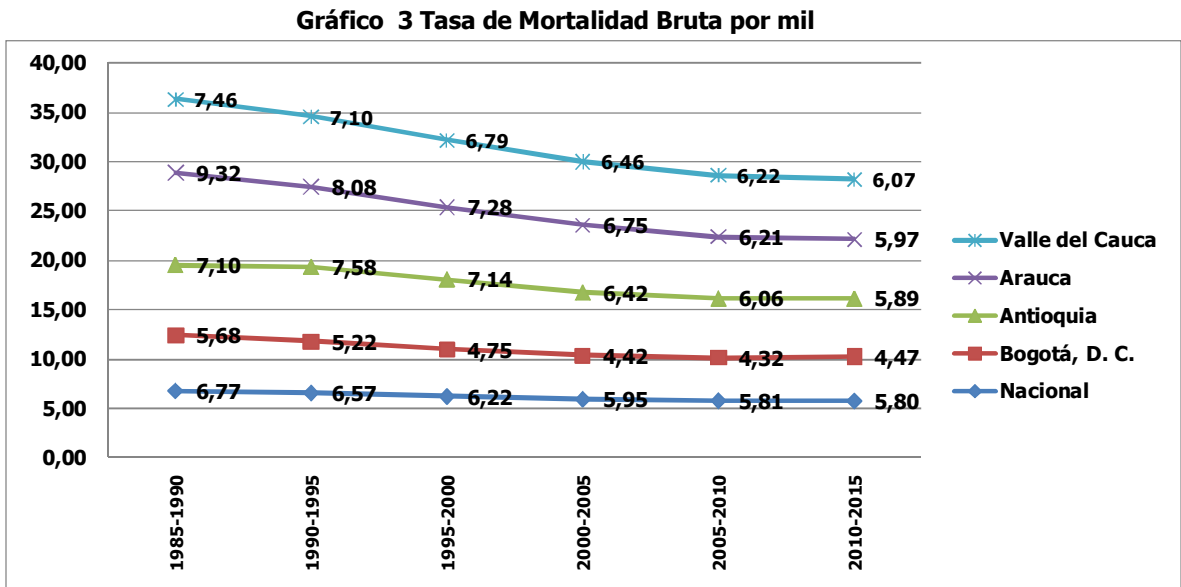
En ese sentido en la siguiente tabla, dentro de las 10 primeras causas de morbilidad general por consulta externa para el año 2008, se encuentra como primera causa las infecciones respiratorias y en segundo lugar enfermedad diarreica aguda.

Tabla 11 Diez primeras causa de Morbilidad General por consulta externa para el Departamento de Arauca 2008

Evento	Frecuencia	Tasa por mil 2008	Tasa esperada
Infección Respiratoria Aguda	35373	146,5	110,28
Enfermedad Diarreica Aguda	10138	41,99	33,23
Malnutrición	932	3,86	-
Dengue Clásico	893	3,7	3,87
Exposición Rábica	701	2,9	1,25
Varicela	680	2,82	1,4
Accidente Ofídico	172	0,71	0,85
Intoxicación por Plaguicidas	120	0,5	-
Intoxicación por Alimentos o Agua	109	0,45	0,49
Hepatitis A	80	0,33	0,76
otros eventos notificación	662	-	-
Total eventos notificación	49.860	-	-

5.2 Mortalidad

En cuanto a la tasa bruta de mortalidad (defunciones por 1.000 habitantes) en Arauca entre los periodos de 1985-1990 a 2010-2015 osciló entre 9,32 y 5,97. Esta tasa es una, tasa alta en comparación con la tasa nacional que ha oscilado entre 6,77 y 5,80. Bogotá presenta una de las tasa de Mortalidad más bajas, 4,32 para el periodo comprendido entre 2005-2010.



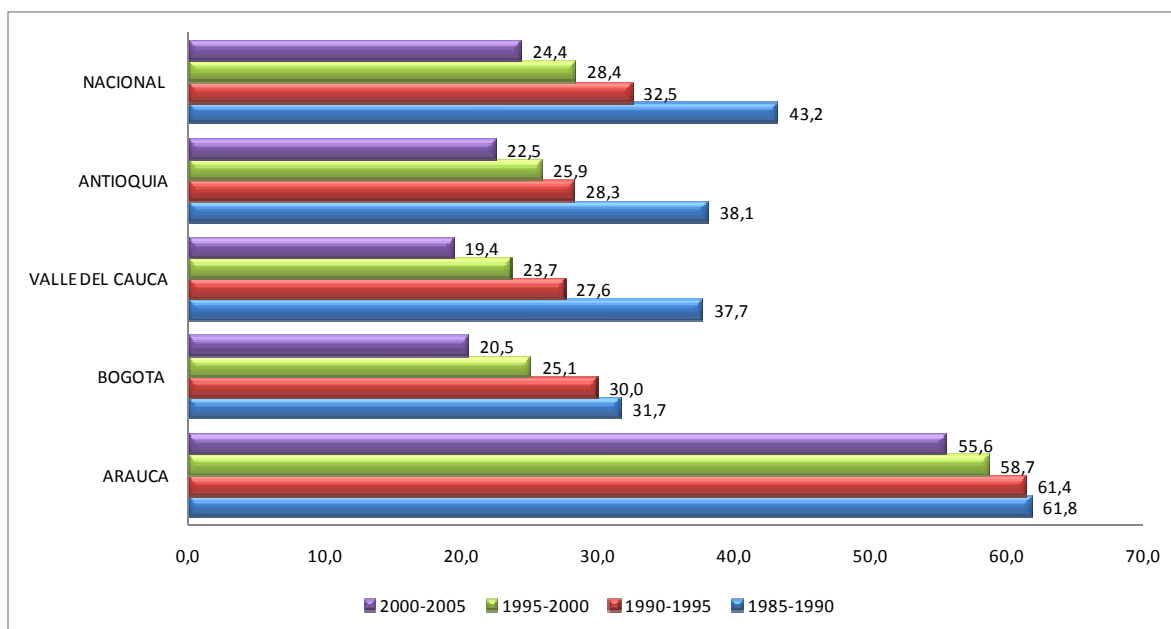
Fuente: DANE. Proyecciones de Población 2005-2020

1.6 Mortalidad infantil

Con respecto a la tasa de mortalidad por mil nacidos vivos, el departamento de Arauca presentó en el periodo comprendido entre 2000 y 2005 una tasa de 55,6 por mil habitantes, muy superior al promedio nacional (24,4) y a departamentos como Bogotá ((20,5), Valle del Cauca (19,4) y Antioquia (22,5).

Si bien es cierto, como se observa en la grafica, que la tendencia tanto a nivel nacional como en los departamentos ha sido el descenso de la tasa de mortalidad, sin embargo el departamento de Arauca la tendencia no es significativa.

Gráfico 4 Mortalidad Infantil Tasa por mil nacidos vivos



Fuente: DANE. Proyecciones de Población 2005-2020

5.3 Coberturas de Vacunación

Con respecto a las coberturas de vacunación en términos generales el departamento de Arauca presenta coberturas más bajas que las alcanzadas por departamentos como Bogotá, Valle y Antioquia.

DEPTOS	Población	POLIO	DPT	BCG	HEPATITIS B	H.i.B.	T.V.	FIEBRE AMARILLA
ANTIOQUIA	102.541	86,7	87,4	94,2	87,2	87,4	92,3	91,2
ARAUCA	6.788	85,7	86,5	74,3	86,5	86,5	81,1	84,2
BOGOTA	118.045	94,2	94,0	103,6	94,1	94,1	94,3	92,3
VALLE	72.498	107,4	106,9	96,1	108,5	106,9	110,2	101,7

5.4 Componente AIEPI y nutricional

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)⁸, enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones.

En el documento "Conceptualización general Diagnostico AIEPI Comunitario" realizado se realiza un análisis con relación a los casos de muerte en niños menores de cinco años y los factores que de manera concomitante están en relación estrecha con las muertes por desnutrición. A continuación se realiza una síntesis de de los factores identificados.

Con relación a las familias:

- Desconocimiento por parte de las familias de los signos de peligro presentes en las enfermedades más comunes que afectan a los niños menores de 5 años y la consecuente necesidad de consultar de manera prioritaria cuando los mismos se presenten.
- Desconocimiento de las familias sobre aplicación de medidas sencillas y disponibles en el hogar mientras se acude a los servicios de salud.
- Prácticas inadecuadas sobre la alimentación, especialmente en el primer año de vida: Lactancia materna exclusiva por muy poco tiempo, introducción de sucedáneos de la leche sin una real justificación, el uso de biberones y chupos o entretenedores, introducción de la alimentación complementaria de manera prematura e inadecuada, entre otros.
- Barreras culturales. Existen creencias culturales y ancestrales que retardan o impiden una consulta oportuna y ocasionan gastos innecesarios ("Mal de ojo", "la lombriz", "sufrir de descenso", etc).
- Poca credibilidad de algunas familias en los servicios de salud, lo que las motiva a consultar primero donde yerbateros, empíricos o a la farmacia.

⁸ es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

- Barreras económicas. Por costos y agilidad de la atención, muchas madres, especialmente del área rural, prefieren consultar inicialmente donde el farmaceuta del pueblo. Otras postergan la consulta "hasta el último momento" mientras logran conseguir el dinero para pasajes, drogas, etc.
- Barreras geográficas. Aunque para algunas madres era claro que su hijo requería atención urgente, no lo podían llevar por la distancia, falta de transporte, etc.
- Desconocimiento de las familias de la duración de signos y síntomas. Esta situación induce a varias consultas por una misma enfermedad. Las madres llevan a sus niños por tos, diarrea o fiebre. Como con el tratamiento inicial estos síntomas no desaparecen, consultan de nuevo pero a otro sitio diferente al servicio de salud lo que genera una o dos recetas más (polifarmacia) y los consiguientes gastos, así como la aparición de complicaciones y efectos secundarios. Son las llamadas consultas impertinentes.
- La baja escolaridad: la mayoría de de los niños fallecidos pertenecen a familias en las que el cuidador no tiene ninguna educación formal o apenas primaria incompleta.
- Los niños sin registro civil de nacimiento. Por la falta de este documento se les niega la atención o únicamente se les brinda cuando su situación es realmente grave.

Con relación a los servicios y personal de salud:

- Tratamiento predominantemente farmacológico y sintomático. Prácticamente todos los niños atendidos en los servicios de salud, salen de los mismos con una prescripción de medicamentos. Hay casos en los que la madre ha recibido tres y más recetas para la misma enfermedad, pero con muy pocas o ningunas instrucciones sobre cuidados en el hogar, signos de alarma y medidas preventivas.
- Atención exclusiva de la enfermedad actual. Como la mayoría de estas consultas son atendidas por el servicio de urgencias, en los mismos solo se atiende el problema actual; la acción del personal de salud se enfoca, las más de las veces, al motivo de consulta. Es decir, se atienden enfermedades, no niños, lo que motiva que no se hagan de manera sistemática diagnósticos o problemas asociados.
- Ausencia o escasez del componente educativo-preventivo. A pesar de múltiples consultas por las mismas enfermedades, muchas familias ignoran

los cuidados en el hogar, las medidas de soporte y apoyo, prácticas saludables de promoción de la salud y de crianza.

- Falta de medidas antropométricas: En la revisión de las historias clínicas de niños fallecidos llama la atención la falta de datos de peso y talla, incluso en pacientes que estuvieron hospitalizados varios días. Esto es preocupante no sólo porque son estas las herramientas más valiosas para la vigilancia del estado nutricional del niño, sino porque las prescripciones en Pediatría se deben hacer con base en el peso del niño.
- No detección de los caso de anemia o desnutrición. Salvo los casos extremos (palidez intensa, el marasmo o el Kwashiorkor evidentes), los demás casos pasan desapercibidos, o se registran algunos hallazgos en el examen físico pero no quedan dentro de los diagnósticos ni dentro del plan terapéutico.
- No búsqueda del maltrato infantil. Con frecuencia se detectan casos evidentes de maltrato infantil, especialmente por abandono o negligencia, pero los mismos no aparecen registrados en las historias ni en los certificados de defunción.
- No pesquisa sistemática sobre la lactancia materna en la consulta.
- Esquema incompleto de vacunación. Son muchos los niños que a pesar de múltiples consultas a un mismo servicio de salud, no tienen las vacunas del PAI. Esta situación, conjuntamente con los tres puntos anteriores, constituyen las tan costosas oportunidades perdidas: No aprovechar todo contacto del niño y su familia para brindar una atención auténticamente integral.
- No detección de signos de peligro o de gravedad. Aunque los mismos se registran algunas veces en las historias clínicas o son reportados por las madres al momento de la consulta (respiración rápida, tiraje subcostal, cianosis, incapacidad de recibir líquidos o de mamar, entre otros), no inducen a la clasificación de una enfermedad grave y en consecuencia el tratamiento no es el adecuado para las reales condiciones del niño.
- Remisiones tardías. Se dan casos que desde su ingreso a un servicio de salud se encuentran en estado de máxima gravedad y a pesar de no contar con la infraestructura adecuada, no se refieren de manera inmediata, perdiéndose así un tiempo valioso.
- Prescripción inadecuada de medicamentos. A pesar de su poca o ninguna acción en la evolución de las enfermedades que más comúnmente afectan a los niños, se siguen formulando antieméticos, antiespasmódicos, anti diarreicos, mucolíticos, expectorantes, antitusivos, así como antibióticos en casos de etiología claramente viral. Se sabe ya que el al menos el 90% de

todos los casos febriles en niños son producidos por infecciones virales y por lo tanto no ameritan la terapia con antimicrobianos.

- No asignación de citas de control. Si bien es cierto que muchos de los trastornos que afectan a los niños se pueden y deben manejar ambulatoriamente, muchos de los mismos requieren una consulta de control para evaluar su evolución, así como la adherencia de las familias a la terapia propuesta.
- No dar atención prioritaria de acuerdo a la gravedad. Este punto hace referencia especialmente al personal no médico de los servicios de salud, quienes desconocen los signos de peligro y asignan las citas de acuerdo al orden de llegada y no por la gravedad, es decir, no se hace un triaje adecuado. De igual manera, si a su juicio el caso no es urgente, le niegan el servicio, especialmente cuando esto ocurre en la noche o festivos, pues en estos horarios "sólo se atienden urgencias". Es claro que para muchos funcionarios las urgencias se limitan sólo a los politraumatismos, heridas y accidentes. Si la madre dice que el niño lleva varios días enfermo, se le pide que vuelva al día siguiente a pedir un ficho para una consulta programada.
- No vinculación de los casos de riesgo a los programas de crecimiento y desarrollo y de recuperación nutricional.
- Atención episódica del paciente. Se refiere a atender solamente la situación del momento, desconociendo los antecedentes y terapias inmediatas. Con frecuencia se detectan niños que en los dos o tres días previos a su fallecimiento por deshidratación por diarrea habían estado en el mismo centro recibiendo terapia intravenosa y tan pronto recuperan la hidratación, son dados de alta. Es claro que a todo niño que estuvo deshidratado es indispensable hacerle un control posterior. Con mayor razón en aquellos casos en los que esta situación había ocurrido en dos ocasiones previas y en un corto tiempo.
- Certificados de defunción mal elaborados. Se registran causas inespecíficas que encubren las verdaderas causas de la muerte como "falla multisistémica", "paro cardiorrespiratorio", "disfunción miocárdica", etc. En algunos casos se encuentra una franca incongruencia entre las causas de muerte registradas en este certificado y las anotadas en la historia clínica.
- Falta de sensibilidad del personal de salud. Negación de la atención por no tener registro civil de nacimiento y por no acudir en horarios de consulta; negación de la atención porque el niño no pertenece al municipio donde se consulta; regañar a la madre porque lleva al niño sin estar grave y luego tomar la misma actitud e incluso rotularla de negligente cuando vuelve con

su niño en estado crítico, son algunas de las situaciones que se han detectado en la práctica diaria.

Con relación al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- No cobertura de los niños de más riesgo a través del SISBEN
- No disponibilidad de camas en los centros de mayor complejidad cuando se requiere referir un niño del régimen beneficiario o de los mal llamados "vinculados".
- Trabas burocráticas para la atención de los niños beneficiarios o vinculados cuando se requiere su atención por especialista, la toma de exámenes paraclínicos o la remisión a cuidados intensivos.

Con relación a la Normatividad:

- Con relación a las normas el decreto 3039 de 2007 adoptado por el Gobierno Nacional contempla una de las principales prioridades Nacionales en Salud para el periodo 2007-2010 es mejorar la Salud Infantil, reduciendo a menos de 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de un año y en menos de 24 por 100.000 en menores de 5 años, mantener la cobertura por encima del 95 %.
- La resolución 425 del 11 de febrero del 2008 del Ministerio de la Protección Social de cumplimiento obligatorio en su componente promoción de la Salud y calidad de vida obliga a promocionar las estrategias atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, Instituciones del mujer y de la Infancia IAMI, en todas las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud

Por todo lo anterior se justifica la implementación de la estrategia AIEPI ya que la misma afronta la desnutrición y los problemas de salud asociados con la misma.

6 ANÁLISIS DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO.

El departamento de Arauca cuenta con 179 prestadores de servicios de salud para cubrir una población total de 244.507 personas en siete (07) municipios. El departamento posee una oferta que representa el 13% de la oferta del departamento de Cundinamarca que cubre una población de 2.437.151 de personas en 116 municipios.

Tabla 12. Total prestadores de servicios de salud cinco municipios 2006 - 2010

DEPARTAMENTO / DISTRITO	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD				
	2006	2007	2008	2009	2010
Antioquia	4401	5064	5510	5875	5927
Arauca	115	138	161	175	179
Bogotá D.C	8764	10456	11852	12790	12880
Cundinamarca	902	1100	1272	1415	1431
Valle del Cauca	2594	3417	3976	4510	4568

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social

El 96% de estos prestadores son de carácter privado y el 4% de carácter público, manteniendo la tendencia de otros departamentos como Antioquia, Cundinamarca y Valle del Cauca donde la oferta privada es mayor.

Tabla 13. Total prestadores de servicios de salud por naturaleza jurídica 2006 -2010

DEPARTAMENTO / DISTRITO	PUBLICOS					PRIVADOS*				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Antioquia	131	140	143	142	143	4270	4924	5367	5733	5784
Arauca	7	7	8	8	8	108	131	153	167	171
Bogotá D.C	34	36	39	39	39	8730	10420	11813	12751	12841
Cundinamarca	52	57	56	55	54	850	1043	1216	1360	1377
Valle del Cauca	59	61	61	61	61	2535	3356	3915	4449	4507

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social.

* Privados corresponde a la suma de los privados con ánimo de lucro, privados sin ánimo de lucro, mixtos y profesionales independientes

El departamento cuenta con 7 IPS publicas y 53 IPS privadas conservando la tendencia de otros departamentos donde la oferta privada es mayor, como Bogotá

D.C. y Valle del Cauca. De igual manera, la oferta de profesionales independientes se presenta mayor en los departamentos del país.

Tabla 14. Total prestadores de servicios de salud por clase 2006 -2010

DEPARTAMENTO / DISTRITO	IPS			Profesionales Independientes
	Públicos	Privados	Total	
Antioquia	138	823	961	4907
Arauca	7	53	60	118
Bogotá D.C	28	1876	1904	10783
Cundinamarca	54	278	332	1067
Valle del Cauca	59	880	939	3551

La oferta pública de prestadores (IPS) cuenta con 3 instituciones de primer nivel, dos instituciones de segundo nivel y 3 instituciones que no tienen definido su nivel de atención.

Tabla 15. Total prestadores de servicios de salud públicos por nivel 2006 - 2010

DEPARTAMENTO	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Sin definir	Total
Antioquia	123	15	1	4	143
Arauca	3	2	0	3	8
Bogotá D.C	15	8	10	6	39
Cundinamarca	44	10	0	0	54
Valle del Cauca	46	10	1	4	61

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social.

La oferta pública (IPS) está constituida por cuatro Empresas Sociales del Estado ubicadas en su mayoría en la cabecera municipal:

Tabla 16. Empresas Sociales del Estado departamento de Arauca

MUNICIPIO	INSTITUCIÓN
Arauca	ESE DEPARTAMENTAL DE I NIVEL MORENO Y CLAVIJO
Arauca	ARAUCA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA
Arauca	ESE JAIME ALVARADO Y CASTILLA
Saravena	ESE HOSPITAL DEL SARARE SAN RICARDO PAMPURI

Finalmente, la capacidad instalada del departamento se constituye de la siguiente manera:

El departamento de Arauca posee 0.45 camas por cada 1000 habitantes, por debajo del indicador nacional que reporta 1.0 camas por 1.000 habitantes. De igual manera, este indicador se encuentra por debajo de otros departamentos como Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca.

Tabla 17 Capacidad instalada – camas por departamento 2009

Departamento	Total Camas	Total Población	Camas x habitante
Antioquia	7.901	5.988.984	1,32
Arauca	111	244.507	0,45
Bogotá D.C	11.615	7.259.597	1,60
Cundinamarca	3.007	2.437.151	1,23
Valle del cauca	6.316	4.337.909	1,46

El departamento cuenta con 6 quirófanos y 4 salas de parto. Estas salas de parto cubrirían 73.031 mujeres entre los 15 y 49 años.

Tabla 18 Capacidad instalada – quirófanos y salas de parto por departamento 2009

Departamento	Quirófano	Salas de parto
Antioquia	317	190
Arauca	6	4
Bogotá D.C	543	93
Cundinamarca	89	70
Valle del cauca	348	103

7 ANALISIS FRENTE A LOS RESULTADOS DE SALUD PÚBLICA.

Para efectos de la realización del diagnóstico en lo relativo a la Salud Pública, realizamos un ejercicio con un grupo de funcionarios y contratistas de la UAE, del Municipio de Arauca, la las ESEs, de la Contraloría Departamental, de la Defensoría del Pueblo, de la comunidad, de Caprecom y de la Universidad Nacional.

El ejercicio se fundamento en un análisis nacional sobre la Vigilancia en Salud Pública, realizado por la Universidad Nacional en 2008, para todo el país. Los hallazgos fundamentales de este trabajo, fueron confrontados con la experiencia del departamento y de los municipios.

La situación de salud pública del departamento podría resumirse diciendo que se trata de una angustiosa paradoja; contando con recursos similares a los de los países desarrollados, se obtienen resultados sanitarios similares a los de los países más pobres del planeta.

En efecto, la salud pública (es decir, excluyendo los recursos de aseguramiento del régimen contributivo y del régimen subsidiado) en el nivel departamental (es decir, sin considerar recursos municipales) dispone de una cifra cercana a los \$ 400.000 por persona y por año.

Mientras tanto, enfrenta problemas de salud como bajas coberturas de vacunación que permitieron una epidemia de tosferina dos años atrás, la epidemia del dengue que actualmente enfrenta la región y buena parte del país, circulación del virus de la rabia en animales y una frecuencia importante de infecciones transmitidas por alimentos.

La principal causa de muerte se refiere a la violencia y los accidentes, y la mortalidad perinatal ocupa el cuarto lugar.

Al mismo tiempo la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda continúan siendo las principales causas de morbilidad. La mortalidad materna, que se encontraba por encima del promedio nacional hasta el 2003, muestra una reducción drástica en 2004-2006, para retornar a valores muy altos en el 2007. Debe aquí mencionarse que los números absolutos son muy pequeños, lo que hace a este indicador muy susceptible a fenómenos de subregistro, y a oscilaciones muy fuertes.

Tabla 19 MORTALIDAD MATERNA DEPARTAMENTO DE ARAUCA Y NACIONAL.

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
NACIONAL	104.94	98.58	84.37	77.81	78.69	73.06	75.02	75.57
Arauca	112,89	188,57	112,89	78,74	59,02	78,74	37,17	108,08

Fuente: Estadísticas del DANE

Se trata entonces de un perfil en el que los resultados sanitarios dependen mucho más de las acciones en salud pública, y de la concertación con otros sectores para actuar sobre los determinantes de la enfermedad, que de la prestación de servicios de atención médica y de la extensión de la cobertura del aseguramiento.

Contrasta esta situación con las políticas originadas en el nivel nacional de la administración de la salud y la protección social, que han hecho de la ampliación de la cobertura del aseguramiento, la prioridad de los últimos 8 años, y que han generado que la mayor parte de los recursos financieros disponibles se hayan dirigido a ese objetivo, sin obtener resultados sanitarios acordes con las expectativas.

Semejante situación se explica por diferentes variables. Sin duda se han presentado en el departamento fenómenos de corrupción. Sin duda que la dispersión de la población y las dificultades de acceso geográfico son relevantes. También juegan su papel las diferencias culturales que son particularmente relevantes con la población indígena, cuyos problemas de salud son preocupantes. Sin embargo, parecería ser que las decisiones del nivel central respecto de las inversiones y gastos en salud, han generado una maraña de restricciones, requisitos y limitaciones, que no permiten al departamento ejercer sus funciones y generar respuestas efectivas a los problemas de salud. Parecería ser que, en el esfuerzo (eternamente fallido) de evitar la corrupción en el nivel local, las autoridades nacionales han conseguido bloquear las inversiones útiles.

Es muy difícil de comprender para un observador externo, que donde los recursos brillan por su abundancia, no sea posible utilizar recursos de inversión para mejorar coberturas de vacunación, con el argumento (programáticamente razonable) de que estas acciones ya están financiadas en la UPC del contributivo y del subsidiado. Y produce perplejidad el que se registren retrasos en los pagos de los salarios del personal de las instituciones públicas, (situación programáticamente explicable en el marco de la obsesión de transformación de recursos de oferta a demanda) mientras

se enfrentan los tradicionales afanes por ejecutar cuantiosos recursos para inversión, muchos de los cuales se destinan a actividades repetitivas de promoción de la salud.

No es éste el lugar para un juicioso análisis de la destinación de los recursos financieros, pero si mencionemos como en el departamento de Arauca, se repite para la salud pública la situación que en diversos análisis sectoriales se viene resaltando en los últimos años. El deterioro de la estructura sectorial.

Las diferentes decisiones sobre competencias y recursos en la descentralización de la salud, han generado un estancamiento de los recursos de transferencias, en realidad una disminución como porcentaje del gasto, que son los recursos fundamentalmente destinados al funcionamiento, esto es, al cumplimiento de las funciones de rectoría, de Inspección, vigilancia y control y de planeación, del nivel departamental.

La vigilancia en salud pública, a su turno, enfrenta problemas estructurales, de procesos y de resultados, que no son muy distintos a los registrados en los demás departamentos del país. Examinaremos estos problemas a partir de una comparación con una investigación realizada para el Ministerio de la Protección Social por la Universidad Nacional de Colombia, pues encontramos notables coincidencias con el caso del Departamento.

7.1 Recursos Humanos.

La Unidad Administrativa Especial carece de recursos humanos que tengan la responsabilidad directa de la vigilancia en salud pública. Esto obedece a las políticas centrales de reestructuración de las direcciones territoriales de salud, en donde se ha incrementado gradualmente el personal de contrato, hasta eliminar en la práctica, el personal de planta para estas tareas.

No es este el espacio para una valoración de estas decisiones políticas. Sin embargo debemos dejar claro que las funciones de IVC, que en su origen fueron conocidas como de *Policía Sanitaria* y que corresponden a una de las funciones esenciales de la Salud Pública, no pueden ser ejecutadas por personal de contrato. No al menos aquellas que se traducen en investigaciones con connotaciones legales y muy especialmente, aquellas que llevan a sanciones. Sin embargo debe tenerse en mente que, en cumplimiento de las funciones de IVC, con frecuencia deben tomarse medidas cautelares. Estas medidas en ocasiones tienen implicaciones patrimoniales importantes para los establecimientos intervenidos, por lo que un sólido respaldo

institucional y legal es imprescindible. Dado que el personal cumple funciones mediante contrato, su respaldo es débil y eso hace que incluso, incurran en riesgos de seguridad, habiéndose registrado casos de amenazas. En estas condiciones es apenas razonable esperar que las funciones de IVC, en Arauca, como en el resto del país, se cumplan de manera parcial e incompleta, con un importante déficit en los resultados, expresados en el número de multas aplicadas o el número de procesos sancionatorios iniciados y terminados.

7.2 Cobertura.

No tuvimos el tiempo para confrontar un censo de instituciones a vigilar, con la disponibilidad de recurso humano para establecer coberturas y necesidades. Sin embargo la impresión de los funcionarios participantes en el ejercicio de diagnóstico es que la cobertura es parcial. A ello debe sumarse la existencia de volúmenes importantes de contrabando de alimentos y otros productos de riesgo sanitario, desde Venezuela, que hace mucho más compleja y difícil la tarea.

Hasta hoy en el mundo entero, se asume que estas funciones deben tener una cobertura del 100%. Esta era la razón de ser de las "patentes de sanidad" en el pasado remoto, después reemplazadas por las "licencias de funcionamiento" (hoy ya inexistentes) y de su renovación periódica. La aplicación de un enfoque de riesgo para dirigir las acciones e intervenciones a los establecimientos más relevantes, solamente es aceptable en medio de una restricción irremediable de recursos. Una cobertura parcial significa un severo incumplimiento de una de las funciones esenciales de la salud pública.

Adicionalmente hay que considerar en una perspectiva de salud pública y de vigilancia sanitaria, que si bien la razón de ser de la vigilancia es la de evitar las enfermedades transmitidas por alimentos y otros factores ambientales, ellas pueden ser controladas pero siguen apareciendo en Colombia y en el resto del mundo. ETAs se presentan quizás a diario en los países desarrollados, en la medida en que la vigilancia reduce el riesgo, pero aún estamos lejos de pretender su erradicación.

7.3 Modalidad de vinculación.

Como se ha mencionado anteriormente, la virtual totalidad de trabajadores con responsabilidades de IVC, están vinculados mediante contratos de prestación de

servicios. Además de las consecuencias de tipo legal y de respaldo institucional que hemos discutido con anterioridad, esto significa deficiencias en el sentido de pertenencia, problemas de continuidad, de capacitación y de especialización del recurso humano. Esta situación no es muy diferente a la que se vive en la mayor parte de los departamentos y distritos, situación que no ha encontrado mecanismos de solución desde el nivel nacional, por las restricciones políticas, administrativas y presupuestales a que hicimos alusión anteriormente.

Las cosas no han mejorado con las decisiones que se han tomado en los años más recientes respecto a productos cárnicos y lácteos, en los que se han atribuido responsabilidades al INVIMA. Como en el resto del país, las relaciones no han sido fáciles, la delimitación de responsabilidades ha tenido tropiezos y la coordinación no siempre ha funcionado como debería. Y dado que Arauca es zona de frontera, es decir, de contrabando, estas situaciones se hacen más difíciles.

En el nivel nacional, estas insuficiencias, unidas a las dificultades derivadas de las modalidades de vinculación, quisieron resolverse en la contratación. De acuerdo con el planteamiento teórico de que los problemas pueden resolverse si se desarrolla la capacidad de contratación, y en particular de interventoría, en los diferentes departamentos la tercerización se ha ido abriendo un importante espacio en el sector salud. Metas bien establecidas, compromisos contractuales bien definidos, una interventoría exigente y meticulosa, en algunos casos interventoría contratada para asegurar la calidad de las acciones, pudieran reemplazar e incluso superar lo conseguido mediante la suficiencia de recursos, la motivación al personal, la capacitación, el compromiso y el liderazgo. No ha sido un experimento feliz en ninguna de las direcciones territoriales.

7.4 Apoyo Jurídico

Este es un elemento que ha conseguido una mejoría notable en el último año, a raíz de la contratación de asesoría jurídica específicamente destinada a las funciones de IVC de la vigilancia sanitaria. Hay una diferencia notable entre las necesidades jurídicas de la VS y la VE, pues mientras la primera significa un volumen importante de investigaciones y procesos sancionatorios, la segunda se refiere casi siempre a derechos de petición o similares. El refuerzo profesional al parecer, esta destinados a la vigilancia sanitaria.

7.5 Laboratorio de Salud Pública.

A criterio de los asistentes al ejercicio de diagnóstico, es la dependencia que mejor funciona en la UAE, que cuenta con una directora que es funcionaria de planta y un grupo de contratistas que se ajustan a las necesidades, con un cumplimiento aceptable de sus responsabilidades, en los plazos estandarizados.

7.6 Recursos Físicos, de información, de movilización y de comunicaciones.

Los recursos físicos representados en planta y equipos son considerados insuficientes para atender el cumplimiento de las metas de VSP establecidas en el Plan de Salud. Sucede algo similar con los recursos de movilización. Es evidente que existen oportunidades de mejora en cuanto a la trazabilidad y la generación de información estadística que permita, entre otros, balancear y dinamizar las cargas de trabajo (equipo técnico versus equipo jurídico) y desarrollar acciones de planeación, ejecución, evaluación y control de la situación de salud en el departamento. Hay igualmente insuficiencias importantes en comunicaciones.

Existen potencialidades de mejora de los procesos de VSP mediante el fortalecimiento de las unidades de análisis (tipo sala situacional) y el mejoramiento e integración de los subsistemas de información, pero esto requiere de decisiones estratégicas y de transformaciones en la cultura organizacional de la UAE.

8 DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAUCA

Durante la pasada década, Colombia inició un profundo reordenamiento del sector salud que afectó su organización, financiamiento y funcionamiento, a partir de una serie de disposiciones enmarcadas dentro de un proceso más amplio de descentralización estatal de recursos y funciones hacia sus niveles menores, los entes territoriales, que culminó con la promulgación de la Ley 100 de 1993. El proceso de reforma del sector salud en Colombia, se proponía como objetivos “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población, en todos los niveles de atención” (Art. 152), esto en pro de cumplir el mandato constitucional de garantizar a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social (CP, Art. 48).

El aseguramiento se veía, desde la perspectiva de la Ley 100, como la vía por excelencia hacia el acceso real, efectivo y universal de la población a los servicios de salud el cual buscaba garantizar tanto la distribución equitativa de los subsidios, como la accesibilidad efectiva a los servicios de salud, lo cual se debía lograr sobre la base de un Plan Obligatorio de Salud –POS–, progresivamente igual para los dos regímenes de manera que permitiera la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías. La Ley establecía la cobertura universal en términos de aseguramiento y cobertura del POS.

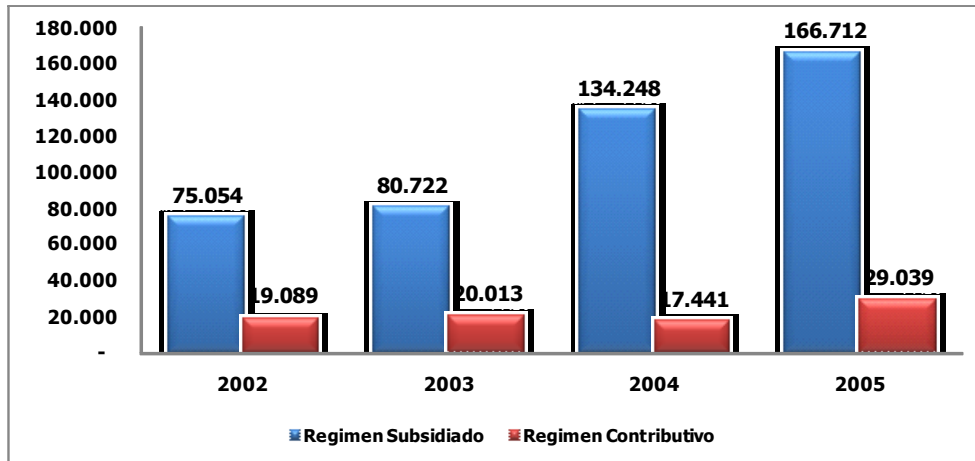
En adición, se incluyeron elementos de mercado que se pueden resumir en i) la libre elección de la Empresa Promotora de Salud (EPS) y de la institución o instituciones Prestadoras de Salud contratadas por la EPS seleccionada y ii) la competencia a la que están sujetas las EPS para atraer usuarios, así como la competencia a la que se ven sometidas las IPS para establecer y mantener contratos con las aseguradoras y para mantener a los usuarios.

Sin embargo, el modelo del Sistema de Salud en Colombia atraviesa hoy por su crisis más profunda, por la no sostenibilidad financiera del sistema de salud, el problema de la afiliación frente al desempleo, la presencia de desigualdades entre las regiones y el aseguramiento en salud que no se tradujo en acceso real o utilización efectiva de servicios.

Arauca no es ajena a esta problemática; de acuerdo con el siguiente gráfico se puede observar las personas afiliadas a la seguridad social tanto del régimen

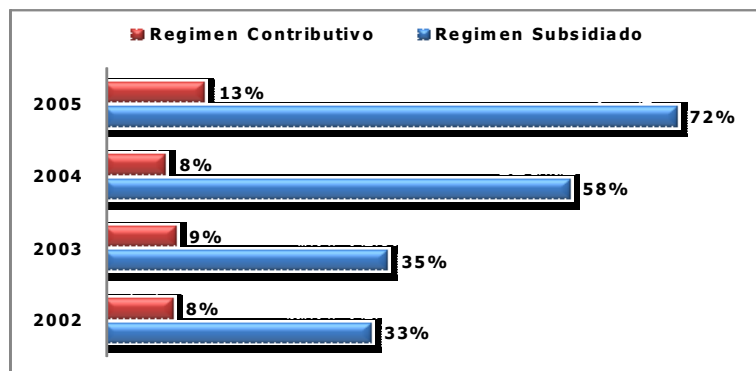
contributivo como subsidiado para los años 2002 al 2005. Para el año 2005 el total de personas afiliadas al régimen subsidiado era de 166.712 personas y el régimen contributivo esa de 29.039.

Gráfico 5 Afiliación al Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, Departamento de Arauca 2002-2005



La cobertura del régimen contributivo de acuerdo con la población ha dado de un 8% en el 2002 un 13% en el 2005. Con respecto al régimen subsidiado la cobertura fue de 33% en el año 2002 a 72% en el 2005, como se observa en el siguiente grafica.

Gráfico 6 Cobertura de la población por régimen para el departamento de Arauca



En relación con la población NBI que ascendía al 60,9% de la población del departamento, la cobertura era de 55%. Departamentos como Antioquia tenía una cobertura del 69%, Valle del Cauca con una cobertura del 68%.

Tabla 20 Afiliación y cobertura régimen subsidiado Año 2002

Departamento	Población NBI 2002	Afiliados 2002	Cobertura 2002 /NBI
Antioquia	1.724.147	1.198.198	69%
Valle	1056892	719237	68%
Arauca	136848	75054	55%

8.1 La Unidad de Salud de Arauca

La Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca, fue creada mediante Decreto 333 del 18 de Julio de 2005 y tiene como objetivos principales: dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Arauca, atendiendo las disposiciones legales sobre la materia en especial las estipuladas en la Ley 715 del 2001, normas que la complementan adicione o sustituyan.

El 28 de mayo del 2009 la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus atribuciones, realizó la intervención forzosa administrativa la Unidad de Salud.

De acuerdo con la Resolución 663⁹, los siguientes fueron los hallazgos que llevaron a que se realizara dicho proceso:

En cuanto a la implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad **Habilitación:**

- No se tiene establecido un grupo multidisciplinario para coordinar y realizar las visitas de verificación de los estancares de habilitación.
- No se cuenta con cronograma de visita para el cumplimiento de este proceso.
- No se tiene asignada una estructura administrativa responsable de garantizar la implementación del Sistema Único de Habilitación para el desarrollo de visitas, como lo establece la Resolución 1043 de 2006, en su artículo 9: Plan de Visitas.
- No se evidencia una base de datos real que permita conocer la red de prestadores.
- No se tiene documentos que soporte la realización de capacitaciones y asesorías a los prestadores en los procesos de autoevaluación, registro de habilitación y elaboración del PAMEC.
- No tiene implementado un proceso de conducta a los prestadores que incumplen las normas establecidas en el Sistema Único de Habilitación.

⁹ Superintendencia Nacional de Salud, Resolución Número 000663 de 2009 28 mayo 2009

- No se cuenta con el personal suficiente para el desarrollo de las visitas de verificación; incumpliendo lo estipulado en el Anexo Técnico N° 2 de la Resolución N° 1043 de 2006.

En cuanto al proceso de **Sistema de Información para la Calidad**

- La entidad no realiza un mayor control al mismo; no cuenta con la implementación de los indicadores como compradores de servicios de salud.
- El proceso de red de prestadores – Referencia y contrarreferencia, no cuenta con un diagnóstico que permita conocer la suficiencia, necesidades y problemáticas de este proceso, no se efectúa auditoría a la Red de prestadores.
- No realiza seguimiento a los indicadores de calidad, en sus componentes de monitoreo del sistema, monitoreo interno y monitoreo externo.

En cuanto al **PAMEC – Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad**

- No se cuenta con el Programa de Auditoría para la Atención en Salud acorde a la normatividad vigente (Decreto 1011 de 2006); así mismo, no se evidenció su implementación.
- No cuenta con un PAMEC, como comprador de los servicios de salud

La Secretaría de Salud Departamental presenta deficiencia en los siguientes procesos, infringiendo las normas anteriormente mencionadas:

Proceso de Referencia y Contrarreferencia

- No cuenta con un manual de Procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia, no cuenta con un sistema de información que le permita un diagnóstico que permita conocer la eficiencia del proceso.
- No se evidencian planes de mejoramiento. (Ley 715 de 2001, Decreto 4747 de 2007)

Atención de Urgencias

- No cuenta con la implementación de CRU, no cuenta con programas educativos comunitarios en factores de riesgo en la atención de urgencias. No se evidencia la creación del Comité Territorial de Urgencias, no se evidencia la Red de Toxicología. (Ley 715 de 2001).
- No existe una infraestructura ni personal suficiente para el desarrollo de – Centro Regulador de Urgencias CRUE, siendo de obligatoriedad para las Entidades Territoriales Departamentales; según lo establecido en la Ley 715 de 2001.

Programa de Mantenimiento Hospitalario

- No se tiene implementado el proceso de asesoría técnica a las IPS de su jurisdicción, no se cuenta con cronograma de visitas, no se realiza seguimiento. (Decreto 1769 de 1994)

Tecnología Biomédica

- No se ha implementado el proceso, no se efectúa IVC al cumplimiento del Decreto 1769 de 1994, establecido por la Ley 100 de 1993, en su artículo 1769 de 1994 y Ley 10 de 1990 en su artículo 11.

Sistema de Información al Usuario: Decreto 1757 de 1994 y Ley 1171 de 2007

- No se evidenció la conformación y funcionamiento de los COPACOS, Artículo 7 del Decreto 1757 de 1994.
- El trámite dado a las Quejas, se inicia con su radicación en gerencia y su posterior remisión a encargada del trámite correspondiente; de las cuales no se evidencia un control ni seguimiento a las quejas. Artículo 4 del Decreto 1757 de 1994.
- No se evidencia encuestas de satisfacción al usuario, ni formatos para su implementación. Artículo 4 y 7 del Decreto 1757 de 1994.

Inspección, Vigilancia y Control

- No se evidenció un proceso documentado de IVC, ni estructura responsable del proceso de capacitación, asesoría, inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas técnicas y administrativas del sistema General de seguridad social en Salud.
- No se evidenció un proceso para el desarrollo del IVC de la Entidad Territorial para ejercer seguimiento a los Prestadores de Servicios de Salud en la implementación del PAMEC, elaboración de planes de mejoramiento a la calidad en la atención en salud; el proceso de seguimiento a los indicadores de calidad es deficiente; no se determina una estructura administrativa para ejercer este control.

9 DETERMINANTES DE LAS CAUSAS DE LA SITUACIÓN QUE VIENE PRESENTADO EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA FRENTE AL SISTEMA DE SALUD

El Departamento de Arauca viene presentando una situación crítica en lo que se refiere a la prestación de servicios de salud. El señor gobernador de Arauca, ingeniero Luís Eduardo Ataya Arias, manifestó su preocupación con el fin de intervenir de manera urgente para encontrar una solución a la problemática y tras conocer un balance crítico de la situación de la salud en el Departamento, presentado por la defensora del pueblo Gloria Cuitiva Orjuela el pasado 8 de febrero, donde manifestaba que por falta de una ruta para la atención en salud se estaban muriendo los indígenas y las personas de los estratos uno y dos, sobre todo en el área rural, por no encontrar atención inmediata cuando eran trasladados de un puesto de salud a un hospital de primer o segundo nivel.

Con el fin de establecer y determinar las causas de la situación que viene presentado el departamento de Arauca con respecto a la prestación de servicios de salud, el día 13 de febrero en el auditorio del hospital San Vicente se realizó la primera reunión con los entes de salud, dirigido por el doctor Iván Jaramillo López, consultor experto en estos temas, con el fin de identificar los problemas y las propuestas de cada uno de los asistentes. De este primer encuentro participaron 34 personas de diversas entidades (ver Anexo no 1 Participantes). En la primera parte de la dinámica, denominada árbol de problemas, se planteo, por medio de ideas escritas por cada asistente, un listado identificando las diferentes problemáticas del sistema desde la perspectiva de estos mismos. Y en una segunda parte se estableció una matriz DOFA instrumento utilizado para el manejo de la información y el desarrollo de estrategias.

Después de analizar los resultados de la primera parte de esta reunión se clasificaron cada una de las respuestas por la relación principal que podría identificarlas. Después de un análisis de cada una de las respuestas se logró encontrar siete diferentes tipos de problemáticas dentro de las cuales puede estar incluido cada uno de estas dificultades. Al tener clasificados cada uno de los problemas se pudo ver su recurrencia dentro de cada problemática mostrándonos cuales son los problemas más representativos según los asistentes al evento.

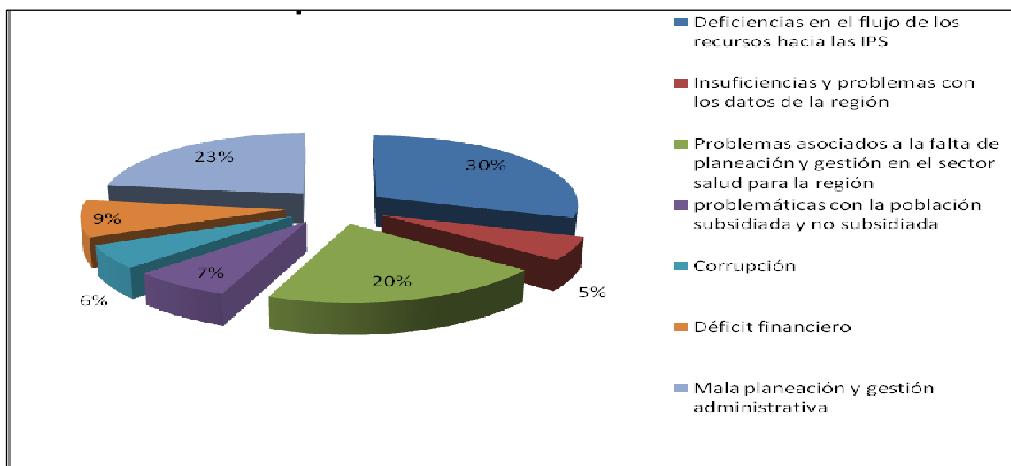
Entonces de las principales problemáticas que se perciben se agrupo en 7 temáticas que se destacan dentro de las respuestas como se ve relacionado en el siguiente cuadro:

CLASIFICACION DE LOS PROBLEMAS

Clasificación del problema	cantidad de respuestas asociadas
Deficiencias en el flujo de los recursos hacia las IPS	38
Insuficiencias y problemas con los datos de la región	7
Problemas asociados a la falta de planeación y gestión en el sector salud para la región	26
Problemáticas con la población subsidiada y no subsidiada	9
Corrupción	7
Déficit financiero	11
Mala planeación y gestión administrativa	29
	127

Con estos resultados se identificaron problemas más representativos para la región en el sector de la salud, pero es importante denotar que por más que haya más respuesta asociadas a esta problemática no le resta importancia a los otros problemas. Para identificar mejor la relación entre cada una de las problemáticas podemos revisar el grafico 7 donde se encuentran los valores porcentuales según la cantidad de respuestas asociadas y el total de respuestas.

Gráfico 7 Relación porcentual entre las diferentes problemáticas



Como podemos ver el principal problema que se percibe son las deficiencias en el flujo de recursos hacia las IPS por parte de las EPS y las entidades del estado. Esta deficiencia genera otros problemas como falta de pago a los funcionarios y problemas a la hora de prestar los servicios de salud.

Acontinuacion se tiene problemas relacionados con la gestion administrativa y el mal desarrollo de diferentes proyectos, ademas de la falta de planeacion a la hora de aplicar recursos y proyectos. La deiferencia entre estos dos problemas es que uno radica en el mal desarrollo de los proyectos y la mala planeacion para el uso de los recursos y el otro se refiere a problemas de manejo administrativos de las IPS como la falta de control, la falta de auditorias y malos procesos internos.

Con el fin de facilitar la interpretaci3n de las opiniones expresadas por los representantes de cada ente participante, se agrupa la informaci3n en categorías, esquematizadas a continuaci3n:

Tabla 21 Clasificaci3n de debilidades

Clasificaci3n de las Debilidades	cantidad de respuestas asociadas
Falla en el Manejo de Recursos	12
Falta de Herramientas y Recursos Físicos	3
Falta de Idoneidad del Recurso Humano	10
Falta de Informaci3n	3
Inadecuada Gestió Administrativa	11
Inadecuada Legislaci3n, Vigilancia y Control	8
Manejo Político a la Salud	2
Total	49

Como queda claramente esquematizado, las principales debilidades son: las fallas en el manejo de recursos, en la gesti3n administrativa y en la idoneidad del Recurso Humano.

Tabla 22 Clasificaci3n de Oportunidades

Clasificaci3n de las Oportunidades	cantidad de respuestas asociadas
Disposici3n de actores del problema para solucionarlos	5
Posibilidad de consecuci3n de recursos	5
Legislaci3n	5

Apoyo externo para intervenir, auditar y ayudar con el Diagnóstico	4
Adecuada Gestión Administrativa	3
Adecuado Recurso Humano e Instalaciones Físicas	3
Otros	2
Total	27

Mientras que las principales oportunidades son: La disposición que tienen los diferentes actores del problema a solucionarlo, la posibilidad de consecución de recursos y la Legislación.

Tabla 23 Clasificación de Fortalezas

Clasificación de las Fortalezas	cantidad de respuestas asociadas
Buena cantidad de recursos económicos	13
Recurso Humano Idóneo	7
Adecuada Infraestructura y Equipamiento	5
Compromiso para búsqueda de soluciones	4
Otros	3
Total	32

Los participantes de la discusión estuvieron de acuerdo que la principal fortaleza es la gran cantidad de recursos económicos con los que cuenta el Departamento, seguido de lejos por el adecuado recurso humano e infraestructura – equipamiento.

Tabla 24 Clasificación de Amenazas

Clasificación de las Amenazas	cantidad de respuestas asociadas
Otros	12
Mal manejo de recursos	9
Factores Políticos	3
Inadecuada Vigilancia y Control	3
Amenazas externas	2
Liquidación de Entidades Públicas	2
Legislación	2
Total	33

Al contrario, en las amenazas, no hubo concertación, ya que los participantes difirieron mucho en sus opiniones, liderando la opción Otros, sobre las demás,

seguida por mal manejo de recursos y bastante lejos por factores Políticos e Inadecuada Vigilancia y Control.

Tabla 25 Tabla de DOFA

	D	O	F	A
1^a Categoría con mayor cantidad de respuestas	Fallas en el Manejo de Recursos.	La disposición que tienen los actores del problema a solucionarlo.	La gran cantidad de recursos económicos con los que cuenta el Departamento	Otros
2^a Categoría con mayor cantidad de respuestas	Fallas en la Gestión Administrativa	La posibilidad de consecución de recursos	Recurso humano idóneo	Mal manejo de recursos
3^a Categoría con mayor cantidad de respuestas	Fallas en la Idoneidad del Recurso Humano	La Legislación	Adecuada infraestructura – equipamiento	Factores Políticos, Inadecuada Vigilancia y Control.

Existen dos comportamientos singulares de las opiniones de los participantes:

1. Existen recursos económicos y es fácil su consecución; pero existen grandes fallas en su manejo.
2. Es contradictorio en las opiniones lo referente al recurso humano, ya que es a la vez Debilidad y Fortaleza.

10 RECOMENDACIONES

De acuerdo con el diagnóstico realizado y teniendo en cuenta los datos de salud del departamento de Arauca se plantea:

La primera recomendación y sin duda la más importante, es la de recuperar para la UAE el liderazgo en la planeación de la salud, especialmente para la concertación con otros sectores y la modificación de los riesgos que conducen a mortalidad y morbilidad evitable. Este liderazgo pasa necesariamente por una negociación con los niveles centrales de la administración, para conseguir una mayor racionalidad en la asignación de recursos y en el gasto. Esta negociación va a requerir de un respaldo político por la Gobernación muy significativo, que después tendrá que ratificarse en la Asamblea Departamental.

El Departamento debe conseguir mayor capacidad de destinación de unos recursos relativamente abundantes, para las prioridades de la salud pública, que con mucho, corresponden a las derivadas de deficiencias en infraestructura de agua y alcantarillado, enfermedades inmunoprevenibles, transmisibles y endemias. Eso significa que el énfasis que hasta ahora se había dirigido a la ampliación de cobertura en el aseguramiento, debiera reorientarse a las intervenciones en Salud Pública.

En cuanto a la Vigilancia en Salud Pública, las recomendaciones apuntan a la ampliación de la planta de personal, la modificación de las modalidades predominantes de vinculación, la estabilidad de los contratados, capacitación y especialización de los recursos humanos, y fortalecimiento de la infraestructura física, de movilización y de comunicaciones.

El Departamento de Arauca debe determinar y cuantificar las principales necesidades de servicios de salud de la población de Arauca a través de un estudio que identifique las necesidades y demandas de la población, satisfechas e insatisfechas, y que incluya las necesidades derivadas del análisis de la demanda efectiva de servicios, a partir del estudio de los determinantes de la salud en la región, así como el estudio del perfil epidemiológico y demográfico del área de influencia.

Estimar la demanda potencial de servicios de salud en Arauca mediante la comparación del portafolio de servicios ofrecido en la ESE de Arauca y la demanda derivada de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, la demanda potencial expresada en el perfil epidemiológico, demográfico, las remisiones de pacientes, la demanda insatisfecha y la opinión de los profesionales de la entidad.

Caracterizar la Red de servicios del departamento de Arauca, identificado, relacionando y cuantificando el volumen de servicios en salud producidos actualmente, por centro de servicios y en la red de servicios, identificando suficiencia, necesidades y problemática de la red así como recursos humanos, infraestructura, tecnología disponible.

Fortalecer la Red de Servicios de Salud de Arauca estableciendo habilitación, Auditoría para la atención de salud, elaboración del PAMEC, implementación del Sistema Obligatoria de Garantía de la Calidad.

Elaborar un Plan de Acción acorde con el perfil epidemiológico que permita que las metas establecidas en el plan de salud se logren y permita que el departamento mejore los indicadores en salud.

Realizar un análisis de los recursos económicos del Departamento destinados a salud, como ha sido su asignación en los diferentes programas del departamento y disposición de los recursos que en el último cuatrienio se han tomado como referente el periodo comprendido entre 2007- 2010.

11 **BIBLIOGRAFÍA**

1. Corpes Orinoquia. *La Orinoquia colombiana, visión monográfica*. Bogota, 2004.
2. Correa, H. D Ruiz, S. «Plan de accion en biodiversidad de la Cuenca del Orinoco.» Propuesta Técnica, Bogotá, 2005.
3. Pérez A G, Castro G L. «La Mejor Orinoquia que podríamos construir elementos para la sostenibilidad ambiental del desarrollo.» Bogotá, 2009.
4. El Tiempo, Geografía económica de Colombia Editor: Casa Editorial el Tiempo Fecha de pub: c2006.
5. Rivera Ospina, David La Orinoquia de Colombia Editor: Banco de Occidente 2005.
6. Romero Ruiz, Milton Hernán Ecosistemas de la Cuenca del Orinoco colombiano, Editor: Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt 2004.
7. Colombia Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Instituto Nacional de Pesca y Acuicultura, La pesca en la baja orinoquia colombiana una visión integral Editor: Instituto Nacional de Pesca y Acuicultura Fecha de pub: 2001.
8. DANE. Departamento Administrativo de Planeacion Nacional http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/. Recuperado el 3 de Marzo de 2010, de Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia.
9. Ministerio de Protección Social, ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/newsdetail.asp?id=18363ver&idcompany=3> Recuperado el 4 de Marzo de 2010 de Ministerio de Protección Social.
10. Instituto de Estudios de la Orinoquia, Portafolio de programas y proyectos de Investigación, Universidad Nacional 2009.

11. Corporación Autónoma Regional de la Orinoquía, 2008, Agendas Ambientales Municipales de Casanare, Colombia.
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2007, Colombia una nación multicultural. Su diversidad étnica, Dirección de Censos y Demografía, Bogotá, Colombia.

12 ANEXO NO 1 RESULTADOS DE LA MATRIZ DOFA

DEBILIDADES:

- No existan personas técnicas al frente de la Unidad que manejen los procesos a cabalidad que pueda orientar y direccionar todos los procesos del sector salud.
- Carencia de herramientas tecnológicas para el proceso financiero.
- Son los recursos los que están en juego.
- Coordinación falta.
- Falta de Direccionamiento e Influencias externas
- Reten de recursos.
- Desacato a normas en materia de salud.
- No hay procesos definidos por parte del ente territorial.
- Recurso humano no suficiente para la demanda.
- No implementación y seguimiento y evaluación del SGC en las entidades.
- Personal capacitado pero con poca experiencia.
- Politiquería
- No hay capacidad física para los Servicios de Salud
- No hay definido en cada ESE ó EPS que me cuestan éstos servicios.
- Poca capacidad tecnológica
- Los profesionales de la salud no quieren venir a trabajar en Arauca
- Falta de planeación para la ejecución de recursos
- No se cuenta con un centro de referencia y contrarreferencia que cumpla con su función cabalmente.
- No contamos con unas bases de datos reales
- Los proyectos no se planifican sobre bases reales.
- Uso de las glosas como instrumentos para demorar los pagos
- Recursos: Falta de planificación en su ejecución
- Capacidades: La desmoralización del personal que ve como habiendo tanto dinero, no se les paga oportunamente al personal
- Recurso humano en profesional médico.
- Flujo de recurso mensual para lograr el pago oportuno al personal y la adquisición de insumos necesarios para la operación de los hospitales.
- Falta de funcionamiento del CRVED
- El Sistema de Comunicación
- Falta de mano de obra calificada que sea Araucana para evitar tener que traer especialistas de otros lugares del país lo cual indica mayores salarios para ellos y por consiguiente mayores gastos para la institución.

- No hay trabajo en equipo de los diferentes actores del sector salud en el departamento
- Carencia de liderazgo por parte de la UAESA en los últimos 2 años
- Diferencias marcadas entre gobernación – UAESA – Hospitales.
- Destinación específica de los recursos existentes
- Carencia en la concertación de objetivos, prioridades en la inversión
- Débil vigilancia, inspección y control
- Inversión no planificada
- Trabajo desarticulado
- No existe el personal competente para el ejercicio de sus funciones frente a las competencias que debe realizar el ente territorial de salud, y así mismo no se cuenta con el personal del área de la salud suficiente respecto de las especialidades por parte de los hospitales.
- La entidad encargada de ejercer la inspección, vigilancia y control es inoperante frente al desempeño de sus funciones.
- Los hospitales no son autosostenibles financieramente
- Baja capacidad administrativa y de gestión
- Inadecuada aplicación de las normas que regulan el SGSSS
- Falta de unificación de criterios para asignación de salarios y honorarios
- Falta de Continuidad en la parte intermedia en las Instituciones de Salud
- Austeridad en el gasto
- Manejo político
- Proyecciones a corto plazo
- Administración con retrovisor
- Generación de caos como catalizador de las administraciones
- No facturar subregistro

OPORTUNIDADES:

- Que se tiene toda la disposición por parte de algunos actores del problema para buscarle solución a los mismos.
- Recursos: Oportunidad para mejorar los servicios.
- Decretos: Oportunidad para tomar lo positivo y mejorar.
- Consecución de recursos a nivel internacional
- Personal capacitado pero no se le da la oportunidad de aportar en los procesos.
- Transferencias de recursos de regalías.
- Apoyo de instituciones como la Universidad Nacional
- La intención del gobierno de buscar soluciones.

- La existencia de dinero de regalías que bien orientados, pueden solucionar problemas.
- Este diagnóstico.
- Se cuenta con instituciones de Salud en todos los municipios del departamento.
- Posibilidades de construir el Diagnóstico
- La voluntad política manifestada por la primera autoridad del departamento en dar un norte a la Salud – Planeación
- Una oportunidad que se tiene en la región es que si se reorganiza la red pública se podría incursionar en el mercado de la región de la Orinoquía.
- Declaratoria del estado de emergencia social
- Intervención de la UAESA correctamente de manera técnica
- La intención del gobierno departamental de conocer la situación real de la salud en el Departamento.
- Direccionamiento, planificación
- Proyecto prioritario que permiten dar colación a la problemática
- Concertación de objetivos
- Se cuenta con las ESES Departamentales como ente referencia en todo el departamento
- Existencia de normatividad que permite la operación y regulación del Sistema general de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Arauca.
- Reglamentación
- Transferencia de recursos
- Preferencia normativa
- Red pequeña
- Sistema bien estructurado

FORTALEZAS:

- Que existan los recursos necesarios para poder atender y solucionar los problemas existentes en el sector salud.
- El recurso humano que pese a todos los obstáculos y problemas de pago sigue en pie de lucha prestando la salud.
- Se cuenta con recursos de regalías
- Personal recientemente capacitado y graduado en gerencia y auditoría.
- Grupo de profesionales capacitados en verificadores
- Capacidad financiera
- Recursos Humanos
- Personal capacitado para direccionar la salud en Arauca.
- Existencia de recursos

- La organización que ha demostrado el hospital San Vicente de Arauca en su administración
- Recursos: La inversión que está ejecutando la administración departamental en la infraestructura de los hospitales del departamento
- En la reunión de hoy, se notan las capacidades del personal, en buscar soluciones.
- Recurso humano idóneo
- Infraestructura
- Capacidad Instalada.
- Se cuenta con un buen equipamiento en el área de tecnología biomédica, lo cual permite ofrecer servicios de mayor calidad.
- Se cuenta con recursos suficientes, hace falta redireccionarlos de mejor manera, dentro de la red.
- Se cuentan con los recursos financieros, pues solamente el presupuesto de la UAESA fue de 110.000.000.000 en el 2009
- Compromiso del personal
- Recaudo adecuado de cartera
- Conocimiento de los problemas
- Adecuada administración de los recursos
- Recursos suficientes que permiten el mejoramiento
- Voluntad en la búsqueda y aplicación de alternativas que permitan mejorar las condiciones del sector salud
- Se cuenta con suficientes recursos financieros para el cumplimiento de las competencias atribuidas al departamento
- En la actualidad se cuenta con la voluntad del gobierno departamental para buscar soluciones al problema del sector
- Recursos económicos provenientes de regalías para atender gastos en salud
- Recursos tecnológicos apropiados para atender la oferta
- Oligopolio institucional
- Infraestructura física
- Exclusividad en la oferta institucional
- Recursos de regalías

AMENAZAS:

- La posibilidad de entrar en caos todo el Sistema de Salud del Departamento y no tengan los recursos necesarios para poder trasladar los pacientes a los diferentes centros asistenciales de todos los departamentos y la población tenga que morir por falta de una atención oportuna.

- La influencia de la política en factores claves como la elaboración de proyectos.
- Dificultad la contratación de los recursos.
- Liquidación total de entidades como es la UAESA y la ESE
- Recursos que no se inviertan eficaz, efectiva y eficientemente. Se regresarán y se recortarán las regalías.
- Aumento de la morbi-mortalidad de la población
- Colapso de la salud en el departamento.
- Inestabilidad política
- Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Vigilancia y Control.
- Cambios en el sistema de salud por la emergencia social
- El tiempo tan corto del gobernador en la Administración (22 meses)
- La restricción del DNP para la inversión de los dineros de regalías.
- La intervención de la UAE que no permite tener unidad de criterio, respecto a la inversión de recurso y a su formación de ejecución.
- Falta control, vigilancia y seguimiento para que cada actor cumpla con su competencia SSS
- Desmotivación del Recurso Humano para mejorar la prestación del servicio por demora en el pago de honorarios.
- Traba en el flujo de recursos.
- Intervención de la UAESA
- La situación de frontera puede considerarse una amenaza ya que con las actuaciones del presidente vecino se puede desatar cualquier situación bélica que perjudicaría de gran manera al departamento.
- Continúe la actual situación
- Falta en la agilidad del flujo de recursos
- Escaso apoyo del gobierno nacional, llámese Min, Super, etc. Para coadyuvar en la búsqueda de soluciones.
- Primeros intereses particulares, beneficio propio
- No concertación, no trabajo en equipo que persigue un mismo objetivo
- Existe intermediación sobre la administración de recursos del sector salud. Falta de seguimiento y control por parte de la Supersalud a las entidades intervenidas.
- Desconocimiento de deberes y derechos de los usuarios
- Situación de orden público
- Destinación específica de recursos
- Dificultades en la caracterización
- Sector público generador de trabajo

- La normatividad no se puede aplicar de manera igual en esta región
- No asumimos nuestra responsabilidad
- Dependencia del nivel central

13 ANEXO NO 1 LISTADO DE PATICIPANTES

- Defensoría del Pueblo
- Secretario de Gobierno del municipio de Arauquita
- Funcionarios Alcaldía de Arauca (Alc. Arauca)
- Hospital San Juan de Dios de Cravo Norte (H.S.J crv)
- Hospital San Antonio de Tame (HSA Tame)
- ESE Moreno y Clavijo (ESE MyC)
- Dusakawi EPS
- IPS Caprecom
- EPS Caprecom
- Gobernación de Arauca (Secretaria de Planeación y Hacienda)
- Hospital San Vicente de Arauca (HSVA)
- ESE Sarare
- Unidad Administrativa y Especial de Salud de Arauca (UAESA)
- Hospital San Francisco de Fortul (HSFF)