FEDESALUD

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL

PLAN INTERNATIONAL INC.

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL FRENTE A LAS CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE LA REGION PACIFICA EN CHOCO Y TUMACO

BOGOTA D.C., OCTUBRE DE 2004

TABLA DE CONTENIDO

I. EL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ, SU POBLACIÓN Y CARACTERÍSTICAS
1. GENERALIDADES DEL CHOCÓ
   1.1. Infraestructura
   1.2. Geografía Económica
   1.3. Ficha Técnica para Chocó DNP
2. LAS SUBREGIONES CHOCOANAS
   2.1. Subregión de Urabá, de Economía Tradicional a Ganadera
   2.2. La Subregión Central, Epicentro Departamental
   2.3. Entre la Selva y el Mar, la Subregión del Pacífico
   2.4. El oro y la Subregión del San Juan
3. POBLACION
4. CONDICIONES DE VIDA
5. LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL
6. CONDICIONES SANITARIAS

II. DEPARTAMENTO DEL CHOCO. SITUACIÓN DE SALUD
1. MORBILIDAD
2. MORBILIDAD POR EGRESOS
3. MORTALIDAD
4. LA MALARIA
   4.1. Mortalidad por Malaria
5. LA SEGURIDAD SOCIAL EN CHOCO
   5.1. Régimen Subsidiado
      5.1.1. Información de ARS
      5.1.2. Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes de las ARS
   5.2. Régimen Contributivo
6. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
   6.1. Oferta Institucional
   6.2. Servicios Ambulatorios
   6.3. Servicios Hospitalarios
   6.4. Programas de Promoción y Prevención
      6.4.1. Vacunación
      6.4.2. Evaluación del PAMI en DASALUD

III. ANALISIS FINANCIERO. RECURSOS DE SALUD DEPARTAMENTO DEL CHOCO
1. COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS
   1.1. Evolución del Financiamiento de los Servicios de Salud del Choco 1998-2002: Oferta
   1.2. Evolución del Financiamiento de los Servicios de Salud del Choco 1998-2002: Demanda
2. ESTRUCTURA GASTOS
3. ASPECTOS GENERALES DE LA TRANSFORMACIÓN DE OFERTA A DEMANDA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
   3.1. El Marco General de la Transformación
   3.2. La Ley 715 del 2002
   3.3. Implicaciones de la Ley 715 sobre el Sector Salud

IV. CHOCO. HIPÓTESIS Y COMPROBACIÓN
1. HIPÓTESIS
2. ANÁLISIS ECONOMÉTRICOS

V. TUMACO
1. INFORMACIÓN GENERAL
   1.1. Datos Geográficos
   1.2. Población
   1.3. Comunicaciones
   1.4. Conformación Político Administrativa
   1.5. Servicios Públicos
2. SITUACIÓN DE SALUD
   2.1. Morbilidad
   2.2. Mortalidad
   2.3. Sistema de Vigilancia en Salud Pública
   2.4. Seguridad Social
   2.5. PRESTACION DE SERVICIOS
   2.6. Recursos Financieros
3. ANÁLISIS SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD EN TUMACO

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
VII. CONSIDERACIONES PARA UN MODELO DE ATENCION POSIBLE

Bibliografía

EQUIPO INVESTIGADOR

Félix León Martínez Martín
(Director del proyecto)

Carlos Eduardo Castro Hoyos
(Investigador Principal Departamento del Choco)

Inés Elvira Ordóñez Lega
(Investigadora Principal Municipio Tumaco)

Oscar Mauricio Valencia Arana
(Experto Financiero)

Yenifer Hinestroza Cuesta
Coinvestigadora Chocó

PROLOGO

La investigación que se presenta en este libro tiene antecedentes en un estudio previo realizado por FEDESALUD, en el año 2003, sobre la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Vaupés.[1]

Dicha investigación había arrojado, entre otros, los siguientes resultados:

Las especiales características del Vaupés, departamento que antes formara parte de los "Territorios Nacionales", implican unas condiciones de oferta y demanda de servicios de salud muy particulares. La población dispersa, en su gran mayoría indígena, prácticamente no demanda servicios y, de hecho, no disfrutaría de ninguno, de no ser por la oferta en terreno por parte de equipos multidisciplinarios de atención al Área Rural, así como por la labor de los promotores de salud indígenas, eslabón fundamental entre el Departamento Administrativo de Salud y las comunidades indígenas, capaz de servir de puente para superar las grandes barreras culturales y lingüísticas.

Garantizar la prestación de servicios efectiva, correspondiente al Primer Nivel de Atención Ambulatoria, para la población dispersa (con importante grado de inaccesibilidad geográfica y cultural), mediante la estrategia de equipos extramurales que visitan regularmente las comunidades, tiene un costo elevado que no es compensado suficientemente por la Unidad Per Cápita o UPC especial que reconoce el Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud para estos territorios.

Con respecto al aseguramiento, puede afirmarse que el desarrollo particular del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Vaupés no responde a la lógica del mercado, dado que en este departamento se encuentra operando tan sólo una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS). El Departamento Administrativo de Salud contrata el Régimen Subsidiado con dicha ARS y esta a su vez compra el primer nivel de atención completo al Departamento Administrativo de Salud, mediante contrato de capitación con este -también único prestador-, por un 53% de la UPC[2]. Este absurdo de "yo te contrato y tú me contratas" a que obliga la normatividad vigente, se traduce en una intermediación costosa e innecesaria para dos terceras partes de los servicios del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSs).

Por lo anterior, se concluía, del aseguramiento del primer nivel de atención en el Vaupés, y departamentos similares, no se obtiene beneficio alguno (en la práctica tampoco se paga, en función del descuento automático de la capitación que hace el pagador). Sin embargo, esta intermediación que no agrega ningún valor, genera gastos de administración por cientos de millones de pesos. Lo contrario se puede señalar del aseguramiento sobre los niveles de atención superiores, donde la existencia del asegurador si agrega valor, pues ha hecho efectivo el sistema de referencia y el acceso real a servicios de segundo, tercer nivel y alto costo, como también ha garantizado el transporte e incluso el alojamiento de los afiliados.

Finalizado dicho estudio, y vistas las perspectivas en relación con la adopción de políticas para territorios y poblaciones apartadas con importante atraso en el desarrollo, entre ellas las comunidades indígenas, un grupo de personas interesadas[3]

---

[1] "Estudio UPC Vaupés", en www.fedesalud.org.co

[2] El contrato incluye algunos servicios de segundo nivel que se deben prestar con recursos limitados en el único hospital del departamento.

[3] Entre ellas destacamos y agradecemos al Dr. Jairo Ternera

en las dificultades de estas poblaciones pensó en la utilización del estudio para apoyar la formulación de políticas y toma de decisiones por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

FEDESALUD por su parte planteó, con miras a la concreción de una política específica para las poblaciones dispersas, la necesidad de extender la investigación de la implementación del Sistema de Seguridad Social en Salud a otras zonas del país, pues el estudio de Vaupés no permitía inferir los resultados automáticamente a otras regiones o al país entero.

De igual manera, PLAN INTERNACIONAL Programa Colombia, conocedor de las dificultades que viven a diario los niños y niñas del Litoral Pacifico para acceder a servicios de salud, y reconociendo las consecuencias que implica en la garantía de sus derechos, encuentra importante vincularse apoyando el proceso investigativo y la difusión de sus resultados para buscar, de esta manera, incidir en las políticas públicas.

Esta confluencia de intereses y oportunidades hicieron posible el estudio sobre la implementación del Sistema General de Seguridad Social en la Región Pacífica y la publicación del presente libro.

Los resultados de la investigación reforzaron y ampliaron las conclusiones del estudio previo sobre la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento del Vaupés, aunque es preciso señalar que la situación encontrada es muchísimo más grave, pues mientras en Vaupés existe y funciona, con algunos problemas financieros, un modelo de atención para la población dispersa, en Chocó y Tumaco -donde la mayoría de sus habitantes también reúnen las características de población inaccesible en términos geográficos y culturales hacia los servicios de salud-, no existe en la práctica ninguna estrategia de atención que acerque los servicios a los ciudadanos.

La inaccesibilidad geográfica es en realidad una inaccesibilidad económica en función de los costos de transporte fluvial desde los sitios de vivienda hacia los centros de salud. Los ciudadanos, pobres por definición y clasificación en su mayoría[4] (especialmente los afiliados al Régimen Subsidiado), deben sufragar estas altas tarifas de trasporte fluvial, que llegan a significar la mitad o un tercio de los ingresos familiares mensuales, si quieren acceder a la atención médica u odontológica.

Las bajísismas tasas de prestación de servicios de salud que el estudio encuentra para estos grupos poblacionales, junto con la reducida disponibilidad de recursos destinados a los centros de salud en la mayoría de los municipios del Chocó y las zonas rurales de Tumaco, demuestran una situación alarmante de déficit de oferta y demanda de servicios, en conjunto de inaccesibilidad, no obstante haber considerado graves deficiencias en la información, una verdad ineludible tanto en Chocó como en Tumaco.

La afiliación al Régimen Subsidiado no hace diferencia alguna en cuanto a esta condición de inaccesibilidad a los servicios, dado que estos dependen exclusivamente de la estructura de oferta en manos del sistema público, con el que contratan las ARS por capitación, salvo en Quibdó y el centro urbano de Tumaco, donde las ARS ofrecen alternativas de servicios o suministro de medicamentos.

---

[4] No es necesario hacer mayor énfasis sobre la situación de pobreza, o sobre los Indices de Calidad de Vida o Desarrollo Humano del Departamento del Chocó, el último en todos los indicadores nacionales.

Aun cuando los ciudadanos, en pocas ocasiones, superen la barrera económica que significa el transporte y logren acceder a los centros de salud, la mayoría de los afiliados al Régimen Subsidiado, al igual que los no asegurados, e incluso algunos afiliados al Régimen Contributivo o Regímenes especiales, se encontrarán con centros de salud con mínimos recursos en términos de recurso humano, medios diagnósticos y terapéuticos, incluidos medicamentos. La afiliación al Régimen Subsidiado no garantiza diferencia alguna frente a esta condición estructural, reiteramos, salvo en los grandes centros urbanos.

Para mayor ilustración se podría señalar que un incremento de afiliados y por tanto de UPC(s) pagadas en un municipio de Chocó no garantiza que esta población reciba mayores servicios debido a la inflexibilidad de la oferta de servicios en la zona y porque estos recursos ingresan, vía contratos de capitación con el Departamento Administrativo de Salud a una bolsa común de recursos para los centros de salud del departamento.

En síntesis, los contratos de capitación no garantizan los contenidos del POS a la mayoría de los afiliados al Régimen Subsidiado en el Departamento del Chocó, pues en realidad los dineros que la Reforma transformó a la demanda, buscando que estos siguieran a los usuarios y garantizaran su atención, es burlado mediante estos contratos, que en la práctica devuelven los recursos al sistema de oferta (donde no hay garantías, ni pago o estímulo específico por los servicios al afiliado), después de descontar, claro está, un porcentaje de administración.

Por tanto, al igual que en el Departamento del Vaupés, se configura para este nivel de atención una intermediación costosa e innecesaria, un “Yo te contrato y Tu me contratas” que no agrega ningún valor, ni en términos de aseguramiento y garantía de acceso, ni en términos de agenciamiento de los servicios y garantía de calidad, ni en términos de representación de los afiliados. ¿Por qué insistir en este modelo, incluso en el actual proyecto de reforma de la Ley 100?

Los sistemas de contratación y pago de servicios de salud deben generar a los prestadores los incentivos adecuados para garantizar servicios efectivos y de calidad a los afiliados. Este modelo de contratación no produce incentivo alguno y está negando en la práctica los derechos de los afiliados a la prestación efectiva del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado en la mayoría de los municipios del país, hecho que configura un claro incumplimiento del contrato de aseguramiento que los municipios suscriben con las aseguradoras privadas (pocas veces públicas), con o sin ánimo de lucro.

¿Por qué se tolera tan abierto incumplimiento del contrato? ¿Acaso los dineros del Estado no valen lo mismo que los dineros privados? ¿Acaso no importa que no se presten los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud? ¿Es el contrato de aseguramiento en el Régimen Subsidiado simplemente un puro formalismo, salvo en lo que tiene que ver con el giro de los recursos a los diferentes actores, pues nadie sanciona el incumplimiento evidente? Si no se garantiza un aseguramiento efectivo, ni las ARS cumplen su función de agencia, garantizando la oferta y calidad de los servicios a sus afiliados…. Si estos contratos no cumplen con el mismo propósito de todos los contratos en una economía de mercado, es decir la compra efectiva de un bien o servicio en unas condiciones de oportunidad y calidad preestablecidas…. ¿Estas entidades simplemente estarían cumpliendo una función de administración y reparto de recursos públicos?

Cabe en este punto señalar que si bien los afiliados no parecen estar debidamente agenciados por las ARS frente a los prestadores, las ARS si parecen estar bien

agenciadas ante los poderes del Estado. El profesor Oscar Rodríguez, en la investigación de la Universidad Nacional sobre el Régimen Subsidiado, precisaba que este Régimen ha generado un nueva forma de clientelismo. Más recientemente, un honorable magistrado del Consejo de Estado, en relación con un fallo sobre la desviación de recursos de un servicio público hacia el financiamiento de una campaña política, señalaba: “Los políticos han aprendido que la privatización de los servicios públicos les es mucho más útil que el modelo anterior de gestión pública, dado que no existen restricciones legales para que estas empresas privadas aporten recursos hacia organizaciones o personas que financian sus campañas, restricciones que si son claras en la legislación para las entidades del Estado.”

En este sentido, sería bueno precisar que la corrupción que brota con alguna frecuencia, en medio de grandes y pasajeros escándalos, no es más que la consecuencia de un sistema político que se sigue financiando y reproduciendo por medio de las asignaciones de recursos del Estado. No es propia la corrupción por tanto del Régimen Subsidiado ni del aseguramiento, sino del régimen político.

Ahora bien, regresando a la región del Pacífico, la inaccesibilidad geográfica y económica está determinada, desde la perspectiva no de los ciudadanos, sino de la administración de servicios de salud, por la ausencia de una oferta de servicios adecuada para este medio y sus habitantes, en términos de un modelo de atención capaz de acercarse a las poblaciones dispersas mediante equipos móviles que visiten regularmente las comunidades (modelo de atención del Vaupés). También podría pensarse en fortalecer la demanda mediante servicios permanentes y gratuitos de trasporte a través de los principales ríos, para que estos ciudadanos sin recursos puedan desplazarse hacia los centros de salud.

El Departamento del Chocó recibe una prima especial sobre la UPC como otras zonas del país correspondientes a los nuevos departamentos o antiguos territorios nacionales (aproximadamente 48.000 pesos per cápita para el 2004). En el estudio previo de FEDESALUD sobre la UPC en el Vaupés se demostró que este plus financiero resulta indispensable por los sobrecostos que supone un modelo de atención basado en equipos profesionales móviles que lleguen periódicamente a las poblaciones dispersas. En el presente estudio se demuestra que simplemente este plus no llega a las poblaciones dispersas traducido en ningún tipo de servicios y por lo tanto se queda, o bien en manos de las ARS, o bien es asignado al gasto de los hospitales y centros urbanos por el Sistema Público.

La consecuencia lógica de las anteriores conclusiones, aunadas a las del estudio previo sobre Vaupés, es una recomendación a los órganos de Dirección del Sistema de Seguridad Social, en el sentido de que esta prima especial sobre la UPC, que resulta indispensable, debe calcularse con base en los sobrecostos de un modelo de atención para las poblaciones dispersas. Pero, igualmente recomendar que este plus se conceda exclusivamente para las poblaciones dispersas de los territorios y no para los territorios en general, para que no se quede el recurso adicional en manos de los gestores o concentrado en los centros urbanos.

Adicionalmente, que la prima adicional, sumada a los recursos correspondientes al primer nivel de atención ambulatoria y los de promoción y prevención y salud pública, tengan como destinación exclusiva el costoso financiamiento de equipos extramurales de atención capaces de articular acciones de atención a las personas, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y manejo de factores de riesgo, o bien que sirva cuando menos para financiar el costoso transporte de estos ciudadanos hacia los servicios, de tal modo que se garantice a la población dispersa la prestación efectiva del POS.

En síntesis, de no amarrar la destinación de la prima especial sobre la UPC a un modelo de atención extramural para las poblaciones dispersas, el aseguramiento en salud del Régimen Subsidiado seguirá resultando incapaz de garantizar el acceso a los servicios de salud y por tanto el derecho a la salud a una importante proporción de colombianos. Es el caso de la población afrocolombiana, en particular los niños, niñas y jóvenes de la Costa Pacífica

Este libro finaliza con un anexo, que analiza la factibilidad técnica y financiera de implementar un modelo de atención de esta naturaleza en el Departamento del Chocó.

Félix León Martínez
Presidente FEDESALUD

I. EL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ, SU POBLACIÓN Y CARACTERÍSTICAS

El Departamento del Chocó se halla localizado en la región pacífica, al noroccidente de Colombia. Se extiende desde la cordillera Occidental hasta la Costa. Tiene una extensión de 46.530 km2. Posee costas sobre el mar Caribe y el Océano Pacífico.

Es una zona de bajas presiones atmosféricas, conocida como *Concavidad Ecuatorial*, donde convergen vientos alisios de cada hemisferio para formar el Cinturón de Convergencia Tropical, lo que la hace una zona de alta pluviosidad y con vientos variables.

Limita por el Norte con la República de Panamá y el Mar Caribe; por el Oriente con los departamentos de Antioquia, Risaralda y Valle del Cauca; por el Sur con el departamento del Valle del Cauca, y por el Occidente con el Océano Pacífico.

Su territorio posee un gran valle ubicado de Sur a Norte, por donde corren los ríos Atrato y San Juan. El río Atrato baña el valle de su mismo nombre, y se considera uno de los más caudalosos del mundo. Este valle se encuentra cubierto, en su mayoría, por bosque húmedo tropical, presentando en la parte norte una zona bastante anegadiza, denominada El Tapón del Darién, barrera geográfica que separa el Océano Pacífico del Atlántico.

Sus principales accidentes orográficos son la Serranía del Baudó, que comienza en el sur del departamento y avanza paralela a la costa pacífica hasta unirse con la del Serranía del Darién, en el norte, que delimita a Colombia con Panamá.

La mayor parte del territorio se halla dentro de las zonas de las calmas ecuatoriales, por lo tanto el régimen de lluvias se prolonga durante todo el año, registrándose hasta 12.000 mm3 de precipitación. La temperatura se encuentra entre 28 y 30 grados C, con un alto grado de humedad ambiental.

Estos territorios poseen la más variada y rica gama de recursos de flora y fauna, como consecuencia de su ubicación y clima, constituyéndose así en la reserva y patrimonio no sólo de Colombia sino del mundo entero, por su extensa biodiversidad, unida a una cultura de la hidroselva.

1. GENERALIDADES DEL CHOCÓ

El Departamento fue creado por la ley 13 de 1.947, durante el gobierno de Mariano Ospina Pérez. Según el censo de 1993, poseía una población de 365.782 habitantes, en su mayoría afrocolombianos e indígenas.

1.1. Infraestructura

Carreteras: el sistema vial del departamento tiene una carretera que une a Quibdó con Medellín y la nación, y otras que unen la capital con Bahía Solano, Condoto, Nuquí y Riosucio.

Fluvial: su principal sistema de comunicación es el fluvial, pues, la mayor parte de sus ríos son navegables por medianas y pequeñas embarcaciones; posee dos inspecciones fluviales: la de Riosucio sobre el río Atrato y la de Istmina sobre el río San Juan.

Marítimos: Para las comunicaciones marítimas cuenta con dos puertos, uno, sobre Bahía Solano, en el océano Pacífico, y otro en Acandí, sobre la costa del mar Caribe.

Aéreo: El departamento posee un sinnúmero de pistas de aterrizaje, cuyo epicentro es la capital del departamento, que complementan el panorama de las comunicaciones.

1.2. Geografía Económica

Aunque la agricultura es rudimentaria y difícil debido a las intensas lluvias, los principales cultivos son: plátano tradicional (20.057 ha), maíz tradicional (19.353 ha), arroz secano (7.725 ha), cacao (2.541 ha) y coco (985 ha).

La ganadería es importante; según la Encuesta Nacional Agropecuaria, el departamento tenía 199.939 cabezas de ganado vacuno, 43.430 porcinos, 10.795 equinos, 6.441 mulares, 384 asnales, 1.737 caprinos y 707 ovinos.

La actividad minera sobresale con la extracción de 1.784.249 gramos de oro, 1.008.375 gramos de platino y 214.571 gramos de plata; existen además yacimientos de caliza, molibdeno y cobre.

El desarrollo industrial del Chocó es, junto con Sucre, los departamentos de la Orinoquia y la Amazonía, de los más bajos del país; sobresale la manufactura agrupada en productos alimenticios, bebidas y muebles de madera.

1.3. Ficha Técnica para Chocó DNP

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

Índice de Necesidades Básicas 1998	% 82,80
Alumnos matriculados 2000_1999	115.320
Índice de Condiciones de Vida 1998	% 55,28
Esperanza de Vida al Nacer (años) 2000	66,05
% de analfabetismo para población mayor a 15 años 1	20,50
% defunción a causa de la Violencia (92-95)	11,40
% defunción por causas diferentes a la Violencia (92-95)	88,50
% Vivienda con acueducto 1997	45,80
% Vivienda con alcantarillado 1997	27,00
% Vivienda con energía 1997	77,20
% Vivienda con Teléfono 1997	7,00
Tasa de Ocupación 2000 %	52,48

INFRAESTRUCTURA VIAL

Red Vial Nacional Pavimentada (km)	23,20
Red Vial Departamental Pavimentada (km)	ND
Red Vial Nacional Sin Pavimentar (km)	260,70
Red Vial Departamental sin Pavimentar (km)	121,00
Red Municipal no Urbana Sin Pavimentar (km)	311,90

OTRAS

PIB 1998 (millones corrientes)	472.854
Participación del Pib en el total nacional %	0,39%

Fuente: DNP

2. LAS SUBREGIONES CHOCOANAS

De acuerdo con el estudio "Chocó Diversidad Cultural y Medio Ambiente[1] en el Chocó se pueden distinguir unidades socio-geográficas diferenciadas; algunos ensayos de subregionalización[2], distinguen cuatro unidades físico-territoriales que pueden resumirse así:

— Hacia el noreste, en la cuenca baja del Atrato, la Subregión de Urabá; está influida por la colonización antioqueño-cordobesa y se vincula con la Costa Pacífica por lazos naturales y sociales. Comprende los municipios de Acandí, Unguía y Riosucio. Actualmente se agrega a estos el municipio de Cármen de Darién (Cubaradó). La región recibe también el nombre genérico del Darien, por parte de la administración departamental.

— Hacia el centroeste, la cuenca alta del Atrato se puede denominar Subregión central o del Atrato; las actividades económicas más dinámicas se concentran en Quibdó y se ha generado un corredor con los municipios de la vertiente occidental de la cordillera andina. Sus municipios son Quibdó, Bojayá (Bella Vista), Lloró, Bagadó y El Carmen de Atrato. De reciente creación Atrato (Yutó), Medio Atrato (Beté) y Rio Quito (Paimadó).

— En el sur, la cuenca del río San Juan o Subregión del San Juan, ligada a la cuenca marina del Pacífico, hacia donde drena este río; su población ha estado más dedicada a la explotación del oro. Comprende los municipios de Istmina, Tadó, Condoto, Nóvita, Sipí y San José del Palmar. De reciente creación Cantón de San Pablo (Managrú), Iró (Santa Rita), Certegui, Medio San Juan (Andagoya) y Unión Panamericana (Animas).

— En el litoral Pacífico, la Subregión del Pacífico está separada del resto por la serranía del Baudó; con menor poblamiento, está más vinculada a la dinámica general de la costa occidental de Colombia. Pertenecen a ella los municipios de Juradó, Bahía Solano (Ciudad Mutis), Nuquí, Alto Baudó (Pie de Pató) y Bajo Baudó (Pizarro). De reciente creación Medio Baudó (Boca de Pepé) y Litoral de San Juan (Docordó)

Entre las cuatro subregiones identificadas existe una débil integración económica y político-administrativa. Las comunicaciones entre ellas son precarias y lentas. Pero si bien cada una presenta formas culturales propias, comparten numerosos rasgos que se pueden identificar como típicos de adaptaciones socio-culturales de la región en su conjunto.

De los estudios de Jimeno y colaboradores se extractan las siguientes descripciones regionales, muchos párrafos se toman textualmente, aunque se ajustan algunas de las cifras con datos más recientes.

El interés fundamental de esta definición de subregiones es que sobre tal división se harán muchos de los cálculos del presente estudio

2.1. Subregión de Urabá, de Economía Tradicional a Ganadera

La zona del Urabá chocoano fue ocupada tradicionalmente por población cuna, parte de la cual hoy en día se encuentra agrupada en resguardos, mientras la mayoría emigró hacia Panamá. 72.000 km2 de esta Subregión pertenecen a los parques naturales de los Catíos y las Teresitas.

---

[1] CHOCÓ DIVERSIDAD CULTURAL Y MEDIO AMBIENTE
Myriam Jimeno María Lucía Sotomayor **y** Luz María Valderrama

[2] El Plan de Desarrollo del Chocó para los años 1958-59 y Plan de Acción Chocó 1988-92, CIDER-SIP, 1991, trabajos que con varias décadas de diferencia sugieren similares sub-unidades regionales.

Al final del siglo pasado, la explotación del caucho, de la tagua y la raicilla y la apertura de las minas del río Tigre, atrajeron migrantes de la Costa Atlántica y del interior del Chocó. Una vez pasado el auge extractivo, parte de esta población emigró de nuevo.

En los años 20 se estableció allí un ingenio azucarero y plantaciones de banano. Ambos ocuparon cientos de obreros en forma permanente y se convirtieron en factores de atracción de colonos, especialmente de trabajadores negros del interior del Chocó. Sin embargo, la población cuna fue la mayoritaria hasta la década de los cuarenta.

La gran depresión de la década del año 29, trajo la quiebra del ingenio, que había llegado a tener ferrocarril propio. Sus inversiones en platino en la bolsa de New York sufrieron una mengua considerable, y se unieron al estancamiento del comercio de oro, dirigido también al exterior. El ingenio y su infraestructura, compleja para la época, cayeron en el abandono.

Hacia 1960, la zona recibió un nuevo auge colonizador centrado en las plantaciones de banano y en la extracción maderera. La apertura de la vía Medellín-Turbo facilitó el proceso. Para entonces la población indígena ya se encontraba disminuida y fue colocada como minoría demográfica y socio-cultural. Los cuna pasaron de 5.000 registrados en el censo de 1912, a 500 en los años ochenta, reducidos principalmente a los resguardos de Unguía y Cutí. Una pequeña población emberá y wanana se aprieta en el resguardo de Tanela.

Las plantaciones bananeras se concentraron en la zona antioqueña de Urabá, mientras el área chocoana quedó como retaguardia, poco a poco apropiada por extensos hatos ganaderos, propiedad principalmente de antioqueños. La economía campesina de la población negra fue paulatinamente desplazada por la ganadería, que hoy domina el paisaje de manera abrumadora.

El ambiente geográfico está ligado a las condiciones del Golfo y a la cuenca baja del río Atrato, en cuya planicie de desborde se forma una amplia zona pantanosa, con varias ciénagas.

Hasta 1985 se encontraba el municipio con el más alto índice de crecimiento poblacional, Riosucio (4.38% anual); aún recibe la afluencia de población extra departamental (Antioquia y Córdoba) atraídos por la extracción de madera de pequeños y grandes empresarios y de colonos ganaderos.

La Subregión de Urabá tiene la mayor porción del territorio departamental, 28%, seguida de la Subregión central (26%). Pero en términos de población, la primera tenía en 1985 el 16%, mientras la central albergaba el 41%. En 1985 un total de 38.386 personas habitaban los 13.410 Km. del Urabá chocoano, mientras en 1993, ascendió a 48.003 habitantes y en 2003 a 61.736, pero la proporción continúa igual con respecto a la Subregión central.

TABLA No. 1. POBLACION SUBREGION DE URABA, 1993

Municipios	Total	Cabecera	Resto	Área mpal. Km2
Acandí	9.555	4.446	5.109	1.858
Riosucio	27.666	4.554	23.112	10.373
Unguía	10.782	3.464	7.318	1.179
TOTAL	48.003	12.464	35.539	13.410

Fuente: DANE, Censo de 1993

Pese a la dinámica demográfica y ocupacional que muestran las estadísticas, el Urabá chocoano sobresale por tener el índice departamental más alto de necesidades básicas insatisfechas, 84.2%. Sobresale precisamente Riosucio, polo de desarrollo, con *94.5*% de NBI. que lo colocan entre los lugares más deprimidos del departamento.

A esta región agregaremos el municipio de Cármen del Darien, de más reciente creación, en la frontera con Panamá, para una plena coincidencia con la distribución de regiones utilizada por el Departamento Administrativo de Salud. El nombre de la zona igualmente será cambiado de Urabá por Darién incluyendo a los cuatro municipios.

2.2. La Subregión central o del Atrato, Epicentro Departamental

En términos históricos esta Subregión ha sido el centro político, administrativo y comercial, papel que cobró fuerza desde el fin de la era colonial.

La actividad comercial que se generó en torno al abastecimiento de las minas del sur, y posteriormente en relación con la explotación maderera, contribuyó a la consolidación de un núcleo de poblamiento donde se organizaron las actividades político-administrativas más importantes.

Las cuencas alta y media del río Atrato le dan a esta Subregión una configuración ambiental específica, en la que se destaca una vastísima área de bosque intervenido por agricultura migratoria, especialmente en la vega de los ríos.

Hacia el occidente predomina la formación de bosques heterogéneos, sobre la estribación oriental de la Serranía del Baudó. El relieve de esta zona varía desde el rango del ondulado hasta lo muy quebrado. Esto limita sus posibilidades de aprovechamiento, aunado al clima y a la superficialidad y pobreza del suelo.

El reordenamiento de la población que se produjo una vez finalizó la minería basada en esclavos, implicó la dispersión de la población negra y la ocupación de las riberas de las cuencas alta y media del río Atrato, eje geográfico y social de la zona. Significó también conflictos con los indígenas, si bien estos se habían visto obligados por la presión colonial a remontarse a las cabeceras de los ríos y afluentes del Atrato como el Neguá, Munguidó, Paimadó, Tanguí, Beté, Amé, Capá, Bebará, Buey, Buchadó, Domingodó, Chintadó, Truandó, Salaquí, Tanela y afluentes del río Quito.

La población negra desarrolló como patrón de asentamiento, las viviendas y caseríos ribereños dispersos, de baja densidad demográfica, comunes también al resto del Chocó como se ha mencionado. La producción se dirigió a la agricultura itinerante y la minería artesanal, ambas articuladas entre sí en un ciclo de aprovechamiento anual. Los recursos de ríos, ciénagas y de la selva vecina, sirvieron de soporte a la economía rural.

En los cascos urbanos, sobre todo en Quibdó, se concentró la población blanca, siempre minoritaria. A Quibdó llegaron a finales del siglo pasado refugiados de las guerras civiles, provenientes especialmente de la Costa Atlántica. Los lazos político-administrativos con el Cauca también atrajeron familias de ese origen.

Con el auge del oro y el platino en los años 20, algunos logran conformar poderosas empresas comerciales que importaban bienes por mar desde Jamaica y Panamá, a través de una flotilla de buques que remontaban el Atrato. Participaron activamente en el comercio internacional de oro y platino, con vínculos en New York y Londres.

Así, entre los años 20 y los 50 de este siglo, la región mantuvo vínculos comerciales más fuertes hacia el exterior que con el interior del país. Con éste, los lazos principales eran de orden administrativo y político, y débiles en lo económico.

Las comunicaciones con el interior eran en extremo precarias. La carretera Quibdó-Medellín, construida en los años 30, es todavía hoy una vía precaria, casi una trocha. Precisamente la construcción de esa carretera atrajo inmigrantes principalmente de Antioquia, quienes se asentaron en inmediaciones de la vía. No se generaron, sin embargo, corrientes colonizadoras de envergadura, ni vínculos económicos importantes. El río Atrato continuó siendo la arteria de comunicaciones orientadas hacia la Costa Atlántica. La importancia del Atrato sólo decayó en las últimas décadas, con el fortalecimiento relativo de la red vial terrestre y aérea.

La población blanca de la región se concentró en Quibdó alrededor de la administración pública y el comercio. Mantuvieron el monopolio de la administración hasta los años 60. En 1966 se produjo, con gran revuelo, el nombramiento del primer gobernador negro del Chocó, en la presidencia de Carlos Lleras. Los comerciantes por su parte han estado sujetos a los ciclos de repunte y depresión en la explotación aurífera y maderera.

Vale la pena destacar que los blancos en la región no sumaban más de 14 grandes familias a mediados de los años 50. De éstas, sólo permanecen tres. Unas pocas lograron acumulación significativa de capital, que no se reinvirtió en la zona. El ideal social desde finales de los años cincuenta fue emigrar a una ciudad mayor, que ofreciera mejores servicios y oportunidades. Así, la presencia de una élite tradicional blanca se debilitó y fue parcialmente sustituida por migrantes prósperos, especialmente *paisas*, vinculados al comercio.

Estos cambios han repercutido en el funcionamiento del aparato institucional local en las últimas décadas, visto como una de las pocas fuentes de empleo y aun de acumulación personal. La lucha por cada empleo es ardua, y es controlada por jefes políticos en un circuito de favores y protecciones. Las decisiones sobre inversión pública pasan también por consideraciones de conveniencia política y sin duda han tenido su parte en la carencia de servicios públicos.

Dentro de la Subregión Central, Quibdó tiene una de las densidades de población más altas de todo el departamento (12.3 hab/km2). Hacia el norte y el sureste, las densidades varían desde 1.7 hab/Km2 hasta 6.6 hab/km2 (Bojayá y Lloró respectivamente).

TABLA No. 2. POBLACION SUBREGION CENTRAL, 1993

Municipios	Total	Cabecera	Resto	Área mpal. Km2
Quibdó	105.172	67.649	37.523	6.164
Bojayá	7.904	690	7.214	3.693
Lloró	9.622	1.666	7.956	905
Bagadó	13.938	3.654	10.284	979
El Carmen	6.169	1.743	4.426	1.017
TOTAL	132.805	75.402	67.403	12.758

Fuente: DANE, Censo 1993

El total de población de la Subregión para 1985, era de 99.447 habitantes, sobre un área de 12.758 Km.; para 1993, fue de 132.805 y para 2003 de 169.084. Representa el 26% del territorio y más del 40% de la población departamental. Quibdó tiene más del cuarenta por ciento de la población urbana departamental y el 24% de la totalidad.

Las actividades comerciales en la Subregión son más intensas que en cualquier otra, pero en cambio sus relaciones con otras, son débiles. Esta Subregión es, sin embargo, la que presenta los niveles más altos de articulación interna. Con la del San Juan mantiene vínculos muy estrechos, geográficos, viales, administrativos y comerciales.

La población de esta Subregión es en su mayoría afrochocoana, con excepción de El Carmen de Atrato fundamentalmente de origen antioqueño y de pequeños enclaves emberá.

La región central tiene también índices muy elevados de necesidades básicas insatisfechas, que sobrepasan el 90% en los municipios de Río Quito y Lloró, alcanzan el 80% en Quibdó, y descienden al 50% en El Carmen de Atrato.

La educación y la salud presentan, no obstante, una mayor oferta de servicios en la Subregión Central, con respecto al resto del Departamento. Quibdó cuenta con una Unidad Regional de Salud y El Carmen de Atrato con hospital local. Como en el resto del Chocó, la comunidad acude a un sistema tradicional de salud, con agentes especializados, la partera, el tonguero, el yerbatero, el curandero, quienes suplen la falta de los servicios de salud institucionales.

En el aspecto educativo, en la Subregión Central se encuentra la sede de la Universidad Tecnológica del Chocó, así como establecimientos de educación secundaria y primaria. En general, los docentes se concentran en las cabeceras municipales, a pesar de algunos programas encaminados al estímulo de los maestros rurales.

Desde el punto de vista del empleo, Quibdó concentra la oferta de empleo permanente, ligado especialmente a los servicios, donde pesa el papel del sector público; mientras en la capital el 22% tiene algún empleo permanente, en los demás municipios escasamente llega al 1%. Pero en Quibdó se observa como fenómeno social creciente el subempleo; por ejemplo, crecen las ventas de chance, las rifas, las ventas callejeras de frutas, comestibles y ropa.

La minería es una actividad que contribuye de manera importante a la generación de ingresos familiares. El barequeo, el mazamorreo, el hoyadero, los entables con motobombas, draguetas y retroexcavadoras constituyen fuentes de empleo tanto para hombres como para mujeres. En El Carmen de Atrato 150 familias dependen de la mina de cobre colombo-japonesa El Roble Explotación.

El arroz y el plátano generan los principales excedentes agrícolas, sobre todo en el municipio de Bojayá.

Quibdó, como epicentro regional, condensa los problemas que llegan con los cambios sociales; en Quibdó ya es apreciable el deterioro ambiental urbano, como el caso de las viviendas asentadas en las quebradas La Yesca, Las Consentidas, Las Margaritas y La Cascorva; allí la discusión sobre recuperación ambiental y arquitectónica apenas se inicia, con no pocos conflictos con la población allí asentada, que no ve garantizados sus derechos en las propuestas urbanísticas. Otros sitios con impactos ambientales adversos, son el río Cabí, donde se encuentra la bocatoma para el acueducto de Quibdó y el mismo río Atrato, o el basurero superficial de la ciudad.

La ciudad ha sido completamente desbordada por los inmigrantes rurales, pues no sólo se agotaron sus limitados servicios públicos, sino también la planificación urbana. El paisaje urbano de otras décadas apenas se deja adivinar en unas cuantas casonas de madera, poco valoradas localmente, amenazadas de ruina, y uno que otro edificio público de arquitectura republicana. La arquitectura estrecha y gris del interior se ha acoplado a la construcción por etapas de los nuevos habitantes.

2.3. Entre la Selva y el Mar, la Subregión del Pacífico

La Serranía del Baudó delimita buena parte la Subregión con su relieve muy quebrado, de afloramientos rocosos en las partes altas y menos escarpado hacia el norte (Abdón Cortés, en CIDER, 1991).

En general los suelos son muy pobres, con una vocación de uso exclusivamente forestal. Los bosques son heterogéneos en especies, lo que hace muy difícil y costoso su aprovechamiento. Pero en algunos sitios favorables, ya se han establecido aserríos.

Las condiciones de pluviosidad son extremas en la Serranía, especialmente en la estribación occidental, con registros de hasta 10.000 mm. al año. Estas características dependen del régimen climático que le impone la cuenca del Pacífico a todo el Andén, pero son más rigurosas hacia el norte. Hacia el occidente de la Serranía se despliega la franja costera.

Juradó, Bahía Solano, Alto Baudó y Bajo Baudó, son las unidades municipales de esta región.

Para la región costera se sucedieron tres corrientes históricas en su poblamiento. Una primera aborigen; una segunda, a comienzos de este siglo, emberá y negra, que aún prosigue y una tercera impulsada entre los años veinte y cuarenta de este siglo.

Durante la colonia, el litoral al parecer sirvió de refugio para contrabandistas y cimarrones. Luego, a comienzos de este siglo, llegaron inmigrantes del alto San Juan, de los ríos Atrato, Condoto e Iró, que recorrieron las playas y conformaron aldeas playeras. Sembraron cocales, plátano y arroz. Aprile ha encontrado casos de asociación entre emberás y negros, con cruce matrimonial y de rasgos culturales.

Una tercera corriente de colonos mestizos del interior fue impulsada entre 1925 y 1940 por el gobierno de Abadía Méndez y terminó en el fracaso colonizador. En la segunda mitad de los años 60 se consolidó Bahía Solano como centro administrativo subregional y Juradó, Nuquí, Puerto Pizarro (Bajo Baudó), como núcleos urbanos de menor importancia, creando una demanda local por productos agropecuarios. Aparte de estos centros urbanos, ninguno de los cuales llegaba a 2.000 habitantes para el censo de 1985, se encuentran pequeñas aldeas playeras (100 a 200 personas) que siguen el patrón de asentamiento y utilización territorial de las aldeas lineales ribereñas, características del Chocó.

TABLA No. 3. POBLACION SUBREGION DEL PACIFICO, 1993

Municipios	Total	Cabecera	Resto	Área mpal. Km2
Juradó	4.038	1.753	2.285	992
Bahía Solano	6.894	2.665	4.229	1.150
Nuquí	5.252	2.842	2.610	956
Alto Baudó	17.019	1.569	15.450	2.195
Bajo Baudó	15.930	5.229	10.701	4.840
TOTAL	49.133	14.058	35.275	10.133

Fuente: DANE, Censo 1993

La mayoría de la población en la Subregión Pacífico es de habitantes negros y se estiman en 15% los emberá y 5% blancos. Estos últimos se concentran en las cabeceras municipales y tuvieron como origen los colonos de Boyacá, Cundinamarca, Huila, Valle, Caldas y Antioquia de los años 30 y 40. Según el censo de 1985, en la región se encontraban 1.500 emberaes.

La economía primaria predomina en la región; son importantes la pesca, el cultivo de arroz, el plátano y la explotación de maderas. La población local no indígena realiza la pesca en forma artesanal, básicamente de peces de carne blanca, camarones, jaibas, piangua y langostinos.

En los municipios de Juradó, Nuquí, Bahía Solano y Bajo Baudó ésta es la actividad económica principal, asociada a cultivos de reducida comercialización. En Alto Baudó sobresalen la explotación de maderas, la agricultura de pequeña escala y en menor grado la pesca. Como en otras subregiones, las unidades domésticas se basan en una asociación de prácticas productivas: pesca, agricultura, ingresos adicionales por explotación ocasional de madera. Salen de este patrón los empresarios madereros y de pesca.

La producción agrícola genera algunos limitados excedentes comerciales, especialmente de plátano en el Bajo Baudó. El mercado de la Subregión está ligado al municipio de Buenaventura (Valle del Cauca), al puerto de Jaqué (Panamá) y algunas zonas del interior. La tecnología de cavas de frío ha incentivado la pesca artesanal y su comercio hacia Medellín y Buenaventura

En la misma medida en que crece la afluencia externa, el nativo ha perdido la tierra. Es fácil observar en las playas y en toda la zona costera en tierras de vocación agrícola, a nuevos propietarios, sobre todo antioqueños y caldenses. La presión colonizadora de este tipo ha aumentado desde la apertura de la carretera Puerto Rico-Santa Cecilia-Tadó-Las Animas-Nuquí. Igualmente, la explotación de maderas y sus efectos sobre el bosque se han acrecentado, como se puede observar en el tramo carreteable Certegui - La Y y en zonas del Alto Baudó, parte del Bajo Baudó y Juradó.

En la zona del litoral, la actividad pesquera artesanal se ve afectada por el barrido de los barcos de empresa. La faena pesquera artesanal se realiza en sitios cercanos a los poblados, pero las explotaciones intensivas de la pesca comercial y los costos de combustibles, aparejos y motores fuera de borda, tienden a dificultar esta actividad.

La mejor expresión de la calidad de vida de la población se pone de presente en los índices de necesidades básicas insatisfechas. Los índices municipales de Juradó, Alto y Medio Baudó se sitúan por encima del 90% de NBI, y al otro extremo Nuquí y Bahía Solano. Estas últimas concentran la oferta de servicios públicos pero en conjunto, la Subregión presenta precarias condiciones de nivel de servicios básicos.

En términos de la estructura ocupacional, la situación de Juradó, Bahía Solano y Nuquí es diferente a la de Alto y Bajo Baudó. La importancia del turismo y de los puertos alternos que se proyecta construir en Bahía Solano y Nuquí, se manifiesta en un índice más alto de empleos estables. En Juradó las actividades productivas primarias parecen más importantes, pues se encuentra una mayor contratación de obreros permanentes.

En materia de servicios de salud, la Subregión cuenta con un hospital local en Bahía Solano y centros de salud en Nuquí, Juradó, Bajo y Alto Baudó. Su precariedad se suple con los agentes tradicionales. El tonguero, el curandero, la partera y el jaibaná, son los oficiantes del ritual de vida que invocan a diario los pescadores, agricultores y aserradores del litoral Pacífico chocoano.

La actividad de explotación de maderas en gran escala, en la Subregión, se realiza mediante permisos que se encuentran a veces superpuestos a los resguardos indígenas, como en el municipio de Juradó, con los conflictos consiguientes. Los aserríos de los pequeños y medianos madereros tienen también una significativa importancia y se realizan sin permisos o controles institucionales.

La Subregión está desarticulada geográfica, comercial y administrativamente, de manera que el litoral y el Baudó, sus grandes zonas, se comunican con dificultad.

2.4. El Oro y la Subregión del San Juan

La región del San Juan, Istmina, Tadó, Condoto, Nóvita, Sipí sintetiza el hilo central de la historia del Chocó: la extracción aurífera. En Condoto y en el San Juan, no sólo se ven los "restos de un naufragio", se sienten los efectos de la explotación intensiva de la minería sobre el ecosistema y sobre las descendencias indígenas y negras, que un día usaron el metal en los rituales de la vida y la muerte.

Desde 1511 los españoles abundaron en la búsqueda del oro en el Chocó y en 1536 los expedicionarios españoles al mando de Pascual de Andagoya llegaron al río San Juan, pero la resistencia y el clima aunados, los llevaron al fracaso. Desde 1624, se encomendó a órdenes misioneras la reducción de los indios, denominados chocó. Algunos jesuitas entraron al río San Juan, y posteriormente lo hicieron los franciscanos, quienes se establecieron en el río Atrato. Pero sólo décadas más tarde, hacia 1666, se consolidó en forma estable la extracción del oro con base en mano de obra esclava.

En 1688 se dio ya la primera rebelión de esclavos. En junio de 1729 se promulgó la Real Cédula, por la cual se exoneró a los indios del régimen de mita o cuotas para el sector de la minería, hecho que coincidió con la segunda sublevación de mineros esclavos. Según R. Velásquez, se estableció así el primer grupo de negros confederados en rebeldía contra el gobierno de la Corona, quienes se apropiaron de la zona minera más rica del Chocó, el hoy municipio de Tadó, en el San Juan. Esta aldea fue fundada en marzo de 1583 y allí vivían los esclavos de la mina de Monte Carmelo. Las minas del conflicto fueron Santa Lucía, San Francisco, Santa Rosa y Real de Minas de Monte Carmelo.

Desde el punto de vista físico-natural, el valle del río San Juan se encuentra encerrado por la Serranía del Baudó, la Cordillera Occidental, el Macizo de los Farallones de Cali y el Océano Pacífico. Es una zona de transición de alta lluviosidad y quietud; su morfología es bien distinta a ambos lados del río. Posee una vegetación selvática casi cerrada pero muy variable en sí, típica de los bosques tropicales lluviosos.

La llanura del río San Juan, cuya longitud es de 190 Km., forma suelos aluviales que contienen ricos yacimientos de minerales muy variados, metálicos y no metálicos. Sin embargo, la minería se ha dedicado prioritariamente a la explotación del oro y platino y recientemente al cobre, carbón y calizas.

Los bosques son ricos en maderas de muy buena calidad, porque su intervención no es tan marcada como en otras áreas del departamento. Pero en las riberas del río San Juan, donde el objetivo no ha sido primordialmente la explotación forestal sino la minería, se aprecia en los últimos años el descuaje del bosque, tanto para uso comercial como doméstico.

La población en esta Subregión, en el censo de 1985, era de 72.494 habitantes, localizados en un área de 12.093 Km., que representa el 26% del territorio y el 26.9% de la población del departamento.

TABLA No. 4. POBLACION SUBREGION SAN JUAN, 1993

Municipio	Total	Cabecera	Resto	Área mpal. Km2
Istmina	32.667	11.344	21.323	6.814
Tadó	19.056	6.932	12.124	878
Condoto	13.952	8.307	5.645	890
Nóvita	6.486	1.466	5.020	1.184
Sipí	2.831	229	2.602	1.561
San José del Palmar	6.258	2.009	4.249	776
TOTAL	80.251	30.287	63.087	12.093

Fuente: DANE, Censo 1993

La comparación de los censos de 1973 y 1985 revela los bajos índices de crecimiento, incluso decrecimiento de todos los municipios de la Subregión, y la expulsión de población. Pero en la década del ochenta al noventa afluye población en torno a la minería, desde el viejo Caldas, Antioquia y otras zonas, manteniendo una nueva población, alguna flotante. Esta es más significativa por su actividad económica, que por su valor numérico. El crecimiento de las cabeceras según censo de 1993, excepto Nóvita, y el decrecimiento de las áreas rurales es otra constante para todos los municipios de la Subregión.

La población de esta Subregión en su mayoría es de origen afroamericano, pero se encuentra población wanana y de inmigrantes blancos dedicados a la explotación minera semi-industrial.

En la Subregión, el único municipio donde prevalecen los blanco-mestizos es en San José del Palmar, cuya actividad económica principal es la agropecuaria: café, cacao, maíz y frutales, son cultivos que generan excedentes para el campesino de la zona. San José del Palmar tiene acceso vial a los departamentos del Valle del Cauca y Risaralda; de allí la marcada influencia económica, política y cultural de éstos en la vida de dicho municipio.

El porcentaje de necesidades básicas insatisfechas en la Subregión oscila entre 97% de NBI en Cantón de San Pablo y 96% en Sipí , hasta el 70% en San José del Palmar, Nóvita y medio

En Istmina funciona la sede de la universidad a distancia de la Universidad Tecnológica del Chocó, que principalmente ofrece licenciatura en Ciencias de la Educación. A nivel de primaria y por la concentración de la población escolar en el sector rural, la Subregión sufre los efectos de dispersión, mala calidad y deterioro de la infraestructura física.

CHOCO
MAR CARIBE
N
W
E
S
Golfo de Uraba
Sapzurro
Pinarroa
Acandí
Capurgana
Tanela
Titumate
Balboa
El Gilgal
Cutí
Tipaya
Santa María
Tigre
Unguía
Peye
Palo de Letras
Sautatá
Cacarica
Alto de Nique
ANTIOQUIA
La Honda
Riosucio
Salaquí
Guaicondó
Domingodó
Boca de Curvaradó
Vigía de Curvarado
La Grande
Punta Ardita
Jurado
Curiche
La Teresita
Coredó
Aguacate
Serranía del Baudó
Opogadó
Isla de los Palacios
Cupica
Napipí
Santa Cruz
Bojayá
Bellavista
Nabugá
La Boba
El Tigre
Macana
Huina
Ciudad Mutis
Tagachi
RIO ATRATO
Pie de Caiman
El Valle
San Antonio
San Antonio de Portugal
Alto Concordia
Boca de Condoto
Tangui
Nauritá
Jurubidá
Miácora
Curiquidó
Boca de Nemotá
Tribugá
Bonquito
Aguapacha
Tutumendo
Guaduas
Panqui
Nuqui
Altagracia
QUIBDO
Arusi
Coqui
Náuca
San Isidro
Playa de Oro
Villaconto
Vutó
Lloro
Cuevita
Virudo
Pie de Pato
La Vuelta
Bagada
Cuchado
Pavasa
Managrú
Cértegui
Dubaza
Boca de Raspadura
Las Animas
Tado
Purricha
Pie de Pepé
Istmina
Torreidó de arriba
Basurú
Condoto
Pilizá
Boca de Pepé
Andagoya
Acosé
Sesego
Pazarro
Ogoró
Novia
El Tigre
San José del Palmar
El Secadero
Dipudú
Valencia
Dotenedó
Sivirú
San Miguel
El Cajón
Pomeño
San Agustín
Ijuá
Belén de Docampadó
Sipí
Orpúa
El Venado
Irobo
Cucurrupí
Garrapatas
Togoromá
Charambirá
Docorodó
García Gómez
Palestina
OCEANO PACIFICO
RISARALDA
VALLE DEL CAUCA
CONVENCIONES
Capital del Departamento
Cabecera Municipal o Población
Río
Carretera Pavimentada
Carretera sin Pavimentar
Aeropuerto

3. POBLACION

Según el censo de 1993, el 45.8% de la población era menor de 14 años. En 1973 la proporción era similar (45.6%). En el total nacional la población de estos grupos de edad equivale aproximadamente al 36%. La tasa de crecimiento anual es tan sólo del 4.2 por mil según el DANE.

En 1973, el promedio de hijos por mujer era de 5.3 para la región Pacífica; en ese año, el 28.6% de la población del Chocó vivía en zonas urbanas. Para 1985, la población urbana aumentó al 32.8% y el número de hijos por mujer fue de 3.4, en tendencia similar a todo el país. Para el 2003 la población urbana alcanza el 47%.

Los rasgos demográficos más sobresalientes son la importancia de la población rural, la relativa baja densidad territorial, 9 hab./km2 y la concentración de población en el casco urbano de Quibdó; la emigración hacia otras zonas del país es persistente, si bien simultáneamente se recibe una corriente de otros departamentos y una parte importante de la población rural presenta una gran estabilidad en sus asentamientos. En los últimos veinte años, los cambios más destacados de población apuntan a la concentración urbana en Quibdó. Han ganado población en mayor proporción Condoto, Bagadó y Alto Baudó. Antiguos centros de penetración como San José del Palmar y El Carmen de Atrato perdieron dinamismo y Riosucio tiende a estabilizarse. Algunos continúan expulsando población, como Lloró, Nóvita y Sipí.

TABLA No. 5. CHOCO, POBLACION POR MUNICIPIOS, 1973-1993

Municipios	Área Mpal. Km2	Población censada 1973	1985	1993
Quibdó	6.164	53.199	75.524	105.172
Acandí	1.858	8.145	8.402	9.555
Alto Baudó	2.195	11.927	9.633	17.019
Bagadó	979	8.264	5.977	13.938
Bahía Solano	1.150	5.548	5.674	6.894
Bajo Baudó	4.840	18.917	17.063	15.930
Bajo San Juan	--	8.733	--	6.831
Bojayá	3.693	7.932	6.150	7.904
El Carmen	1.017	7.422	5.790	8.169
Istmina	6.414	29.144	29.086	32.667
Juradó	992	2.983	2.747	4.038
Lloró	905	7.975	6.006	9.622
Nóvita	1.184	8.093	7.302	6.486
Nuquí	956	4.401	4.478	5.252
Riosucio	10.376	15.484	20.450	27.666
San José del Palmar	766	7.281	5.636	6.258
Sipí	1.561	2.644	2.755	2.831
Tadó	878	18.697	14.755	19.056
Unguía	1.179	5.445	9.534	10.782
Condoto	890	18.989	12.969	13.952
TOTAL		245.223	249.931	328.022

Fuente: DANE, Censos 1973, 1985, 1993, Bogotá

TABLA No. 6. POBLACIÓN PROYECTADA PARA 2004 (por subregiones)

ZONA	MUNICIPIO	CABECERA	POBLACIÓN	cabecera	resto	% urbano
ATRATO	Quibdó	Quibdó	99.126	74935	24191	75,6%
	Atrato	Yuto	7.806	2799	5007	35,9%
	Bagadó	Bagadó	16.003	4467	11536	27,9%
	Bojayá	Bella Vista	11.316	1335	9981	11,8%
	Carmen de Atrato	Carmen	7.347	2251	5096	30,6%
	Medio Atrato	Beté	9.488	902	8586	9,5%
	Río Quito	Paimadó	7.636	1155	6481	15,1%
	Lloró	Lloró	10.362	2578	7784	24,9%
			169.084	**90.422**	**78.662**	**53,5%**
DARIÉN	Acandí	Acandí	11.338	4847	6491	42,8%
	Unguía	Unguía	14.360	4130	10230	28,8%
	Riosucio	Riosucio	26.407	7017	19390	26,6%
	Carmen de Darién	Curbaradó	9.631	2559	7072	26,6%
			61.736	**18.553**	**43.183**	**30,1%**
PACÍFICO	Alto Baudó	Pié de Pató	23.928	3101	20827	13,0%
	Bahía Solano	Ciudad Mutis	8.139	3077	5062	37,8%
	Bajo Baudó	Pizarro	14.026	6119	7907	43,6%
	Juradó	Juradó	5.275	2333	2942	44,2%
	Litoral de San Juan	Docordó	9.515	1403	8112	14,7%
	Medio Baudó	Boca de Pepé	9.160	577	8583	6,3%
	Nuquí	Nuquí	5.353	2759	2594	51,5%
			75.396	**19.369**	**56.027**	**25,7%**
SAN JUAN 1 Y 2	Cantón de San Pablo 1	Managrú	9.102	3245	5857	35,7%
	Cértegui 1	Cértegui	7.295	2818	4477	38,6%
	Unión Panamericana 1	Ánimas	7.561	2496	5065	33,0%
	Condoto 2	Condoto	14.487	9872	4615	68,1%
	Istmina 2	Istmina	21.108	13784	7324	65,3%
	Medio San Juán 2	Andagoya	7.157	2872	4285	40,1%
	Nóvita 2	Nóvita	8.767	1873	6894	21,4%
	San José de Palmar 2	San José	7.015	2387	4628	34,0%
	Iró 2	Santa Rita	7.289	1132	6157	15,5%
	Sipí 2	Sipí	2.545	322	2223	12,7%
	Tadó 2	Tadó	15.363	9938	5425	64,7%
			107.689	**50.739**	**56.950**	**47,1%**
TOTAL			**413.906**			

Las tres concentraciones de población muestran los ejes socio-económicos del Chocó: el centro político, administrativo y comercial, la minería de oro y platino y la explotación maderera, respectivamente.

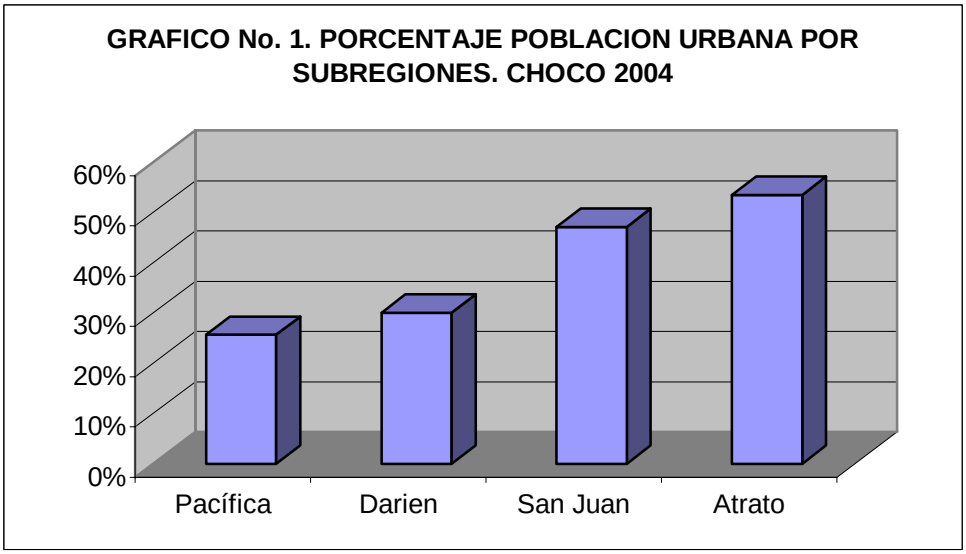


GRAFICO No. 1. PORCENTAJE POBLACION URBANA POR SUBREGIONES. CHOCO 2004
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Pacífica
Darien
San Juan
Atrato

Fuente: DANE

TABLA No. 7. POBLACION Y TASA DE CRECIEMIENTO DEPARTAMENTOS, 1999 - 2005

Departamentos	Población Quinquenal				Tasa de crecimiento media anual (por cien)
	1999	1995	2000	2005	
Total	41.539.011	38.558.187	42.299.301	46.045.109	
Santa Fé de Bogotá D.C.	6.276.428	5.678.343	6.437.842	7.185.889	2,08
Amazonas	68.569	60.877	70.489	80.487	2,64
Antioquia	5.300.385	4.987.824	5.377.854	5.761.175	1,31
Arauca	232.013	198.720	240.190	281.435	3,02
Atlántico	2.081.038	1.902.878	2.127.567	2.370.753	2,06
Bolívar	1.950.626	1.766.391	1.996.906	2.231.163	2,12
Boyacá	1.354.669	1.312.729	1.365.110	1.413.064	0,58
Caldas	1.094.451	1.042.284	1.107.627	1.172.510	1,07
Caquetá	410.368	378.508	418.998	465.078	2
Casanare	277.540	245.837	285.416	325.389	2,49
Cauca	1.233.881	1.151.840	1.255.333	1.367.496	1,68
Cesar	943.892	876.780	961.535	1.053.123	1,78
Chocó	406.091	402.527	407.255	416.318	0,42
Córdoba	1.308.114	1.248.351	1.322.852	1.396.764	1,09
Cundinamarca	2.099.193	1.925.205	2.142.260	2.340.894	1,58
Guainía	35.964	31.103	37.162	43.194	2,89
Guaviare	114.083	101.782	117.189	133.411	2,55
Huila	910.949	857.551	924.968	996.617	1,38
La Guajira	474.794	442.704	483.106	526.148	1,68
Magdalena	1.259.923	1.159.660	1.284.135	1.406.126	1,8
Meta	686.489	633.938	700.506	772.853	1,83
Nariño	1.602.933	1.482.785	1.632.093	1.775.973	1,59
Norte de Santander	1.316.119	1.199.494	1.345.697	1.494.219	1,96
Putumayo	323.549	288.617	332.434	378.790	2,55
Quindío	551.746	509.061	562.156	612.719	1,55
Risaralda	928.196	863.549	944.298	1.025.539	1,53
San Andrés	71.485	63.914	73.465	83.403	2,25
Santander	1.938.910	1.835.881	1.964.361	2.086.649	1,09
Sucre	779.370	720.384	794.631	870.219	1,78
Tolima	1.292.982	1.277.675	1.296.942	1.316.053	0,24
Valle	4.104.475	3.817.890	4.175.515	4.532.378	1,56
Vaupés	29.295	26.637	29.942	33.142	1,96
Vichada	80.491	66.468	83.467	96.138	2,94

Fuente: DANE

3.1. Grupos Étnico-culturales

En el departamento del Chocó se pueden distinguir como grupos étnico-culturales diferenciados, los denominados afroamericanos, los indígenas y los blanco-mestizos.

La conformación racial del departamento del Chocó está dividía así:

Afroamericanos	75%
Indígenas	9 %
Blancos y mestizos	6 %
Mulatos	10 %

La población negra se estimaba en 300.000 personas, 75% del total departamental, pero si bien no se cuenta con cálculos sobre el número de blancos, se calcula que representaban alrededor del 10% de la población departamental.

Los indígenas pertenecen a los grupos cuna, emberá y wanana. Los dos últimos tienen diferencias lingüísticas pero comparten una cultura similar. Su población total está alrededor de 21.041 habitantes en algunos estimativos y en 26.700 en otros, distribuidos en 112 pequeñas comunidades en distintas partes del territorio chocoano. Representan el 9% de la población departamental; según la Organización Indígena Emberá-Wanana -OREWA-los emberá y wanana habitan principalmente en cercanías de ríos del Baudó, el bajo Atrato, el bajo y medio San Juan, el alto Andágueda y zonas cercanas a Quibdó. Llama la atención el número que vive en inmediaciones de carreteras (Quibdó-El Carmen, principalmente; ver tabla….. Los cuna se encuentran reducidos en resguardos indígenas en el Urabá chocoano.

La población indígena del Chocó para el año 1.979 era de 9.884 y para 1.988 de 25.493. Para el 2000 se registran 35.582 según el INCORA, un 88% de los cuales están concentrados en 93 resguardos.

TABLA No. 8. POBLACION INDIGENA EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO, 1988

Zona	Número de comunidades	Número de habitantes
Juradó	8	1.100
Costa Pacífica	7	1.000
Bajo San Juan	13	2.500
Medio San Juan	9	1.500
Serranía Wanana	4	500
Alto Andágueda	11	3.000
Alto Baudó	6	1.600
Medio Baudó	5	3.400
Medio Atrato	9	2.000
Bajo Atrato	11	3.500
Zona Carretera	14	2.700
Zona Quibdó	15	3.000
TOTAL	112	26.700

Fuente: INCORA-Quibdó, 1988, documento de trabajo

Nota: La OREWA, en 1988 registró 26.700 habitantes y 112 comunidades; sin embargo, en 1991 constataron estas cifras y arrojó un nuevo total de 21.041 habitantes y 204 comunidades.

TABLA No. 9. RESGUARDOS INDIGENAS CONSTITUIDOS, 1988

Cod. mapa	Nombre comunidad	Cod. mapa	Nombre comunidad	Cod. mapa	Nombre comunidad
1	Tanela	21	El Doce o Quebrada Bordellón	41	Sta. María de Pángala
2	Juradó	22	Río Pangüí	42	Río Curicha
3	Cutí	23	El Veinte, Playalta y El Noventa	43	Río Orpúa
4	Arquía	24	Río Torreidó Chimaní	44	Caimanero de Jampapa
5	Tiosilidio	25	Río Quiparadó	45	Guayabal del Partadó
6	Cabeceras o Pto.Pizarro	26	Río Mumbú	46	Motoldó
7	Salaquí Pavarandó	27	Chapién	47	Ríos Pató y Jengadó
8	Beté, Alto Beté y Alto del Buey	28	Unión Chocó San Cristóbal	48	Puerto Alegre y La Divina
9	Río Domingonó	29	Bellavista y Unión Pitalito	49	Río Bebamará
10	Tahamí del Andágueda	30	Río Ichó y Quebrada Baratudo	50	Tarena
11	Río Uva y Pogue	31	Río Neguá	51	Mondó Mondoncito
12	Río Lanas o Capá	32	Río Taparal	52	Togoromá togoromacito
13	Papayo	33	Río Pichimá	53	Agua Clara y Bella Luz del Río Amporá
14	Ríos Valle y Boroboro	34	Alto Río Tagachí	54	Santa Cecilia de la Quebrada Oro Chocó
15	Jagual Río Chintadó	35	Alto Río Buey	55	Puerto Libre del Río Pepé
16	Togoromá	36	Puadó, Nataré, La Lerma y Terdó	56	Trapiche del Río Pepé
17	Docordó Balsalito	37	Alto Río Bajayá		
18	Río Nuquí	38	Alto Río Cuia		
19	Ríos Catrú y Dubasa	39	Napipí		
20	Ríos Jurubidá, Chorí y Alto Baudó	40	Opogadó Jiguam.		

Fuente: INCORA, Subgerencia Jurídica, Sección Resguardos Indígenas, Bogotá, 1992

Nota: Información correspondiente a 1989.

TABLA No. 10. RESGUARDOS Y RESERVAS INDIGENAS POR DEPARTAMENTOS
Población estimada con resguardos, reservas y sin territorio delimitado

DEPARTAMENTO	Nº Resg.	Población con Resguardos	Población sin Resguardos	Población Indígena Total	% Población con Resguardos
Amazonas	22	18,828	396	19,224	97,94
Antioquia	36	11,441	4,218	15,659	73,06
Arauca	24	2,494	868	3,362	74,18
Atlántico	0	0	449	449	0.00
Bogotá			1,300	1,300	0.00
Bolívar	0	0	328	328	0.00
Boyacá	1	4,163	549	4,712	88.35
Caldas	4	31,575	4,932	36,507	86.49
Caquetá	36	4,392	2,147	6,539	67.17
Casanare	10	4,997	151	5,148	97.07
Cauca	67	152,735	18,795	171,530	89.04
Cesar	5	15,609	1,462	17,158	91.48
Choco	93	31,651	3,973	35,582	88,83
Córdoba	3	23,043	880	23,923	96,32
Cundinamarca	1	1,941	0	1,941	100.00
Guainía	25	12,990	0	12,990	100.00
La Guajira*	16	134,073	20,465	154,538	86,76
Guaviare	19	3,565	1,523	5,088	70.07
Huila	5	956	112	1,068	89.51
Magdalena	3	6,470	0	6,470	100.00
Meta	19	7,257	148	7,405	98,00
Nariño	43	71,355	12,860	84,215	84,73
Norte de Santander	2	3,118	918	4,036	77.25
Putumayo	27	11,995	11,142	23,137	51,84
Quindío		0	99	99	0.00
Risaralda	4	7,875	539	8,414	93.59
Santander	0	0	419	419	0.00
San Andrés y Providencia	0	0	21	21	0.00
Sucre	0	11,115	0	11,115	100.00
Tolima	46	12,434	10,983	23,417	53,.0
Valle del Cauca	16	5,135	3,268	8,403	61.11
Vaupés	2	17,591	3,957	21,548	81.64
Vichada	42	16,893	1,164	18,057	93.55
Total	571	625,736	108,066	733,802	85,27

Fuente: DNP-UAEDT, Base de datos sobre régimen territorial indígenas, con base en "Sistema de Información del Incora", datos con ajustes del Dane a marzo 30 del 2000.
*Persiste una reserva en este departamento.

Los tres grandes modelos culturales han tenido un contacto diferencial pero prolongado por centurias y marcado por la presencia hegemónica de los blanco-mestizos como patrón ideal de comportamiento y de supremacía sociopolítica. Los largos años de contacto han traído influencias recíprocas, además de lazos sociales y simbólicos. La organización familiar, las formas simbólicas de parentesco, los intercambios económicos y curativos, son algunos aspectos donde se reconocen los contactos históricos.[3]

La población negra se dedica a labores agrícolas, a la minería, y desde hace tres décadas ingresó a los empleos públicos, antes bajo predominio casi exclusivo blanco.

La gran minería estuvo, no obstante, en manos de blancos extranjeros, quienes ocuparon a los negros y blancos locales en escalas de labores diferentes. Desde la década pasada mineros blanco-mestizos de la región antioqueña se dedicaron a la mediana extracción de oro, compitiendo con la minería artesanal negra y con los pequeños empresarios negros.

[3] **3** CHOCÓ DIVERSIDAD CULTURAL Y MEDIO AMBIENTE
Myriam Jimeno María Lucía Sotomayor y Luz María Valderrama

Los indígenas, por su parte, se dedican casi exclusivamente a las labores de su chagra y venden esporádicamente artesanías, cestería en especial. Otro tipo de *trabajo*, el mágico curativo, es propio de los especialistas indígenas, los jaibaná.

Desde el punto de vista de la ocupación territorial, las principales áreas actuales de intervención humana son la Subregión de Urabá, el medio Atrato y la Subregión central, especialmente los alrededores de Quibdó y parte del eje vial Quibdó-Carmen de Atrato; en la Subregión del San Juan, especialmente los municipios de San José del Palmar, Tadó, Istmina, Condoto y Nóvita; en la Subregión de la Costa Pacífica una estrecha zona de los municipios de Bahía Solano, Nuquí y Pizarro. La zona de ocupación humana más densa se encuentra en los alrededores de Quibdó. Allí, la zona de la carretera Quibdó-Medellín, fue ocupada en la década del 30, a raíz de la construcción vial.

Quibdó es centro de atracción de población rural de la Subregión, del resto del departamento y de algunos comerciantes del occidente del país. Es lugar de paso para migrantes, hacia otras ciudades del país.

La Subregión del San Juan, a lo largo de su valle medio, fue ocupada por esclavos sometidos a la explotación minera colonial, mientras los indios sobrevivientes fueron replegados hacia otras áreas o reducidos a pequeños enclaves. Esta zona atrajo en los años veinte de este siglo algunos comerciantes de origen árabe. También allí, hasta mediados de los años ochenta, el patrón de poblamiento y explotación fue ribereño, pues la minería del oro, en el Chocó, es de aluvión. Desde mediados de los años ochenta, un nuevo repunte de la minería atrajo migrantes mineros y comerciantes, especialmente de Antioquia y Caldas, como ya se dijo.

El Urabá chocoano comenzó a recibir migrantes colonos blanco mestizo, principalmente cordobeses y antioqueños, desde la segunda mitad de los años 50, hecho que continúa.

Desde inicios de los años 60 se ocupó la franja oriental baja del río Atrato por madereros y colonos provenientes del interior del país y la Costa Atlántica. Se trata de una colonización sabanera de campesinos cordobeses que se ubicaron en la parte baja oriental del río Atrato, donde se encuentran relativamente establecidos como economía campesina.

El patrón rural básico para negros e indios, parte de la "*vía acuática como elemento estructurador e integrador del hábitat*" (*Ibid*: 270). El río facilita el establecimiento de viviendas aisladas y la conformación de aldeas de distinto grado de desarrollo; en ellas "*está integrado a la vida cotidiana y a los múltiples quehaceres domésticos*"

La población indígena presenta otras características: las viviendas palafíticas, llamadas *tambos*, se ubican aisladas, preferencialmente en los cauces altos de los ríos y son habitadas por grupos de familiares, las parentelas.

A partir de los procesos históricos descritos, desde la colonia y luego con la liberación de esclavos, la presión sobre las riberas determinó el desplazamiento de las comunidades indígenas a las cabeceras de los ríos, mientras en las zonas medias y bajas se ubicó preferencialmente población blanca, mestiza y negra.

En áreas de colonización más reciente, a partir de los años ochenta, especialmente en Acandí, Unguía, El Carmen de Atrato, San José del Palmar y La Y, el patrón de asentamiento para todos los grupos étnico-culturales difiere del ribereño, especialmente como efecto de la ocupación agropecuaria. Allí se ha dado una ocupación hacia el interior selvático, basada en caminos y carreteables de penetración, cuyo impacto sobre el bosque es mayor.

En las últimas décadas, el poblamiento rural disperso, tanto indígena como afrocolombiano, tiende a agruparse en núcleos urbanos. Sin embargo, los poblados y caseríos rurales y la mayoría de los urbanos siguen una urbanización lineal, a lo largo del río y con viviendas palafíticas. En el caso de Quibdó, el centro de la ciudad se ubica a lo largo del río Atrato y el

proceso de ruptura de la urbanización lineal es reciente. Adicionalmente, los cascos urbanos y los caseríos continúan conectados a través de los ríos, activas vías de comunicación.

La presencia central del río se convierte en un elemento común a los distintos pobladores tradicionales incluyendo los blancos y se modifica y atenúa, pero no desaparece, en los centros urbanos mayores como Quibdó e Istmina. El río hace parte de referencias muy propias de cada modelo cultural, pero al mismo tiempo los trasciende y es parte profunda de la vida social y la identidad genérica regional, con significaciones múltiples.

4. CONDICIONES DE VIDA

Para 1960 el nivel de salud del Chocó era el más bajo de los departamentos del país, con una esperanza de vida al nacer de sólo 35 años. La educación también era precaria, con 72.7% de analfabetismo. Quibdó era entonces la única ciudad, con 9.640 habitantes.

Los cuadros siguientes muestran los principales indicadores sobre calidad de vivienda, servicios públicos, nivel educativo y el porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (NBI) para 1985.

TABLA No. 11. MUNICIPIOS CON MAYOR INDICE DE NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS

Lugar del municipio	Nombre del municipio	% Población con N.B I
19	Sipí	97,8
22	Riosucio	97,5
43	Nóvita	93,2
54	Lloró	91,7
74	Bagadó	90,1
83	Alto Baudó	89,9
92	Tadó	89,1

Fuente: Mapa Municipal de Pobreza. DANE 1985

TABLA No. 12. INDICADORES DE POBREZA

Municipios	Calidad vida	Calidad vivienda	Servicios públicos	Nivel educat.	% NBI
Acandí	23.5	30.3	24.3	31.3	79.9
Alto Baudó	7.4	13.8	0	27.4	89.9
Bagadó	24.7	29.0	13.6	40.2	90.1
Bahía Solano	38.7	45.0	32.8	47.6	62.3
Bajo Baudó	5.9	19.8	3.4	13.4	83.2
Bojayá	17.8	26.5	15.0	36.6	88.4
El Carmen	38.0	39.2	16.1	52.6	55.9
Condoto	--	--	--	56.2	70.5
Istmina	15.7	26.3	6.1	27.1	85.4
Juradó	35.1	38.1	26.1	61.1	78.6
Lloró	16.6	29.3	15.6	26.8	91.7
Nóvita	--	--	--	4.7	93.2
Nuquí	30.6	37.2	32.3	48.6	68.3
Quibdó	50.9	50.4	35.8	62.0	80.6
Riosucio	--	--	--	19.3	97.5
San José del Palmar	21.6	29.0	9.1	26.2	64.6
Sipí	--	--	--	1.1	97.8
Tadó	25.4	32.6	13.3	38.6	89.1
Unguía	22.9	25.3	22.4	35.3	83.9
PROMEDIO NACIONAL	39.0	46.6	44.5	42.2	45.6
PROMEDIO DEPARTAMENTAL	27.9	31.4	17.7	34.4	82.8

Fuente: Sistema de Consulta de Información Municipal. Instituto SER de Investigación, PNR, DANE, 1985. NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

Al comparar este conjunto de índices con los promedios nacionales, el índice de calidad de vida en el departamento era de 27.9, mientras el nacional es de 39.0. La proporción de NBI en el Chocó era de 82.8%, mientras en el país es de 45.6%.

Ningún municipio alcanzaba el promedio nacional en cuanto a servicios básicos y para el nivel educativo, únicamente seis municipios lo superaban. Las cifras no solamente reflejan las deficiencias o irregularidades en cuanto a la prestación de servicios, sino la carencia absoluta de ellas, para una parte importante de la población.

Dentro de los 1.000 municipios de Colombia, ordenados por grado de incidencia de pobreza, los siete municipios con el porcentaje más alto de necesidades básicas insatisfechas del país eran chocoanos. Hoy, de los 1070 municipios de Colombia, 11 de los 31 municipios chocoanos se encuentran entre los de mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas: Sipí, Riosucio, Nuquí, Nóvita, Lloró, Bagadó, Alto Baudó, Bojayá, Juradó, Ungía y Bajo Baudó.

En 1985 el 60.3% de las viviendas no tenían ningún servicio de energía eléctrica, acueducto o alcantarillado y solamente el 7.9% tenía todos aquellos (tabla). Para 1993, quienes tenían este servicio aumentaron muy poco y cerca de la mitad de la población carecía de todo servicio.

TABLA No. 13. CONDICIONES DE VIVIENDA EN EL CHOCO

VIVIENDAS Y SERVICIOS PUBLICOS, 1993

Energía eléctrica	44,6 %
Acueducto	21,7 %
Alcantarillado	9,6 %
Sin servicios	46,3 %

VIVIENDAS CENSADAS SEGUN TIPO DE VIVIENDA

Casa	92,7 %
Apartamento	2,0 %
Tipo " Cuarto "	3,5 %
Otro tipo de vivienda	1,8 %

HOGARES SEGUN TAMAÑO

De 1 persona	8,0 %
De 2 personas	9,6 %
De 3 personas	13,1 %
De 4 personas	14,6 %
De 5 personas	14,5 %
De 6 personas y más	40,2 %

VIVIENDAS OCUPADAS CON PERSONAS PRESENTES SEGUN MATERIAL EN LAS PAREDES

Bloque, ladrillo	35,8 %
Bahareque	2,6 %
Madera burda	54,5 %
Guadua, otro vegetal	6,8 %
Zinc, material de desechos	0,3 %

Fuente: DANE, Censo 1993

La subnormalidad de las viviendas en el Chocó es de gran magnitud. En la zona rural, la mayoría de las casas son fabricadas por sus mismos habitantes y la materia prima la encuentran en el bosque (maderas, palma). Por el déficit de servicios de agua potable, alcantarillado y electrificación, aumenta el índice de necesidades básicas insatisfechas.

La carencia de agua potable tiene una incidencia directa en la salud de la población. La utilización de las fuentes de agua, tanto para aprovisionamiento como para basurero, aumenta la incidencia de la calidad del agua sobre la salud humana. Se pueden observar los ríos Atrato, San Juan y Condoto, en las inmediaciones de Quibdó, Istmina y Condoto, como depósitos de desechos, orgánicos e inorgánicos.

Los registros del Servicio Seccional de Salud sobre mortalidad infantil en el Chocó mostraban 100 niños menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos, lo que equivalía a 891 niños muertos antes de cumplir su primer año de vida, en 1988[4]. Pero estas cifras presentaba un

[4] Servicio de Salud Chocó, Sección de Información. Mortalidad Infantil. Chocó, 1988

subregistro considerable. Estudios nacionales sobre salud en Colombia muestran 150 niños muertos antes del primer año de edad, por cada mil nacidos vivos.

El paludismo y el cólera han sido enfermedades reconocidas como endémicas en el Chocó. Otras enfermedades como la tuberculosis, la parasitemia, que ocasiona entre otras cosas la desnutrición y la leishmaniasis, hacen grandes estragos en la población.

En el Chocó se encuentran las diez especies que se conocen en el mundo del zancudo anopheles, transmisor de la malaria. Según funcionarios de los servicios de prevención, se requieren campañas continuas y a largo plazo, con costos elevados, y el servicio de prevención contra la malaria sólo cubría a comienzos de los 90 el 46% del territorio por falta de presupuesto y de personal.

En el aspecto educativo, la tabla siguiente muestra el nivel del Chocó en comparación con el país. Al igual que con los servicios aludidos, la situación del Chocó es sensiblemente inferior al promedio nacional.

TABLA No. 14. NIVEL EDUCATIVO EN EL CHOCO

POBLACION DE 5 AÑOS Y MAS SEGÚN ASISTENCIA ESCOLAR

Asisten:	34,1 %

POBLACION DE 5 AÑOS Y MAS SEGUN ALFABETISMO

Alfabetas	68,6 %
Analfabetas	31,4 %

POBLACION DE 5 AÑOS Y MÁS SEGUN NIVEL EDUCATIVO

Ningún nivel	27,2 %
Primaria	47,9 %
Secundaria	21,6 %
Superior	3,3 %

Fuente: DANE, Censo 1993

El analfabetismo en el departamento en 1985 alcanzó el 40.28% de la población total mayor de 5 años y quienes cursaron la primaria completa fueron el 43%, de manera que el porcentaje de analfabetismo efectivo era mayor. En 1993, el analfabetismo se redujo al 31.4% y el 48% completaron la primaria.

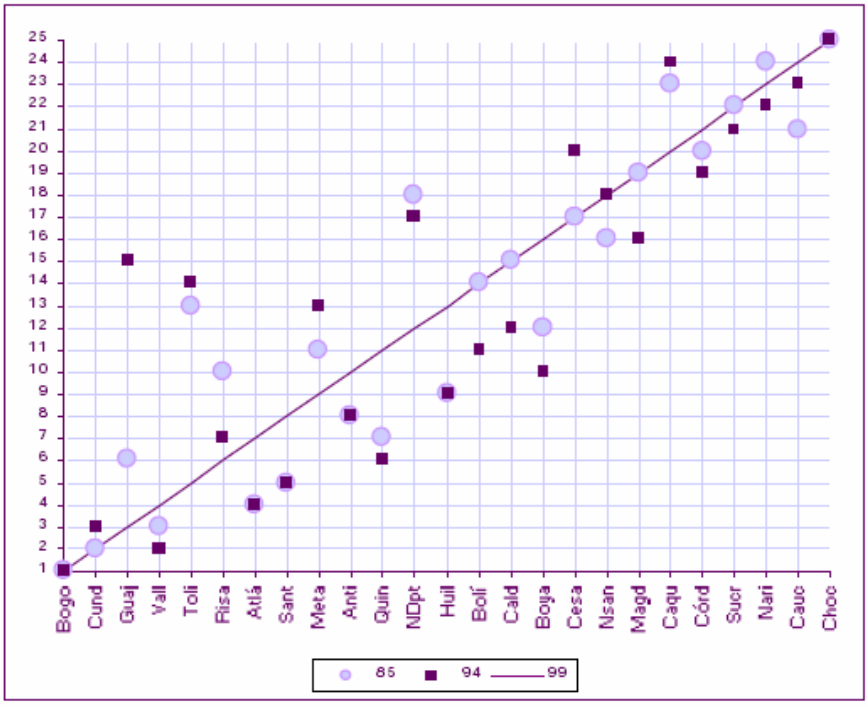
De la población censada en 1985, el 16.3% alcanzó la básica secundaria, pero completó la formación tan sólo el 4.2% de la población. El 1.6% de la población censada, llegó al nivel universitario; 0.86% lo conformaban los hombres y el 0.77% las mujeres. El 1.49% de la población residente en cabecera tuvo acceso a la educación superior o universitaria, mientras el 0.14% de la población residente en el sector rural tiene acceso a este nivel educativo. En 1993, cursaron educación universitaria el 3.3%.

La dispersión de las escuelas, la falta de docentes en el sector rural, el deficiente estado físico de escuelas y colegios, la falta de muebles y dotación de materiales educativos, y la ausencia de contenidos educativos acordes con las necesidades y potencialidades del ambiente regional, ha sido característicos del Chocó.

El Departamento Nacional de Planeación muestra la situación comparativa de desarrollo humano del Chocó para 1999, como la peor de todos los departamentos del país, con igual retrato de elevado analfabetismo (19,9%), el más bajo índice de esperanza de vida entre todos los departamentos e igualmente el peor índice del producto bruto por habitante.[5]

La esperanza de vida para 1999 alcanzaba ya los 66,3 años, pero seguía siendo la más baja en el país, con un promedio de 71,3 años.

GRAFICO No. 2. COLOMBIA. CLASIFICACION DE LOS DEPARTAMENTOS SEGÚN IDH



Fuente: Informe de Desarrollo Humano para Colombia, 2000. Misión Social DNP PNUD

Hasta 1997 Chocó mostró una mejoría de los indicadores de desarrollo humano y calidad de vida, pero a partir del 98 muestra otra vez un ligero descenso, asociada a la caída de los índices educativos, a la crisis económica y al conflicto bélico intensificado en la región los últimos años.

TABLA No. 15. COLOMBIA. CLASIFICACION DE LOS DEPARTAMENTOS DE ACUERDO CON EL IDH, 1985-1999

[5] DNP PNUD Informe de Desarrollo Humano para Colombia 1999

	Departamento	1985	1994	1996	1997	1998	1999
1	Bogotá	0,754	0,820	0,820	0,826	0,826	0,814
2	Cundinamarca	0,710	0,763	0,785	0,784	0,784	0,787
3	La Guajira	0,698	0,715	0,768	0,767	0,783	0,776
4	Valle del Cauca	0,704	0,767	0,780	0,790	0,785	0,775
5	Tolima	0,667	0,718	0,743	0,744	0,757	0,762
6	Risaralda	0,677	0,742	0,759	0,767	0,767	0,760
7	Atlántico	0,702	0,759	0,769	0,771	0,770	0,759
8	Santander	0,698	0,750	0,761	0,764	0,760	0,747
9	Meta	0,671	0,725	0,752	0,760	0,758	0,747
10	Antioquia	0,690	0,737	0,753	0,760	0,758	0,746
11	Quindío	0,693	0,747	0,748	0,747	0,748	0,745
12	Nuevos Departamentos	0,633	0,700	0,738	0,753	0,768	0,745
13	Huila	0,682	0,736	0,756	0,759	0,750	0,743
14	Bolívar	0,658	0,730	0,748	0,750	0,744	0,737
15	Caldas	0,657	0,727	0,738	0,737	0,740	0,729
16	Boyacá	0,667	0,731	0,748	0,747	0,735	0,724
17	Cesar	0,636	0,684	0,717	0,724	0,727	0,720
18	Norte de Santander	0,652	0,699	0,707	0,712	0,722	0,720
19	Magdalena	0,628	0,705	0,723	0,723	0,719	0,718
20	Caquetá	0,580	0,630	0,682	0,694	0,707	0,706
21	Córdoba	0,622	0,695	0,717	0,720	0,714	0,705
22	Sucre	0,611	0,682	0,714	0,715	0,704	0,697
23	Nariño	0,579	0,665	0,688	0,695	0,695	0,691
24	Cauca	0,619	0,652	0,688	0,705	0,693	0,681
25	Chocó	0,511	0,602	0,659	0,665	0,661	0,660
	País	0,699	0,742	0,762	0,770	0,762	0,760

Fuente: Cálculos DNP- UDS- DIOGS, con base en DANE, Censos de Población, Encuestas de Hogares, septiembre de cada año y Cuentas Nacionales.

El Departamento Nacional de Planeación construye igualmente el Índice de Pobreza Humana, en el que el Departamento de Chocó resulta también el peor evaluado. Pesan en la evaluación el analfabetismo y la falta de acueducto para la mayoría de la población (54%), donde Chocó lleva una distancia enorme a los demás territorios, pero también pesan mucho en este índice compuesto los indicadores de salud. Se señalan un 16.8% de defunciones menores de 40 años, así como un 15,8% de la población sin servicios de salud y un 9.8% de desnutrición global en menores de 5 años,

TABLA No. 16. COLOMBIA. INDICE DE POBREZA HUMANA POR DEPARTAMENTO, 1999

Departamentos	Defunciones de menores de 40 años	Analfabetas de 15 y más años	Población sin acueducto	Población sin servicios de salud	Desnutrición global menor de 5 años	Condiciones de vida	Indice de Pobreza Humana
Bogotá	10,8	2,0	0,8	7,6	5,9	6,0	7,9
Atlántico	10,7	5,7	2,4	13,7	4,6	6,9	8,3
Valle del Cauca	10,8	5,5	3,8	15,8	5,0	8,2	8,7
Quindío	9,3	7,6	6,2	13,1	8,4	9,2	8,8
Cundinamarca	9,3	6,0	13,2	11,0	6,5	10,2	8,9
Risaralda	10,3	5,7	8,8	13,1	8,4	10,1	9,1
Caldas	9,1	9,3	12,4	13,1	8,4	11,3	10,0
Santander	9,1	9,9	19,4	11,0	4,8	11,7	10,4
Antioquia	12,4	6,9	13,7	13,1	7,6	11,5	10,7
Norte Santander	12,0	10,4	15,7	11,0	4,8	10,5	11,0
Meta	13,5	8,0	14,9	11,0	6,5	10,8	11,2
Nariño	10,5	11,5	16,0	15,8	7,4	13,1	11,8
Tolima	9,9	10,2	20,9	16,0	9,4	15,4	12,4
Boyacá	8,8	12,4	33,1	11,0	6,5	16,9	13,5
Cauca	12,9	11,8	25,8	15,8	7,4	16,3	13,9
Cesar	13,6	13,5	25,2	13,7	7,1	15,3	14,2
Huila	12,2	8,7	32,4	13,1	9,4	18,3	14,2
Magdalena	13,7	13,9	28,5	13,7	7,1	16,4	14,8
La Guajira	17,6	13,9	13,7	13,7	7,1	11,5	14,8
Bolívar	12,8	13,9	28,7	13,7	11,9	18,1	15,3
Caquetá	20,2	8,8	20,1	13,1	9,0	14,1	15,7
Nvs Departament	19,7	11,0	21,0	13,1	11,0	15,0	16,0
Sucre	11,8	18,9	24,4	13,7	11,9	16,7	16,3
Córdoba	12,3	19,8	29,1	13,7	11,9	18,2	17,3
Chocó	16,8	19,9	54,0	15,8	9,8	26,5	21,9
País	11,5	8,3	14,0	13,3	6,7	11,3	10,6

Fuente: Cálculos DNP-UDS-DIOGS, con base en DANE, Estadísticas Vitales, Encuesta de Hogares etapa 107 de marzo de 2000, y Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000.

5. LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

La producción de oro en el departamento fue de 99.416 onzas troy y 41.053 onzas de platino para 1990. Toda la transformación de este metal se hace por fuera del país.

TABLA No. 17. PRODUCCION DE PLATINO POR DEPARTAMENTOS ONZAS TROY, 1989-1990

Departamentos	1989	1990	(%) Variación 89/90
Antioquia	552.47	667.11	22.56
Nariño	84.37	110.42	30.88
Chocó	30.281,20	41.053,0	35.57
Cauca	316.38	279.10	-11.78

Fuente: Banco de la República, 1991

El departamento del Chocó fue el segundo productor de oro en Colombia hasta 1989. En 1990 aparece en tercer lugar, antecedido por Antioquia y Bolívar. Sin embargo, este período ha sido el de mayor intensificación de la actividad minera, lo que sugiere cambios en el sitio de venta del metal, mas no descenso en la producción.

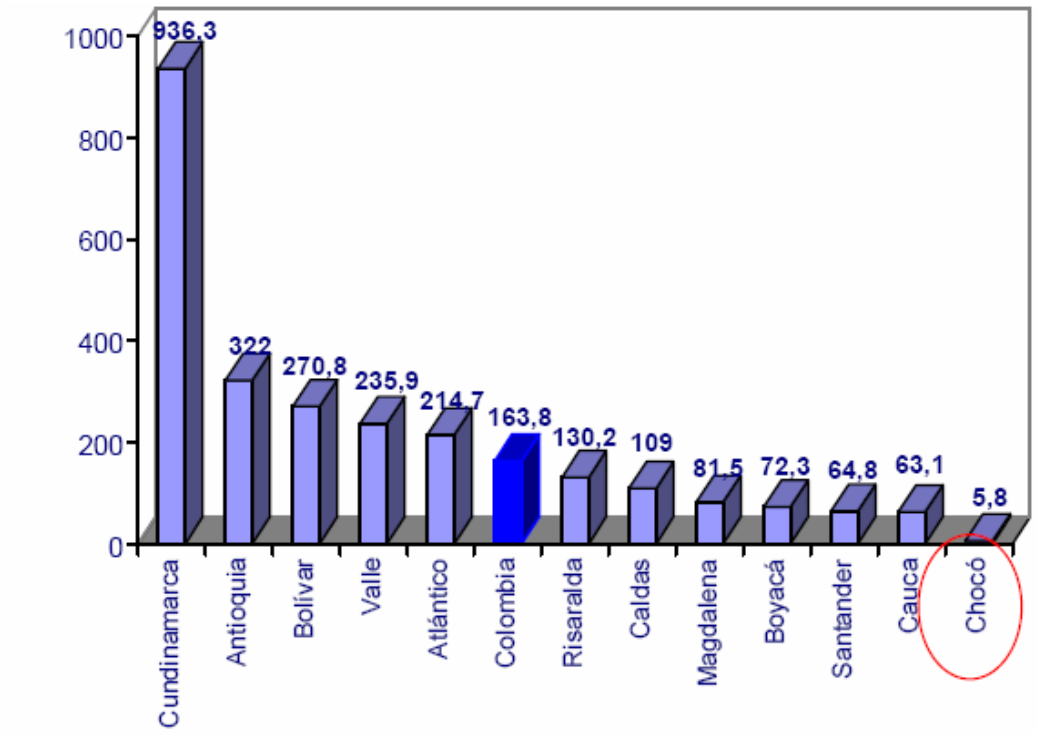
La nación, a través del Banco de la República, da regalías a los municipios productores de metales preciosos. Sin embargo las cifras de los desembolsos no constituyen un indicativo real de la cantidad de minerales que se explotan en las localidades, pues con frecuencia no se registran en éstos.

El Banco de la República, con sedes en Quibdó y Condoto, recibe el oro y platino *limpio*, es decir, sin impurezas, como los vestigios de mercurio, pues no disponen en estos lugares de la tecnología apropiada para separar metal precioso e impurezas. Esto hace que buena parte del oro salga para la sucursal del Banco en Medellín, donde la información sobre regalías y sobre el sitio donde se explota se modifica, pues los comerciantes lo registran como procedente de fuera del Chocó.

Por otra parte, los intermediarios y comerciantes que compran oro de distintas zonas, no llevan un registro municipal.

La actividad minera ha sido central en la historia del Chocó, de su poblamiento contemporáneo y sigue siendo eje socio-económico. Las modificaciones que ha traído la extracción aurífera con la proliferación de motobombas, draguetas y retroexcavadoras, tienen un efecto creciente sobre el medio natural, en particular sobre la cubierta vegetal ribereña, el cauce de los ríos y la sedimentación y contaminación de los mismos. La organización negra, en especial las formas de dominio territorial y organización social para la producción, también se ven afectadas y a menudo desprovistas de medios para sobrellevar nuevos conflictos.

GRAFICO No. 3. DEPARTAMENTOS: EXPORTACIONES PER-CÁPITAS NO TRADICIONALES, 2001



Fuente: Ministerio de Comercio Exterior, 2002

GRAFICO No. 4. CHOCO. INGRESOS POR EXPORTACIONES*

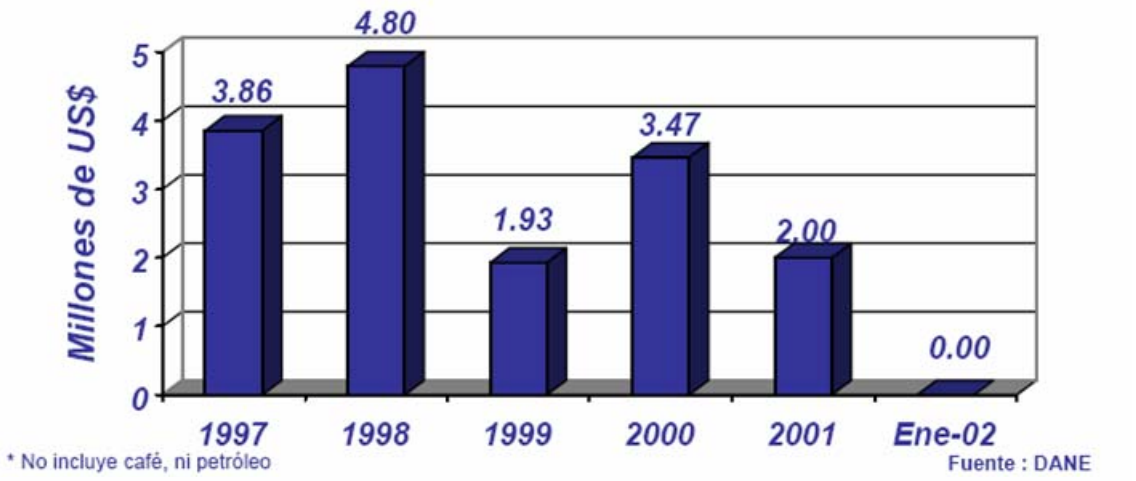
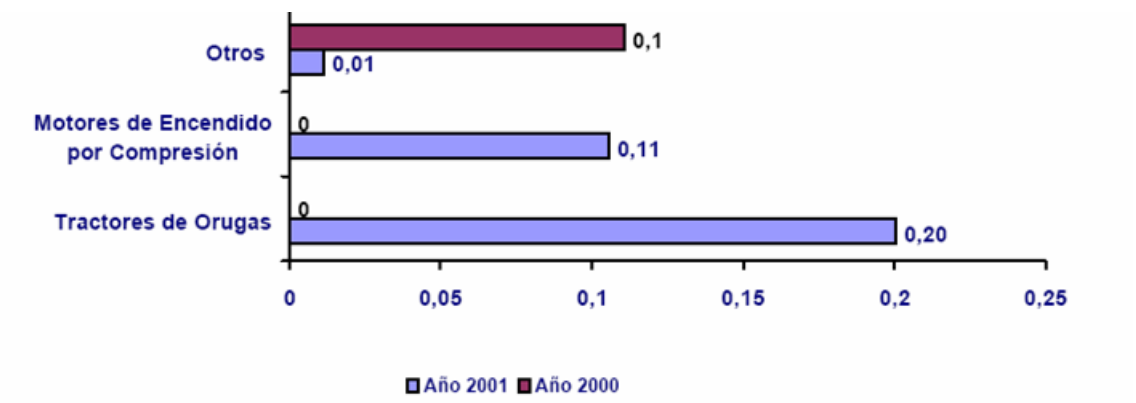


GRAFICO No. 5. CHOCO. PRINCIPALES PRODUCTOS DE IMPORTACION (AÑO 2001 Y AÑO 2000)
Millones de US$



Fuente: Ministerio de Comercio Exterior, 2002

El superávit comercial de Chocó, durante el año 2001, alcanzó los US$ 1.7 millones y registró una caída del 50%, frente a igual periodo anterior. Este comportamiento se explica por la contracción de las exportaciones del 41.1%, al pasar de 3.4 millones en el año 2000 a US$ 2.0 en el último año. En tanto que las importaciones crecieron alrededor del 200% al alcanzar los US $ 0.3 millones en el año 2001 frente a US $ 0.1 millones del año anterior.

En los periodos considerados, las exportaciones del departamento muestran un comportamiento irregular, lo cual se explica porque su único producto de exportación es el concentrado de cobre, un bien que depende en gran medida de las fluctuaciones del precio internacional.

Para el año 2001 las exportaciones muestran un deterioro presentando una caída de 41% que equivalen a menores ventas por US $ 1.4 millones. Este comportamiento es el resultado de la contracción de las ventas del concentrado de cobre. El mejor desempeño de las ventas se logro en 1998 con US $ 4.8 millones que en su totalidad corresponden a concentrado de cobre.

6. CONDICIONES SANITARIAS

Este estudio de la costa Pacífica tuvo la fortuna de encontrar recién terminado el Inventario Sanitario Departamental, esfuerzo importante del Departamento Administrativo de Salud. Sus cifras y gráficos no requieren mayores explicaciones.

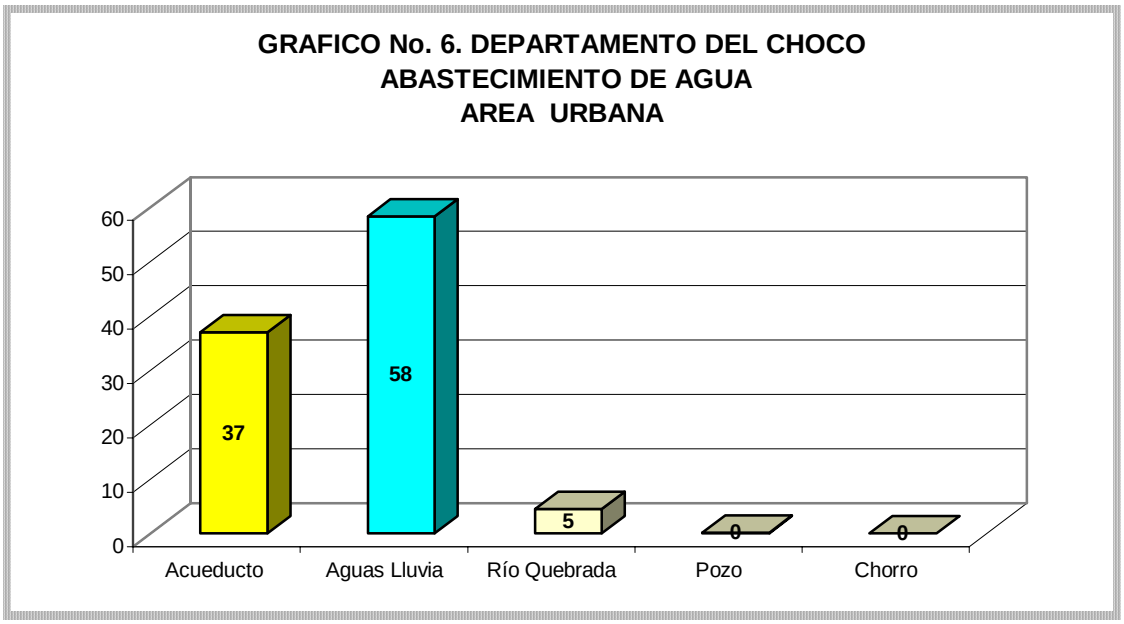
TABLA No. 18. INVENTARIO SANITARIO DEPARTAMENTAL
LOCALIDADES ENCUESTADAS POR MUNICIPIO

MUNICIPIO	N° Localidades	N° viviendas		MUNICIPIO	N° Localidades	N° viviendas
Quibdó	13	17877		Litoral del san Juan	0	0
Lloró	13	1151		Sipi	15	584
Bagado	13	1328		Medio San Juan	19	2070
Carmen de Atrato	0	0		Novita	11	1000
Atrato	11	1365		Río Iro **	10	511
Medio Atrato	11	374		Río Quito	5	692
Carmen del Darien	6	379		Istmina	20	4342
Unguia	6	1257		Tadó	17	3059
Riosucio	12	1598		Unión Panamericana	6	1051
Acandí	8	1647		Cantón de San Pablo	12	720
Bojaya **	13	697		Alto Baudó	0	0
Bahia Solano	7	1605		Condoto	12	1991
Nuqui	8	1162		Certegui	6	591
Juradó	10	672		San Jose del Palmar	4	538
Bajo Baudo	27	1654				
Medio Baudo	22	705		Totales	137	17149
	180	33471			317	50620

Porcentaje municipios encuestados 97
** No incluyen la cabecera municipal

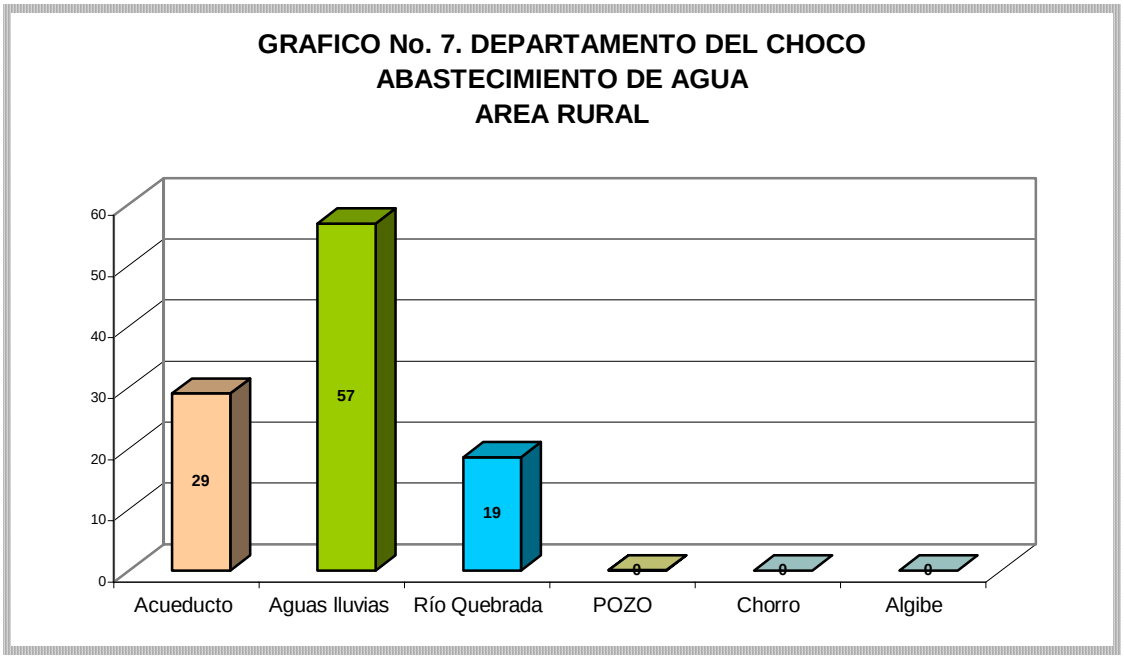
Fuente: Inventario Sanitario Departamental – DASALUD Chocó

Tan sólo el 37% de los hogares tiene acceso a acueducto, mientras un 58% cuenta con sistemas de recolección domiciliaria de aguas lluvias.



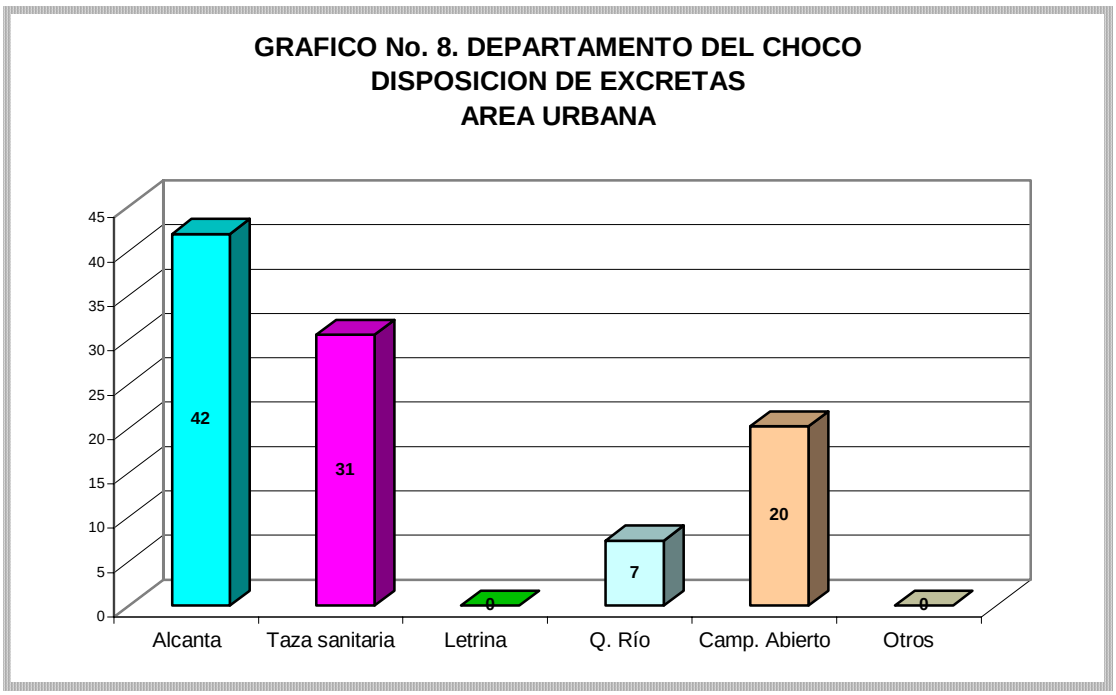
Fuente: Inventario Sanitario Departamental - DASALUD Chocó

Para el área rural, las cifras de acueducto disminuyen al 32% y las de viviendas con recolección de aguas lluvias al 45%, pues en el medio rural el 22% de los hogares se abastece directamente del río o quebrada.



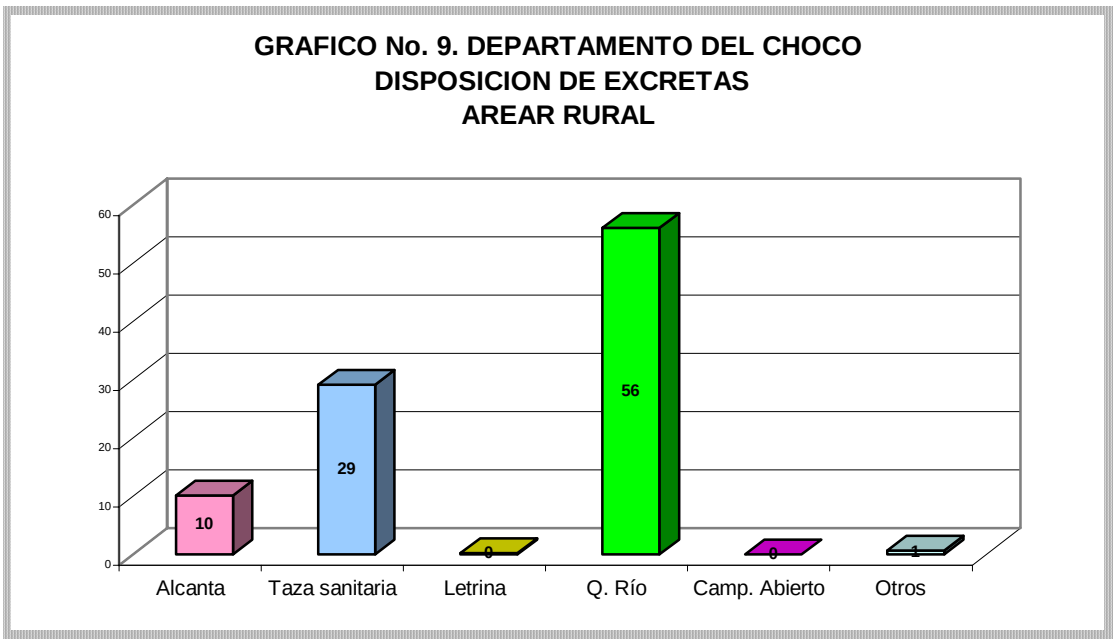
Fuente: Inventario Sanitario Departamental - DASALUD Chocó

En cuanto a disposición de excretas, ni siquiera las áreas urbanas logran una cobertura adecuada de alcantarillado (42%) y un 31% de los hogares recurren a tazas sanitarias, un 7% a quebrada o río y un 20% a campo abierto. Es difícil aceptar siquiera la idea de tal condición de insanidad a nivel urbano.



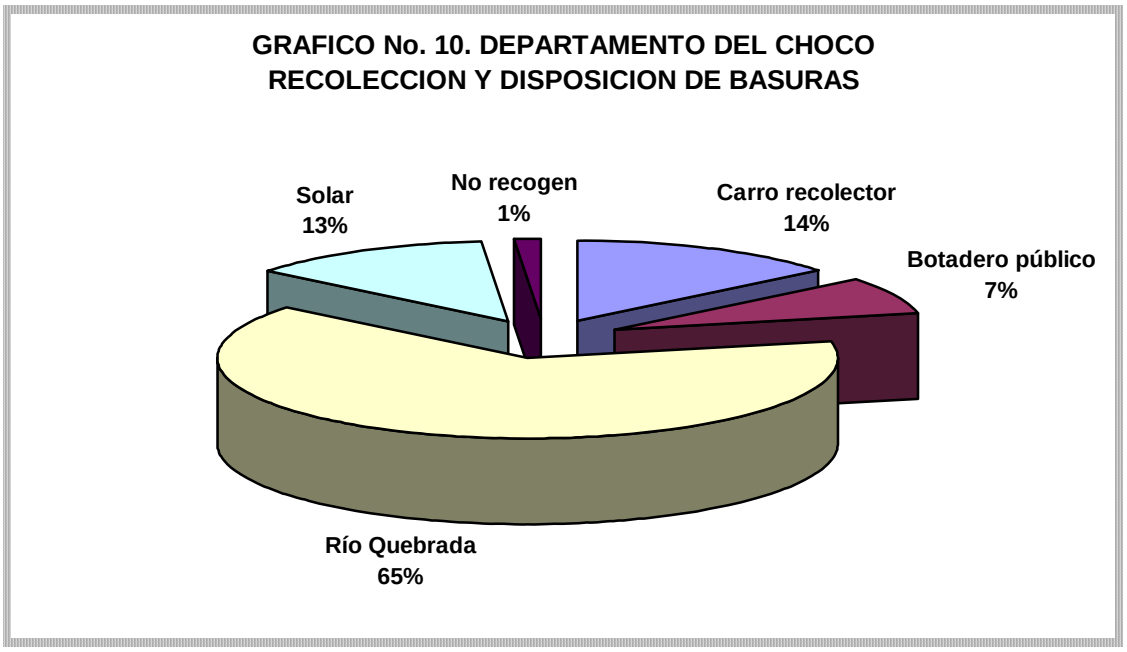
Fuente: Inventario Sanitario Departamental - DASALUD Chocó

Es lógico que si estas condiciones se dan a nivel urbano, a nivel rural sean peores, un 56% de los hogares utiliza directamente la quebrada o río, un 29% de las viviendas cuenta con taza sanitaria y sólo un 10% cuenta con algún tipo de alcantarillado.



Fuente: Inventario Sanitario Departamental - DASALUD Chocó

Finalmente, en cuanto a disposición de basuras, el 65% de los hogares arrojan directamente las basuras a quebradas o ríos, el 14% cuenta con servicio de carro recolector, el 13% utiliza un solar cercano y el 7% vierte las basuras en un botadero público.



Fuente: Inventario Sanitario Departamental - DASALUD Chocó

II. DEPARTAMENTO DEL CHOCO. SITUACIÓN DE SALUD

1. MORBILIDAD

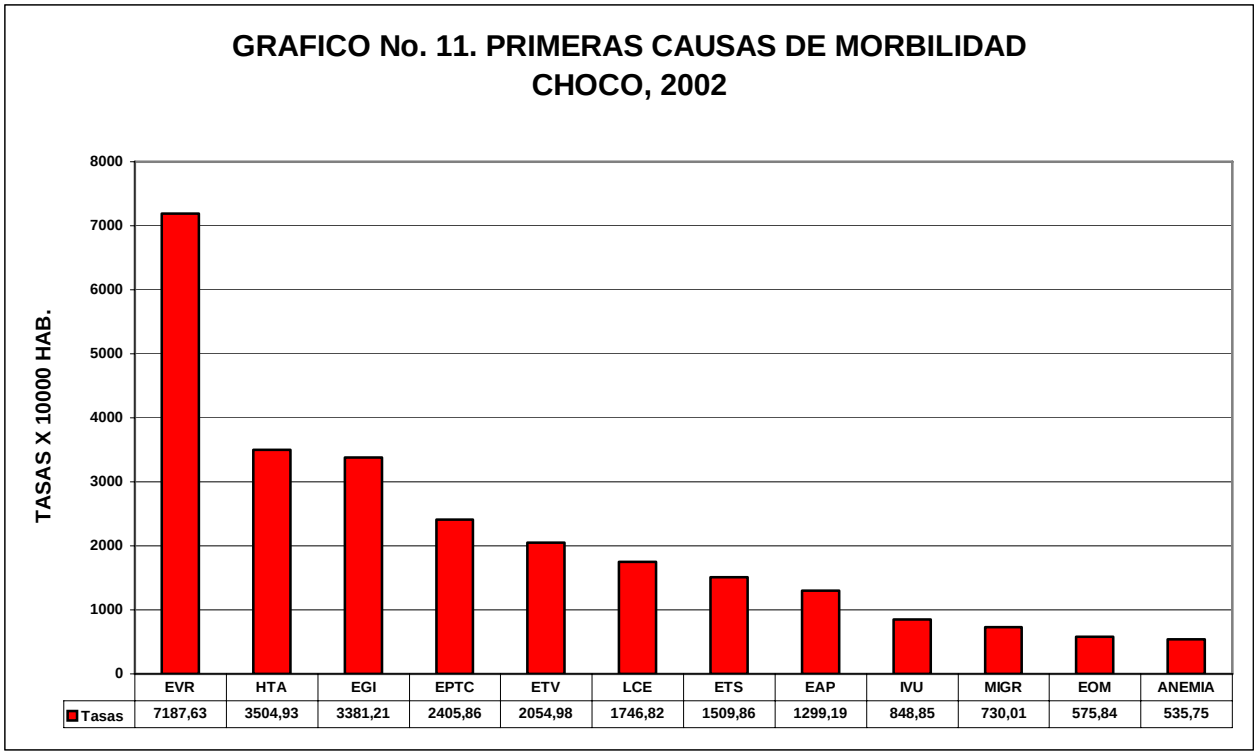
De conformidad con las Estadísticas del Departamento Administrativo de Salud del Chocó, las siguientes fueron las más importantes causas de morbilidad general por consulta externa y urgencias en el año 2002, agrupadas para el análisis.

TABLA No. 19. MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS CHOCO, 2002

No. Ord.	Cod. C.I.E.	Patologías	Morbilidad	
			Total Casos	Tasa/ 100000
1	Enfermedades Vías Respiratorias	Infección Respiratoria Aguda	26871	6598,08
		Asma Bronquial	688	168,94
		Bronconeumonía	327	80,29
		Amigdalitis	825	202,58
		Otitis Media Supurativa	561	137,75
		Subtotal	29272	7187,63
2	Hipertensión Arterial		14274	3504,93
3	Enfermedades Gastrointestinales	Enfermedad Diarreica Aguda	7929	1946,94
		Parasitismo Intestinal	4862	1193,85
		Amibiasis	185	45,43
		Fiebre Tifoidea	797	195,70
		Subtotal	13773	3381,91
4	Enfermedad Transmitidas por vectores	Paludismo	8205	2014,71
		Leishmaniasis	164	40,27
		Subtotal	8369	2054,98
5	Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo		9798	2405,86
6	Lesiones de Causa Externa		7114	1746,82
7	Enfermedades de Transmisión Sexual		6149	1509,86
8	Enfermedades del Esófago, Estómago, Duodeno.		5291	1299,19
9	Infecciones de Vías Urinarias y Sistema Renal		3457	848,85
10	Migraña		2973	730,01
11	Enfermedades del Sistema Osteomuscular		2337	573,84
12	Anemias		2133	523,75
13	Virosis		973	238,92
Subtotal			**105913**	**26006,56**
Otras Causas y las mal definidas			**100849**	**24763,11**
TOTAL			**205965**	**50573,96**

Fuente: RIAS: Consulta Externa y Urgencias, Of. Planeación: Estadística e Información. AAA /Epidemiología

Igualmente se presenta en forma gráfica la morbilidad agrupada por DASALUD



Fuente: RIAS: Consulta Externa y Urgencias, Of. Planeación: Estadística e Información. AAA /Epidemiología

Como puede observarse la primera causa de consulta para la población general son las enfermedades de las vías respiratorias, especialmente la infección respiratoria aguda, con 26.871 registros, seguida de la hipertensión arterial (14.274 consultas) y las enfermedades gastrointestinales, especialmente la enfermedad diarreica aguda y el parasitismo intestinal (7.929 y 4.862 consultas respectivamente).

Le siguen en importancia las enfermedades trasmitidas por vectores, especialmente el paludismo, con 8.205 consultas por esta patología, las enfermedades de la piel, con 9.798, aunque en este ítem se agregan muy diversas patologías y, las enfermedades de transmisión sexual, con 6.149.

Hasta aquí, separando la hipertensión, se observa un cuadro donde predominan fundamentalmente las enfermedades infecciosas y parasitarias, así como las trasmitidas por vectores. La aparición de 797 consultas por fiebre tifoidea confirman un cuadro sanitario deplorable.

Consideración aparte merecen las 7.144 consultas por lesiones de causa externa, que se revisará en relación con la mortalidad.

Llama la atención que la atención de maternidad no aparece entre las causas de consulta, como tampoco la morbilidad oral. Tampoco la desnutrición dada la situación socioeconómica y la morbilidad asociada a enfermedades hídricas. Aparecen si 2.133 diagnósticos de anemia, que pueden estar relacionados tanto con el paludismo como con la desnutrición.

TABLA No. 20. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS POR GRUPOS DE EDAD CHOCÓ, 2002

Causas agrupadas	Grupos de Edad (en años)						
	<1	**1 a 4**	**5 a 14**	**15 a 44**	**45 a 59**	**> 60**	**Total**
Enfermedades Vías Respiratorias	4.041	8.928	5.645	7.644	1.719	1.295	**29.272**
Hipertensión Arterial			466	3.082	5.029	5.697	**14.274**
Enfermedades Gastrointestinales	2.371	3.513	2.576	2.789	954	773	**13.773**
Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo	1.012	1.977	2.075	3.398	775	561	**9.798**
Enfermedades Transmitidas por Vectores	207	762	1.762	4.219	923	496	**8.369**
Lesiones de Causa Externa	13	685	1.307	3.851	634	624	**7.114**
Enfermedades de Transmisión Sexual		20	309	4.938	675	207	**6.149**

Fuente: RIAS: Consulta Externa y Urgencias, Of. Planeación: Estadística e Información. AAA /Epidemiología

Al estudiar las primeras causas de morbilidad por grupos de edad, se observa que para los menores de cuatro años las enfermedades de las vías respiratorias y las enfermedades gastrointestinales aventajan por mucho al resto de motivos de consulta. La infección respiratoria aguda arrojó 3.873 consultas en menores de un año y 8.310 en niños de 1 a 4 años en el 2002.

El grupo de 5 a 14 años sigue afectado por estas patologías aunque en menor medida y llama la atención el número de consultas por enfermedades de la piel en todos los grupos de menores de 14 años, que reúnen más de 5.000 consultas por este motivo.

En los adultos siguen predominando las enfermedades de vías respiratorias, y en la medida que aumentan los años toma pesos la hipertensión arterial, que tiene un peso mayor en la raza afroamericana que en otras razas.

Las lesiones de causa externa y las enfermedades de transmisión sexual se concentran normalmente en el grupo de 15 a 44 años.

A continuación se presentan los perfiles de morbilidad por consulta externa y urgencias para las cuatro zonas estudiadas:

TABLA No. 21. PERFIL DE SALUD, ZONA ATRATO: Quibdó, Atrato, Bagadó, Bojayá, El Carmen de Atrato, Medio Atrato, Rió Quito, 2002

No. Orden	Patología	Edad en Años						Morbilidad	
		<1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 59	> 60	Total	Tasa/ 10000
1	Enfermedades de Vías Respiratorias	2054	4706	2362	4784	823	668	15397	1119,37
2	Hipertensión Arterial			462	1825	2661	2983	7931	576,59
3	Enfermedad Diarreica Aguda	1652	2012	1072	1623	508	478	7345	533,99
4	Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo	711	1214	1266	2093	383	357	6024	437,95
5	Lesiones de Causa Externa	6	577	834	2217	423	531	4588	333,55
6	Enfermedad Ácido Péptica			384	1560	1105	800	3849	279,83
7	Enfermedades de Transmisión Sexual			156	2976	347	100	3579	260,20
8	Migraña			255	1722	482	318	2777	201,89
9	Paludismo	16	229	585	1017	456	156	2459	178,77
10	Enfermedades Osteomusculares y Tejido Conjuntivo		1	17	792	416	296	1522	110,65
11	Infección de Vías Urinarias	179	48	68	712	106	102	1215	88,33
12	Enfermedades de los Dientes y Estructuras de Sostén		58	223	446	123	75	925	67,25
13	TBC Pulmonar	6	12	16	29	14	2	79	5,74
	Subtotal	**4624**	**8857**	**7700**	**21796**	**7847**	**6866**	**57690**	**4194,11**
	Otras Causas y las mal definidas	2818	2818	3844	36198	4713	5999	56390	3490,32
	Total	**7442**	**11675**	**11544**	**57994**	**12560**	**12865**	**114080**	**7061,11**

Fuente: RIAS: Consulta Externa y Urgencias, Of. Planeación: Estadística e Información. AAA /BDG/Epidemiología

En la Subregión del Atrato se destaca el peso de las enfermedades de las vías respiratorias y la hipertensión arterial, como segunda causa de consulta. En general las tasas resultan superiores al promedio departamental, y duplican o triplican a otras subregiones, en función de una mayor demanda y oferta de servicios.

Puede observarse morbilidad oral como causa de consulta, al igual que enfermedad ácido péptica y migraña, con tasas muy superiores a las demás regiones, que señalan igualmente mayor acceso a los servicios.

Preocupa sin embargo la concentración de enfermedades de transmisión sexual en esta región, con 3.579 consultas en el año.

TABLA No. 22. MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS POR GRUPOS DE EDAD. ZONA DEL SAN JUAN, 2002

No. Ord.	Cod. C.I.E.	Patologías	Grupos de Edad (en años)						Morbilidad	
			<1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 59	> 60	Total Casos	Tasa/ 10000
1	Enfermedades de Vías Respiratorias	Infección Respiratoria Aguda	882	1963	1516	1186	433	283	6263	745,58
		Amigdalitis aguda	25	212	158	198	32	26	651	77,50
		Asma Bronquial	37	94	128	114	51	31	455	54,17
		Neumonía	3	37	33	30	9	12	124	14,76
		Otitis Media Supurativa	3	9	14	11	2	1	40	4,76
	Subtotal		**950**	**2315**	**1849**	**1539**	**527**	**353**	**7533**	**896,76**
2	ETV	Paludismo	56	243	585	2107	351	129	**3471**	**413,20**
3	Enfermedades Gastrointestinales	Enfermedad Diarreica Aguda	155	206	147	211	59	43	821	97,74
		Fiebre tifoidea	15	56	142	512	105	88	918	109,28
		Parasitismo intestinal	57	182	321	138	36	21	755	89,88
		Amibiasis		8	7	17	9	4	45	5,36
	Subtotal		**227**	**452**	**617**	**878**	**209**	**156**	**2539**	**302,25**
4	Hipertensión Arterial				3	853	731	788	**2375**	**282,73**
5	Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo		170	322	343	608	224	136	1803	**214,64**
6	Enfermedad Transmisión Sexual			15	90	1258	253	77	1693	**201,54**
7	Infección Vías Urinarias		14	42	72	498	140	108	874	**104,05**
8	Enfermedad Ácido Péptica			4	8	471	127	98	708	**84,28**
9	Lesión Causa Externa (Heridas intencionales y no intencionales)		2	22	89	318	87	14	532	**63,33**
10	Enfermedades Óseas y del Tejido Conjuntivo			2	12	225	77	104	420	**50,00**
11	Enfermedades de los Dientes y Estructuras de Sostén			6	35	237	81	44	403	**47,98**
12	Virosis		28	42	56	120	64	31	341	**40,59**
13	Anemia		1	1	17	49	9	11	88	**10,48**
14	Enfermedades Relacionadas con el Embarazo				3	78	2		83	**9,88**
15	Cefalea				4	31	7	4	46	**5,48**
Subtotal			**1448**	**3466**	**3783**	**9270**	**2889**	**2053**	**22909**	**2727,20**
Otras Causas y las mal definidas			1536	2786	4165	15254	2075	2508	28324	**3371,82**
Total			**2984**	**6252**	**7948**	**24524**	**4964**	**4561**	**51233**	**6099,02**

Fuente: RIAS: Consulta Externa y Urgencias, Of. Planeación: Estadística e Información. AAA /Epidemiología

En la Subregión del San Juan toma gran importancia el Paludismo, que en conjunto con la Subregión Pacífica concentran el mayor número de casos y una tasa que dobla la general del Departamento.

Llama muchísimo la atención igualmente la concentración de la fiebre tifoidea prácticamente en esta región, con una tasa superior al 100 por 10.000.

TABLA No. 23. PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD, ZONA DEL DARIEN, 2002										
No. Orden	**Patología**		**Edad en Años**						**Morbilidad**	
			<1	**1 a 4**	**5 a 14**	**15 a 44**	**45 a 59**	**> 60**	**Total**	**Tasa/ 10000**
1	Enfermedades Vías Respiratorias	Infección Respiratoria Aguda	514	977	741	569	108	93	3002	491,25
		Asma bronquial	8	27	36	18	10	3	102	16,69
		Otitis media supurativa	7	23	20	43	3	3	99	16,20
		Subtotal	**529**	**1027**	**797**	**630**	**121**	**99**	**3203**	**524,15**
2	Enfermedades Gastrointestinales	EDA	130	291	157	136	57	19	790	129,28
		Fiebre tifoidea		6	26	26	7		65	10,64
		Parasitismo Intestinal	127	149	327	288	101	84	1076	176,08
		Subtotal	**257**	**446**	**510**	**450**	**165**	**103**	**1931**	**315,99**
3		HTA			1	161	392	699	**1253**	205,05
4	E.T.S.	Enfermedades de Transmisión Sexual		4	14	398	24	3	443	**72,49**
		Vaginitis		7	19	430	54	40	550	90,00
		Subtotal		**11**	**33**	**828**	**78**	**43**	**993**	**162,50**
5	Enfermedades de la Piel y Tejido celular Subcutáneo		63	242	218	363	66	37	989	161,84
6	Infección de Vías Urinarias		2	59	143	593	73	50	920	150,55
7	Virosis		38	123	141	287	32	11	632	**103,43**
8	Enfermedades de los Dientes y Estructuras de Sostén			15	64	446	22	5	552	90,33
9	Enfermedad Ácido Péptica			4	19	288	68	37	416	68,08
10	Lesiones de Causa Externa			18	102	131	15	11	277	45,33
11	E.T.V.	Paludismo	2	8	35	142	16	5	208	34,04
		Leishmaniasis		12	16	23	1		52	8,51
		Subtotal	**2**	**20**	**51**	**165**	**17**	**5**	**260**	**42,55**
12	Enfermedades de los Huesos y Tejido Conjuntivo			1		52	20	6	**79**	**12,93**
	Subtotal		891	1966	2078	4233	677	407	10252	**1677,66**
	Otras Causas y las mal definidas		382	966	1748	6569	1002	664	11331	**1854,23**
	Total		**1273**	**2932**	**3826**	**10802**	**1679**	**1071**	**21583**	**3531,89**

**** Población Proy. DANE (Año 2000): Zona del Darién (Riosucio, Acandí, Unguía)**

Fuente: RIAS: Consulta Externa y Urgencias, Of. Planeación: Estadística e Información. AAA /Epidemiología

En la Subregión del Darién, lo notorio son las bajas tasas de morbimortalidad por todas las causas, que deben obedecer a un subregistro importante o a la ausencia de oferta de servicios. De hecho la tasa global de consulta es la mitad de las dos regiones anteriores y el total de consultas registradas apenas equivale a un tercio de la población.

Se destacan únicamente los casos de leishmaniasis en esta región.

TABLA No. 24. PERFIL DE SALUD, COSTA PACIFICA CHOCOANA: Alto Baudó, Bahía Solano, Bajo Baudó, Juradó, Medio Baudó, Nuquí, Litoral del San Juan, 2002

Orden	Patología		Edad en Años						Morbilidad	
			<1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 59	> 60	Total	Tasa Esp.
1	Enfermedades del Sistema Respiratorio	Infección Respiratoria Aguda	433	686	467	505	150	142	2383	396,02
		Otitis Media Supurativa	23	78	98	102	44	12	357	59,33
		Neumonía	47	65	31	15	11	24	193	32,07
		Asma	2	26	20	18	4	3	73	12,13
		Subtotal	**505**	**855**	**616**	**640**	**209**	**181**	**3006**	**499,55**
2	Paludismo		138	365	733	1130	159	145	**2670**	443,71
3	Enfermedades Infecciosas Intestinales	Parasitismo Intestinal	82	408	477	327	133	83	1510	251,05
		Amibiasis	7	18	13	27	13	5	83	13,80
		Enfermedad Diarreica Aguda	158	316	170	100	53	44	841	139,76
		Subtotal	**247**	**742**	**660**	**454**	**199**	**132**	**2434**	404,49
4	Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo		58	207	224	297	95	28	**909**	151,06
5	Hipertensión Arterial					197	205	191	**593**	98,55
6	Enfermedades de Transmisión Sexual			1	49	306	51	27	**434**	72,12
7	Infección de Vías Urinarias		17	25	36	236	60	31	**405**	67,30
8	Enfermedades Osteomusculares				10	203	68	69	**350**	58,16
9	Enfermedad Ácido Péptica			1	11	219	48	38	**317**	52,68
10	Migraña			1	16	56	7	3	**83**	13,79
11	Lesiones de Causa Externa (Accidentes de trabajo)			11	11	26	7	13	**68**	11,30
12	Periodontitis Apical			1	2	19	4	1	**27**	4,49
Subtotal			**965**	**2209**	**2368**	**3783**	**1112**	**859**	**11201**	1861,44
Otras causas y las mal definidas			**737**	**808**	**1344**	**6677**	**841**	**1058**	**11465**	**1905,31**
Total			**1702**	**3017**	**3712**	**10460**	**1953**	**1917**	**22666**	3766,74

Fuente: RIAS: Consulta Externa y Urgencias, Of. Planeación: Estadística e Información. AAA /Epidemiología

Al igual que en el Darién, en la región Pacífica se registran muy bajas tasas de consulta y por tanto de morbilidad general, pero en esta se destaca claramente el parasitismo intestinal que duplica la tasa del Departamento, al igual que el paludismo, lo que describe la Subregión con peores condiciones de salubridad del Departamento.

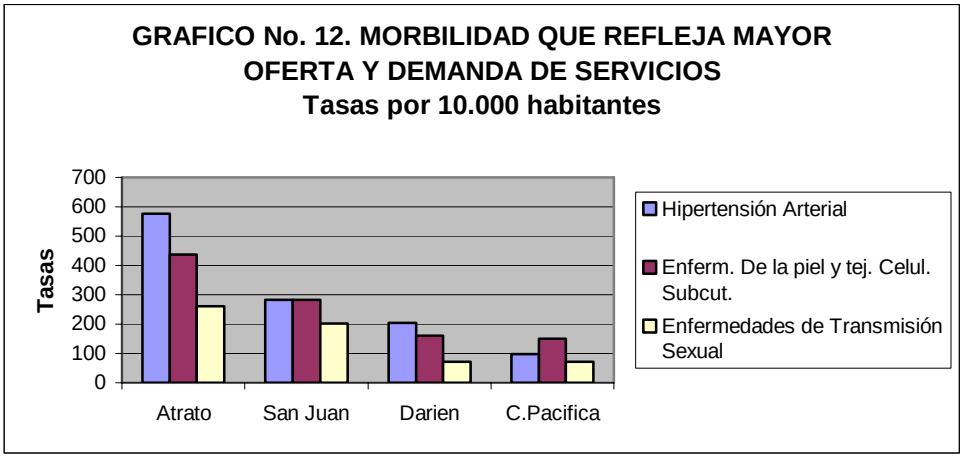
La tabla siguiente muestra las tasas comparadas entre las cuatro subregiones y la tasa general del Departamento del Chocó.

TABLA No. 25. MORBILIDAD COMPARADA ENTRE REGIONES PRINCIPALES CAUSAS

Causa	Atrato	San Juan	Darién	C. Pacifica	Chocó
Infección Respiratoria Aguda	1119,4	745,6	491,3	396,0	659,8
Hipertensión Arterial	576,6	282,7	205,1	98,5	350,5
Enfermedad Diarreica Aguda	534,0	97,7	129,3	139,8	194,7
Parasitismo	143,9	89,9	176,1	251,1	119,4
Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo	437,9	282,7	161,8	151,1	240,6
Paludismo	178,8	413,2	34,0	443,7	201,5
Lesiones de Causa Externa	333,6	63,3	45,3	11,3	174,7
Enfermedades de Transmisión Sexual	260,2	201,5	72,5	72,1	151,0
Todas las causas	**7061**	**6099**	**3532**	**3767**	**5057**

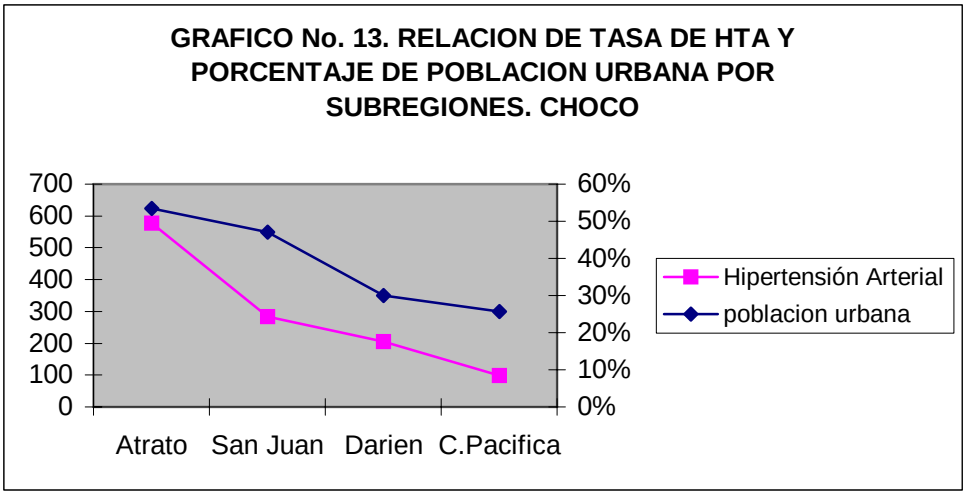
Fuente: Cálculos del estudio con base en estadísticas Oficina de Planeación DASALUD

De ella se deduce, en primer lugar, que la Subregión del Atrato, donde se sitúa la capital Quibdó y la mayor densidad de población, contaría con mucha mayor oferta y demanda de servicios, hecho que podría traducirse comparativamente en mayores tasas de hipertensión arterial, enfermedades de la piel y enfermedades de transmisión sexual.



Fuente: Cálculos del estudio con base en estadísticas Oficina de Planeación DASALUD

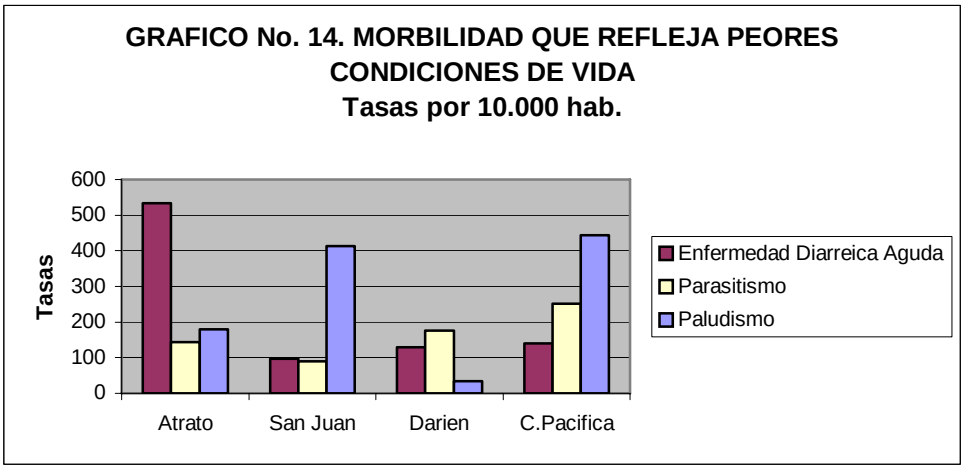
Esta hipótesis pareciera tener algún grado de comprobación con la relación entre urbanismo y la tasa de hipertensión arterial que se observa en el siguiente gráfico.



Fuente: Cálculos del estudio con base en estadísticas Oficina de Planeación DASALUD

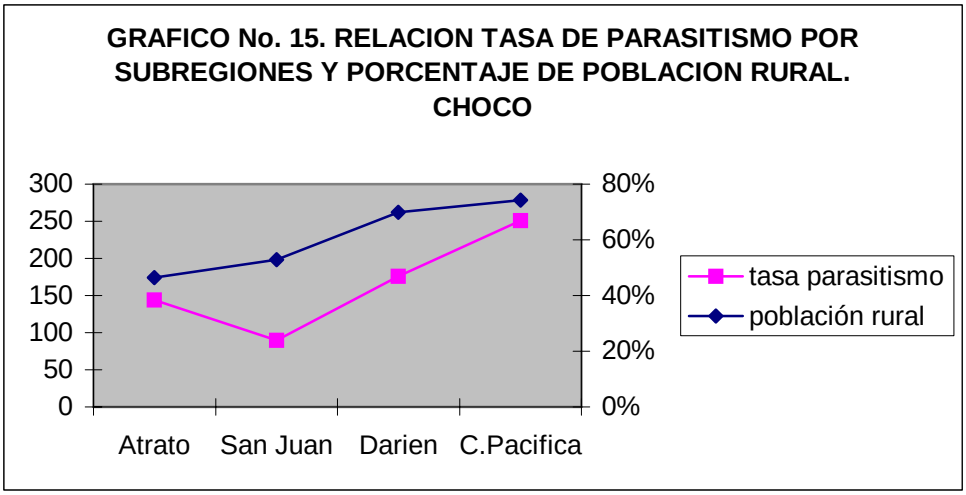
En segundo lugar, se observa que el paludismo y el parasitismo muestran tasas comparativamente muy superiores en las regiones más apartadas, con mayor población dispersa, que reflejan peores condiciones sanitarias y en conjunto peores condiciones de vida. La enfermedad diarreica aguda parece romper el patrón, pero obedece a una muy superior oferta de servicios en la Subregión central del Atrato.

El paludismo llega a representar más del 10% de las consultas en la región Pacífica, cifra que sólo consiguen las infecciones respiratorias agudas, mayores y menores sumadas, en todas las regiones.



Fuente: Cálculos del estudio con base en estadísticas Oficina de Planeación DASALUD

De igual manera la segunda hipótesis pareciera mostrar algún grado de comprobación con la relación entre población rural y la tasa de Parasitismo que se observa en el siguiente gráfico.



Fuente: Cálculos del estudio con base en estadísticas Oficina de Planeación DASALUD

2. MORBILIDAD POR EGRESOS

En el más importante hospital regional y departamental, el Hospital San Francisco de ASIS, la morbilidad por egreso hospitalario muestra como primera causa el paludismo complicado, seguido de la enfermedad diarreica aguda.

Este hecho hace que el paludismo, quinta causa de morbilidad por consulta, se convierta en unos de los primeros problemas de salud del Chocó junto con las enfermedades infecciosas intestinales.

Como tercera causa la hipertensión maligna, la cuarta causa las enfermedades relacionadas con la salud reproductiva de la mujer; siendo las principales: abortos provocados en edad temprana.

Como quinta causa se encuentra enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo, sexta causa hernia umbilical. Las infecciones respiratorias que son la primera causa en consulta externa ocupan la séptima y octava causa de morbilidad por egreso hospitalario.

La novena causa es la fiebre tifoidea y la décima causa el politraumatismo.

3. MORTALIDAD

La siguiente es la última estadística de mortalidad disponible en Dasalud, para el año 2000, pues tradicionalmente esta retorna de un largo procesamiento en el Departamento Nacional de Estadística.

TABLA No. 26. DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ
MORTALIDAD GENERAL PARA TODAS LAS EDADES, 2000

CIE 10	CAUSAS	SEXO		MORTALIDAD	
		MASC.	FEM.	TOTAL CASOS	TASA 100000
ENFERMEDADES DEL SISTMA CIRCULATORIO					
3,07	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	61	71	131	32,17
3,03	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZÓN	45	43	88	21,61
3,02	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	25	35	60	14,73
3,06	INSUFICIENCIA CARDÍACA	8	8	16	3,93
3,04	ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR, DE LA CIRCULACIÓN PULMONAR	5	6	11	2,70
3,09	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	7	8	15	3,68
	SUBTOTAL	151	171	321	78,82
LESIONES DE CAUSA EXTERNA					
5,12	AGRESIONES (HOMICIDIOS)	132	5	136	33,39
5,06	AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN ACCIDENTALES	21	3	24	5,89
5,01	ACIDENTES DE TRANSPORTE MOTOR	7	3	10	2,46
5,10	OTROS ACCIDENTES NO ESPECIFICADOS	14	8	22	5,40
5,14	EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA	14	5	19	4,67
5,07	EXPOSICIÓN AL HUMO, FUEGO, LLANTAS	2	2	4	0,98
5,11	LESIONES AUTOINFLIGIDAS (SUICIDIO)	2	1	3	0,74
5,13	INTERVENCIÓN LEGAL Y OPERACIONES DE GUERRA	6		6	1,47
5,03	CAÍDAS	1	1	2	0,49
5,09	ACCIDENTES Y ENVENENAMIENTO NO INTENCIONALES	3		3	0,74
	SUBTOTAL	202	28	229	56,23
NEOPLASIAS (TUMORES)					
2,10	TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	13		13	3,19
2,04	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO Y VÍAS BILIARES	6	4	10	2,46
2,01	TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO	9	4	11	2,70
2,06	TUMOR MALIGNO SE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN	5	4	9	2,21
2,08	TUMOR MALIGNO DE MAMA		6	6	1,47
2,09	TUMOR MALIGNO DE ÚTERO		8	8	1,96
2,03	TUMOR MALIGNO DE ÓRGANOS DIGESTIVOS	2	4	6	1,47
2,11	TUMOR MALIGNO DE ÓRGANOS GENITOURINARIOS	2	4	6	1,47
2,12	TUMOR MALIGNO DE TEJIDOS LINFÁTICO Y HEMATOPOYÉTICO	4	1	5	1,23
2,05	TUMOR MALIGNO DEL PÁNCREAS	2	1	3	0,74
2,07	TUMOR MALIGNO DE ÓRGANOS RESPIRATORIOS	1	2	3	0,74
2,14	TUMORES: IN SITU BENIGNOS Y DE COMPORTAMENTOS DESCONOCIDO	2	2	4	0,98
2,13	RESIDUOS DE TUMORES MALIGNOS	6	16	22	5,40
	SUBTOTAL	52	56	106	26,03
AFECCIONES DEL PERÍODO PERINATAL					
4,04	TRANSTORNOS RESPIRATORIOS ESPECÍFICO DEL PERÍODO PERINATAL	29	17	43	11,30
4,05	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	11	2	13	3,19
4,03	RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL, DNT FETAL, BAJO PESO	6	3	9	2,21
4,02	FETO Y RECIÉN NACIDO: CON COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y TRAUMAS DE NACIMIENTO	4	2	6	1,47
4,07	OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PREINATAÑ	8	10	18	4,42
	SUBTOTAL	58	34	92	22,59
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES					
1,09	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	19	13	32	7,86
1,01	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	14	10	24	5,89
	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	4	6	10	2,46

1,03	OTRAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y RABIA	7	6	13	3,19
1,02	TIBERCULOSIS	6	5	11	2,7
1,06	SEPTICEMIA	8	1	9	2,21
1,05	MENINGITIS	2	6	8	1,96
1,08	ENFERMEDAD POR VIH (SIDA)	3	1	4	0,98
1,1	OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	4	1	5	1,23
	SUBTOTAL	67	49	116	28,48
TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES					
6,02	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	10	26	36	8,84
6,05	ENFERMEDADES CRÓNICA DE VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	13	16	28	6,88
6,01	DIABETES MELLITUS	12	14	26	6,38
6,11	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	12	14	26	6,38
6,12	ENFERMEDADES DEL SISTEMAS URINARIO	10	14	24	5,89
6,15	ENFERMEDADES CONGÉNITAS, MALFORMACIONES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	9	9	18	4,42
6,04	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	11	5	16	3,93
6,14	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO		12	12	2,95
6,08	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	4	6	10	2,46
6,07	ENFERMEDADES DEL PULMÓN DEBIDA A AGENTES EXTERNOS	5	3	8	1,96
6,09	APENDICITIS, HERNIA CAVIDAD ABDOM. Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	4	2	6	1,47
6,1	ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO Y CIRROSIS	4	1	5	1,23
	SUBTOTAL	94	122	215	52,79
7,00	SÍNTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	26	30	55	13,51
	SUBTOTAL	650	490	1.134	278,45

Fuente: Oficina de Planeación DASALUD

En términos de mortalidad general, según las cifras de la tabla, el Chocó no se destaca por ocupar los primeros lugares del país por ninguna patología.

La tasa más elevada es la de homicidios, con 33.39, que si bien es alta en términos internacionales, es la mitad de la tasa de la tasa de homicidios nacional (68 x 100.000) para el año 2000. Es equivalente a la tasa rural de homicidios en el país.

TABLA No. 27. TASA ANUAL DE HOMICIDIOS POBLACIÓN GENERAL COLOMBIA 1991 - 2002

AÑO	TASA
1991	58
1992	53
1993	73
1994	89
1995	86
1996	65
1997	61
1998	54
1999	56
2000	61
2001	64
2002	64

Fuente: DANE – Series de Mortalidad 1980 - 2001

TABLA No. 28.
HOMICIDIOS SEGÚN ZONA

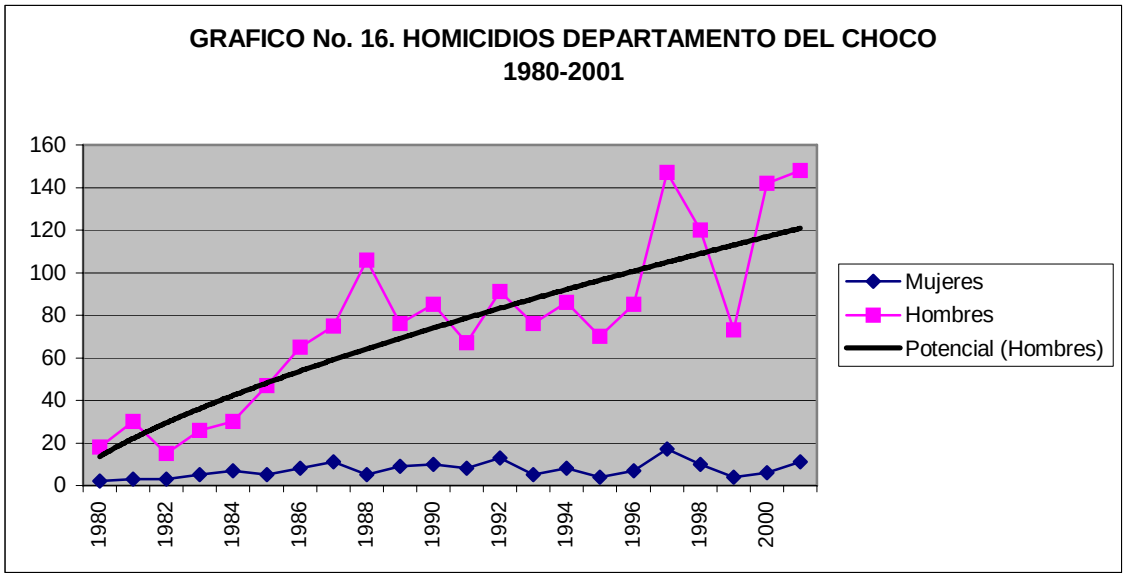
COLOMBIA 2003

MES	%
URBANA	67,1%
RURAL	32,9%
TOTAL	100,0%

Fuente: Instituto de Medicina Legal – Centro Nacional de Referencia sobre la Violencia

Quibdo, sin embargo, muestra una tasa de homicidios mucho más alta en el año 2003 (87 por 100.000), según las estadísticas del Centro Nacional de Referencia sobre la violencia.[1]

Al revisar la serie de mortalidad del DANE para el Chocó resulta muy preocupante el incremento de homicidios y la tendencia en incremento ininterrumpido desde 1980 hasta el 2001.[2]



Fuente: DANE – Series de Mortalidad 1980 - 2001

La segunda tasa más alta, la de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares equivale a la media nacional, al igual que la tuberculosis y la de la enfermedad isquémica del miocardio también alta en el departamento, es la mitad de la media nacional (47).

Cabe señalar por último que el paludismo presenta muy pocas defunciones al año, a pesar de que se concentran estas en la Costa Pacífica. Esta patología se analizará específicamente más adelante.

[1] Instituto de Medicina Legal. Centro Nacional de Referencia sobre la Violencia. Estadísticas homicidios y lesiones 2003.
[2] Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Base de Datos de Mortalidad 1980-2001.

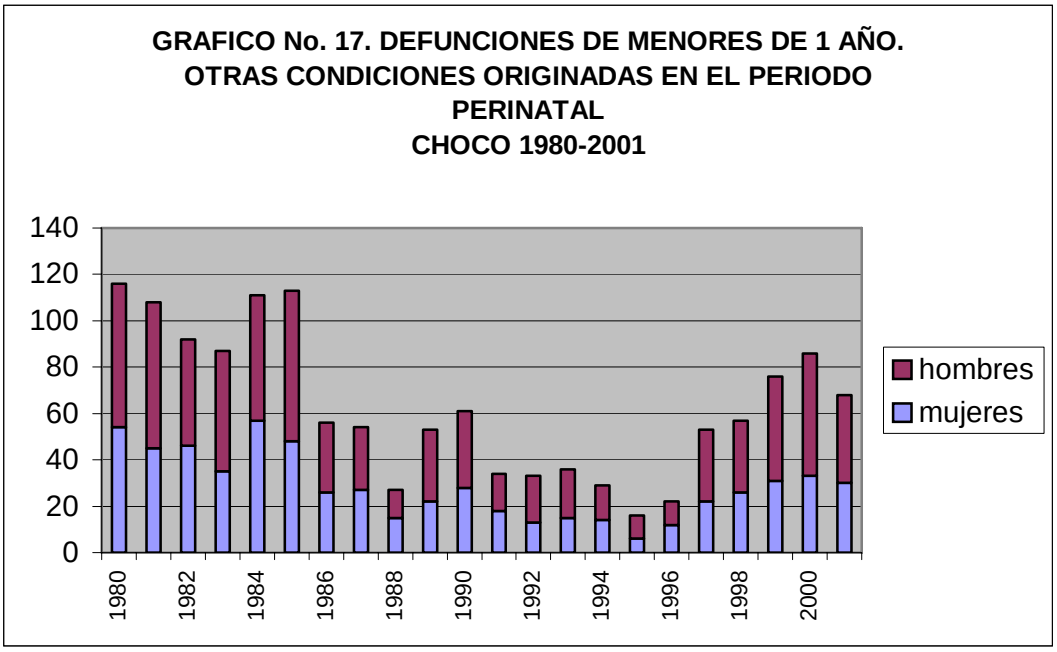
Para concluir, cabe señalar que, en buena parte, las razones de la baja mortalidad general obedecen a una pirámide poblacional más ancha en la base que el promedio nacional. Por ello resulta importante reparar en la mortalidad específica para los niños.

TABLA No. 29
DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ
MORTALIDAD EN NIÑOS < 1 AÑO 2000

CIE 10	CAUSAS	< 1 AÑO		MORTALIDAD	
		MASC	FEM	TOTAL	TASA
NFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO					
3,07	NFERMEDADES CEREBRIBASCULARES	1		1	0,23
3,03	NFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	1		1	0,23
LESIONES DE CAUSA EXTERNA					
5,06	AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN ACCIDENTALES	1		1	0,23
5,10	OTROS ACCIDENTES NO ESPECIFICADOS	1	2	3	0,68
NEOPLASIAS (TUMORES)					
2,01	TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO	5		5	1,13
AFECCIONES DEL PERÍODO PERINATAL					
4,04	TRANSTORNOS RESPIRATORIOS ESPECÍFICO DEL PERÍODO PERINATAL	29	17	46	10,41
4,05	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	11	2	13	2,94
4,03	RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL, DNT FETAL, BAJO PESO	6	3	9	2,04
4,02	FETO Y RECIÉN NACIDO: CON COMPLIC OBSTÉTR. Y TRAUMAS DE NACIMIENTO	4	2	6	1,36
4,07	OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	8	10	18	4,07
NFERMEDADES TRANSMISIBLES					
1,09	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	7	4	11	2,49
1,01	NFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	5	7	12	2,72
	NFERMEDADES RESPIRATORIAS	1	3	4	0,91
1,03	OTRAS NFERMEDADES RESPIRATORIAS TRANS. POR VECTORES Y RABIA	1	3	4	0,91
1,02	TUBERCULOSIS	1		1	0,23
1,06	SEPTICEMIA	5	1	6	1,36
1,05	MENINGITIS	1	3	4	0,91
1,08	NFERMEDAD POR VIH (SIDA)	1		1	0,23
TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES					
6,02	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	5	6	11	2,49
6,05	NFERMEDADES CRÓNICAS DE VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES		1	1	0,23
6,11	OTRAS NFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	2		2	0,45
6,12	NFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	1	1	2	0,45
6,15	NFERMEDADES CONGÉNITAS, MALFORM. Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	5	8	13	2,94
6,04	NFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	1	1	2	0,45
6,08	OTRAS NFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1	3	4	0,91
6,07	NFERMEDADES DEL PULMÓN DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS	1	1	2	0,45
	SUBTOTAL	105	78	183	41,42
7,00	SÍNTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	2	2	4	0,91
	TOTAL	107	80	187	42,33

Fuente: DANE – Series de Mortalidad 1980 - 2001

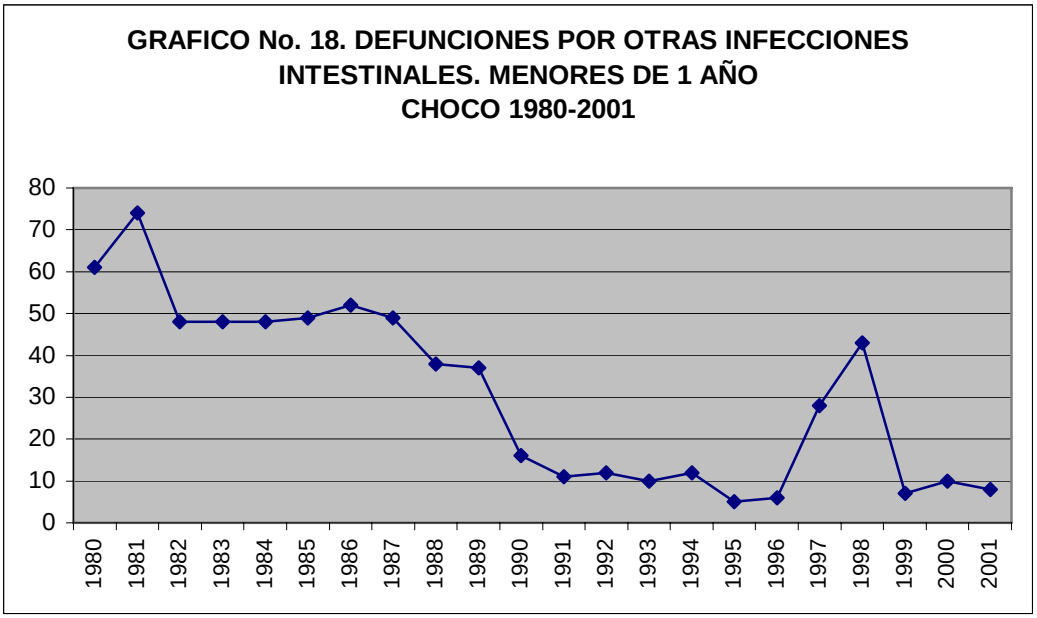
Como se observa en la tabla, las afecciones perinatales son la primera causa de muerte en los menores de un año en el Departamento. A su vez estas configuraron por muchos años la más alta tasa de mortalidad infantil del país, pero como se observa en el gráfico siguiente se redujeron significativamente a partir de 1985, aunque resulta preocupante un nuevo incremento a partir de 1997.



Agrupación 6-67 incluye múltiples afecciones del recién nacido, entre ellas respiratorias, infecciosas y hemorrágicas, excepto las traumáticas del parto

Fuente: Bases de Datos de Mortalidad. 1980-2001 DANE

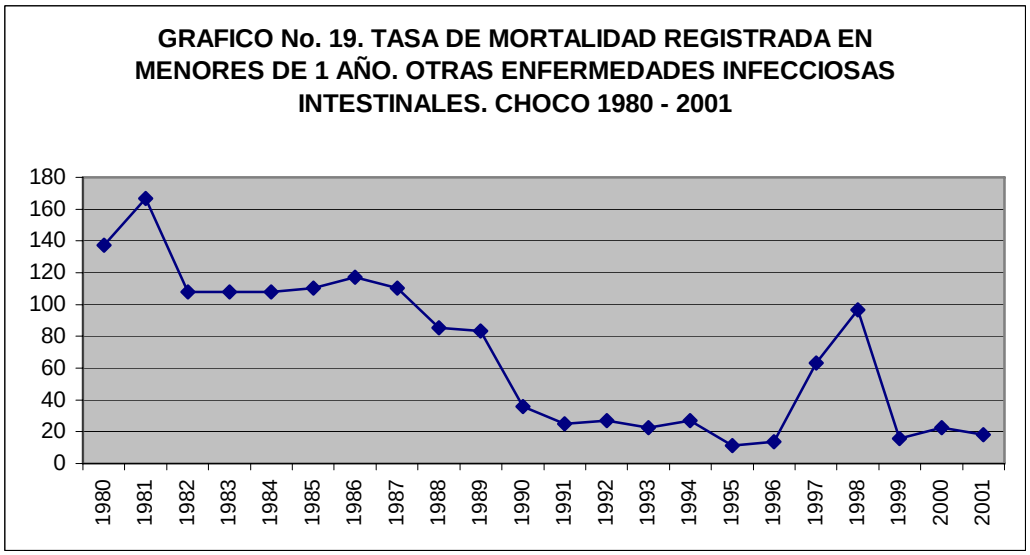
Igualmente las altas cifras de mortalidad infantil tenían relación con las infecciones intestinales, pero estas han caído dramáticamente, también a partir de 1986, con la excepción de un pico en 1998.



Fuente: Bases de Datos de Mortalidad. 1980-2001 DANE

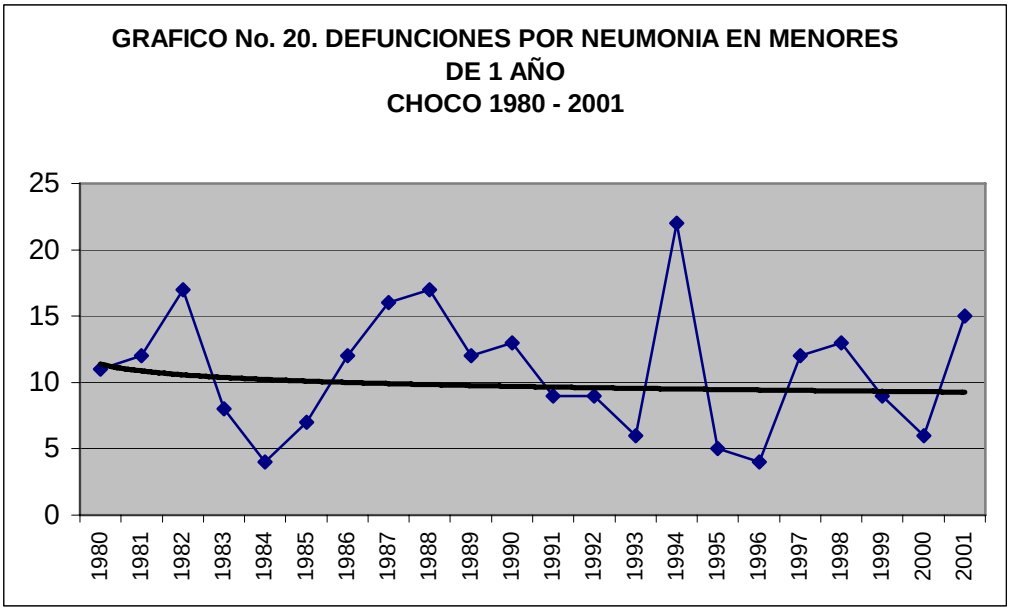
En términos de tasas, estas se han reducido hasta el 20 por 10.000, que sin embargo duplica la tasa nacional.

Sin embargo, existen serios indicios de subregistro de la mortalidad de los menores de un año, en especial de neonatos en zonas rurales y dispersas, por lo que estas cifras podrán resultar seriamente subestimadas.



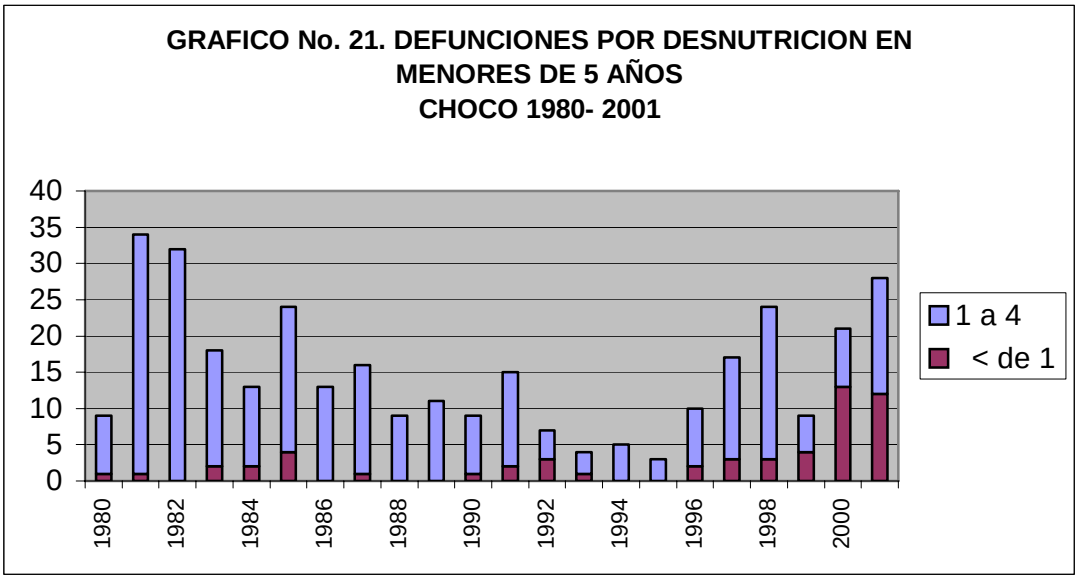
Fuente: Bases de Datos de Mortalidad. 1980-2001 DANE

Finalmente se encuentra un número significativo de defunciones de menores de un año específicamente por neumonía en las series de mortalidad del DANE.



Fuente: Bases de Datos de Mortalidad. 1980-2001 DANE

En el grupo de menores de un año y en el de uno a cuatro se observa un fenómeno importante sin embargo de mortalidad, relacionado con desnutrición, con el agravante de que después de una importante reducción en la primera mitad de los 90, viene aumentando en forma sostenida.



Fuente: Bases de Datos de Mortalidad. 1980-2001 DANE

No existe evidencia sobre las causas del incremento de la mortalidad por enfermedades perinatales y desnutrición en los últimos años. El único fenómeno que se superpone es el de la violencia y el incremento de la morbilidad y mortalidad por esta causa. Igualmente el fenómeno del desplazamiento consecuencia del conflicto armado.

La siguiente tabla muestra la magnitud del fenómeno citado en los últimos meses.

TABLA No. 30. ESTADO DE DESPLAZAMIENTOACTUALMENTE EN EL CHOCÓ ACUMULADO MAYO 26 DE 2004

Fecha de Desplazamiento	Municipio Expulsor	Corregimiento y/o Vereda Expulsora	Nº de Familias Desplazadas	Nº de Personas Desplazadas
21/01/2002	Tadó	Gingaraba-Guarato-Manbú	88	450
08/11/2002	Río Iró	Cororó	3	10
		Duavé	8	27
		Chontaduro	7	16
02/05/2002	Bojayá	Bellavista	80	400
		Napipi	73	365
		Puerto Conto	45	225
	Vigía del Fuerte	Vigía del Fuerte	69	345
25/02/2003	Alto Baudó	Chachajo	6	36
		Pie de Pato	1	9
11/09/2003	Medio Atrato	Bebara	59	348
18/09/2003	Medio Atrato	Tangui	38	224
18/12/2003	Riosucio	Río Sataqui	1	3
26/01/2004	Lloró	La vuelta	1	1
	Lloró-Bagado	Andágueda	37	185
	Bojayá	Carrillo	34	170
	Carmen de Atrato	Guaduas	60	75
	Quibdo	Munguirry- La X	57	100
26/05/2004	Bojayá	Carillo	48	165
		Piedra Candela	127	497
		Napipi	93	368
		Sagrado Corazón de Jesús	25	103
20/03/2004	Bojayá	Unió Baquiza	71	292
		Playita	32	177
		Ogoroquera	17	70
29/03/2004	Bojayá	Hojas Blancas	64	350
		Unión Cuti	52	257
TOTAL			1196	5268

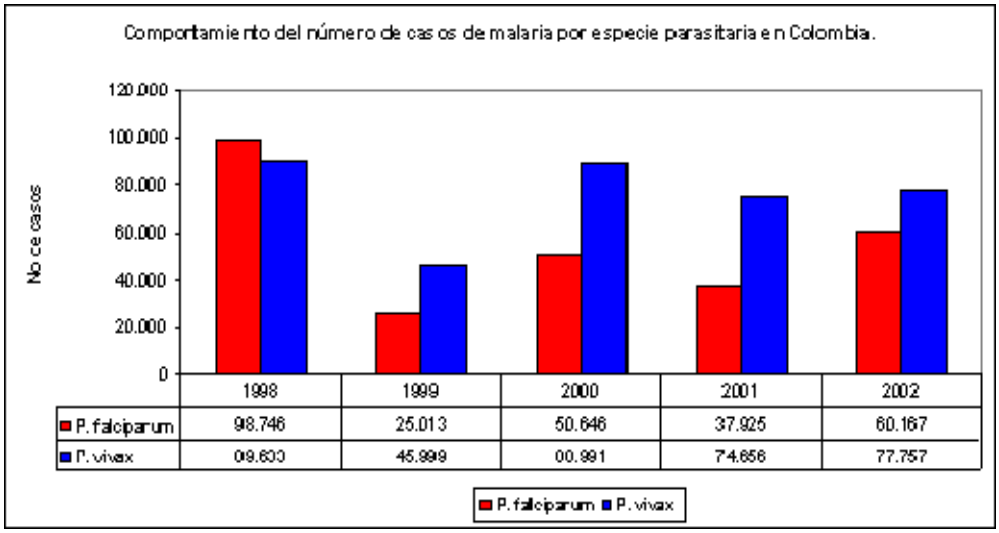
Fuente: Defensoría del Pueblo

4. LA MALARIA

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

El total de casos reportados al SIVIGILA al final de 1998, año en el cual la transmisión de malaria se observó influenciada por el fenómeno del niño, alcanzó 188.379 casos, (datos del SIVIGILA y del programa ETV); en el año 1999 se informaron 71.012 casos de malaria; para el año 2000, se reportaron 139.637 casos confirmados correspondiendo a un IPA de 5.23 por 1000 hab., siendo la especie predominante la *P. vivax* con un IVA de 3.33 por 1000 hab. y un IFA de 1.89 por 1000 hab.

GRÁFICA No. 22. TOTAL DE CASOS DE MALARIA POR *P. FALCIPARUM* Y *P. VIVAX.* COLOMBIA 1998 A 2002



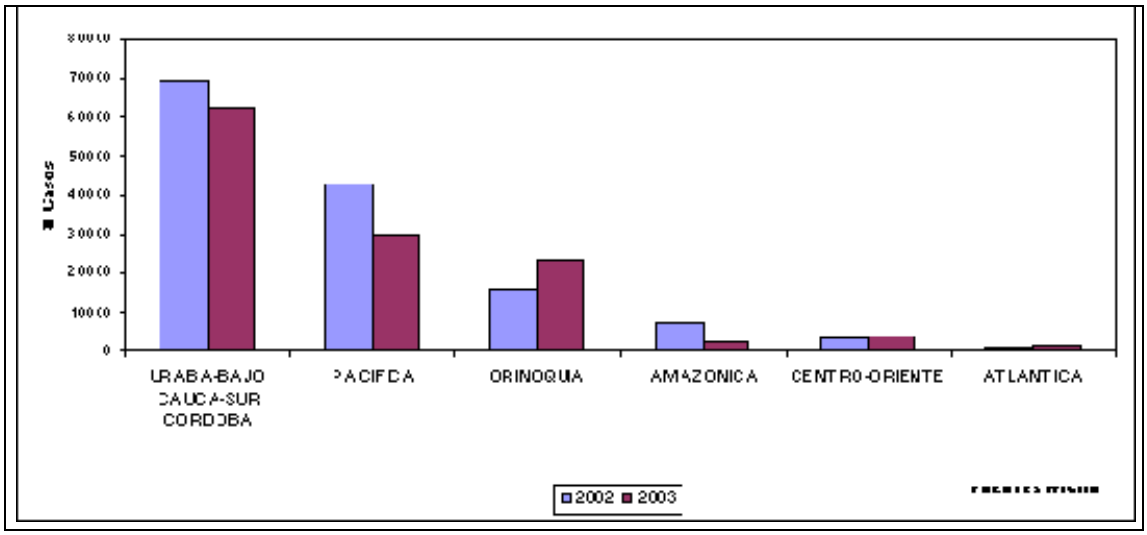
Fuente: SIVIGILAS 1998 a 2002 y Programa de ETV

En el transcurso del año 2003, se registraron por el SIVIGILA en el país, ciento veinticuatro mil setenta y siete (124.077) casos de malaria. Del total de casos registrados, setenta y seis mil doscientos diecisiete (76.217) casos fueron producidos por *P. vivax*; cuarenta y cinco mil trescientos cuarenta y cuatro (45.344) por *P. falciparum* y dos mil quinientos dieciséis (2.516) por formas mixtas. Hubo una disminución del 12% en el número absoluto de casos con relación a lo observado en el año 2002; igualmente, hubo una disminución del IPA del 2003 con relación al IPA registrado el año 2002, 5.5 y 6.2 respectivamente. En el 2003, hubo una disminución en la relación parasitaria *P. vivax / P. falciparum*, frente a lo observado en los años 2001 y 2002, predominando en el 2003 las infecciones producidas por *P. vivax*, en una relación 1.5:1, lo cual es un indicativo de disminución de la transmisión epidémica.

La situación anterior podría ser explicada por que en estos años (2001-2002), coincidieron con el periodo interepidémico posterior al brote registrado en el año 2001, y enmarcado dentro del comportamiento cíclico (cada 2 a 7 años) que presenta la transmisión de malaria en Colombia.

La distribución espacial de la enfermedad por regiones ecoepidemiológicas en el año, muestran como los departamentos de las regiones consideradas de alta transmisión (IPA>10x1.000) siguieron aportando el mayor peso porcentual. Las regiones Urabá – Bajo Cauca – Sur Córdoba, Pacifica y Orinoquía, presentaron un IPA superior al IPA nacional, la región que presento mayor IPA fue Urabá – Bajo Cauca – Sur de Córdoba, y en esta, los municipios de Puerto Libertador y Tierra Alta superaron el IPA, y aportaron el 38% de los casos de esa región.

GRAFICO No. 23. MORBILIDAD POR MALARIA EN LAS REGIONES ECOEPIDEMIOLOGICAS ENDÉMICAS, 2002 Y 2003



Fuente: Boletín Epidemiológico INS ETV 2002 - 2003

TABLA No. 31. MORBILIDAD POR MALARIA EN LAS REGIONES ECOEPIDEMIOLOGICAS ENDEMICAS

2002 - 2003

REGION	2002			2003		
	IFA	IVA	IPA	IFA	IVA	IPA
URABA-BAJO CAUCA-SUR CORDOBA	14,66	28,32	42,98	11,72	26,90	38,62
PACIFICA	17,53	6,24	23,78	11,21	5,53	16,74
ORINOQUIA	3,14	8,69	11,83	5,72	12,39	18,10
AMAZONICA	2,54	8,04	10,57	0,55	2,79	3,34
CENTRO-ORIENTE	0,07	1,05	1,12	0,11	1,20	1,32
ATLANTICA	0,31	0,27	0,58	0,36	0,53	0,89

Fuente: Boletín Epidemiológico INS ETV 2002 - 2003

En la siguiente tabla puede apreciarse la labor de Dasalud Chocó en búsqueda activa de casos de malaria en el año 2003.

MUESTRAS EXAMINADAS Y CASOS POSITIVOS POR ESPECIE PARASITARIA SEGUN MUNICIPIO. 2003.

-

DEPARTAMENTO Y MUNICIPIOS	2003 Población	M.Ex.	M.Pos.	IPA	IASE	IASP	P.F.	IFA	P.V.	IVA	P. Asoc.
QUIBDÓ	98678	24755	6609	66,98	25,09	26,70	5171	52,40	1149	11,64	289
ACANDÍ	11366	838	206	18,12	7,37	24,58	175	15,40	29	2,55	2
ALTO BAUDÓ	23659	2369	1100	46,49	10,01	46,43	827	34,95	271	11,45	2
ATRATO	7771	2358	709	91,24	30,34	30,07	586	75,41	112	14,41	11
BAGADÓ	15826	1225	414	26,16	7,74	33,80	183	11,56	230	14,53	1
BAHIA SOLANO	8155	1194	305	37,40	14,64	25,54	190	23,30	115	14,10	0
BAJO BAUDÓ	14039	8972	3216	229,08	63,91	35,84	2098	149,44	1080	76,93	38
BELEN DE BAJIRÁ (*)											
BOJAYÁ	11247	1304	345	30,67	11,59	26,46	294	26,14	49	4,36	2
CANTÓN DE SAN PABLO	9057	2464	1304	143,98	27,21	52,92	713	78,72	563	62,16	28
CARMEN DEL DARIEN	9585	129	57	5,95	1,35	44,19	17	1,77			1
CÉRTEGUI	7215	485	73	10,12	6,72	15,05	36	4,99	37	5,13	0
CONDOTO	14398	401	92	6,39	2,79	22,94	83	5,76	9	0,63	0
EL CARMEN DE ATRATO	7372	37	6	0,81	0,50	16,22	2		2	0,27	2
ISTMINA	20979	2800	764	36,42	13,35	27,29	490	23,36	246	11,73	28
JURADÓ	5232	373	68	13,00	7,13	18,23	36	6,88	32	6,12	0
LITORAL DEL SAN JUAN	9469	482	133	14,05	5,09	27,59	112	11,83	20	2,11	1
LLORÓ	10247	4789	1647	160,73	46,74	34,39	753	73,48	871	85,00	23
MEDIO ATRATO	9445	2140	998	105,66	22,66	46,64	912	96,56	81	8,58	5
MEDIO BAUDO	9168	1568	793	86,50	17,10	50,57	512	55,85	275	30,00	6
MEDIO SAN JUAN	7113	3226	1091	153,38	45,35	33,82	713	100,24	343	48,22	35
NÓVITA	8713	2487	805	92,39	28,54	32,37	625	71,73	170	19,51	10
NUQUÍ	5385	1837	458	85,05	34,11	24,93	307	57,01	148	27,48	3
RIO IRÓ	7234	473	173	23,91	6,54	36,58	142	19,63	31	4,29	0
RIO QUITO	7601	2576	950	124,98	33,89	36,88	829	109,06	114	15,00	7
RIOSUCIO	26281	230	21	0,80	0,88	9,13	2	0,08	19	0,72	0
SAN JOSÉ DEL PALMAR	7030	882	428	60,88	12,55	48,53	174	24,75	250	35,56	4
SIPÍ	2549	823	309	121,22	32,29	37,55	233	91,41	76	29,82	0
TADÓ	15245	9105	2210	144,97	59,72	24,27	1506	98,79	658	43,16	46
UNGUÍA	14289	763	259	18,13	5,34	33,94	127	8,89	129	9,03	3
UNION PANAMERICANA	7496	312	89	11,87	4,16	28,53	34	4,54	55	7,34	0
CHOCÓ	**411844**	**81397**	**25632**	**62,24**	**19,76**	**31,49**	**17882**	**43,42**	**7203**	**17,49**	**547**

AAA.:Epidemiología

*** Información a XIII periodo, falta reporte de algunas IPS.**

IPA = muestras positivas por mil sobre población general

IASE = muestras exáminadas sobre población general

IASP = muestras positivas x 100 sobre muestras examinadas

P.F. = muestras positivas para Plasmoduium Falciparum

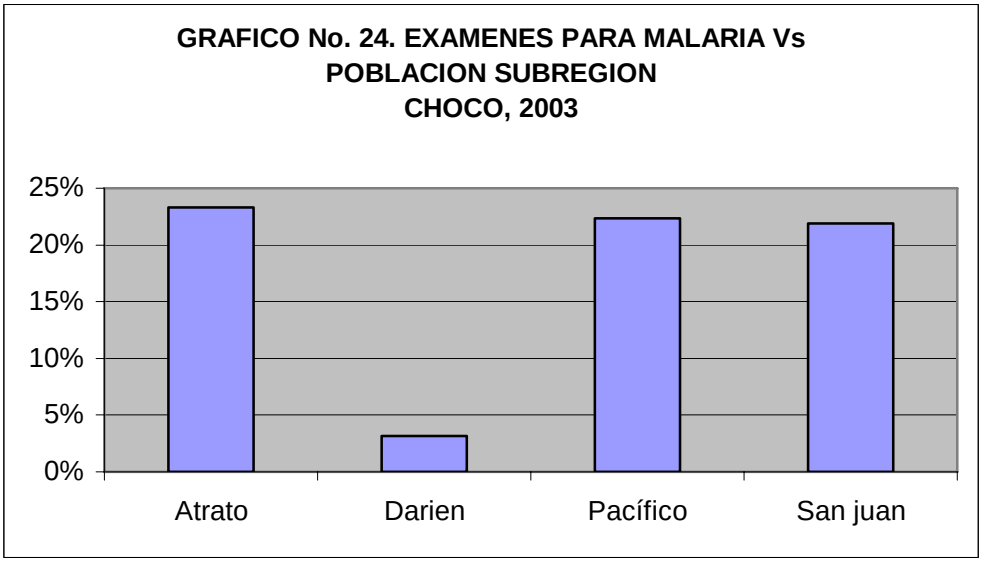
IFA = muestras positivas para Falciparum por mil sobre población general

P.V. = muestras positivas para Plasmodium Vivax

IVA = muestras positivas para Falciparum por mil sobre población general

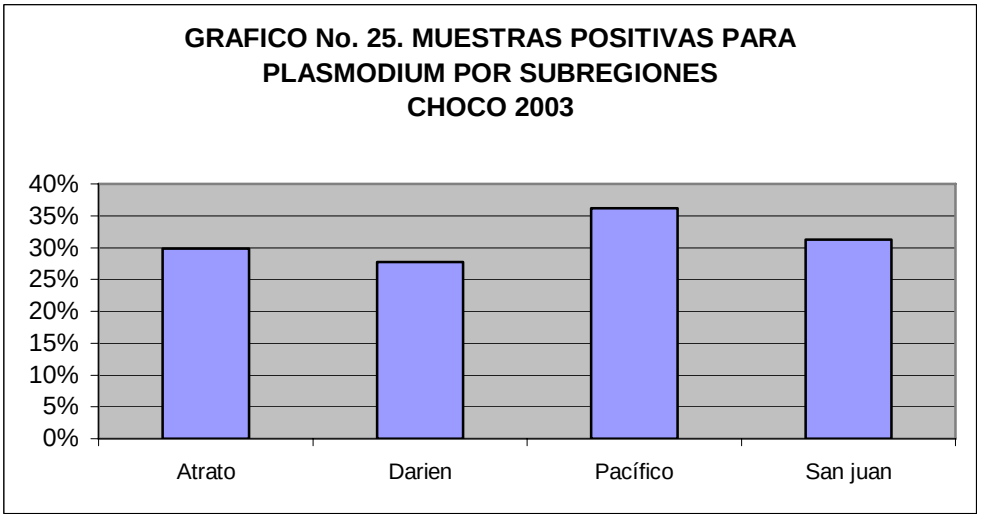
Fuente: Of. Epidemiología DASALUD

De la anterior tabla se destaca la baja cobertura del programa de toma de muestras en la Región del Darién, en relación con las otras tres subregiones: Por la gran diferencia que muestra el siguiente gráfico, es preciso revisar el porcentaje de muestras positivas más que el número absoluto de resultados positivos, a fin de poder comprender y comparar la prevalencia del fenómeno.



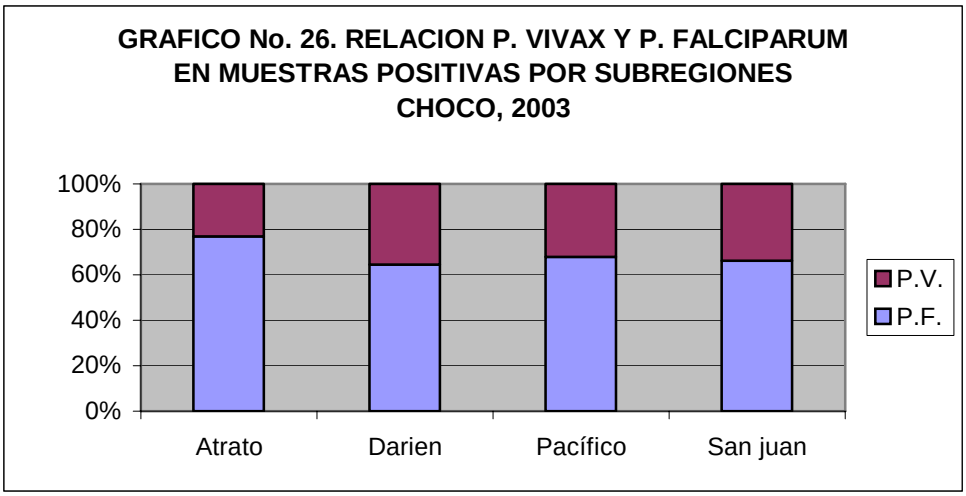
Fuente: Tabla No. 32

De esta forma, aunque el Darién tenga un número mucho menor de muestras positivas, el porcentaje de positividad de las muestras tomadas resulta similar al de las otras regiones, aunque la subregión Pacífica lleva alguna ventaja sobre las demás.



Fuente: Tabla No. 32

Al revisar la relación entre malaria por Vivax y P. Falciparum se observa que el problema de paludismo del Departamento obedece fundamentalmente a P. Falciparum, más grave y letal que la enfermedad ocasionada por P. Vivax. Igualmente que el Atrato concentra aproximadamente un 15% mas de casos de P. Falciparum que las otras subregiones.



Fuente: Tabla No. 32

4.1. Mortalidad por Malaria

La letalidad de la malaria en Colombia es baja, lo que según recientes publicaciones puede tener relación con factores genéticos fundamentalmente asociados al grupo sanguíneo "O", capaces de proteger a la población nativa americana, mas no a la afroamericana. Los casos de mortalidad obedecen a P. falciparum. Se registraron 24 muertes producidas por la enfermedad con una letalidad de 0.05%. El mayor porcentaje de las muertes (41%), ocurrieron en la región Pacifica en el Departamento de Choco.

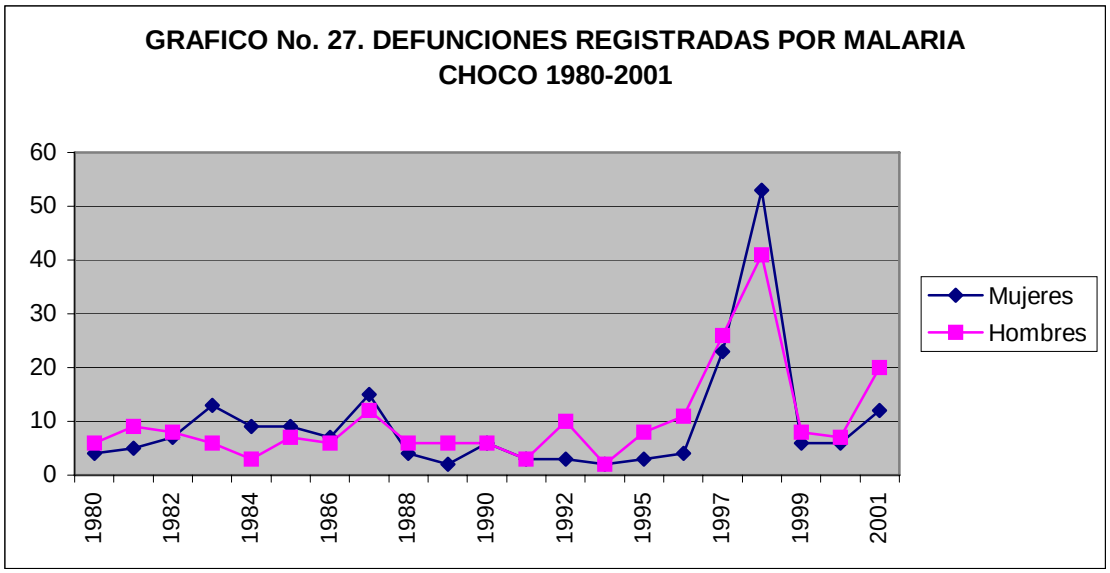
De 1.113 municipios del país, a través del SIVIGILA han notificado muertes por malaria 20. Los municipios que se encuentran resaltados en la siguiente tabla son aquellos que tienen una tasa de mortalidad por encima del percentil 75 (6.49 por 100.000). En Nariño, Cauca y Chocó se ubican el mayor número de muertes por malaria.

TABLA No. 33. TASA DE MORTALIDAD POR MALARIA POR MUNICIPIO

DEPARTAMENTO PROCEDENCIA	MUNICIPIO PROCEDENCIA	TASA DE MORTALIDAD POR MALARIA POR 100.000
CHOCO	Novita	11.41
CAUCA	Jambalo	7.15
META	Puerto Lleras	6.96
NARIÑO	Barbacoas	6.52
CHOCO	Tado	6.51
NARIÑO	Los Andes (Sotomayor)	6.49
NARIÑO	Santa Barbara (Iscuande)	5.30
META	Vistahermosa	5.03
CHOCO	Itsmina	4.54
CHOCO	Quibdo	4.07
CAUCA	Lopez (Micay)	3.85
CAUCA	Guapi	3.24
PUTUMAYO	Puerto Leguizamo	3.08
CAUCA	Timbiqui	2.90
ANTIOQUIA	Carepa	2.40
MAGDALENA	Zona Bananera	1.79
NARIÑO	Pasto	1.49
NARIÑO	Tumaco	1.26
SANTA MARTA	Santa Marta	0.40
BOGOTA	Bogota	0.01

Fuente: SIVIGILA

En el siguiente gráfico se observan las defunciones registradas por malaria en el Chocó entre 1980 y 2001. Se aprecia un importante pico de mortalidad en 1998 y un nuevo incremento en 2001.



Fuente: Base de Datos Mortalidad DANE

5. LA SEGURIDAD SOCIAL EN CHOCO

La siguiente tabla muestra que para el año 2002 el 8.3% de la población se encontraba afiliado al Régimen Contributivo, cerca del 90% residentes en Quibdo, mientras el 44.15 está afiliado al Régimen Subsidiado, y permanecían sin aseguramiento el 44.15% de la población del Departamento.

Para Diciembre del 2003, las cifras eran: Contributivo 34.037. Subsidiado 183.170 y Vinculados 196.698.

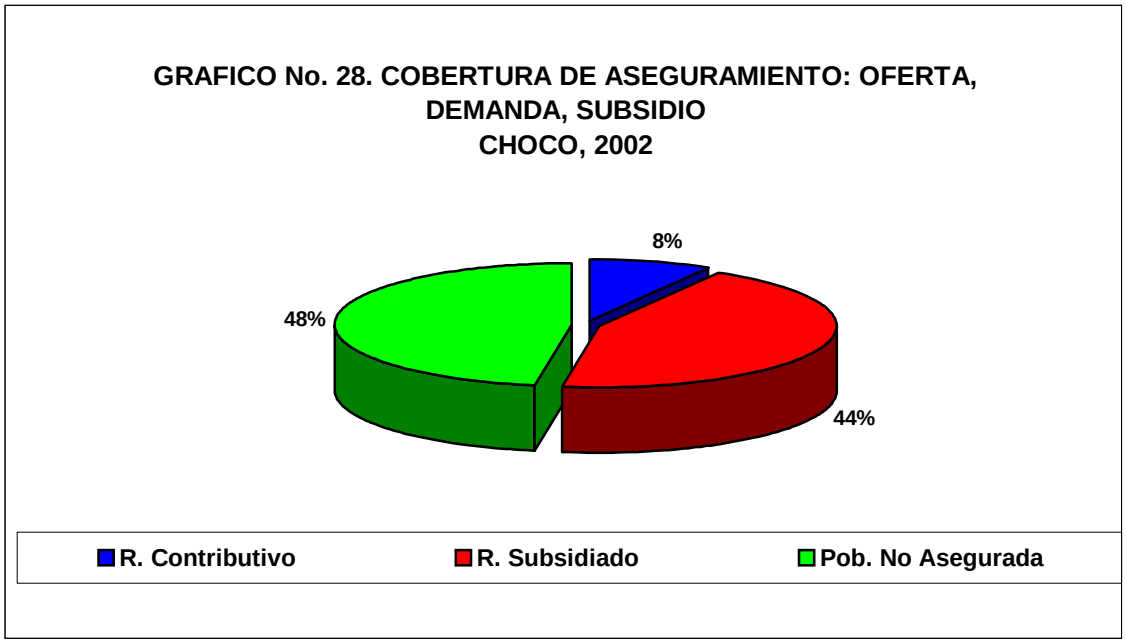
TABLA No. 34. COBERTURA DE ASEGURAMIENTO: OFERTA, DEMANDA, SUBSIDIO CHOCO, 2002

MUNICIPIOS	Población Total	Régimen Contributivo		Población Sin Capacidad de Pago						
		Afiliados	%	Total	%	NBI	Régimen Subsidiado	%	Vinculados	%
QUIBDÓ	**98.310**	29.194	29,70	69.116	70,30	80,5	34.375	34,97	34.741	35,34
ACANDÍ	**11.402**	649	5,69	10.753	94,31	68,2	7.968	69,88	2.785	24,43
ALTO BAUDÓ	**23.410**	95	0,41	23.315	99,59	96,7	10.299	43,99	13.016	55,60
ATRATO	**7.742**	52	0,67	7.690	99,33	80,5	3.954	51,07	3.736	48,26
BAGADÓ	**16.523**	139	0,84	16.384	99,16	80,5	6.233	37,72	10.151	61,44
BAHIA SOLANO	**8.177**	230	2,81	7.947	97,19	50,5	5.517	67,47	2.430	29,72
BELEN DE BAJIRÁ (*)	**0**									
BAJO BAUDÓ	**14.062**	37	0,26	14.025	99,74	78,9	5.625	40,00	8.400	59,74
BOJAYÁ	**11.187**	26	0,23	11.161	99,77	77,6	6.453	57,68	4.708	42,08
CANTÓN DE SAN PABLO	**9.020**	24	0,27	8.996	99,73	97,1	3.997	44,31	4.999	55,42
CARMEN DEL DARIEN	**9.547**	12	0,13	9.535	99,87	88,3	281	2,94	9.254	96,93
CÉRTEGUI	**5.053**	12	0,24	5.041	99,76	90,1	598	11,83	4.443	87,93
CONDOTO	**14.463**	469	3,24	13.994	96,76	80,1	8.253	57,06	5.741	39,69
EL CARMEN DE ATRATO	**7.402**	763	10,31	6.639	89,69	50,0	6.154	83,14	485	6,55
ISTMINA	**22.030**	902	4,09	21.128	95,91	82,9	9.734	44,19	11.394	51,72
JURADÓ	**5.195**	15	0,29	5.180	99,71	90,0	2.031	39,10	3.149	60,62
LITORAL DEL SAN JUAN	**9.430**	25	0,27	9.405	99,73	89,9	5.429	57,57	3.976	42,16
LLORÓ	**11.414**	160	1,40	11.254	98,60	91,7	5.421	47,49	5.833	51,10
MEDIO ATRATO	**9.409**	20	0,21	9.389	99,79	89,0	4.125	43,84	5.264	55,95
MEDIO BAUDO	**9.183**	26	0,28	9.157	99,72	90,0	3.288	35,81	5.869	63,91
MEDIO SAN JUAN	**6.837**	26	0,38	6.811	99,62	70,0	259	3,79	6.552	95,83
NÓVITA	**8.764**	92	1,05	8.672	98,95	70,0	2.894	33,02	5.778	65,93
NUQUÍ	**5.421**	130	2,40	5.291	97,60	60,0	5.535	102,10	244	4,50
RIO IRÓ	**5.740**	12	0,21	5.728	99,79	90,0	251	4,37	5.477	95,42
RIO QUITO	**7.573**	14	0,18	7.559	99,82	90,0	5.138	67,85	2.421	31,97
RIOSUCIO	**26.176**	186	0,71	25.990	99,29	94,5	13.855	52,93	12.135	46,36
SAN JOSÉ DEL PALMAR	**7.049**	112	1,59	6.937	98,41	70,2	4.135	58,66	2.802	39,75
SIPÍ	**2.554**	20	0,78	2.534	99,22	95,9	2.513	98,39	21	0,82
TADÓ	**15.376**	150	0,98	15.226	99,02	85,4	7.890	51,31	7.336	47,71
UNGUÍA	**14.230**	427	3,00	13.803	97,00	75,0	6.025	42,34	7.778	54,66
UNION PANAMERICANA	**7.437**	18	0,24	7.419	99,76	85,0	2.824	37,97	4.595	61,79
TOTAL CHOCÓ	**410.116**	**34.037**	**8,30**	**376.079**	**91,70**		**181.054**	**44,15**	**195.025**	**47,55**

Fuente: Dirección de Aseguramiento DASALUD
Nota: En el cuadro se identifica como población sin capacidad de pago toda aquella no afiliada al Régimen Contributivo, hecho que aunque no sea preciso se acerca a la realidad, dado que la población

con necesidades básicas insatisfechas (NBI) alcanza el 82,8% y la población en pobreza supera sin duda el 90% en el Departamento.

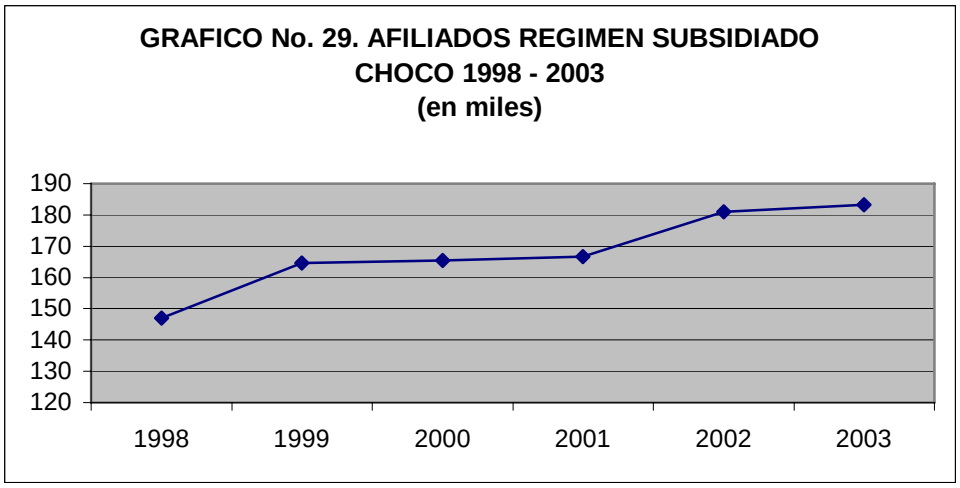
En forma Gráfica, del mismo informe de DASALUD:



Fuente: Dirección de Aseguramiento DASALUD

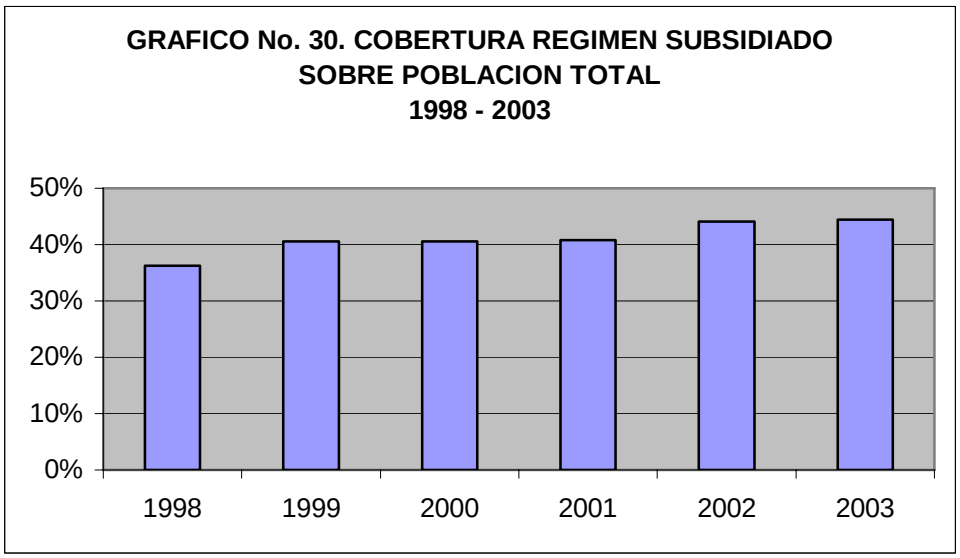
5.1. Régimen Subsidiado

El número total de afiliados al Régimen Subsidiado, registrado tanto en presupuesto como en contratos ha continuado creciendo en el Departamento, en correspondencia con las ampliaciones de cobertura dictadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.



Fuente: Ministerio de Protección Social – Cifras de cobertura del Régimen Subsidiado

Igualmente crece en términos de porcentaje de población afiliada al Régimen Subsidiado sobre la población total, como puede observarse en el siguiente gráfico.



Fuente: Ministerio de Protección Social – Cifras de cobertura del Régimen Subsidiado

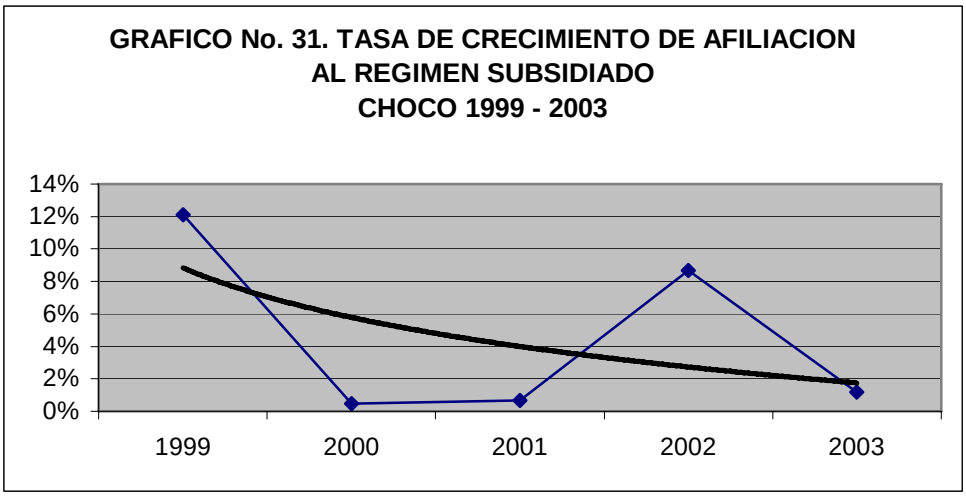
En relación con la población NBI, que asciende al 82.8% de la población del Departamento, la cobertura era de un 54% para el año 2002, una de las más bajas a nivel nacional (que mostraba un promedio del 70%). Ello en alguna forma señala que las decisiones de financiamiento del Sistema no se basan exclusivamente en la población con NBI.

TABLA No. 35. AFILIACIÓN Y COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO			
DEPARTAMENTOS CON COBERTURA INFERIOR AL PROMEDIO NACIONAL			
Departamento/ Distrito	Población NBI 2002	Afiliados 2002	COBERTURA 2002/NBI
Antioquia	1.724.147	1.198.198	69%
San Andrés	25.779	17.796	69%
Valle	1.056.892	719.237	68%
Cesar	561.318	376.968	67%
Vaupés	31.234	20.579	66%
Tolima	503.146	327.163	65%
La Guajira	326.039	195.015	60%
Meta	299.265	178.760	60%
Cauca	748.440	445.233	59%
Norte de Santander	578.160	340.583	59%
Arauca	136.848	75.054	55%
Caquetá	254.623	140.276	55%
Amazonas	54.625	29.749	54%
Choco	**333.392**	**181.054**	**54%**
Putumayo	278.727	146.631	53%
Guaviare	98.888	51.221	52%
Guainía	39.577	19.583	49%
Sucre	532.503	260.109	49%
Bolívar	817.091	390.673	48%
Córdoba	891.834	424.370	48%
Magdalena	753.568	365.046	48%
Vichada	79.815	33.242	42%

Fuente: Ministerio de Protección Social. Dirección General de Seguridad Económica

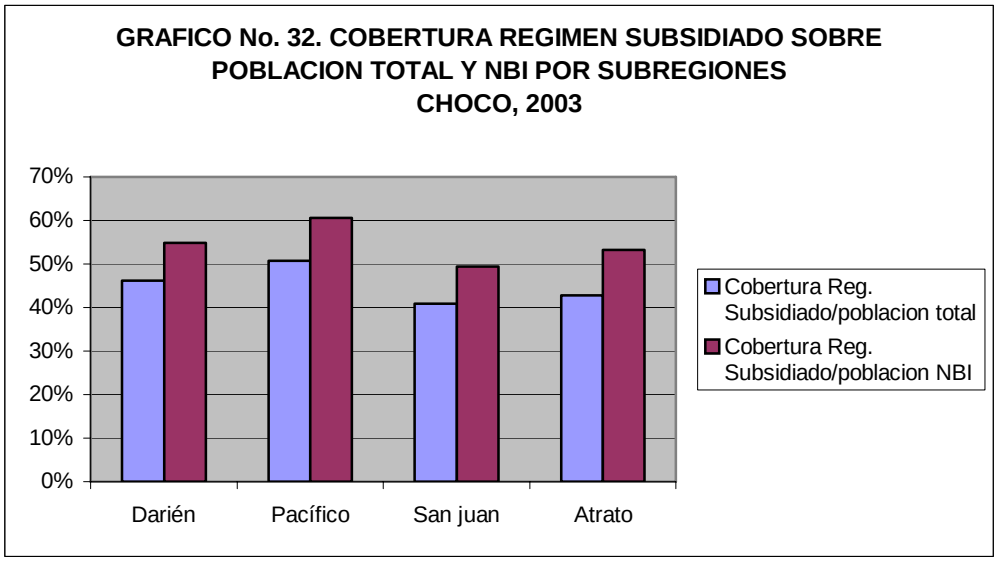
Para 2003 la cobertura nacional alcanzó el 72% de la población con necesidades b´sicas insatisfechas (NBI) y Chocó continúa marcando un 54.7%, por lo que continúa siendo uno de los diez departamentos con menor cobertura respecto a la población NBI.

Adicionalmente puede observarse en el siguiente gráfico una tendencia de reducción de la tasa de crecimiento de afiliación entre 1999 y 2003, de modo que se observa muy lejos la posibilidad de cobertura de cerca de 200.000 personas que hoy no tienen aseguramiento, la gran mayoría clasificada como población con NBI.



Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras Régimen Subsidiado Ministerio de Protección Social

Respecto a la diferencia entre subregiones, la Pacífica, que tiene mayor porcentaje NBI, muestra mayor cobertura, seguida de la Subregión del Darién. Es evidente, en el siguiente gráfico, que la cobertura de cada región guarda proporción con el número de habitantes con necesidades básicas insatisfechas.



Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras de la División de Aseguramiento DASALUD

En este punto es necesario dejar constancia de que el equipo de FEDESALUD en la región pudo constatar en las regiones que un número importante de afiliados no reciben los carné del Régimen Subsidiado.

De ello se quejan los ciudadanos y también los hospitales, que tienen dificultades para facturar por la misma causa. Otras quejas tienen que ver con la prioridad de afiliación a la población indígena, que en alguna forma es sentido por la población afroamericana como discriminatorio.

Sin embargo resultó imposible profundizar sobre estos temas, ya que en el momento que se iniciaba el estudio surge un gran escándalo de corrupción en una visita presidencial, que desencadena investigaciones y procesos penales complejos, por lo cual la información comienza a ser totalmente restringida para la investigación.

Otro aspecto fundamental tiene que ver con lo observado respecto al efecto real de estar afiliado al Régimen Subsidiado en la mayoría de los poblados de Chocó y para las poblaciones dispersas, donde están sujetos a una difícil situación de acceso a los servicios, de carácter estructural, aspecto que adelantamos es punto central de la investigación.

Sin duda la región no se aparta de los fenómenos de clientelismo y corrupción propios de la organización del Sistema Político y ligados al Régimen Subsidiado, señalados por la investigación de la Universidad Nacional en 2001.[3]

En cuanto a la cobertura por ARS en 2003, se tienen las siguientes cifras:

TABLA No. 36. AFILIADOS POR ARS 2003

ARS	Afiliados
Selva Salud EPS	64.973
Caja Salud ARS UT	30.285
Aso. Mutual Barrios Unidos de Quibdo	25.488
Salud Vida EPS	21.043
Asociación Indígena del Cauca	11.090
Coopsagar Ltda..	10.877
Coosalud Ltda..	8.009
Caprecom	6.807
EPS Cóndor	4.605
Total	**183.177**

Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras Régimen Subsidiado Ministerio de Protección Social

5.1.1. Información de ARS

Dos ARS entregaron importante información al estudio: Asociación Indígena del Cauca y CAJASALUD.

[3] Arévalo Decsi, Martínez Félix (E). Rodríguez Oscar (Dir.) *Ha mejorado el acceso en salud. Evaluación de los Procesos del Régimen Subsidiado.* Colección La Seguridad Social en la Encrucijada. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud.

Asociación Indígena del Cauca

TABLA No. 37. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR MUNICIPIOS ARS, AIC CHOCO, 2004

MUNICIPIO	No DE AFILIADOS
QUIBDÓ	854
ALTO BAUDÓ	1996
BAHÍA SOLANO	449
BAJO BAUDÓ	997
BOJAYÁ	2316
NUQUÍ	499
JURADÓ	750
CARMEN DE ATRATO	1305
ITSMINA	500
MEDIO ATRATO	50
LLORÓ	997
RIO QUITO	167
RIO IRÓ	225
TOTAL	**11.105**

Fuente: Gerencia Regional AIC

PERFIL EPIDEMIOLOGICO

Según la ARS las patologías tratadas con más frecuencia son IRA, EDA, parasitosis, desnutrición, enfermedad ácido péptica, malaria, infecciones de piel y tejidos blandos y TBC. Pacientes de alto costo con problemas ortopédicos y tumores malignos.

Los servicios de salud son prestados a través de brigadas de salud a las zonas mas dispersas. Presenta algunos problemas para la prestación de los servicios de salud por las creencias de la población en la medicina tradicional.

CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**:**

DASALUD: Primer Nivel de Atención

San Francisco de Asís: Segundo Nivel de Atención

San Vicente de Paúl: Tercer y Cuarto Nivel de Atención

Nota: El gerente de AIC manifestó que Dasalud no realiza mayores esfuerzos por llegar a las comunidades mas dispersas (los funcionarios no quieren ir por que no les pagan).

DISTRIBUCIÓN DEL PORCENTAJE DE LA UPC-S

60% Para prestación de Primer Nivel (incluido el 10% de p y p)
30% Para prestación de Segundo y Tercer Nivel
10% Para administración

ARS CAJA SALUD

TABLA No. 38. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ARS CAJA SALUD POR MUNICIPIOS CHOCO, 2004

MUNICIPIO	No DE AFILIADOS
NUQUÍ	3135
ITSMINA	500
MEDIO A	1596
NOVITA	1673
LLORÓ	1095
TADÓ	1343
RIO QUITO	2.417
SAN JOSE DEL PALMAR	1610
BAHÍA SOLANO	498
BAGADÓ	1198
ATRATO	363
CERTEGUI	1009
UNIÓN PANAMERICANA	1783
CONDOTO	1071
QUIBDÓ	3.336
TOTAL	**22627**

Fuente: Gerencia Regional CAJASALUD

DISTRIBUCIÓN % UPC-S

I Nivel: 52.30%
II Nivel: 37.70%
IV Nivel: 12.30%

Administración: 10%

Farmacia: 7%, en Primer Nivel

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Dasalud: I nivel
San Francisco de Asís: II nivel
San Vicente de Paúl: III Y IV nivel

Los programas de prevención y promoción en zonas dispersas Dasalud no se compromete a prestarlos.

Gracias a la Dirección de Gestar Salud, la Asociación de Empresas Solidarias, se pudo obtener la información sobre el porcentaje de la UPC que las tres empresas asociadas a Gestarsalud que operan en ese Departamento contratan por capitación con DASALUD para la atención de primer nivel, con retención pública de recursos.

Barrios Unidos de Quibdo 42%

Coosalud 36,8 %

Comparta 41 %

Estas ARS contratan 1er nivel sin medicamentos.

Es importante concluir en este punto que la totalidad de las ARS contratan el primer nivel de atención con DASALUD, sobre un porcentaje de la UPC que oscila entre el 36.8% y el 60%, aunque tienen alguna variación en contenidos, como los medicamentos.

5.1.2. Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes de las ARS

Salvo aquellos pocos municipios que tienen salida más fácil por el sur a Buenaventura o por el norte al Urabá antioqueño, todos contratan con el Hospital San Francisco de Quibdó la atención de segundo nivel. Igualmente, la gran mayoría tienen contratos para atención de tercer nivel y alto costo.

La declaración del Gerente de la Asociación Indígena del Cauca es muy diciente a este respecto:

"El transporte de pacientes cuando se realiza por vía fluvial resulta muy costoso (por ejemplo de Pizarro -Bajo Baudó- hasta Quibdó mas o menos son de 1 a dos días), sin incluir los costos de atención. Cuando se desplaza al paciente vía aérea, en promedio puede costar 250.000, y llegan a Quibdó en 30 minutos máximo".

"Cuando el paciente es de Alto Baudó y se tiene que atravesar la cordillera por Pepé, camina dos horas luego tiene que subir el río Baudó hasta Pié de Pató. Cuando el río está seco debe subirse algunas montañas alrededor de dos horas. El camino es dispendioso en esta zona."

La situación de trasporte de pacientes es similar en todas las EARS. Selva Salud manifiesta que la remisión de un paciente le puede costar entre $600.000 a $800.000 desde Pizarro a Quibdó o a Buanventura o desde Riosucio hasta Medellín o Turbo. Por su parte el gerente de Comparta Salud confirma que el transporte de un paciente desde Pizarro Hasta Buenaventura puede costar $700.000, explicando que solo el alquiler del vehículo, el personal y el combustible cuestan el valor anterior.

5.2. Régimen Contributivo

Hechas las indagaciones sobre la cobertura del Régimen Contributivo en el Chocó, la seccional de la EPS del ISS nos reporta 40.247 afiliados y 53.664 beneficiarios. Sin embargo, al revisar la compensación del año 2003 en el Fondo de Solidaridad y Garantía el Chocó tan sólo contó con 23.607 afiliados compensados en promedio en el 2003.

Por otra parte COOMEVA reporta 7.925 afiliados y SALUDCOOP 4.200, de modo que el ISS tendría poco más de 12.000 afiliados compensados. A estos afiliados habría que sumar 10.200 afiliados y beneficiarios del magisterio, para un total de 33.800, cifra muy similar a los 34.087 reportados por DASALUD para el 2002.

TABLA No. 39. FIDUCIARIA PREVISORA S.A.
FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO
POBLACIÓN USUARIA MAGISTERIO GRUPOS ETAREOS
DISTRIBUCIÓN GEOGRAFICA DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE VINCULACIÓN
DEPARTAMENTO: CHOCÓ FECHA: ABRIL 24-04

MUNICIPIOS	ACTIVOS		PENSIONADOS		BENEFICIARIOS		TOTAL
MUJER-HOMBRE	M	H	M	H	M	H	
ACANDI	63	56	1	0	47	54	221
ALTO BAUDO	10	7	0	0	3	8	28
ATRATO	2	3	0	0	4	4	13
BAGADO	55	53	3	2	52	49	214
BAHIA SOLANO	62	67	4	0	79	46	258
BAJO BAUDO	26	26	2	0	41	18	113
BAJO SAN JUAN	1	1	0	0	0	0	2
BELEN BAJIRA	0	0	0	0	0	0	0
BOJAYA	18	21	0	0	26	7	72
CANTON SAN PABLO	1	0	0	0	1	1	3
CARMEN DARIEN	2	1	0	0	62	41	106
CERTEGUI	8	13	0	0	13	5	39
CONDOTO	134	105	19	3	147	94	502
CARMEN ATRATO	43	38	1	0	62	41	185
JURADO	4	9	0	0	8	13	34
ISTMINA	333	389	28	2	454	239	1445
LLORO	21	23	1	0	11	16	72
LITORAL SAN JUAN	13	9	0	0	24	21	67
MURINDO	0	0	0	0	0	0	0
MEDIO ATRATO	1	1	0	0	0	0	2
MEDIO BAUDO	7	4	0	0	8	4	23
MEDIO SAN JUAN	46	33	0	0	60	32	171
NOVITA	7	6	1	0	24	17	55
NUQUI	46	37	0	0	45	39	169
QUIBDO	1207	1158	128	24	1856	974	5347
RIO IRO	2	2	0	0	0	1	5
RIO QUITO	0	0	0	0	3	4	7
RIOSUCIO	109	87	0	0	70	54	320
SAN JOSE PALMAR	48	38	2	0	53	29	170
SIPI	3	13	0	0	4	5	25
TADO	107	95	10	3	147	73	432
UNGÍA	39	31	1	0	32	21	124
U. PANAMERICANA	3	3	0	0	4	2	12
TOTAL	**2421**	**2329**	**201**	**34**	**3342**	**1912**	**10239**

Fuente: Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - Quibdó

6. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

6.1. Oferta Institucional

La prestación de servicios de salud en el Chocó, excepto en Quibdo, depende casi exclusivamente del Departamento Administrativo de Salud, con la siguiente red de servicios:

TABLA No. 40. DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ
DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS E IPS PÚBLICAS

ZONA	MUNICIPIO	CABECERA	HOSPITALES	C. DE S.	P. DE S.	POBLACIÓN
ATRATO	Quibdó	Quibdó	2	5	30	99.126
	Atrato	Yuto		1	12	7.806
	Bagadó	Bagadó		1	11	16.003
	Bojayá	Bella Vista		1	6	11.316
	Carmen de Atrato	Carmen	1		15	7.347
	Medio Atrato	Beté		1	18	9.488
	Río Quito	Paimadó		1	5	7.636
	Lloró	Lloró		1	11	10.362
			3	**11**	**108**	**169.084**
DARIÉN	Acandí	Acandí	1			11.338
	Unguía	Unguía	1		4	14.360
	Riosucio	Riosucio		1	7	26.407
	Carmen de Darién	Curbaradó		1		9.631
			2	**2**	**11**	**61.736**
PACÍFICO	Alto Baudó	Pié de Pató		1		23.928
	Bahía Solano	Ciudad Mutis	1		5	8.139
	Bajo Baudó	Pizarro		1	26	14.026
	Juradó	Juradó		1	8	5.275
	Litoral de San Juan	Docordó		1	19	9.515
	Medio Baudó	Boca de Pepé		1	19	9.160
	Nuquí	Nuquí		1	9	5.353
			1	**6**	**86**	**75.396**
SAN JUAN 1 Y 2	Cantón de San Pablo 1	Managrú		1	6	9.102
	Cértegui 1	Cértegui		1		7.295
	Unión Panamericana 1	Ánimas		1	2	7.561
	Condoto 2	Condoto	1		5	14.487
	Istmina 2	Istmina	1		19	21.108
	Medio San Juán 2	Andagoya		1	10	7.157
	Nóvita 2	Nóvita		1	2	8.767
	San José de Palmar 2	San José		1	9	7.015
	Iró 2	Santa Rita		1	15	7.289
	Sipí 2	Sipí		1	8	2.545
	Tadó 2	Tadó	1		11	15.363
			3	**8**	**87**	**107.689**
TOTAL			**9**	**27**	**427**	**413.906**

Nota: en Quibdo funciona el Hospital regional San Francisco de Asís y el Hospital Local de (municipal) Ismael Rodán

Fuente: Oficina de Desarrollo de Servicios DASALUD

En esta red de servicios, salvo como se señalara para Quibdo, es atendida la totalidad de afiliados del Régimen Subsidiado y la totalidad de la población vinculada. También la población afiliada al Régimen Contributivo fuera de la capital del Departamento.

El Departamento cuenta con 279 camas hospitalarias distribuidas en 11 municipios. Para prestación de servicios tiene distribuidos en 21 municipios 27 médicos, 27 enfermeras, 21 bacteriólogos, 21 odontólogos, 155 auxiliares de enfermería y 116 promotoras de salud. La planta de personal en la sede: 240 funcionarios en total.

6.2. Servicios Ambulatorios

TABLA No. 41. DEPARTAMENTO CHOCO
COMPORTAMIENTO DE PRODUCCION DE SERVICIOS IPS DE BAJA COMPLEJIDAD
1999 – 2003

UNIDAD DE PRODUCCIÓN	INDICADOR	1999	2000	2001	2002	2003
AMBULATORIOS	Nº CONSULTAS EXTERNAS MD GENERAL	54,841	56,000	64,779	116,467	221,515
	Nº DE ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS	14,825	13,759	6,061	10,165	20,649
	Nº DOSIS BIOLÓGIOCS APLICADOS	273,425	65,863	93,640	73,749	81,124
	Nº CITOLOGÍAS TOMADAS	1,606	1,785	2,142	2,570	2,827
URGENCIAS	Nº CONSULTAS URGENCIAS	22,324	24,805	27,561	30,623	33,685
	Nº DE CAMAS	19	19	19	19	19
	Nº DE EGRESOS	423	465	511	562	592
HOSPITALIZACIÓN	% OCUPACIONAL	25,1	27,6	304	33,4	36,7
	PROMEDIO DÍA ESTANCIA	2,0	1,7	2,0	2,3	2,5
	GIRO CAMA	22,2	24,5	26,9	29,5	31,1
QUIROFANOS	Nº DE CIRUGÍAS	-	-	-	-	-
	Nº DE PARTOS	13	14	16	17	18
	Nº DE CESÁREAS	-	-	-	-	-
	Nº DE LEGRADOS	-	-	-	-	-

Fuente: Oficina de Planeación DASALUD

Se observa la duplicación de actividades entre 2002 y 2003, sin haber logrado una explicación satisfactoria al respecto. Suponiendo que obedezca tanto a un incremento de servicios como a una mejora de los registros, cabe señalar que este número total de consultas apenas equivale a dos terceras partes de la población, si no se toma en cuenta Quibdo, por lo que de inicio se supone muy baja cobertura de los servicios.

En salud oral la situación se muestra mucho más crítica, pues no se alcanzaría a cubrir el 5% de la población.

Otro reporte de DASALUD señala por institución las siguientes actividades de consulta externa de medicina general en los Hospitales del Departamento y dos centros de salud:

TABLA No. 42. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS CONSULTA EXTERNA DASALUD
1999 - 2003

HOSPITAL	Nº CONSULTAS EXTERNAS MD GENERAL	
	1999	2003
HOS. SAN FRANCISCO	81,090	354,463
ISMAEL ROLDAN	-	257,726
LASCARIO BARBOSA	14,013	31,198
SAN ROQUE	10,830	39,834
SAN JOSE	11,908	29,467
JULIO FIGUEROA	11,005	53,242
EDUARDO SANTOS	16,430	62,535
HOS. ANAGUOYA	1,929	6,010
HOS. SAN JOSE	8,512	29,467
HOS. UNGUIA	10,819	48,650
CENTRO DE SALUD PALMAR	3,592	18,219
CENTRO DE SALUD RIOSUCIO	7,100	15,257
Total	**177,228**	**946,068**

Fuente: Oficina de Desarrollo de Servicios DASALUD

La contradicción entre las cifras es evidente. No tanto para las actividades de las IPS de baja complejidad que aquí arrojan 333 mil consultas sin tener en cuenta los dos Hospitales de Quibdo, que a todas luces muestran unas cifras desproporcionadas, aproximadamente 600 mil consultas entre los dos, lo que no es compatible con los informes restantes.

La morbilidad total registrada para el 2002, de 205.965 motivos de consulta es una buena pista sobre la prestación de servicios real. De ellos más de 114.080 correspondieron a la Subregión central o de Atrato, 51.233 a la Subregión de San Juan, 21.583 a la Subregión de Darién y 22.666 a la Costa Pacífica.

El informe del Hospital San Francisco de Asís a la Dirección de Calidad del Ministerio de la Protección Social muestra 14.603 consultas y 52.460 urgencias para el año 2003.

TABLA No. 43. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS
INDICADORES DE GESTIÓN

Indicador	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Numero de Camas	112	119	104	107	90	90	84	87
Numero de Egresos	5.510	5.476	4.593	4.685	4.246	4.721	5.208	4.759
Numero de Consulta Externa	8.749	14.528	15.255	17.091	15.653	18.362	13.212	14.603
Numero de Consulta Urgencias	42.108	28.925	32.653	33.744	30.380	22.137	37.859	52.460
Numero de Cirugías	1.924	1.731	1.688	1.406	2.189	2.489	2.939	3.223
Cancelación de Cirugía Programada	nd	17,7	34,4	19,26	18,14	17,70	16,18	22,71
Giro Cama	49,20	46,02	44,16	43,89	47,18	52,46	61,75	54,86
Porcentaje Ocupacional	63,67	64,50	61,10	59,79	72,99	82,95	86,95	72,97
Promedio Día Estancia	4,77	5,28	5,16	5,13	5,42	5,60	4,84	5,15
Total de Partos	1.572	1.758	1.505	2.175	1.582	1.326	1.284	1.286
% Partos por Cesárea	18,38	15,24	14,20	14,67	26,93	45,55	43,61	51,94
% Egreso por Parto Vaginal	23,28	27,21	28,12	39,62	27,23	15,29	13,90	12,99
% Mortalidad Intrahospitalaria	2,34	3,85	7,10	3,86	5,44	9,53	4,97	8,01
% Infección Intrahospitalaria	na,nd	na,nd	0,33	na,nd	na,nd	0,34	0,17	na,nd

Fuente: Información reportada por la Institución a la dirección de Calidad de Minprotección Social

En este punto es preciso señalar que no se logra en el estudio confiabilidad en las cifras de producción de servicios, pues por una parte se observan subregistros importantes y por otra se muestran cifras globales absurdamente infladas y que no corresponden a las entregadas por la misma institución a otros actores, como el caso del Hospital San Francisco de Asís.

Confrontando distintos reportes, el estudio se quedará con las que, a su criterio, considera más confiables respecto a la situación de servicios observada.

En consulta de urgencias y actividades odontológicas las cifras resultan mucho más confiables.

TABLA No. 44. COMPORTAMIENTO DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS

MUNICIPIO	HOSPITAL	Nº ACTIVIDADES ODONTOLOGICAS		Nº CONSULTAS DE URGENCIAS	
		1999	2003	1999	2003
SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD					
QUIBDO	HOS. SAN FRANCISCO	1,764	2,470	23,438	43,316
QUIBDO	ISMAEL ROLDAN	-	13,838	4,406	7,343
ACANDI	LASCARIO BARBORA	1,292	1,856	542	903
EL CARMEN	SAN ROQUE	1,260	2,641	692	1,153
CONDOTO	SAN JOSE	2,050	7,613	512	853
BAHIA	JULIO FIGUEROA	1,140	6,340	925	1,541
ISTMINA	EDUARDO SANTOS	1,253	4,870	3,554	5,923
ISTMINA	HOS. ANAGUOYA	312	1,132	300	420
TADO	HOS. SAN JOSE	1,499	7,613	1,041	1,735
UNGUIA	HOS. UNGUIA	554	1,651	845	1,408
PALMAR	CENTRO DE SALUD PALMAR	1,430	2,043		
RIOSUCIO	CENTRO DE SALUD RIOSUCIO	873	-		
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		-	-	202	283
TOTAL		13,427	52,067	36,457	64,878

Fuente: Oficina de Planeación DASALUD

6.3. Servicios Hospitalarios

En cuanto al número de egresos, de 15.303, estaría indicando una tasa de hospitalización inferior al 4 por ciento de la población, o una oportunidad de hospitalización cada 25 años, cuando las cifras generales del país se mueven alrededor del 10%, o un egreso cada 10 años.

El número de cirugías, de apenas 1.968, significa una tasa cercana al 5 por mil, o una oportunidad de un usuario de acceder a cirugía cada 200 años, frente a una tasa del 5% aproximadamente en el Régimen Contributivo a nivel nacional, equivalente a una cirugía cada 20 años en promedio. Sin embargo el Hospital San Francisco informa al Ministerio 3.233 cirugías, por lo que la tasa ascendería al 8 por mil, aún muy baja.

Finalmente el número de partos registrado, de 4.379, equivale apenas al 44% de los nacimientos, dado que se registra el grupo de menores de un año en 9.839, una cobertura de parto hospitalario muy lejana a la del país, sobre el 95%, aunque cabe destacar que es el doble de la registrada en 1999, donde apenas aparecían registrados institucionalmente uno de cada cuatro partos.

TABLA No. 45. COMPORTAMIENTO DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

MUNICIPIO	HOSPITAL	Nº DE EGRESOS		Nº DE CIRUGIAS		Nº DE PARTOS	
		1999	2003	1999	2003	1999	2003
SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD							
QUIBDO	HOS. SAN FRANCISCO	4,685	7,198	1,406	1,963	1,856	2,598
SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD							
QUIBDO	ISMAEL ROLDAN	1,087	1,607	-	-	-	914
ACANDI	LASCARIO BARBORA	255	364	-	-	78	109
EL CARMEN	SAN ROQUE	334	823	-	-	66	92
CONDOTO	SAN JOSE	696	974	-	-	104	146
BAHIA	JULIO FIGUEROA	350	1,040	-	-	19	25
ISTMINA	EDUARDO SANTOS	863	1,035	-	-	147	245
ISTMINA	HOS. ANAGUOYA	114	138	-	-	1	3
TADO	HOS. SAN JOSE	778	984	-	-	127	165
UNGUIA	HOS. UNGUIA	355	497	-	-	53	64
PALMAR	C. DE SALUD PALMAR	95	133			4	6
RIOSUCIO	C. DE SALUD RIOSUCIO	328	459			9	12
SERVICIOS DE SALUD MENTAL		108	151	-	-	-	-
TOTAL		10,048	15,303	1,406	1,968	2,464	4,379

Fuente: Oficina de Planeación DASALUD

6.4. Programas de Promoción y Prevención

6.4.1. Vacunación

Este es otro servicio que permite observar con claridad el alcance de la oferta de servicios en una región. Las coberturas reportadas por municipio en el 2002 se observan a continuación.

TABLA No. 46. COBERTURAS DE VACUNACIÓN 2002 CHOCÓ POR MUNICIPIOS

MUNICIPIO	POBLACION < 1AÑO 2002	BIOLOGICO				
		OPV	DPT	HVB	Hib	BCG
QUIBDO	**2369**	107,4	107,5	79,6	69,7	128,7
ACANDI	**275**	89,5	104,0	105,1	87,3	96,4
ALTO BAUDO	**564**	101,6	100,9	100,9	59,8	32,6
ATRATO	**187**	62,6	62,6	62,6	58,3	86,1
BAGADO	**398**	41,2	53,3	50,5	64,1	52,5
BAHIA SOLANO	**197**	139,6	138,6	85,8	117,3	111,7
BAJO BAUDO	**339**	53,4	61,4	65,8	62,2	124,8
BOJAYA	**269**	101,9	100,7	108,2	70,6	130,9
CANTON DE SAN PABLO	**217**	114,3	114,7	117,5	91,7	72,4
CARMEN DEL DARIEN (*)	**256**	56,3	69,1	64,1	78,1	55,9
CERTEGUI	**121**	115,7	127,3	119,0	97,5	96,7
CONDOTO	**349**	111,5	111,5	111,5	102,0	96,8
EL CARMEN DE ATRATO	**178**	53,4	53,4	61,2	57,9	60,7
ISTMINA	**531**	54,2	53,9	49,0	49,3	93,4
JURADO	**125**	52,8	36,8	36,0	45,6	44,0
LITORAL DEL SAN JUAN	**227**	97,4	109,3	117,6	65,2	142,3
LLORO	**275**	29,5	35,6	42,2	42,2	70,9
MEDIO ATRATO	**227**	63,4	60,4	63,4	56,8	89,4
MEDIO BAUDO	**221**	123,1	147,1	147,1	110,0	64,7
MEDIO SAN JUAN	**164**	87,2	72,6	77,4	51,2	151,8
NOVITA	**211**	89,1	84,8	67,3	58,3	50,2
NUQUI	**131**	118,3	136,6	135,9	132,1	126,0
RIO IRO	**138**	65,9	58,0	58,7	47,1	115,2
RIO QUITO	**182**	50,0	56,6	58,2	84,1	92,3
RIOSUCIO	**605**	50,4	51,2	31,9	17,2	64,1
SAN JOSE DEL PALMAR	**170**	106,5	101,8	102,4	102,4	105,3
SIPI	**62**	116,1	159,7	162,9	153,2	140,3
TADO	**371**	87,9	86,3	87,3	67,9	91,9
UNION PANAMERICANA	**179**	21,8	22,9	25,7	19,6	28,5
UNGUIA	**343**	80,8	72,3	71,7	44,3	95,9

Fuente: SIS 151. PAI. DASALUD

La Subregión del Pacífico muestra una situación preocupante en términos generales, con poblaciones bastante descubiertas frente a estas enfermedades infecciosas. Ello parecería coincidir con una menor cobertura de servicios para esta población.

TABLA No. 47. COBERTURAS DE VACUNACIÓN SUBREGION PACIFICA

	OPV	DPT	HB	Hib	BCG	MMR
ALTO BAUDO	101,60	100,89	100,89	59,75	76,77	101,60
BAHIA SOLANO	139,59	138,58	85,79	117,26	11,68	98,47
BAJO BAUDO	53,39	61,36	65,78	62,24	124,78	105,93
JURADO	52,80	36,80	36,00	45,60	44,00	29,60
LITORAL S.J.	109,25	109,25	117,62	65,20	142,29	159,03
MEDIO BAUDO	123,08	147,06	147,06	109,95	64,71	44,80
NUQUI	118,32	136,64	135,88	132,06	125,95	126,92

Fuente: SIS 151. PAI. DASALUD

Sin embargo, la subregión del Atrato o central muestra una situación aún peor en el año 2002, de acuerdo con los reportes de DASALUD.

TABLA No. 48. COBERTURAS DE VACUNACIÓN SUBREGION ATRATO

	OPV	DPT	HB	Hib	BCG	MMR
Quibdó	107,43	107,51	79,57	69,73	128,75	98,73
Atrato	62,57	46,52	62,57	58,29	86,10	52,15
Bagadó	41,21	53,27	50,50	64,07	53,27	65,15
Bojayá	101,86	100,74	108,18	70,63	130,86	114,55
El Carmen	53,37	53,37	61,24	57,87	73,60	79,78
Lloró	29,45	35,64	42,18	42,18	70,91	63,87
M/Atrato	63,44	60,35	63,44	56,83	88,43	75,11
Rio Quito	50,00	56,59	58,24	84,07	99,45	80,22

Fuente: registros DASALUD

Para el año 2003, los informes mejoran sustancialmente la cobertura en todos los biológicos a nivel del Departamento.

TABLA No. 49. CHOCÓ: COBERTURAS DE VACUNACIÓN 2003 CONSOLIDADO TOTAL

	Mediana	OPV	DPT	HB	Hib	BCG
Meses	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1	8,33	4,72	4,74	4,52	4,63	4,30
2	16,66	9,71	10,53	10,17	10,32	9,58
3	24,99	17,39	18,69	18,10	18,34	17,57
4	33,35	24,61	26,05	25,14	25,34	25,63
5	41,65	30,20	32,04	31,19	31,33	31,82
6	49,95	42,70	44,59	43,73	43,57	46,65
7	58,31	50,88	53,70	52,16	51,64	55,43
8	66,64	65,20	68,09	66,55	66,03	68,29
9	74,97	79,12	82,09	80,50	79,98	81,76
10	83,33	87,04	89,83	88,29	87,73	88,61
11	91,63	97,48	100,38	98,82	98,24	97,69
12	99,96	105,00	108,03	106,47	105,78	106,81

Fuente: registros DASALUD

Sin embargo persisten tres municipios con coberturas bastante bajas, especialmente en la zona Pacífica

TABLA No. 50. COBERTURA DE VACUNACIÓN JURADÓ, 2003

	Mediana	OPV	DPT	HB	Hib	BCG
Meses	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1	8,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	16,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3	24,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	33,35	7,44	8,26	7,44	7,44	8,26
5	41,65	7,44	8,26	7,44	7,44	8,26
6	49,95	16,53	19,83	19,01	19,01	14,05
7	58,31	28,10	38,84	32,23	32,23	28,10
8	66,64	28,10	38,84	32,23	32,23	28,10
9	74,97	33,06	42,15	33,54	33,54	32,23
10	83,33	42,98	52,07	45,45	45,45	46,28
11	91,63	44,63	55,37	48,76	48,76	46,28
12	99,96	55,37	66,12	59,50	59,50	52,07

Fuente: registros DASALUD

TABLA No. 51. COBERTURA DE VACUNACIÓN LITORAL DEL SAN JUAN, 2003

	Mediana	OPV	DPT	HB	Hib	BCG
Meses	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1	8,33	2,28	2,28	2,28	2,28	7,31
2	16,66	20,55	20,55	20,55	18,72	29,68
3	24,99	33,33	33,33	33,33	31,51	29,68
4	33,35	33,33	33,33	33,33	31,51	29,68
5	41,65	33,33	33,33	33,33	31,51	29,68
6	49,95	51,14	51,14	51,14	49,32	45,21
7	58,31	52,97	52,97	52,67	51,14	57,53
8	66,64	59,82	59,82	59,82	57,99	84,02
9	74,97	59,82	59,82	59,82	57,99	84,02
10	83,33	60,27	64,38	64,38	62,56	99,54
11	91,63	60,27	64,38	64,38	62,56	99,54
12	99,96	60,27	64,38	64,38	62,56	99,54

Fuente: registros DASALUD

También Bagadó en la subregión del Atrato demuestra bajas coberturas en los informes de DASALUD. Tanto Bagado como Juradó presentan bajas coberturas dos años consecutivos.

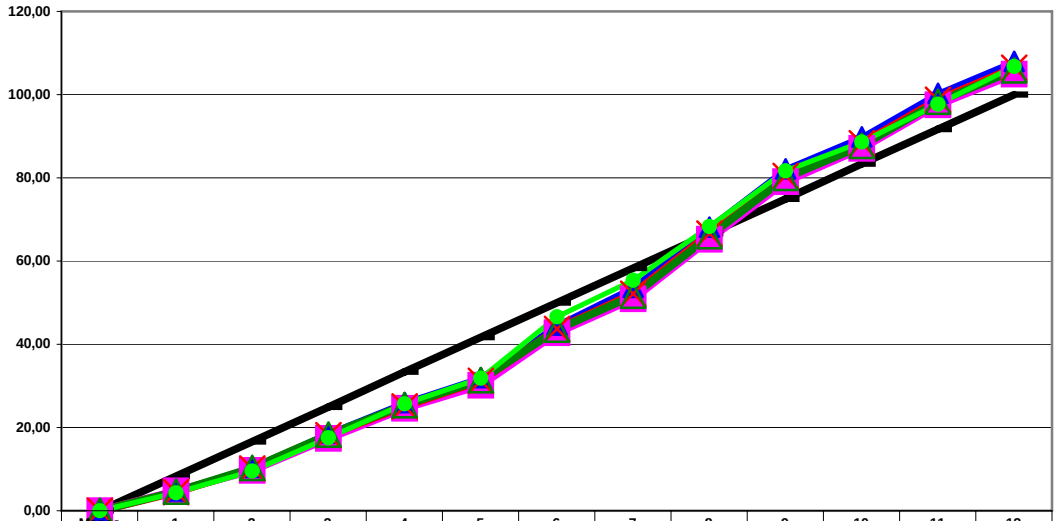
Litoral de San Juan mostró una adecuada cobertura en el 2002 y el resto de los municipios con baja cobertura en 2002, la mejoraron sensiblemente en 2003.

TABLA No. 52. COBERTURA DE VACUNACIÓN BAGADO, 2003

	Mediana	OPV	DPT	HB	Hib	BCG
Meses	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1	8,33	1,91	1,91	2,19	2,46	0,27
2	16,66	1,91	1,91	2,19	2,46	0,27
3	24,99	1,91	1,91	2,19	2,46	0,82
4	33,35	5,74	5,74	6,01	6,28	3,83
5	41,65	24,59	24,59	24,86	25,14	12,57
6	49,95	25,26	25,96	26,23	26,50	13,39
7	58,31	26,50	26,50	26,78	27,05	14,21
8	66,64	44,54	44,54	44,81	45,08	27,60
9	74,97	45,90	45,90	46,17	46,45	28,96
10	83,33	47,54	47,54	47,81	48,09	29,78
11	91,63	48,91	48,91	49,18	49,45	30,60
12	99,96	75,96	75,96	76,23	76,50	56,01

Fuente: registros DASALUD

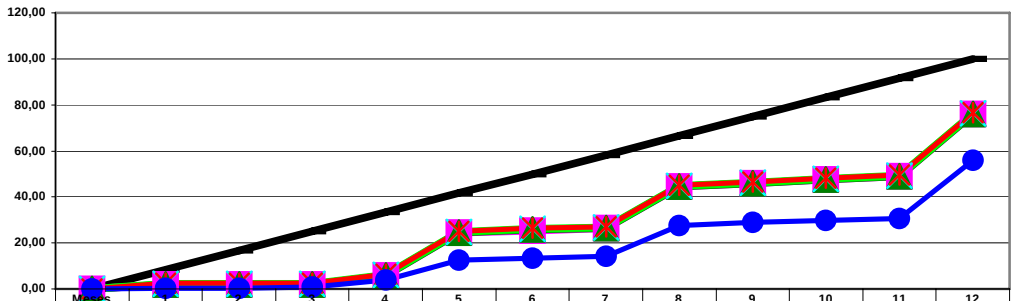
GRAFICO No. 33. COBERTURAS DE VACUNACION EN NIÑOS < 1 AÑO CHOCO, 2003



Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mediana	0,00	8,33	16,66	24,99	33,35	41,65	49,95	58,31	66,64	74,97	83,33	91,63	99,96
OPV	0,00	4,72	9,71	17,39	24,61	30,20	42,70	50,88	65,20	79,12	87,04	97,48	105,00
DPT	0,00	4,74	10,53	18,69	26,05	32,04	44,59	53,70	68,09	82,09	89,83	100,38	108,03
HB	0,00	4,52	10,17	18,10	25,14	31,19	43,73	52,16	66,55	80,50	88,29	98,82	106,47
Hib	0,00	4,63	10,32	18,34	25,34	31,33	43,57	51,64	66,03	79,98	87,73	98,24	105,78
BCG	0,00	4,30	9,58	17,57	25,63	31,82	46,65	55,43	68,29	81,76	88,61	97,69	106,81

Fuente: Tabla No. 49

GRAFICO No. 34. COBERTURAS DE VACUNACION EN NIÑOS < 1 AÑO
BAGADO, 2003



Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mediana	0,00	8,33	16,66	24,99	33,35	41,65	49,95	58,31	66,64	74,97	83,33	91,63	99,96
OPV	0,00	1,91	1,91	1,91	5,74	24,59	25,26	26,50	44,54	45,90	47,54	48,91	75,96
DPT	0,00	1,91	1,91	1,91	5,74	24,59	25,96	26,50	44,54	45,90	47,54	48,91	75,96
HB	0,00	2,19	2,19	2,19	6,01	24,86	26,23	26,78	44,81	46,17	47,81	49,18	76,23
Hib	0,00	2,46	2,46	2,46	6,28	25,14	26,50	27,05	45,08	46,45	48,09	49,45	76,50
BCG	0,00	0,27	0,27	0,82	3,83	12,57	13,39	14,21	27,60	28,96	29,78	30,60	56,01

Fuente: Tabla No. 52

6.4.2. Evaluación del PAMI en DASALUD

La evaluación hecha por DASALUD sobre la cobertura del Programa Materno Infantil en el Departamento es triste, por decir lo menos. Estas son las coberturas reportadas en el año 2003.

TABLA No. 53. EVALUACION COMPONENTE PAMI DEPARTAMENTAL

COMPONENTE	PROGRAMADOS	REALIZADOS	COBERTURA
GESTANTES	6189	1480	24%
CONTROLES	37134	2533	7%
CITOLOGIAS	34211	1882	6%
N.U.P.FLIAR M	61692	1297	2%
N.U.P.FLIAR H	102529	506	(0) 0.49%

Fuente: Programa Materno Infantil DASALUD

Las coberturas por municipio resultan igualmente críticas. También resulta evidente el problema de subregistro de información del programa.

TABLA No. 54. COBERTURA ACTIVIDADES PAMI

GESTANTES INSCRITAS		CITOLOGIAS TOMADAS		N.U.P.F.M.	
TADO	89%	MEDIO SAN JUAN	46%	BAJO BAUDO	19%
BAJO BAUDO	81%	RIO QUITO	41%	SIPI	13%
NUQUI	80%	BAHIA SOLANO	40%	SAN J. DEL PALMAR	11%
SAN .J DEL PALMAR	79%	UNGUIA	28%	CERTEGUI	6%
BOJAYA	63%	SAN J. DEL PALMAR	20%	TADO	6%
SIPI	63%	U. PANAMERICANA	19%	CÁRMEN DEL DARIEN	4%
CERTEGUI	59%	SIPI	18%	ALTO BAUDO	3%
CONDOTO	57%	CERTEGUI	18%	**PROMEDIO**	**1.5 - 2.2**
LLORO	50%	TADO	16%		
UNIÓN PANAMERCANA	42%	BOJAYA	11%		
BAHIA SOLANO	39%	ATRATO	10%		
MEDIO SAN JUAN	37%	LLORO	9%		
RIO QUITO	33%	CONDOTO	8%		
ATRATO	32%	RIO IRO	9%		
UNGUIA	29%	NOVITA	8%		
CANTON DE S PABLO	23%	CARMEN DEL DARIEN	7%		
RIO IRO	22%	ALTO BAUDO	6%		
RIOSUCIO	21%	RIOSUCIO	4%		
LITORAL SAN JUAN	21%	BAGADO	3%		
NOVITA	16%	BAJO BAUDO	2%		
BAGADO	16%	CANTON DE S. PABLO	0.66%		
MEDIO ATRATO	10%	MEDIO ATRATO	0.25%		
ALTO BAUDO	8.8%	LITORAL DE SAN JUAN	00%		
CARMEN DEL DARIEN	1.3%	NUQUI	00%		
QUIBDO**		QUIBDO**		QUIBDO**	
ACANDI**		ACANDI**		ACANDI**	
CARMEN DE ATRATO**		CARMEN DE ATRATO**		CARMEN DE ATRATO**	
ISTMINA**		ISTMINA**		ISTMINA**	
JURADO**		JURADO**		JURADO**	

** municipios sin información

Fuente: Programa Materno Infantil DASALUD

El programa de Crecimiento y Desarrollo cuenta en SIPI Y CONDOTO con coberturas del 16% y en los demás municipios de 6% a 0%.

III. ANALISIS FINANCIERO. RECURSOS DE SALUD DEPARTAMENTO DEL CHOCO

Se analiza la estructura de financiamiento y gastos de los servicios de salud en el Departamento del Choco. El principal objetivo de análisis es el proceso de transformación de la oferta a la demanda. Esta sección se divide de la siguiente manera: En la primera parte se estudia la composición de los rubros de oferta, en la segunda parte, se analiza los rubros de demanda. En la tercera se hace un análisis comparativo de la oferta y la demanda. En la cuarta se presenta la estructura de gastos de los servicios de salud.

1. COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS

1.1. Evolución del Financiamiento de los Servicios de Salud del Choco 1998-2002: Oferta

A continuación se analiza la evolución de los principales rubros de la ejecución presupuestal de ingresos del Departamento Administrativo de Salud del Choco durante el periodo 1998-2002. Se llevan a pesos de valor constante de 1994.

En primer lugar los recursos clasificados como de oferta, entre los cuales se incluyen: situado fiscal, ICN para oferta, otros aportes nacionales, aportes departamentales y Ecosalud. En la siguiente tabla se muestran los principales rubros de oferta.

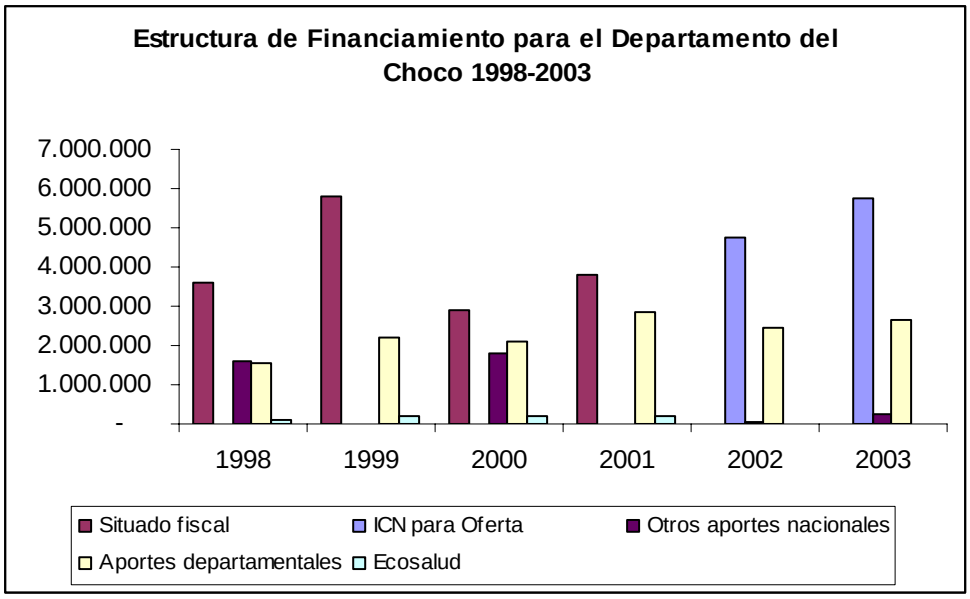
TABLA No. 55. RUBROS DE OFERTA
(pesos constantes de 1994)

	Situado fiscal	ICN para Oferta	Otros aportes nacionales	Aportes departamentales	Ecosalud	Total
1998	3.598.002		1.606.379	1.551.429	83.517	6.839.327
1999	5.803.376		-	2.188.172	217.424	8.208.972
2000	2.908.698		1.787.004	2.081.140	199.068	6.975.911
2001	3.775.658		18.735	2.847.264	220.468	6.862.126
2002		4.729.308	59.546	2.468.498	7.005	7.264.357
2003		5.739.779	251.165	2.663.839	-	8.654.783

Fuente: Cálculos del Estudio sobre cifras DNP y DASALUD

En forma gráfica:

GRAFICO No. 35



(pesos constantes de 1994)
Fuente: Cálculos del Estudio sobre cifras DNP y DASALUD

Este cuadro permite analizar la composición de los ingresos por fuente de financiamiento. Entre los años de 1998-2001 se puede observar que los rubros de oferta más importantes fueron los correspondientes a situado fiscal, transferencias nacionales y aportes departamentales (ver gráfico No. 35). Por otro lado para los años 2002-2003 la estructura de financiamiento cambia: los ICN para oferta cobran mayor importancia dentro de la composición del financiamiento, dentro del total de recursos es 65%, y 66% para los años 2002 y 2003, mientras que los aportes departamentales siguen la misma tendencia de los periodos anteriores, dentro del total de recursos los aportes departamentales pesan 34% y 31% para los años 2002-2003.

1.2. Evolución del Financiamiento de los Servicios de Salud del Choco 1998-2002: Demanda

En segundo lugar se revisa la evolución de los recursos clasificados como de demanda, dedicados a la financiación del Régimen Subsidiado. Dentro de estos recursos se encuentran recursos del FOSYGA, recursos utilizados por la transformación de la oferta a la demanda, participaciones de ingresos corrientes de la nación (ICN) y transferencias municipales (ver tabla No. 56).

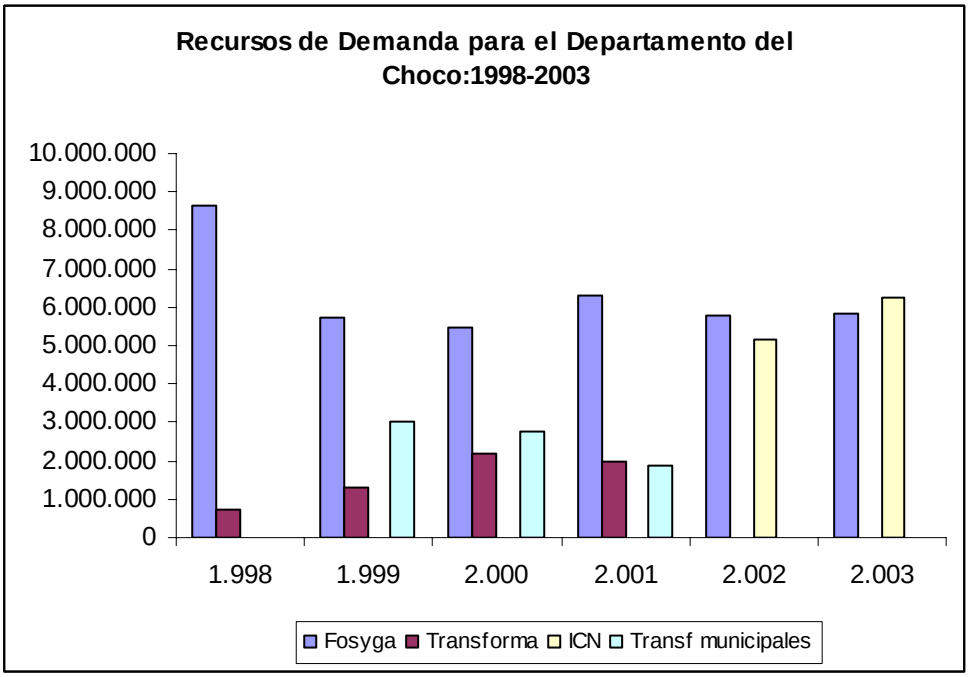
TABLA No. 56. RECURSOS DE DEMANDA
(pesos constantes de 1994)

	Fosyga	Transforma	ICN	Transf municipales
1.998	8.637.381	720.650		
1.999	5.735.365	1.285.288		3.036.142
2.000	5.479.719	2.163.275		2.779.818
2.001	6.320.259	2.003.621		1.864.310
2.002	5.765.888		5.143.710	
2.003	5.846.001		6.272.719	

Fuente: Cálculos del Estudio sobre cifras DNP y DASALUD

Como se observa en el gráfico No. 36, el comportamiento de los recursos de demanda ha sido explicado en su inicio en gran medida por un predominio del Fosyga. En promedio, los recursos del Fosyga representan 61% del total de las transferencias, por otro lado, los ICN en el 2002 y 2003 se incrementan en los últimos años, hasta representar el 47% y 52% de las transferencias.

GRAFICA No. 36



Fuente: Cálculos del Estudio sobre cifras DNP y DASALUD

No obstante, de ese total de recursos de demanda, la recuperación por venta de servicios efectivos por parte de Dasalud y las instituciones de primer nivel del departamento ha sido escasa, aunque ha venido aumentando paulatinamente (ver tabla No. 57). Una característica importante de este comportamiento radica en el hecho de que aunque los recursos para demanda sean asignados por NBI, por lo cual el Departamento de Choco recibe un gran número de recursos per cápita, pero las condiciones particulares de la oferta y la gestión hacen que los recursos no sean canalizados en su mayoría hacia las instituciones. Esto se puede ver a través del gráfico No. 37 en donde la recuperación de dichos recursos a través de venta de servicios se estabiliza en el 42%.

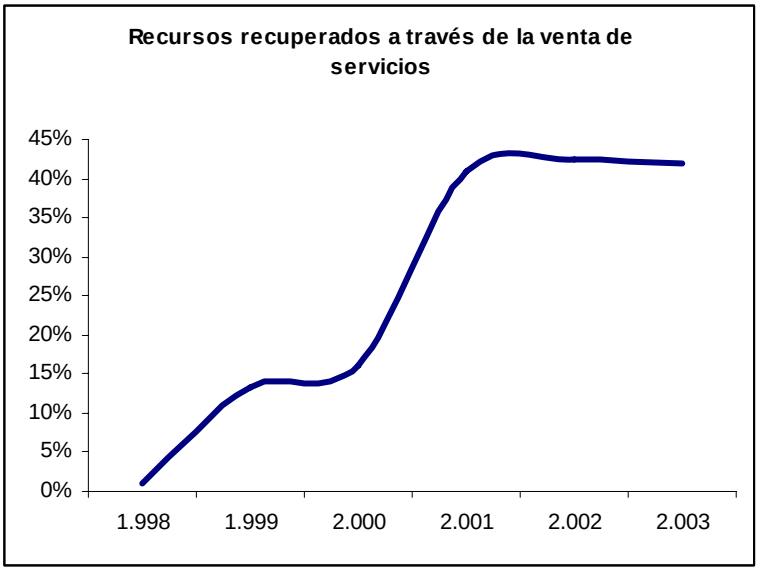
TABLA No. 57. RECUPERACIÓN POR VENTA DE SERVICIOS EN PRIMER NIVEL

	Venta de Servicios	Total de Transferencias	Recuperado por venta de servicios
1.998	86.671	9.358.032	1%
1.999	1.329.173	10.056.796	13%
2.000	1.669.894	10.422.812	16%
2.001	4.169.970	10.188.190	41%
2.002	4.642.834	10.909.599	43%
2.003	5.076.406	12.118.720	42%

Fuente: Ejecuciones presupuestales 1998 – 2003 DASALUD

En forma Gráfica:

GRAFICO No. 37

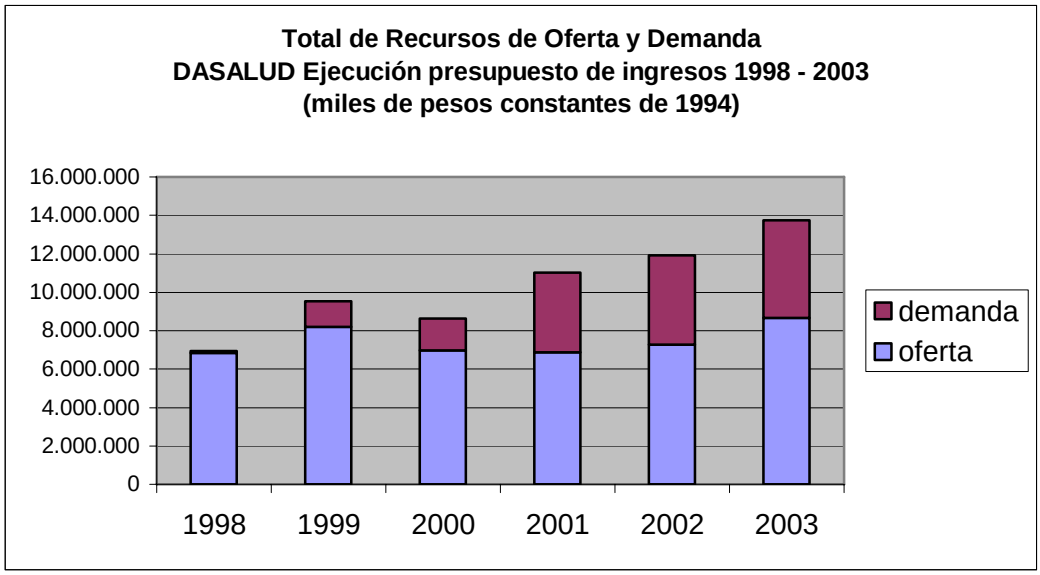


Fuente: Ejecuciones presupuestales 1998 – 2003 DASALUD

1.3. Evolución del Financiamiento de DASALUD 1998-2002: Oferta y Demanda

En el gráfico No. 38 se puede apreciar un incremento significativo de los recursos de demanda, sin que hayan disminuído los recursos de oferta en el presupuesto de ingresos de DASALUD en el mismo período, lo anterior en función de la asignación de recursos por NBI que norma la Ley 715. El incremento global de recursos entre el 2001 y 2003 en pesos constantes alcanza un significativo 38%. Cabe destacar, sin embargo, que aunque los recursos de demanda han crecido considerablemente, la principal fuente de financiación siguen siendo los recursos de oferta (Ver gráfico No. 38 y tabla No. 58).

GRAFICO No. 38



Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DNP y DASALUD

En forma de tabla:

TABLA No. 58. TOTAL INGRESOS OFERTA Y DEMANDA DASALUD
(pesos constantes de 1994)

	Oferta	Demanda
1.998	6.839.327	86.671
1.999	8.208.972	1.329.173
2.000	6.975.911	1.669.894
2.001	6.862.126	4.169.970
2.002	7.264.357	4.642.834
2.003	8.654.783	5.076.406

Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DNP y DASALUD

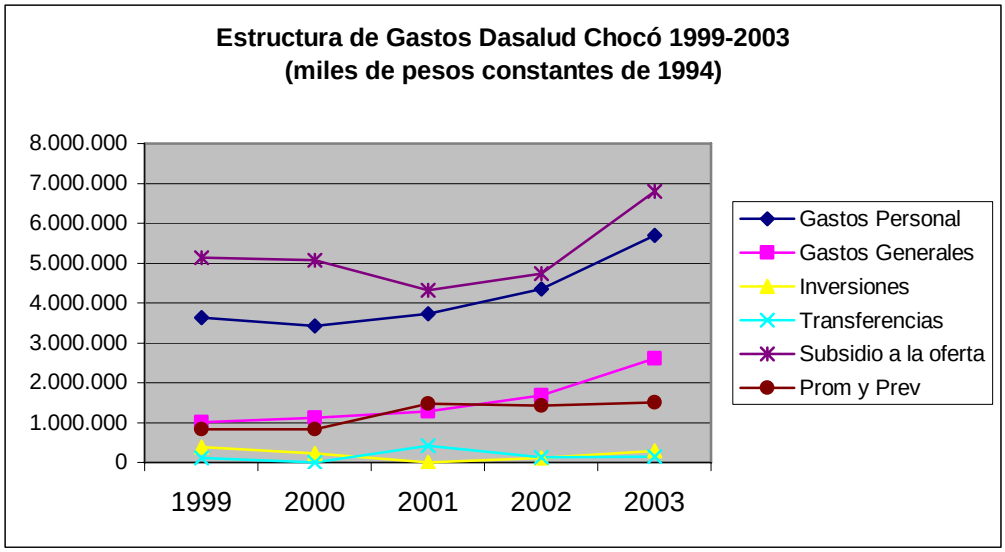
2. ESTRUCTURA DEL GASTO

En el gráfico No. 39 se puede analizar la evolución de los rubros del gasto a través del tiempo. En este caso se observa un comportamiento creciente de los gastos de personal y generales, mientras que el subsidio de oferta muestra una caída en 2001 y 2002 para recuperarse notoriamente en 2003.

Lo anterior indica un crecimiento de los recursos dedicados al primer nivel de atención, manejados directamente por DASALUD y la nómina del servicio de salud, junto con una

reducción de las transferencias por subsidio a la oferta a los hospitales en 2001 y 2002. Posteriormente crecen en 2003 las dos en forma notoria y simultánea.

GRAFICO No. 39



Fuente: Ejecuciones presupuestales 1999 – 2003 DASALUD

El conjunto de los gastos crece un 57% en los cinco años analizados. Por rubros el crecimiento más significativo corresponde a gastos generales, con un incremento del 158%, seguido del gasto de promoción y prevención con un 82% y el de personal, con un 57%. Otro gasto importante por su magnitud, el subsidio de oferta para atención de vinculados aumenta un 32%.

Un caso especial de analizar es el comportamiento de la inversión en promoción y prevención, cuyo gran incremento surge como consecuencia de la Ley 715.

No se tienen en cuenta los recursos de demanda pues estos pasaron en el 2001 del departamento a los municipios.

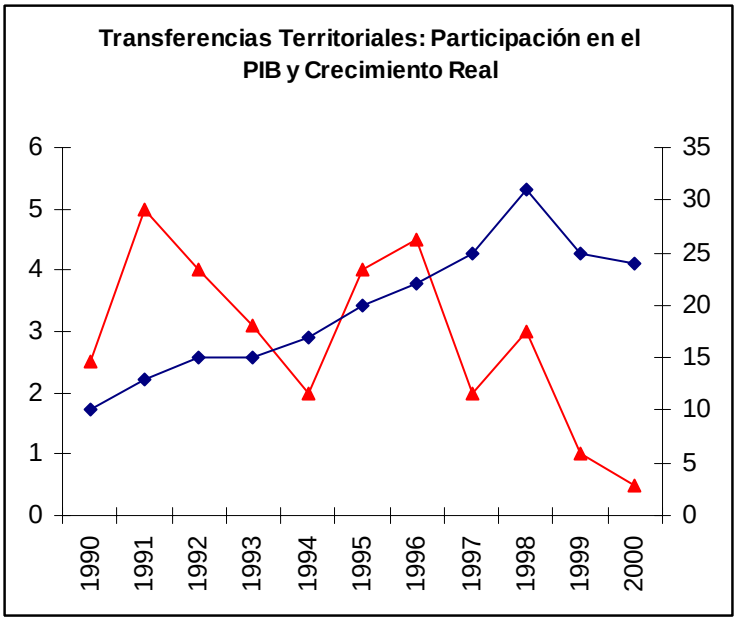
3. ASPECTOS GENERALES DE LA TRANSFORMACIÓN DE OFERTA A DEMANDA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

3.1. El Marco General de la Transformación

El sistema de transferencias de entidades territoriales hasta el año 2001 estaba definido por los artículos 356 y 357 de la constitución política. Los recursos estaban conformados por el situado fiscal y la participación de los municipios dentro de los ingresos corrientes de la nación.

Esta forma de transferencias de recursos hacia los entes territoriales hacía que fuera vulnerable ante los cambios en el ciclo económico. En este sentido, tal como se aprecia en el gráfico No. 40, en la fase expansiva del ciclo, tanto departamentos como municipios recibían más recursos para financiar educación, salud y demás sectores que requerirían inversión social.

GRAFICO No. 40



Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras transferencias territoriales y PIB del DNP

Las implicaciones de la prociclicidad de los recursos se ve traducida en incrementos en la presión fiscal en la parte recesiva del ciclo, debido al incremento en los costos de nomina entre vigencias, los cuales tienen un alto componente de discrecionalidad, quitándole flexibilidad al gasto.

Otro aspecto que caracteriza la transición de recursos está relacionado con la disparidad entre las competencias que debían ejercer los recursos y el incremento de los mismos. Según los planteamientos de la Ley 715, los recursos eran predeterminados independientemente del logro de las metas de recursos y de la gestión realizada.

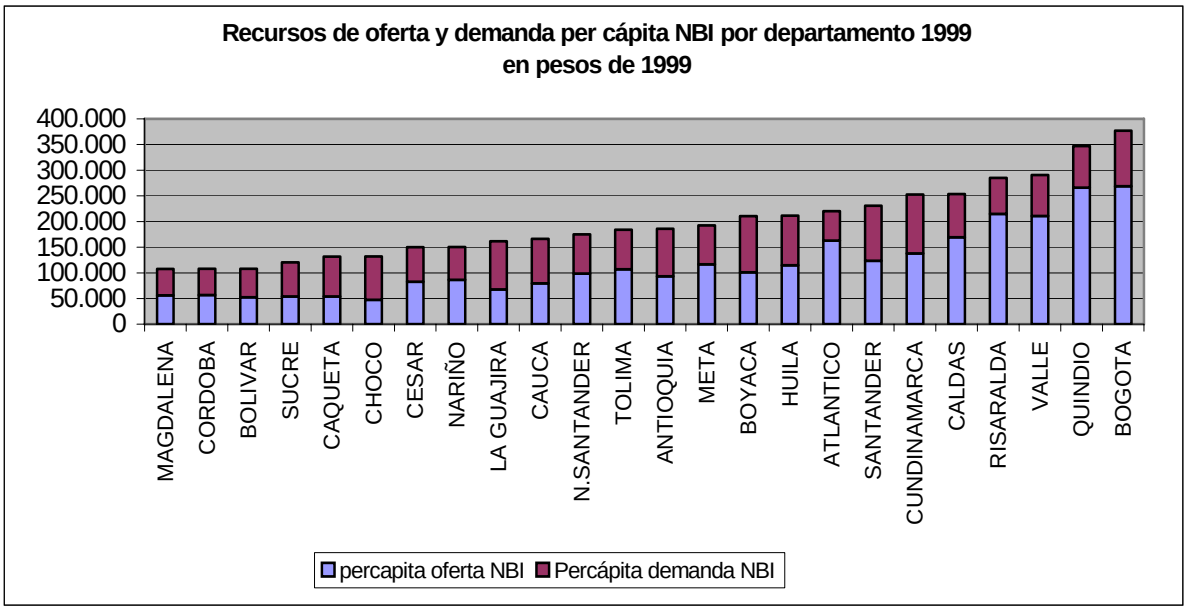
Complementario a este hecho, el incremento en los recursos no se vio traducido en un incremento sustancial en la cobertura y calidad de los servicios de salud, tal como lo presenta el estudio de Martínez, Robayo y Valencia (2003)[1], la cobertura alcanzada ocho años después de la Ley 100 solo alcanzó algo más del 50% para todo el Sistema General de Seguridad Social.

La ineficiencia de los recursos traducida en bajos indicadores de cobertura y calidad, es explicada por que los dos tipos de transferencias para el financiamiento de salud y educación se realizaban con criterios y variables distintas, lo que tenía serias implicaciones en términos de equidad.

Tal como se aprecia en el gráfico No. 41, existía una alta variabilidad de los recursos por departamento y muchas veces los criterios de asignación de recursos incrementaban la inequidad entre regiones.

GRAFICO No. 41

[1] "¿Por qué no se logra la Cobertura Universal de la Seguridad Social en Salud?" FEDESALUD 2003.



Fuente: "Equidad y Subsidios" FEDESALUD. Documento de investigación

En síntesis los problemas ocasionados por la Ley 60 se pueden agrupar en tres rubros:

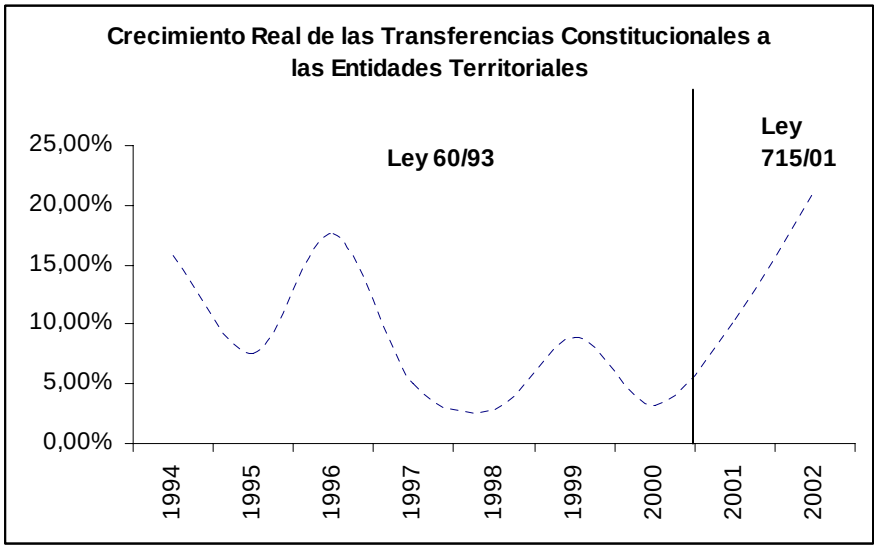
1) Impacto del ciclo económico sobre la asignación de los recursos.
2) Asimetrías e inflexibilidad en la asignación del gasto.
3) Poca cobertura y calidad de los servicios.
4) Inequidades regionales que se traducen en incrementos en la ineficiencia del gasto.

3.2. La Ley 715 del 2002

La Ley 60 de 1993, se reforma la ley mediante la Ley 715 de 2001, cambia la estructura de competencias entre los diferentes niveles de gobierno y define el sistema general de participaciones con un nuevo esquema, que une todas las transferencias del Estado a los territorios, divididos entre participaciones en salud, educación y una participación de propósito general. Este nuevo sistema de distribución se hace acorde con las competencias y los criterios específicos de acuerdo a las necesidades de los rubros de educación y salud.

La nueva asignación queda conformada de la siguiente forma: 58.5% para educación, 24.5% para salud, 17% para las participaciones con propósitos generales y un 4% de asignaciones especiales los cuales se destinan principalmente a resguardos indígenas y alimentación escolar.

GRAFICO No. 42



Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DNP

Tal como se aprecia en el gráfico No. 42, con la vigencia de la ley se espera un incremento real de las transferencias constitucionales a las entidades territoriales de 10.36% en el 2001 al 21.39% en el 2002. Este recomposición de los recursos esta basada en un ingreso base de $10.9 billones los cuales crecen a una inflación causada más 2% en los primeros cuatro años y 2.5% en los tres años restantes, a partir del 2009 se calcula como un promedio móvil de los últimos cuatro años. De esta forma, las nuevas transferencias ascienden a $12 billones lo cual implica 1.1 billones adicionales para la financiación de salud y educación.

En este sentido el objetivo de esta nueva propuesta es contrarrestar el efecto del ciclo económico y genera un efecto estabilizador al depender del crecimiento promedio de los ingresos corrientes de la nación de los últimos 4 años.

3.3. Implicaciones de la Ley 715 sobre el Sector Salud

Uno de los aspectos fundamentales que se desprenden de la Ley 715, es la creación de una bolsa de recursos específica para el sector salud. Por otro lado se pretende disminuir la duplicidad de competencias. Anteriormente, los entes territoriales financiaban tanto régimen subsidiado a través de los hospitales públicos, instituciones reguladoras o simplemente ofreciendo servicios de salud a través de la EPS y ARS de su propiedad. Este aspecto ha afectado notablemente la transformación de los recursos de la oferta a la demanda.

La multiplicidad de competencias es evidente en el sistema de transferencias que prevalecía anteriormente. Acorde con la población objetivo, los recursos son asignados primero de manera territorial y luego de forma sectorial de acuerdo a participaciones pre-definidas.

Con la Ley 715, el aseguramiento del régimen subsidiado queda a cargo de los municipios y distritos. Por otro lado la población pobre no asegurada o “vinculados” queda a cargo de los departamentos y municipios descentralizados. Complementario a esto las funciones de Salud Pública quedan a cargo de la nación, departamentos, municipios con requerimientos especiales para cada nivel.

Por otro lado, se aprecia un incremento en los costos fijos asociados al incremento del valor de las nóminas, las cuales tienen un cierto comportamiento estacional al valor de las transferencias. De

manera similar, al existir una sola bolsa de recursos se garantiza un canal directo de recursos hacia la entidad territorial que los ejecuta. Todo lo anterior se ve traducido en una mejora en la estructura organizacional del sistema de salud.

Para el caso del Chocó específicamente, la nueva forma de asignación de los recursos ha resultado beneficiosa, a pesar de que la cobertura del Régimen Subsidiado sobre población NBI esté 20 puntos por debajo del promedio nacional.

IV. CHOCO. HIPÓTESIS Y COMPROBACION

1. HIPÓTESIS

El grado de desarrollo y la estructura de oferta de servicios en los municipios del Departamento del Chocó determina la cobertura de los mismos y no la afiliación al Régimen Subsidiado.

Esta hipótesis se plantea a partir de la observación de la situación real de prestación de servicios de salud en el Departamento del Chocó, con serias restricciones de oferta y cobertura para varios municipios y poblaciones dispersas.

El hecho de que todas las ARS contraten con DASALUD el primer nivel de atención, hace que la estructura de servicios dispuesta por el Departamento condicione la oferta real de servicios en la mayoría de los municipios (se exceptúa claramente Quibdo, donde hay otras posibilidades de oferta) tanto para afiliados a este Régimen como para vinculados.

Los contratos de capitación realizados por las ARS ingresan al presupuesto de recursos del Departamento y no al municipio específico en el que se encuentran los afiliados, de tal forma que un incremento de los mismos en un municipio no tiene efectos reales sobre la disponibilidad de recursos en el mismo.

El total de recursos que el sistema de atención básica, exceptuando Quibdo, ejecutó por venta de servicios al Régimen Subsidiado en 2003, fue de 7.200 millones de pesos, para 150.000 afiliados aproximadamente, lo que se traduce en un per cápita de 48.000 pesos, apenas el 21.26% de los 225.781 pesos de la unidad de capitación del Régimen Subsidiado para territorios con prima especial.

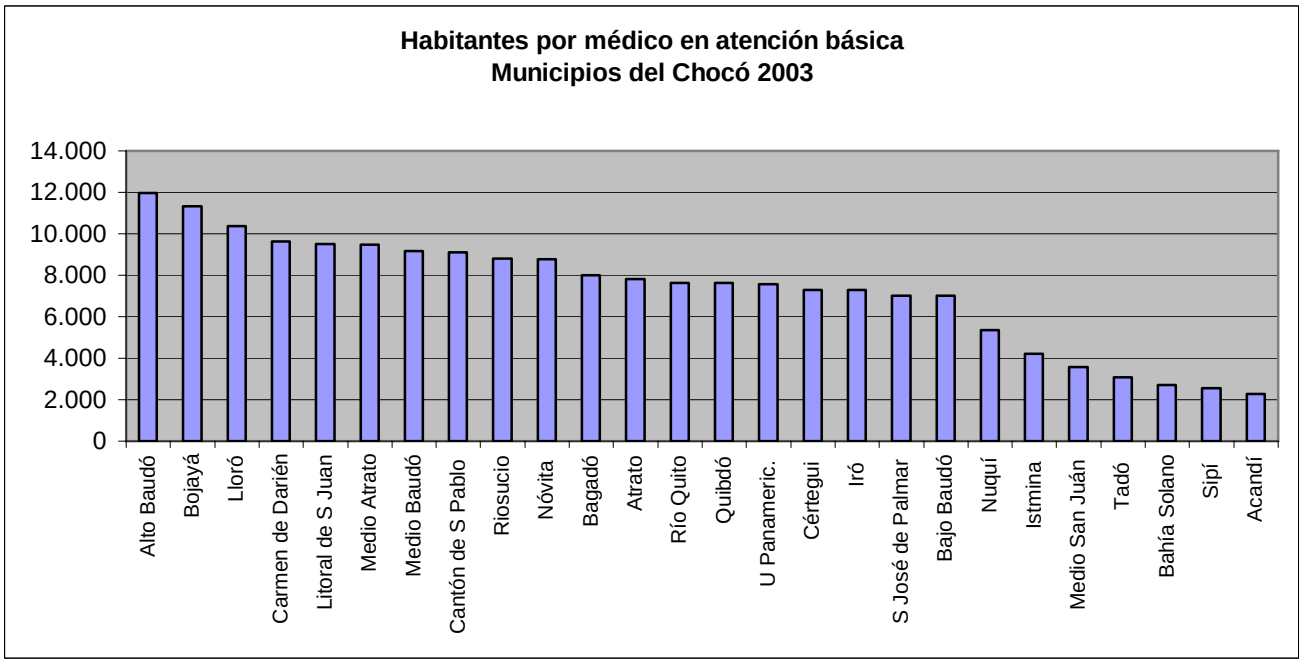
Por subsidio de oferta recibieron en 2003 una cantidad similar, 7.031 millones para cubrir a los 160.000 vinculados aproximadamente, lo que significa un per cápita muy parecido, de 44.000 pesos. En realidad los dos recursos se promedian para ofrecer servicios con un per cápita cercano a los 46.000 pesos para más de 310.000 habitantes.

A esta cifra se deben agregar 3.200 millones de otras transferencias, para un per cápita de 10.000 pesos adicionales aproximadamente entre afiliados y vinculados, lo que significa un total de 56.000 pesos, cifra a todas luces insuficiente para este nivel de atención, más aún en las condiciones de dispersión de la población y costos de transporte de muchos municipios.

Por tanto la afiliación al Régimen Subsidiado no garantiza el acceso efectivo a más y mejores servicios, pues estos dependen de la oferta disponible en el hospital o centro de salud del municipio y de la distancia de la comunidad en que se encuentre el afiliado al centro de salud u hospital, dado el costo del trasporte fluvial y la ausencia de un sistema móvil de atención primaria que llegue efectivamente a las comunidades que no se encuentran en la cabecera de los municipios. De hecho la mayoría de los municipios cuenta con un sólo médico, que de trasladarse a prestar servicios a las comunidades dispersas dejaría sin atención el centro de salud.

Sin duda algunos municipios tienen mayor oferta de servicios profesionales que otros y el tamaño de la población tiene que ver en esta consideración, lo que puede evidenciarse al estimar el número de médicos por habitante en atención básica.

GRAFICO No. 43

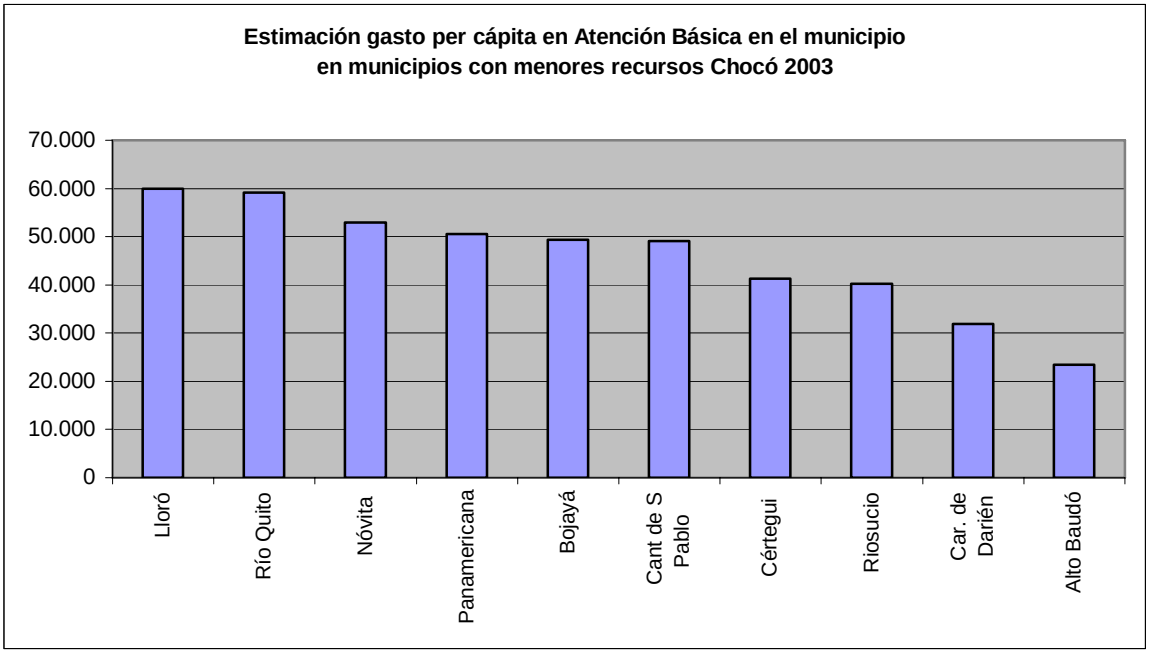


Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DASALUD

De la misma forma, si estimamos el gasto per cápita en atención básica observamos diferencias entre municipios y entre subregiones. En este gasto se incluye el presupuesto de los centros y puestos de salud[2], así como el de hospitales locales.

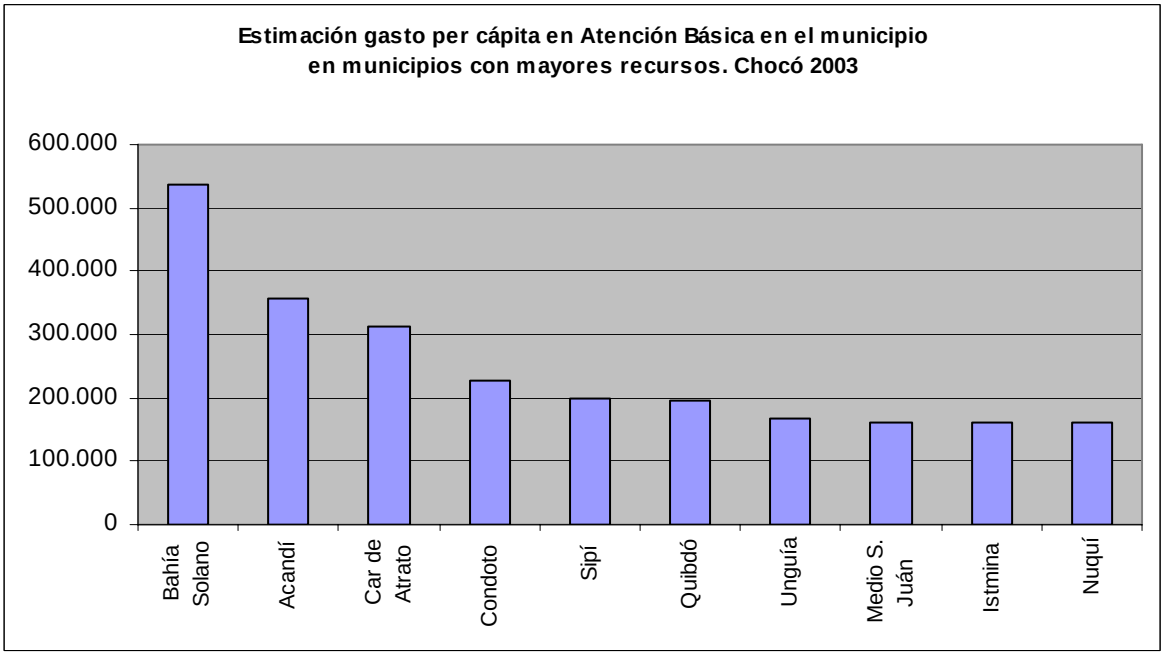
[2] Ante la ausencia de información precisa del presupuesto de los centros y puestos de salud, se distribuyó el total de recursos entre centros y puestos en proporción a su recurso humano profesional y auxiliar.

GRAFICO No. 44



Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DASALUD

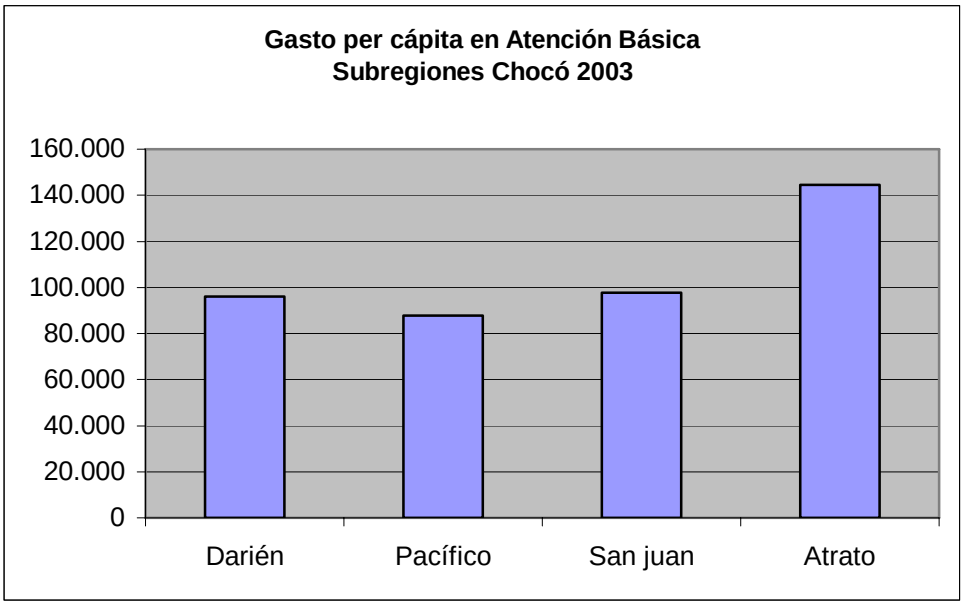
GRAFICO No. 45



Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DASALUD

Como quiera que los hospitales locales responden teóricamente por un área de influencia, (si no hubiera grandes dificultades de acceso y transporte) es necesario observar el per cápita en función de las subregiones.

GRAFICO No. 46

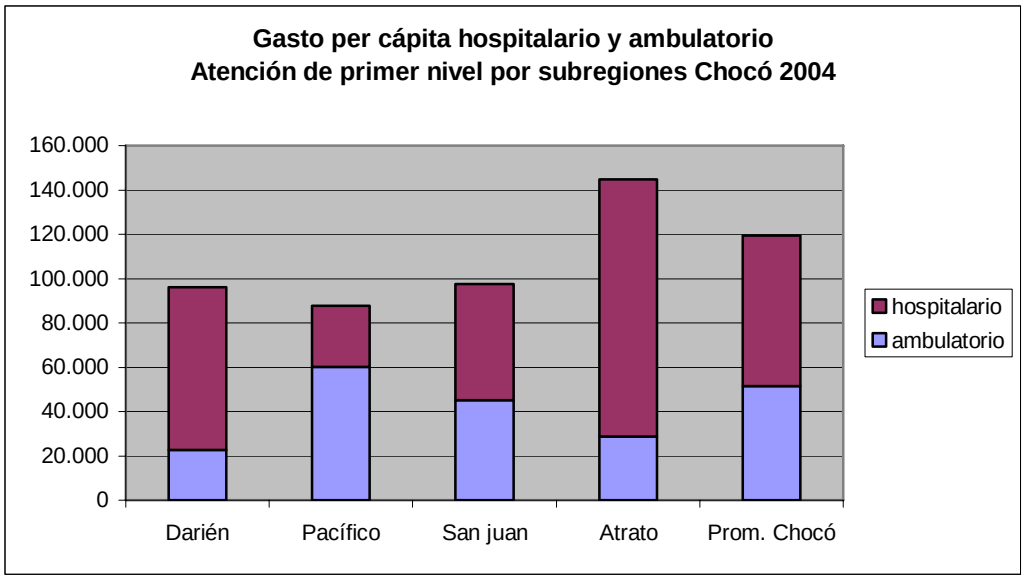


Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DASALUD

La Subregión central o del Atrato, con mayor densidad poblacional concentra también el mayor gasto per cápita.

El gasto per cápita en Atención básica es consecuencia fundamentalmente del recurso humano profesional ubicado en los hospitales y centros de salud.

GRAFICO No. 47



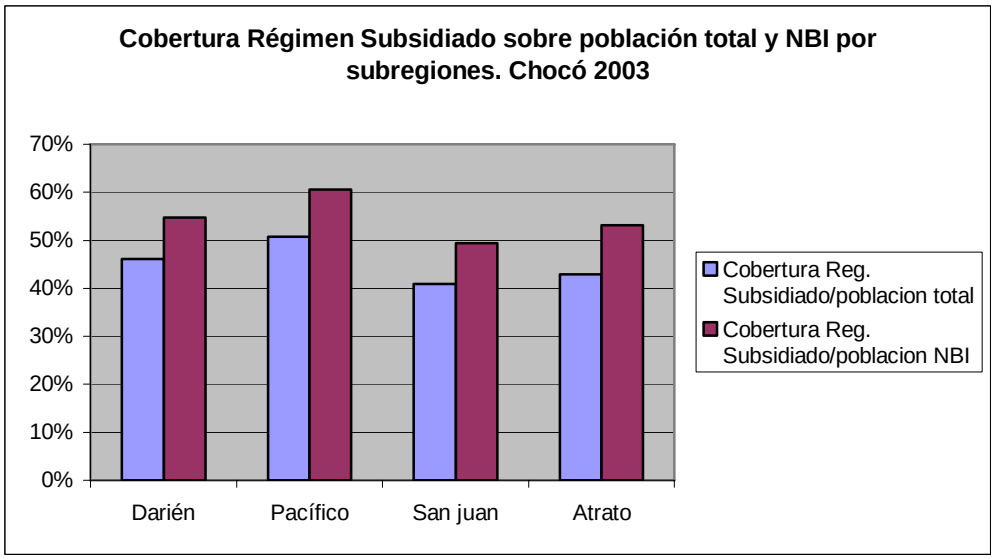
Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DASALUD

Llama la atención sin embargo, que unas regiones cuentan con un gasto mucho más concentrado en hospitales locales, mientras otras como la Pacífica y San Juan tienen la mayoría del gasto dependiente de Centros y Puestos de Salud. Son precisamente las regiones con mayor población dispersa o inaccesible.

Es necesario reiterar aquí que no se toma el costo del segundo nivel de atención en el Hospital San Francisco de Asís para este análisis. Si se tomara daría una muchísima mayor concentración del gasto en la región del Atrato. Dada la inaccesibilidad desde muchos municipios, en realidad de este gasto se benefician en mayor medida los municipios cercanos de la Subregión.

Por otra parte, se buscó también una relación inicial entre el índice de necesidades básicas insatisfechas y el gasto en salud. Como se observó previamente existe una importante correspondencia entre la cobertura del Régimen Subsidiado y el NBI.

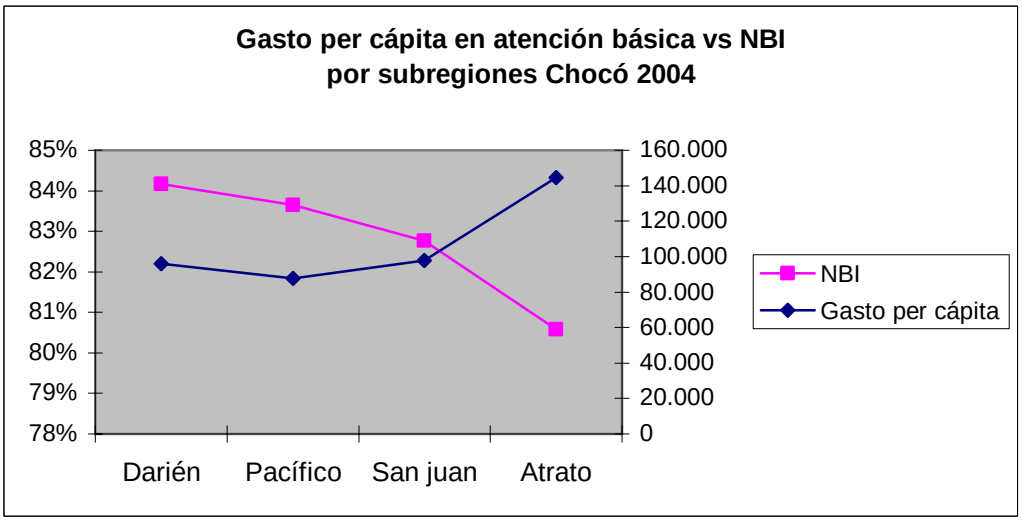
GRAFICO No. 48



Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DASALUD

La siguiente gráfica muestra que existe una relación inversa entre el NBI y el gasto per cápita, lo que confirmaría que a mayor pobreza de la Subregión y sus municipios, menor gasto per cápita, es decir menor desarrollo de servicios de salud. Nuevamente cuanto más subdesarrollo y marginalidad, menor gasto en atención básica.

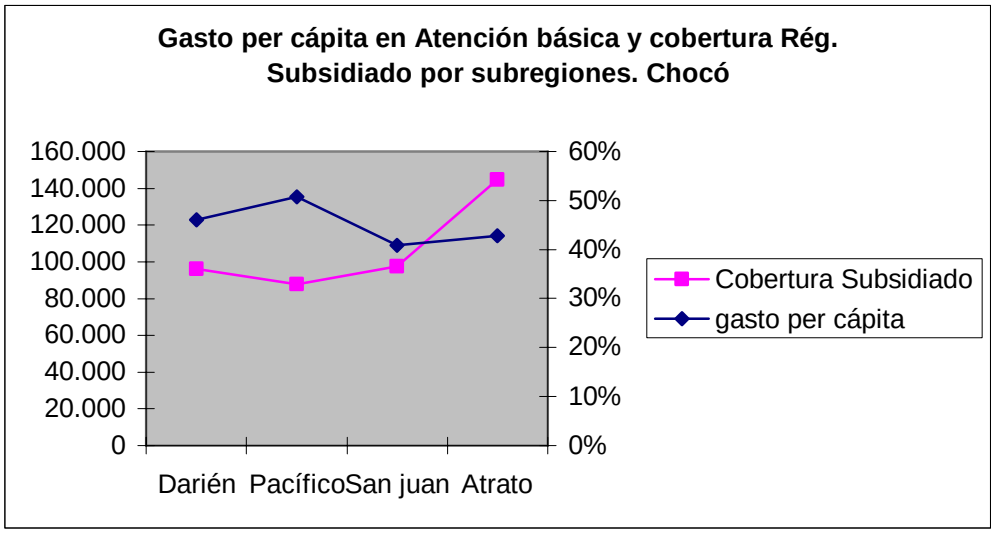
GRAFICO No. 49



Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DASALUD

Por el contrario, a primera vista se observa en la gráfica siguiente que no existe ninguna relación entre la cobertura del Régimen Subsidiado y el gasto per cápita de las subregiones.

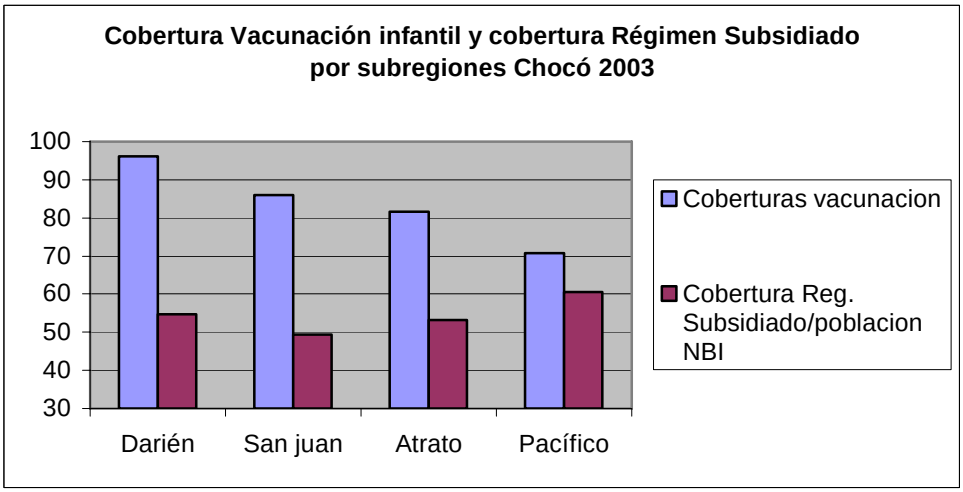
GRAFICO No. 50



Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DASALUD

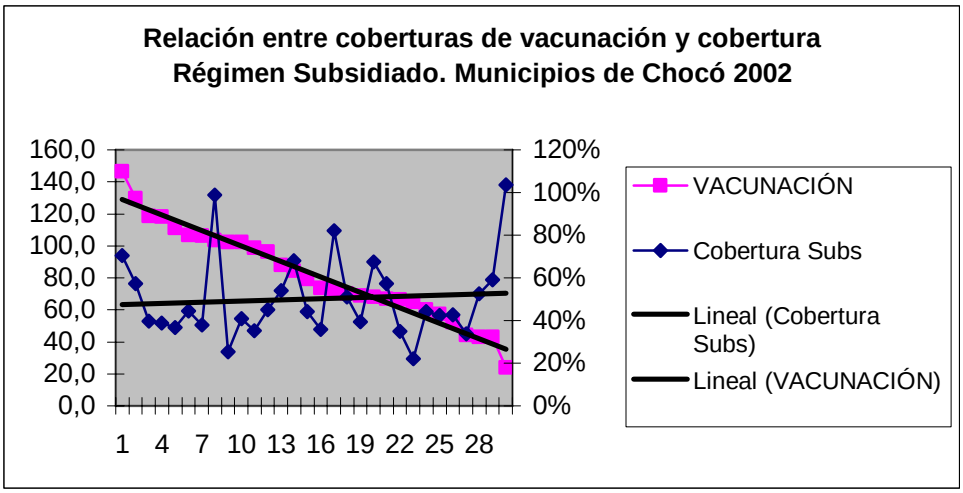
Respecto a algunos indicadores claves de prestación de servicios de salud se observa igual resultado. No existe ninguna relación entre las coberturas de vacunación infantil y la afiliación al Régimen Subsidiado.

GRAFICO No. 51



Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DASALUD

GRAFICO No. 52



Fuente: Cálculos del estudio sobre cifras DASALUD

En consecuencia y para confirmar la hipótesis de que el gasto en salud y la prestación de servicios dependen de la estructura de la oferta de servicios con que cuenta DASALUD y no de la cobertura de afiliados del Régimen Subsidiado se realizaron los cálculos econométricos.

2. ANÁLISIS ECONOMÉTRICOS

Se estiman los siguientes modelos econométricos Cross-Section para determinar diferentes relaciones estadísticas de las principales variables que determinan el gasto per cápita en cuanto a la estructura de financiamiento. Los modelos se basan principalmente en capturar el máximo conjunto de información que podría estar explicando las variables de gasto per cápita. Es de aclarar que en los modelos que se presentan se corrigen problemas de multicolinealidad y autocorrelación serial.

En el primer modelo se realizan múltiples regresiones para los 30 municipios. En este caso se ponen como determinantes del gasto per cápita la cobertura del régimen subsidiado, el indicador NBI, el presupuesto de los hospitales y centros de salud. Los resultados muestran que el gasto per cápita es explicado en un 29% por estas variables pero la única variable que es significativa son los presupuestos de los hospitales. Los resultados se muestran en la tabla siguiente.

TABLA No. 59

Modelo I		
	Coeficiente	**Significancia**
Variable Dependiente		
Gasto Percápita		
Variables Independiente		
Cobertura Subsidiado	-9,20%	71,30%
NBI	-36,90%	33,20%
Presupuesto Hospitales	**3,50%**	**0,20%**
Presupuesto Centros de Salud	-1,10%	63,40%
R Cuadrado	28,00%	

Nota: Las variables relevantes dentro del modelo se aceptan a un nivel de significancia del 5%.

Fuente: Cálculos del estudio

El Segundo modelo que se realiza es el gasto per cápita (segunda metodología) con respecto a las mismas variables mencionadas anteriormente. En este caso con la segunda metodología de gasto per cápita las variables explican en un 37% el gasto per cápita, no obstante tal como en el caso anterior la única variable significativa es el presupuesto de los hospitales (Ver tabla No. 60).

TABLA No. 60

Modelo 2		
	Coeficiente	**Significancia**
Variable Dependiente		
Gasto Percápita (2)		
Variables Independiente		
Cobertura Subsidiado	-12,10%	62,20%
NBI	-24,90%	41,80%
Presupuesto Hospitales	**3,10%**	**0,10%**
Presupuesto Centros de Salud	-1,50%	36,40%
R cuadrado	37,00%	

Nota: Las variables relevantes dentro del modelo se aceptan a un nivel de significancia del 5%.

Fuente: Cálculos del estudio

En conclusión de estos dos modelos se encuentra que el gasto per cápita es explicado por factores de oferta, específicamente por el presupuesto de los hospitales públicos. A continuación se presentan dos modelos en donde se muestra la relación entre el número de afiliados y la población total.

Se realizaron dos modelos mas en donde se muestra que el número de afiliados al Régimen Subsidiado no esta correlacionado con el gasto total (ver tabla No. 61). Por otro lado esta variable muestra una mayor correlación con la población global (ver tabla No. 62).

TABLA No. 61

Modelo 3		
	Coeficiente	**Significancia**
Variable Dependiente		
Gasto Total		
Variables Independiente		
Población Subsidiado	-0,59%	0,85%
R cuadrado	0,01%	

Nota: Se evalúa la significancia al 5%.

Fuente: Cálculos del estudio

TABLA No. 62

Modelo 4		
	Coeficiente	**Significancia**
Variable Dependiente		
Gasto Total		
Variables Independiente		
Población Total	**62,0%**	**3,0%**
R cuadrado	36,0%	

Nota: Se evalúa la significancia al 5%.

Fuente: Cálculos del estudio

En conclusión, la evidencia econométrica muestra que los gastos en salud en el Departamento del Choco están determinados por factores de oferta. Específicamente se encuentra que el presupuesto de los hospitales explica en gran medida el gasto per cápita de cada una de las subregiones. En este sentido, por cada unidad de incremento en el presupuesto de los hospitales, el gasto per cápita se incrementa entre 3.1% y 3.5%. Esto quiere decir que debido a las características propias de la región, la demanda no es ampliamente efectiva y está subordinada totalmente a las condiciones de la oferta.

V. TUMACO

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. Datos Geográficos

El Municipio de Tumaco se encuentra localizado a 300 Kilómetros al suroccidente de la ciudad de San Juan de Pasto, es el segundo puerto Marítimo sobre el Océano Pacifico. Limita por el norte con el Océano Pacífico, Francisco Pizarro y Roberto Payán, por el sur con la Barbacoas, Ricaurte y la República del Ecuador, por el oriente con Roberto Payán y Barbacoas y por el Occidente con el Océano Pacífico Se encuentra a 3 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura media de 26.2 grados centígrados.

Tiene una extensión territorial de 3.587 km2 constituyéndose en uno de los municipios más grandes del país. Su cabecera municipal, la ciudad de San Andrés de Tumaco, está conformada por tres islas, Tumaco, La Viciosa y El Morro; la primera fue unida a la segunda mediante un relleno que impide el drenaje natural, lo que originó un grave problema sanitario.

Estas zona está conformada por terrenos planos o ligeramente ondulados, correspondientes a la Llanura Pacífica se hallan extensas zonas aún cubiertas de selva predominando los manglares. Presenta algunos accidentes costaneros importantes como el Cabo Manglares, la Ensenada de Tumaco, las islas del Gallo, la Barra, El Morro, Tumaco y sólo piso térmico cálido y lo bañan los ríos Alcabí, Coray, Chaguí, Mataje, Mejicano, Mira, Nulpe, Patía, Pulgande, Rosario, San Juan y Tablones.

Los habitantes de Tumaco basan su economía en actividades como la agricultura, la ganadería, la minería, la pesca, el comercio y la actividad del Puerto.

La zona Pacífica, no cuenta con una adecuada infraestructura de carreteras, por lo que su red de comunicación es básicamente de tipo marítimo y fluvial, a excepción de la Transversal Tumaco – Pasto. Barbacoas hace su desplazamiento a Pasto por vía terrestre del cual aproximadamente son 54 kilómetros por una vía destapada de muy difíciles condiciones y 195 kilómetros por vía pavimentada.

El medio de transporte más utilizado es el fluvial, lo cual hace que se dificulte el transporte de un municipio a otro por el tiempo, las distancias y los costos. La comunicación telefónica es muy deficiente, con excepción de la cabecera municipal.

1.2. Población

Tumaco es, además de un municipio grande en extensión, uno de los 50 municipios más poblados de Colombia, con sus aproximadamente 170.000 habitantes.

TABLA No. 63. POBLACIÓN TUMACO 2004, CABECERA Y RESTO, POBLACIÓN NBI

Municipio	Pob. 2004	% Deptal.	Pob. por zonas		%NBI	Total Población NBI
			Cabecera	Resto		
Tumaco	166.030	9,5%	84.483	81.547	58	96.297

Fuente: Instituto Departamental de Salud

Su índice de necesidades básicas insatisfechas resulta muy inferior al del Chocó y al de su capital, parte de este mismo estudio. Apenas superior a la media del Departamento de Nariño,

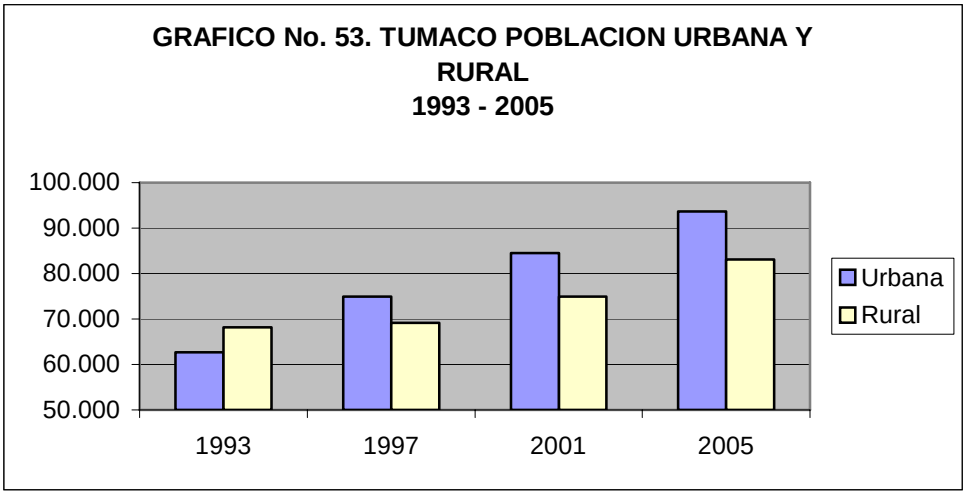
del 56%. Muy inferior también al de sus vecinos, Magui, 97%, Barbacoas, 88%, Francisco Pizarro, 76%, en la Costa Pacífica.

TABLA No. 64. TUMACO PROYECCIONES DE POBLACIÓN DANE

Año	Urbana	% urbano	Rural	Total
1993	62.606	47,9%	68.130	130.736
1997	74.935	52,0%	69.201	144.136
1998	76.880	52,0%	70.967	147.847
1999	80.378	53,0%	71.279	151.657
2000	82.449	53,0%	73.115	155.564
2001	84.573	53,0%	74.998	159.571
2002	86.751	53,0%	76.931	163.682
2003	88.986	53,0%	78.912	167.898
2004	91.278	53,0%	80.945	172.223
2005	93.629	53,0%	83.030	176.659

Fuente: DANE con base en censo de 1993

En forma gráfica:



Fuente: Tabla No. 63

La población urbana ha crecido casi un 50% desde el censo de 1993 y la rural menos de un 20%, por lo que la población urbana ha pasado a representar el 53% de la población total. Su crecimiento global en los últimos 12 años se redujo del 10% a menos del 3% en función de la disminución de la natalidad y el aumento de la migración.

La Poblacional de la Zona Occidente corresponde a una región en vía de desarrollo, el 34% de la misma es menor de 15 años, lo que significa que se trata de una población joven, en edad productiva y pocas personas llegan a edades avanzadas; la población de 20 a 44 años representa el 35.6% de la población total y de 45 y más el 13%.

En conjunto el siguiente es el comportamiento demográfico de los municipios de la Costa Pacífica de Nariño:

TABLA No. 65. RED OCCIDENTE DEPARTAMENTO DE NARIÑO

POBLACION, POR MUNICIPIOS Y DISTANCIAS ENTRE EL MUNICIPIO Y LA CAPITAL AÑO 2004

Código	MUNICIPIO	POBLACION PROYECTADA 2003	POBLACION PROYECTADA 2004	% DE CRECIMIENTO POBLACION 2004	CATEGORIA 617	DISTANCIA A LA CAPITAL Km.
52835	TUMACO	162.604	166.030	2.0	4	300
52520	FRANCISCO PIZARRO	10.857	11.154	2.6	6	340
52250	EL CHARCO	21.464	21.817	1.6	6	465
52390	LA TOLA	6.659	6.768	1.6	6	460
52696	SANTA BARBARA	18.922	19.057	0.7	6	513
52473	MOSQUERA	11.167	11.351	1.6	6	430
52490	OLAYA HERRERA	28.697	29.169	1.6	6	430
52079	BARBACOAS	31.199	31.723	1.6	6	245
52427	MAGUI PAYAN	10.940	10.965	0.2	6	325
52621	ROBERTO PAYÁN	12.231	12.410	1.4	6	254
	TOTAL	**314.740**	**320.444**	**1.5**		

Fuente: Planeación Departamental Proyección DANE 93

El 18% de la población total del Departamento corresponde a la región Occidental. En la región Occidente los municipios con mayor número de habitantes son Tumaco, Barbacoas, Olaya Herrera y El Charco. Tumaco con 166.030 es el mayor.

La población del Municipio de Tumaco (166.030 habitantes) representa el 52% de la población total de los municipios que conforman la Red Occidente, con un porcentaje de crecimiento del 2.% y una densidad de 43 habitantes por Km2. En la cabecera municipal hay mayor concentración de la población y en la zona rural la población está dispersa. El 48% del total de la población de la Red Occidente está distribuida en los otros nueve municipios que conforman la Red Occidente.

El municipio con menor población es La Tola, que representa tan sólo el 2% del total de la población de la Red Occidente (6.768 habitantes), y una densidad que no supera los 15 habitantes por Km2.

A pesar de que la costa Pacifica tiene extensiones grandes de territorio, y en su mayoría es plano, una gran parte del territorio no es habitable debido a problemas de inundaciones y otros riesgos naturales. Por otra parte, la presencia de grupos ilegales ha hecho que la población se desplace a otras regiones.

1.3. Comunicaciones

Las grandes distancias entre los municipios y los Nodos de Referencia de la Red Occidente implica que su acceso tome mucho tiempo y además sea costoso. La principal vía de transporte es la vía acuática.

Pasto se encuentra intercomunicado con el Municipio de Tumaco a través de una vía pavimentada. Con el Municipio de Barbacoas se intercomunica a su vez por vía parcialmente pavimentada hasta el corregimiento de Junín. Los 54 kilómetros restantes por carretera destapada en muy malas condiciones.

Los demás municipios que conforman la red Occidente se comunican con Tumaco por vía acuática, lo que ocasiona los elevados costos del transporte y el difícil acceso por las distancias que hay entre los municipios.

De acuerdo a la Ley 617 del año 2000 los 9 de los 10 municipios que conforman la Red Occidente, se encuentran clasificados en sexta categoría, únicamente el Municipio de Tumaco está clasificado con categoría 4, por su mayor desarrollo económico, cultural y social, comunica con la capital por vía pavimentada, lo que le permite comercializar sus productos derivados de la pesca, la agricultura. Cuenta con centros educativos e Instituciones gubernamentales.

Olaya Herrera, El Charco, Mosquera, Santa Bárbara, Francisco Pizarro, Barbacoas, Roberto Payán, Maguí Payán y La Tola están clasificados con categoría 6. Por cuanto sus ingresos anuales no superan los 15.000 salarios mínimos de destinación libre. Son municipios con alto índice de población NBI. Sus habitantes en su mayoría están dedicados a los trabajos informales como la pesca sin ninguna tecnología, la siembra de plátano, coco para su sustento diario.

GRAFICO No. 54

DEPARTAMENTO DE NARIÑO

MUNICIPIOS Y LÍMITES DE LA RED OCCIDENTE

Convenciones

TUMACO		FRANC. PIZARRO	
BARBACOAS		SANTA BARBARA	
MOSQUERA		EL CHARCO	
LA TOLA		MAGUI PAYAN	
OLAYA HERRERA		ROBERTO PAYAN	

1.4. Conformación Político Administrativa

TUMACO: La cabecera municipal es Tumaco y cuenta con 40 corregimientos y 20 Inspecciones de Policía.

Autoridades: El Alcalde y el Concejo Municipal que lo constituyen 17 ediles. La Fiscalía General de la Nación cuenta con 6 fiscales seccionales y 2 fiscales locales. El Poder Judicial esta representado por 2 jueces civiles del circuito, 2 jueces penales del circuito, 2 jueces civiles municipales, 2 jueces penales municipales, un juez Promiscuo de Familia y un juez Laboral del Circuito. La Acción Comunal cuenta en el sector urbano con 78 juntas y en el sector rural con 214 juntas debidamente organizadas.

El territorio de Tumaco posee las mejores tierras de vocación agrícola, ubicadas entre los ríos Mira – Mataje y Caunapi y desde 1982 se convierte en municipio agroindustrial con la instalación de nueve plantas extractoras de aceite de palma africana y la construcción de 50 camaricultoras.

1.5. Servicios Públicos

Respecto a la situación de cobertura de servicios públicos domiciliarios, el Instituto de Salud del Departamento reporta para toda la región cifras de muy baja cobertura. Tumaco muestra coberturas muy deficientes, aunque son las mejores de la región.

TABLA No. 66. COBERTURAS DE SERVICIOS PUBLICOS
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
RED OCCIDENTE 2003

MUNICIPIO	ACUEDUCTO %	ALCANTARILLADO %	ASEO %	DISPOSICION FINAL DE BASURAS		
				CORRIENTE DE AGUA	CAMPO ABIERTO	RELLENO SANITARIO
El Charco	15	2.7	16	80%	20%	-
La Tola	0	3.45	0	X	X	-
Santa Bárbara	0	0.74	0	X	X	-
Francisco Pizarro	57	18	18	X	X	-
Mosquera	0	6	0		X	-
Olaya Herrera	13.6	26.9	0	X	X	-
Tumaco	34.6	41.31	9.88	30%	70%	-
Barbacoas	46.3%	7.4%	0	X	X	-
Roberto Payán	8.8	100	45	X	x	-
Magui Payán	26	100	18	X	X	-

Fuente: Red de Servicios 2003. Formularios E

Los municipios que conforman la Red Occidente, como se aprecia en la tabla anterior, carecen de coberturas de servicios de saneamiento básico. Los municipios de El Charco, Tumaco y Olaya Herrera, tienen acueducto pero no abastece a toda la comunidad y no garantiza un agua adecuada para el consumo humano. Barbacoas y Maguí Payán a pesar de tener acueducto, no provee agua suficiente y en condiciones de calidad, por lo que se hace necesario optimizar el acueducto en el área urbana. En muchas ocasiones por falta de energía se ven abocados a permanecer sin agua durante largas jornadas, ocasionando perjuicios a la economía, especialmente en Tumaco, donde existen muchas empresas dedicadas a la distribución y venta de pescado y productos del mar.

2. SITUACIÓN DE SALUD

2.1. Morbilidad

Como quiera que la Secretaría de Salud del municipio no cuenta con estadísticas de morbilidad y mortalidad, al igual que la IPS de primer nivel de complejidad, es necesario acercarse a las cifras a través de datos del Instituto Departamental de Salud (IDS), de la IPS de II Nivel y de las ARS con sede local.

TABLA No. 67. SITUACION DE SALUD DEPARTAMENTO DE NARIÑO RED OCCIDENTE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA AÑO 2003

NO	DIAGNOSTICO POR CONSULTA EXTERNA	CASOS	%	TASA *1.000 HB
1	Infección Respiratoria Aguda	10.819	9,4	33
2	Parasitosis	9.063	7,9	28
3	EDA	8.480	7,3	26
4	Síndrome Febril	7.812	6.8	24
5	Caries Dental	6.837	6	21
6	Paludismo	5.962	5.2	18
7	Infecciones de Transmisión Sexual	3.803	3.3	12
8	Hipertensión Arterial	3.269	2.6	10
9	Dermatitis	2.478	2.1	7
10	Infección de Vías Urinarias	2.394	2.1	7
	Otras Causas	54586	47.3	170
TOTAL		**115.503**	**100**	**360**

Fuente: Información de la Red de servicios de los Municipios 2003. Formularios E

En la Red de Occidente del Departamento la morbilidad está encabezada por la Infección Respiratoria Aguda, seguida por la parasitosis y la Enfermedad Diarreica aguda (EDA) propia de las poblaciones postergadas y con graves problemas sanitarios. En el sexto lugar de consulta aparece el paludismo.

Las tasas de Infección Respiratoria Aguda, la principal causa de consulta son muy bajas respecto a la de otros territorios como el Chocó, incluso inferiores a las de las regiones más postergadas de este Departamento, lo que va dando una idea de la limitadísima oferta y demanda de servicios.

Al revisar la morbilidad del Hospital de II Nivel para la región, ubicado en Tumaco, las enfermedades respiratorias adquieren igualmente importante relieve, con distintos diagnósticos, muchos de mayor gravedad, junto con la EDA y también destacan las patologías relacionadas con el embarazo y el aborto.

TABLA No. 68. MUNICIPIO DE TUMACO HOSPITAL SAN ANDRES
MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA USUARIOS VINCULADOS – AÑO 2003

No.	CAUSA	CASOS
1	ASMA, NO ESPECIFICADO	286
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE INFECCIOSO	112
3	AMENAZA DE ABORTO	111
4	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	108
5	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	106
6	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	96
7	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	96
8	INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	80
9	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	52
10	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	51
11	NEUMONIA, NO ESEPCIFICADA	47
12	ABORTO ESPONTANEO, INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	44
13	PALUDISMO DEBIDO A PLASMODIUM FALCIPARUM	43
14	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	39
15	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	38
16	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	38
17	MENINGITIS POR HEMOFILOS	33
18	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	32
19	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	30
20	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	28
	OTRAS CAUSAS	1041
	TOTAL	**2.511**

Fuente: RIPS

Finalmente se revisa la morbilidad por consulta proporcionada por la ARS con mayor número de afiliados, EMSANAR, que también señala el predominio de las infecciones respiratorias para todos los grupos, e incluye motivos de consulta como infecciones urinarias, dermatomicosis y lumbalgias, que parecen corresponder a una mayor oferta y demanda de servicios en el nivel urbano.

TABLA No. 69. MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN EDAD
TUMACO 2003 EMSSANAR

PATOLOGIAS	EDAD							%
	-1	1-4	5-14	15-44	45-59	60 y +	Total	
INFECCIONES RESPIRATORIAS	116	407	376	516	171	161	1.747	19
INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO	2	11	52	342	68	38	513	6
DERMATOMICOSIS	20	39	53	207	60	65	444	5
POLIPARASITISMO	1	28	117	168	44	29	387	4
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA		3	20	202	64	55	344	4
CARIES DENTAL		9	65	213	35	19	341	4
HERIDAS EN DIFERENTE LOCALIZACION		21	105	167	29	18	340	4
HIPERTENSION ARTERIAL		1	6	33	117	165	322	3
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	21	90	48	86	22	33	300	3
LUMBALGIAS		1	6	114	82	51	254	3
SUBTOTAL	160	610	848	2.048	692	634	4.992	54
Total general	210	868	1.417	4.278	1.345	1.184	9.302	100

Fuente: Estadísticas EMSANAR Nariño

De hecho, como la misma entidad reporta, el 77% de la consulta corresponde a población urbana.

TABLA No. 70. PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA TUMACO, SEGÚN ZONA EMSSANAR 2003

PATOLOGIAS	ZONA				Total general	%
	RURAL	%	URBANA	%		
INFECCIONES RESPIRATORIAS	293	13,83	1454	20,24	1747	18,78
INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO	167	7,88	346	4,82	513	5,51
DERMATOMICOSIS	92	4,34	352	4,90	444	4,77
POLIPARASITISMO	91	4,30	296	4,12	387	4,16
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	94	4,44	250	3,48	344	3,70
CARIES DENTAL	55	2,60	286	3,98	341	3,67
HERIDAS EN DIFERENTE LOCALIZACION	67	3,16	273	3,80	340	3,66
HIPERTENSION ARTERIAL	67	3,16	255	3,55	322	3,46
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	47	2,22	253	3,52	300	3,23
LUMBALGIAS	99	4,67	155	2,16	254	2,73
SUBTOTAL	1072	50,61	3920	54,57	4992	53,67
Total general	2118	100,00	7184	100,00	9302	100,00
Porcentaje Horizontal	22,77		77,23		100,00	

Fuente: Estadísticas EMSANAR Nariño

En cuanto a la morbilidad por egresos para la Zona Occidente, destaca el parto, seguido del aborto, la neumonía y el paludismo.

TABLA No. 71. MORBILIDAD POR EGRESOS HOSPITALARIOS DEPARTAMENTO DE NARIÑO ZONA OCCIDENTE AÑO 2003

No	DIAGNOSTICO POR EGRESO	CASOS	%	TASA * 10.000 HB
1	Parto Normal	1621	19,1	51
2	Aborto incompleto	458	5,4	14
3	Neumonía	408	4,8	13
4	Paludismo	300	3,5	9
5	Parto Complicado	277	3,3	9
6	Leiomioma Uterino	183	2,2	6
7	Infección de Vías Urinarias	178	2,1	6
8	Hipertensión Esencial	176	2,1	5
9	Enfermedad Diarreica	161	1,9	5
10	Amenaza de Aborto	141	1,7	4
	OTRAS CAUSAS	4.579	53,9	143
	TOTAL	**8.482**	100	**265**

Fuente: Red de Servicios Municipios 2003. Formularios E

2.2. Mortalidad

En cuanto a la lista de causas de mortalidad de la región la encabezan las muertes violentas, seguidas de la neumonía y la septicemia. En los siguientes lugares se encuentra la mortalidad perinatal y la desnutrición y posteriormente destacan las enfermedades cardiovasculares y

respiratorias propias del adulto mayor, pero no existe información específica por grupos de edad.

TABLA No. 72. MORTALIDAD GENERAL
DEPARTAMENTO DE NARIÑO REGION OCCIDENTE
AÑO 2003

No	DIAGNOSTICO	CANTIDAD	%	TASA * 100.000 HB
1	Muerte Violenta	37	17	10
2	Neumonía	18	8,3	7
3	Septicemia	16	7,4	5
4	Hemorragia Intracefálica	11	5,1	3
5	Síndrome de Dificultad Respiratoria del RN	10	4,62	3
6	Desnutrición	10	4,62	3
7	Hipertensión Endocraneana	9	4,2	3
8	Paro Cardiorespiratorio	7	3,24	2
9	EPOC	7	3,24	2
10	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	7	3,24	2
	OTRAS CAUSAS	84	39	26
	TOTAL	**216**	**100**	**66**

Fuente: Red de Servicios Municipios 2003. Formularios E

El reporte del Instituto Departamental de Salud (IDS) de Nariño destaca que:

"En el año 2003 ocurrieron en la región Occidente 216 casos de muerte. La muerte violenta ocupa el primer lugar con 37 casos, lo que demuestra la realidad de nuestros municipios. La presencia de grupos armados y el aumento de cultivos ilícitos, conlleva a un aumento de los índices de violencia.

Luego se encuentran: la Neumonía y Septicemia, enfermedades que se pueden prevenir.

Es preocupante el alto número de muertes recién nacidos, lo cual demuestra que están siendo insuficientes las actividades de Promoción y Prevención, especialmente la motivación e importancia de la asistencia al control prenatal y la atención del parto en una institución de Salud.

El 84% corresponde a otras causas entre las cuales se encuentran TBC Pulmonar, lo cual demuestra la falta de actividades de Promoción y Prevención en la comunidad. Otras causas Accidente Cerebro Pulmonar, Hipertensión esencial.

Igualmente se observa que la desnutrición está causando un número considerable de muertes en los niños, debido a la falta de oportunidades de trabajo ya a la pobreza en que viven la mayoría de los habitantes de la región Occidente".

Las siguientes son las cifras de mortalidad específica materno infantil para la zona de occidente del Departamento de Nariño, junto con los comentarios del Instituto Departamental de Salud.

TABLA No. 73. MORTALIDAD PERINATAL
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
REGION OCCIDENTE AÑO 2003

DIAGNOSTICO	CANTIDAD	%	TASA * 100.000 HB
Síndrome de dificultad Respiratoria del Recién Nacido	10	16	3
Hipoxia Neonatal	6	9,7	2
Anoxia Neonatal	4	6,5	1
Prolapso de Cordón	3	4,9	1
Sepsis Bacteriana del Recién Nacido	3	4,9	1
Abruptio de Placenta	2	3,2	1
Insuficiencia Respiratoria Aguda	2	3,2	1
Causas no Especificadas	19	30,6	6
Otras Causas	13	21	4
TOTAL	**62**	**100**	**20**

Fuente: Red de Servicios Municipios 2003. Formularios E

"La mortalidad Perinatal está dada por causas en su mayoría evitables tales Síndrome de dificultad respiratoria, Sepsis Bacteriana, lo que refleja posiblemente la falta de control prenatal y probablemente debido a una deficiencia en las actividades de promoción y prevención con relación al Control Prenatal, atención del parto en una institución de Salud. La mayoría de las muertes ocurren por la mala atención del parto realizada por personas empíricas, que no tiene una buena asepsia ni cuentan con los elementos ni equipos adecuados. Las grandes distancias, costos en el transporte y la cultura influyen agravar más la situación."

El indicador de mortalidad perinatal se constituye como un evaluador eficaz de las condiciones de desarrollo de un país y del seguimiento obstétrico, y puede ser usado a nivel global, nacional y local para evaluar directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal determinando la calidad del servicio de salud materno-infantil, bien a nivel departamental, municipal, regional y/ o local; también refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre. En Colombia en el año 2003 se presentaron 5.346 casos, en Nariño 383 y específicamente en la Costa Pacifica se presentaron 29 casos en Tumaco (tasa 7.6 por 1.000 NV) , 17 en Barbacoas (tasa 23.35 por 1.000 NV), 6 en El Charco (tasa 10.7 por 1.000 NV). Con referencia al año 2003 aumento la notificación por mortalidad Perinatal en el 90% de los municipios y en el 2004 es preocupante que a mitad del año casi se supere los datos del año anterior.

TABLA No. 74. MORTALIDAD INFANTIL
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
REGION OCCIDENTE AÑO 2003

DIAGNOSTICO	CANTIDAD	%	TASA * 100.000 HB
Desnutrición	6	30	2
Neumonía	3	25	1
Septicemia	3	15	1
Enfermedad Diarreica Aguda	3	15	1
Infección Respiratoria Aguda	3	5	1
Broncoaspiración	2	10	1
TOTAL	**20**	**100**	**7**

Fuente: Red de Servicios Municipios 2003. Formularios E

"Las cifras de mortalidad infantil con 20 casos, sigue siendo preocupantes, y el hecho de que dentro de las causas estén las Infecciones Respiratorias Agudas y la Enfermedad Diarreica Aguda, enfermedades relacionadas con la falta de un adecuado Saneamiento básico y débiles actividades de Promoción y Prevención. Hace falta que los municipios analicen las causas de muerte de los niños y tomen las medidas correctivas. La desnutrición otra de las causa esta ocupando el primer lugar con el 30% del total de mortalidad infantil."

TABLA No. 75. MORTALIDAD MATERNA
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
REGION OCCIDENTE AÑO 2003

DIAGNOSTICO	CANTIDAD	%	TASA * 100.000 HB
Eclampsia	2	25	33
Hemorragia Posparto	2	25	33
Shock Hipovolémico	1	12.5	16
Intoxicación por Veneno	1	12.5	16
Muerte no Especificada	1	12.5	16
Endocarditis Bacteriana	1	12.5	16
TOTAL	**8**		**130**

Fuente: Formulario E diligenciado por los municipios 2003

"Las Instituciones de la Zona Occidente reportan 8 casos de muerte materna, lo que representa que por cada 100.000 nacidos vivos mueren 33 maternas, cifra alta en comparación con el resto de regiones del Departamento, entre las causas se encuentran la eclampsia y hemorragia posparto entidades que se pueden evitar educando a la comunidad para que acuda al control del Embarazo, Parto y Puerperio, igualmente brindando una atención oportuna y de calidad en las instituciones."

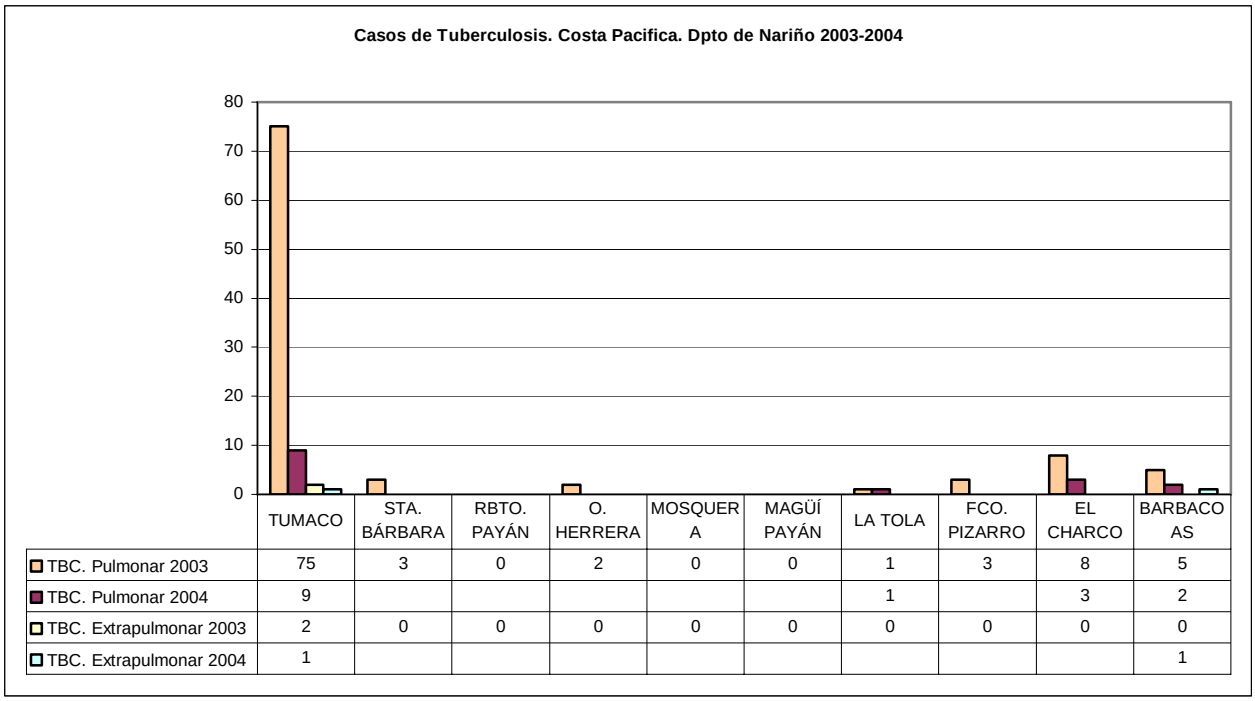
2.3. Sistema de Vigilancia en Salud Pública

2.3.1. TBC

En Nariño en el 2003 se informaron 195 casos de Tuberculosis y 50 casos Extra pulmonares. En la Costa pacifica en el 2003 el Municipio que mayor incidencia presenta TBC es Tumaco con 77 casos.

GRAFICO No. 55. CASOS DE TUBERCULOSIS.

COSTA PACIFICA NARIÑO, 2003-2004



	TUMACO	STA. BÁRBARA	RBTO. PAYÁN	O. HERRERA	MOSQUERA	MAGÜÍ PAYÁN	LA TOLA	FCO. PIZARRO	EL CHARCO	BARBACOAS
TBC. Pulmonar 2003	75	3	0	2	0	0	1	3	8	5
TBC. Pulmonar 2004	9						1		3	2
TBC. Extrapulmonar 2003	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TBC. Extrapulmonar 2004	1									1

Fuente: Diagnóstico Ejecutivo Costa Pacífica 2004 - IDS Nariño

2.3.2. VIH-SIDA

Nariño en el 2003 notifico 51 casos 40 casos procedentes del Departamento de Nariño y 19 de otros departamentos. De estos 7 casos de VIH-Sida, procedentes de Tumaco, 1 de Francisco Pizarro y 1 del Charco. Hasta Junio 2004 la Costa Pacifica ha notificado 4 casos, todos procedentes del Municipio de Tumaco.

2.3.3. Sífilis Congénita

En el Departamento de Nariño en 2003 se notificaron 37 casos y de la Costa Pacifica 13 casos, el municipio de mayor reporte fue Tumaco con 10 casos con una tasa de 3.17 por 1.000 NV.

2.3.4. Sífilis Gestacional

En Nariño se notifico 44 casos, 43 procedentes de Nariño y 1 caso del Putumayo. En la Costa Pacifica se presentaron 25 casos, 23 casos procedentes de Tumaco, 6 del El Charco, 5 de Barbacoas y 1 en Santa Bárbara y El Charco.

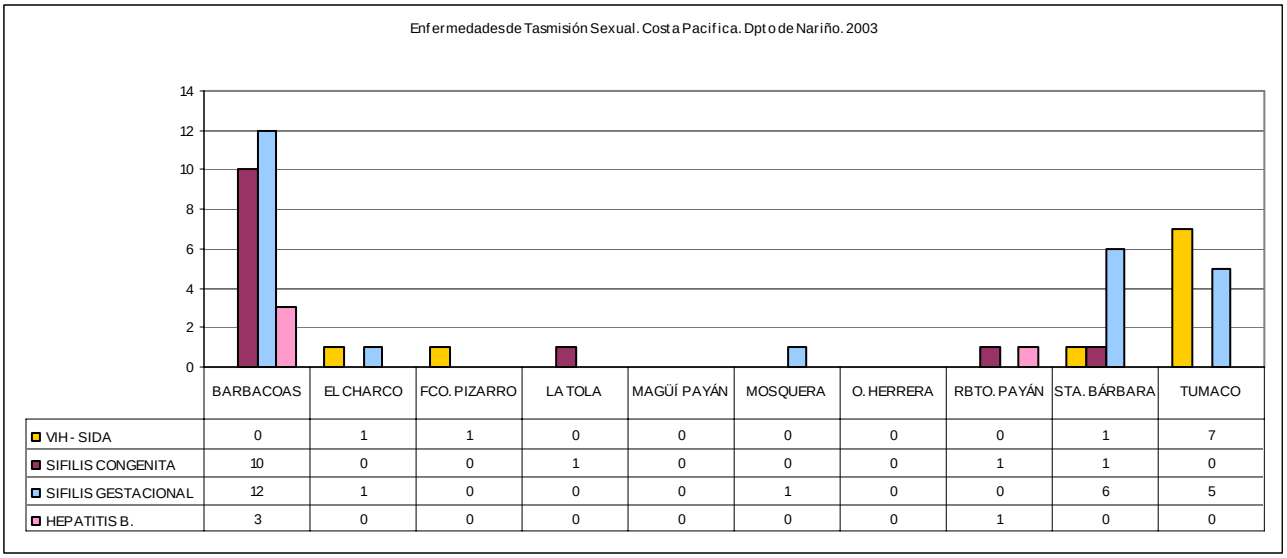
En el 2004 hasta Junio 4, se han notificado de la Costa Pacifica 44 casos, 36 de ellos procedentes de Tumaco, 5 casos del municipio de Santa Bárbara, 2 casos del municipio de El Charco y 1 caso del municipio de Barbacoas.

2.3.5. Hepatitis B

Colombia es considerada como un país de moderada endemicidad para Hepatitis B que ha mostrado una tendencia al ascenso en las tasas de incidencia durante el período comprendido entre los años 1976 y 2001. En Nariño durante el año 2002 se informaron 12 casos y en el 2003 se notifico 14 casos. La Costa Pacifica en el 2003, notifico 3 casos de Hepatitis B, 2 casos procedentes del municipio de Barbacoas y 1caso procedente de Roberto Payan. Hasta

Junio 4 del 2004 la Costa Pacifica ha notificado 4 casos, 3 casos procedentes de Tumaco y 1 caso procedente de Santa Bárbara.

GRAFICO No. 56. CASOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL COSTA PACIFICA, 2003-2004



	BARBACOAS	EL CHARCO	FCO. PIZARRO	LA TOLA	MAGÜÍ PAYÁN	MOSQUERA	O. HERRERA	RBTO. PAYÁN	STA. BÁRBARA	TUMACO
VIH - SIDA	0	1	1	0	0	0	0	0	1	7
SIFILIS CONGENITA	10	0	0	1	0	0	0	1	1	0
SIFILIS GESTACIONAL	12	1	0	0	0	1	0	0	6	5
HEPATITIS B.	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0

Fuente. Oficina de epidemiología. *2004 hasta semana epidemiológica 22 (Junio 4 de 2004)

2.3.6. Malaria

El riesgo de enfermar por malaria esta determinado por factores como el desarrollo social, el desplazamiento de las poblaciones, el comportamiento humano, individual y colectivo; la presencia del vector y el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento, dicho riesgo se ha clasificado como alto, medio y bajo[1]. La Costa Pacifica se encuentra en un riesgo alto por su alto índice vectorial y transmisibilidad en toda la zona; de mediano índice están los municipios de Samaniego, Los Andes, Policarpa, El Rosario, Cumbitara y de bajo índice en el resto de municipios de la Zona Andina en donde la migración persiste de la zona endémica.

En el 2003 los municipios de mayor incidencia de malaria fueron Tumaco y Roberto Payan. El riesgo en cada municipio radica en el aumento de pacientes complicados, la mortalidad y la resistencia a los medicamentos.

Según información que se recoge y procesa del Instituto de control de enfermedades trasmisibles y control de vectores, se obtiene entre el 20% y 30 % de casos positivos del total de muestras de gota gruesa que se toman. La incidencia es de 14.708 casos por año.

[1] Protocolos VSP. MSPS.2003

TABLA No. 76. CASOS DE MALARIA.
COSTA PACIFICA, 2003

MUNICIPIOS	P. FALC.	VIVAX	MIXTO	TOTAL
TUMACO	2060	897	0	2957
FRANCISCO	678	55	0	733
EL CHARCO	995	634	0	1629
MOSQUERA	194	388	0	582
MAGUI	1068	192	2	1262
ROBERTO	2307	771	0	3078
OLAYA	1088	682	0	1770
SANTA BARBARA	622	375	0	997
LA TOLA	456	371	0	827
BARBACOAS	676	195	2	873
TOTAL	**10144**	**4560**	**4**	**14708**

Fuente. Oficina de Epidemiología

Para tratamiento se utiliza la combinación de amodiaquina y sulfa, y no se ha detectado resistencia. Con cloroquina se reportó en el 70% cuando se utiliza solo este medicamento, pero en el municipio no se utiliza solo como monoterapia sino combinado con sulfa. En este aspecto se tiene dificultades por el no suministro oportuno por parte del Ministerio y ocasionalmente se reciben medicamentos vencidos.

TABLA No. 77. CASOS DE MALARIA POR PERIODO EPIDEMIOLOGICO
COSTA PACIFICA, 2004

PERIOD	ZONA ANDINA				ZONA PACIFICA				TOTAL DEPARTAMENTO			
	P. FALC.	VIVAX	MIXTO	TOTAL	P. FALC.	VIVAX	MIXTO	TOTAL	P. FALC.	VIVAX	MIXTO	TOTAL
1	10	12	1	23	1045	254	0	1299	1055	266	1	1322
2	6	10	0	16	1155	246	2	1403	1161	256	2	1419
3	3	11	0	14	1288	277	0	1565	1291	288	0	1579
4	9	14	0	23	1082	228	0	1310	1091	242	0	1333
TOTAL	28	47	1	76	4570	1005	2	5577	4598	1052	3	5653

Fuente. Oficina de Epidemiología

2.3.7. Leishmaniasis

Entre los años 2002 y 2003, el municipio que presenta mayor incidencia es Tumaco con 285 casos en el 2002 y 337 casos en el 2003**,** le sigue Barbacoas con 71 casos en el 2002 y 134 en el 2003.

TABLA No. 78. CASOS DE LEISHMANIASIS DPTO DE NARIÑO, 2002-2003

MUNICIPIO	No CASOS	
	2002	2003
TUMACO	285	337
BARBACOAS	71	134
PASTO	158	86
ROBERTO PAYAN	67	46
SAMANIEGO	32	40
MAGUI PAYAN	8	12
STA BARBARA	4	12
EL CHARCO	9	6
GUACHUCAL	0	5
OLAYA HERRERA	3	5
FRANCISCO P.	6	4
LINARES	0	4
IPIALES	0	2
LA TOLA		2
LOS ANDES		2
MALLAMA		2
MOSQUERA	3	2
EL TAMBO		1
PROVIDENCIA		1
SANDONA		1
RICAURTE	2	
CONSACA	1	
TOTAL	**649**	**704**

Fuente: Diagnóstico Ejecutivo Costa Pacífica 2004 - IDS Nariño

Los siguientes casos fueron reportados en el primer semestre de 2004:

TABLA No. 79. CASOS DE LEISHMANIASIS COSTA PACIFICA, 2004

MUNICIPIO DONDE SE INFECTARON	No CASOS
Tumaco	95
Roberto Payan	25
Barbacoas	15
El Charco	4
Francisco Pizarro	2
Magui Payan	1
Mosquera	0
La Tola	0
Olaya Herrera	0
Santa Bárbara	0
Total Periodo	**142**

Fuente: Diagnóstico Ejecutivo Costa Pacífica 2004 - IDS Nariño

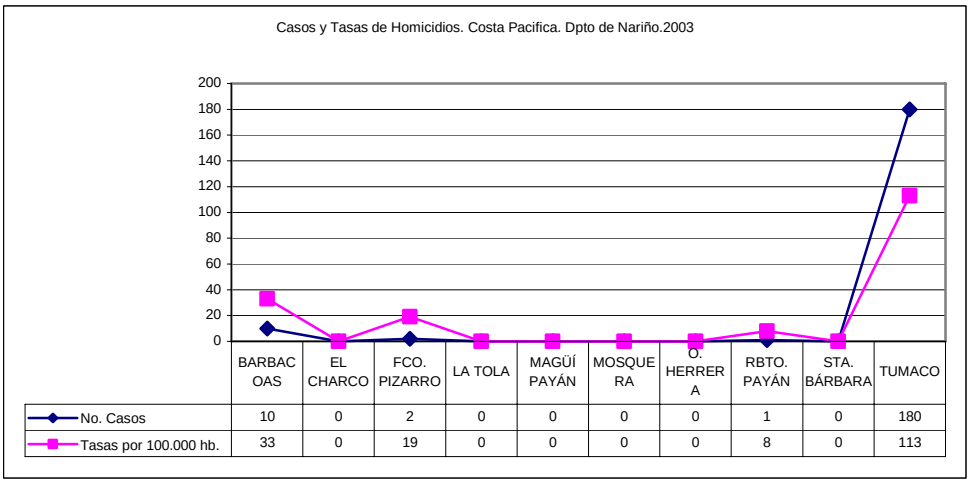
2.3.8. Dengue

El creciente proceso de urbanización durante las últimas décadas ha traído como consecuencia un incremento en la incidencia de Dengue a nivel de todo el mundo a excepción de Europa. Colombia presenta elevaciones periódicas con un comportamiento cíclico más o menos quinquenal. En el 2003 se notificaron 53.203 de Dengue Clásico y 4976 por Dengue Hemorrágico. Nariño en el 2003 notifico 38 casos sospechosos de Dengue Clásico y se confirmaron 3 casos de Dengue Clásico, 1 de ellos procedente de el municipio de Barbacoas. En el 2004 hasta Junio 4 se han notificado 12 casos de Dengue Clásico, procedentes del Municipio de Tumaco. En el año 2003 se presento un subregistro por cuanto no se realizo vigilancia centinela de febriles, la cual venía realizando anteriormente con Tumaco, el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Departamental de Salud. Para el segundo semestre de este año se implementará la serotipificación para Dengue con el Instituto Nacional de Salud y el seguimiento de febriles con el Laboratorio de Salud Pública del Instituto Departamental de Salud en el Municipio de Tumaco.

2.3.9. Homicidios

GRAFICO No. 57. CASOS Y TASAS DE HOMICIDIO

COSTA PACIFICA, 2002



	BARBACOAS	EL CHARCO	FCO. PIZARRO	LA TOLA	MAGÜÍ PAYÁN	MOSQUERA	O. HERRERA	RBTO. PAYÁN	STA. BÁRBARA	TUMACO
No. Casos	10	0	2	0	0	0	0	1	0	180
Tasas por 100.000 hb.	33	0	19	0	0	0	0	8	0	113

Fuente. Oficina de Epidemiología

Para el año 2002 el municipio de la Costa que presenta mayor incidencia de homicidios es el Municipio de Tumaco con 180 casos con una tasa de 113 por 100.000 Hab., le sigue Barbacoas con 10 casos tasa de 33 por 100.000 Hab. Se presenta más en el grupo entre 15 a 44 y la violencia social es la más significativa siendo las agresiones por arma de fuego la causa determinante. Según el Observatorio del Delito para el año 2003**,** en el Municipio de Tumaco, en los periodos Enero – Noviembre ocurrieron 120 homicidios. En los meses de Abril y Mayo se presentaron el mayor número de muertes con 18 casos respectivamente. Aunque en el mes de Septiembre se observa un descenso en el número de homicidios con 4 casos, nuevamente en Octubre y Noviembre hay un incremento con 12 y 11 casos respectivamente. En relación al día de la semana en que ocurren los homicidios, el sábado y el miércoles presentaron el mayor numero de muertes con 29 y 23 casos. Los fines de semana (viernes, sábado y domingo) ocurrieron el 48% del total de casos. Principalmente, las víctimas de los homicidios fueron hombres con el 89% de las muertes (107 casos). El 77% (82 casos) fueron hombres jóvenes y adultos jóvenes entre los 15 – 39 años. Se presentaron 12 casos en hombres mayores de 55 años. En mujeres el 62% del total (13 casos) equivalente a 9 casos se encuentra entre 15 – 39 años.[2]

[2] Boletín Observatorio del Delito. Municipio de Tumaco

La tasa de homicidios de Tumaco triplica la media nacional y la ubicaría aproximadamente en el puesto 40 de los municipios del país en los reportes del Instituto de Medicina legal. Sin embargo no aparece registrado Tumaco en tal posición entre los puntos de atención del IML. La razón parece ser que estas muertes se registran y atribuyen a Pasto.

2.4. Seguridad Social

La siguiente tabla muestra la afiliación a la seguridad social de la población del Occidente de Nariño, según el IDS.

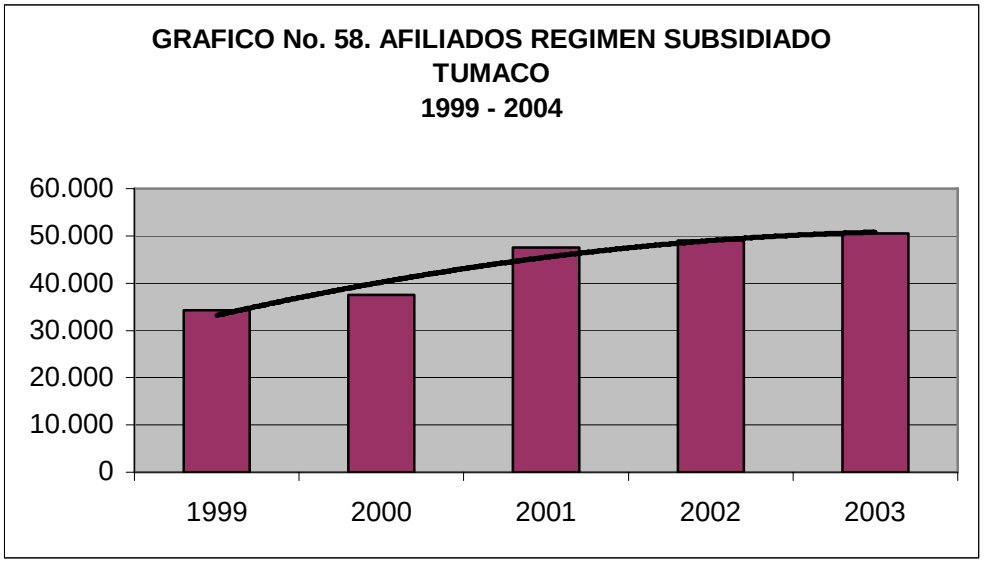
TABLA No. 80. DEPARTAMENTO DE NARIÑO RED OCCIDENTE SEGMENTACION DE LA POBLACIÓN SEGÚN AFILIACION AL SGSSS AÑO 2004

Municipio	Total	Cont.	Reg. Especial	Subs.	Vinc.	No Ident.	% Cont.	% RE	% Subs.	% Vinc.	% No Ident.
TUMACO	166030	28556	4980	50463	45838	36193	17.1	2.99	30.4	27.6	23
RANCISCO PIZARRO	11154	58	334	4185	4292	2285	0.51	2.99	37.5	38.5	20.5
EL CHARCO	21817	220	654	8047	8752	4144	1	3	36.9	40	19
LA TOLA	6768	50	203	2807	1998	1710	0.73	3	47.5	2.95	25
SANTA BARBARA	19057	116	572	7619	7436	3314	0.6	3	40	39	17.4
MOSQUERA	11351	182	341	4536	4658	1634	1.6	3	40	3.6	14.4
OLAYA HERRERA	29.169	185	875	13159	11051	3899	0.63	3	45	38	13.4
BARBACOAS	31.723	703	951	17567	10349	2153	2.2	3	55.4	32.6	6.8
MAGUI PAYAN	10.965	54	100	6195	4417	199	0.5	0.9	56.5	40.3	1.8
ROBERTO PAYÁN	12.410	8	372	5286	5883	861	0.06	3	42.6	47.4	6.9
TOTAL	**320.444**	**30132**	**9382**	**118864**	**104674**	**56392**	**9,4**	**3**	**37,1**	**32,7**	**17,6**

Fuente: IDSN Oficina de Planeación – información año 2004

2.4.1. Régimen Subsidiado

En cuanto al Régimen Subsidiado, Tumaco cuenta con 50.463 afiliados, sin la ampliación del 2004, una cifra bastante estable desde el incremento del 2001. Dado que la población NBI se estima en 96.927 personas, la cobertura frente al NBI se estima en un 53%, bastante por debajo del promedio nacional (70%), pero similar a la del Chocó (54%).



Fuente: Ministerio de Protección Social. Cifras afiliación Régimen Subsidiado

TABLA No. 81. AFILIADOS RÉGIMEN SUBSIDIADO 2004

EPS020	CAPRECOM	2.251
ESS062	ASMET SALUD	4.993
ESS118	EMSSANAR	31.520
UT-001	CAJASALUD	11.699

Fuente: Ministerio de Protección Social. Cifras afiliación Régimen Subsidiado

Considerando los rechazados por doble afiliación y otras razones, la población afiliada efectiva, según las bases de datos entregadas por la secretaria, se redujo a 48.474 personas, así distribuidas.

TABLA No. 82. AFILIACIÓN EFECTIVA ARS

		%
EPS020	2122	4,4
ESS062	4726	9,7
ESS118	30431	62,8
UT-001	11195	23,1
Total	48474	100

TABLA No. 83. AFILIACIÓN EFECTIVA RURAL Y URBANA

ZONA		%
Rural	17384	35,9
Urbana	31090	64,1
Total	48474	100

Fuente: Cálculos del estudio

Mediante reunión conjunta del estudio con los líderes y representantes legales de los Consejos Comunitarios del municipio se obtuvo la siguiente información:

La afiliación al Régimen Subsidiado se da con base en la cédula, de acuerdo a los cupos en cada contratación. El SISBEN no se aplica de manera regular. La población infantil es la menos cubierta, y cada persona de la familia se puede encontrar afiliada a una ARS distinta.

Hasta ahora los Consejos no participan en las veedurías ciudadanas para la vigilancia del proceso de selección de beneficiarios del Régimen Subsidiado.

TABLA No. 84. POBLACION CON SALUD SUBSIDIADA EN EL TERRITORIO DE LOS CONSEJOS COMUNITARIOS DEL PACIFICO SUR - RECOMPAS

Nombre del Consejo	Población Total	Población con Carné	%	Población sin Carné	%
MEJICANO	2575	592	23,0%	1983	77,0%
GUALAJO	712	192	27,0%	520	73,0%
IMBILPI del CARMEN	381	93	24,4%	288	75,6%
TABLON SALADO	1028	206	20,0%	822	80,0%
UNION RIO ROSARIO	4140	911	22,0%	3229	78,0%
TABLON DULCE	766	188	24,5%	578	75,5%
RESCATELAS VARAS	4140	952	23,0%	3188	77,0%
CHAGUI - Acueducto	6674	1401	21,0%	5273	79,0%
ALTO MIRA Y FRONTERA	6786	1493	22,0%	5293	78,0%
BAJO MIRA Y FRONTERA	8029	1622	20,2%	6407	79,8%
Habitantes 10 consejos	**35231**	**7650**	**21,7%**	**27581**	**78,3%**

Fuente: Planes de Manejo Integral Ambiental de los Consejos Comunitarios del Pacífico Sur – RECOMPAS

2.4.2. Régimen Contributivo

En Tumaco se encuentran afiliados al Régimen Contributivo 28.556 personas, casi la totalidad de los afiliados a este régimen en la región principalmente a las EPS Saludcoop, Coomeva y Seguro Social. Equivalen al 17% de la población, nueve puntos más que en el Departamento de Chocó, pero 13 por debajo de la media nacional. Sin embargo para la región entera la cobertura es similar a la del Departamento del Chocó.

Cuenta igualmente con 4980 afiliados a Regímenes Especiales, principalmente el magisterio y las fuerzas militares.

EPS – SALUDCOOP , IPS MUNDIMED

Aproximadamente cuentan con 18.000 afiliados al Régimen Contributivo, de los cuales fueron compensados 11.708 en el mes de marzo de 2004. Aún no tenían información sobre compensados en abril de 2004.

Según la gerencia regional, cerca de 400 son usuarios inactivos por falta de cambio en el documento de identidad, de registro civil a cedula o menores de edad sin registro civil. Al parecer existen dificultades para el registro de los recién nacidos por falta de capacidad operativa del municipio. Muchas veces no existe ni papelería. Por lo tanto pasado el primer mes, si no se presenta el registro se suspenden los servicios por parte de la EPS.

La mayor parte de los afiliados trabajan en las Palmicultoras de la región y viven en zona rural. Actualmente la EPS, presta servicios de atención primaria directamente en 5 de estas

empresas, enviando un médico periódicamente. Este servicio es utilizado no solo por el trabajador sino también por su familia.

Se señala igualmente que existe un alto índice de enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo, los cuales son asumidos por la EPS porque la mayoría de trabajadores no se encuentran afiliados a la ARP. La única que se encuentra en el municipio es la ARP del ISS, pero no hace presencia en las empresas, ni implementa programas de salud ocupacional.

Muchas empresas traen mano de obra de Pasto y el Departamento del Cauca y existe una alta rotación de personal, y dificultad en la afiliación del total de trabajadores que son atendidos en las empresas.

Actualmente cuenta con una IPS de primer nivel dentro de las instalaciones de la EPS, y presta algunos servicios de consulta especializada. El resto de la red esta conformada por los servicios del Hospital Regional los cuales contrata a tarifas del Decreto 2423 de 1996.

SEGURO SOCIAL

Actualmente, en Tumaco no existe sede de la EPS; a partir de la reestructuración por regionales y separación de los negocios del Seguro Social, existe un Centro de Atención Ambulatoria (CAA), perteneciente a la regional del Suroccidente, conformada por:

6 Clínicas en el Valle
1 Clínica en Nariño
2 Clínicas en el Cauca
34 Centros de Atención Ambulatoria en los 3 Departamentos

La mayor parte de los afiliados a la EPS pertenecen a empresas palmicultoras, madres comunitarias y acerías; y la tendencia ha sido a la perdida de cotizantes desde la incursión de Saludcoop y Coomeva como EPS en Tumaco. Existían cerca de 14.500 afiliados y hoy quedan 1.526 cotizantes y 3.242 beneficiarios. Igualmente, refiere problemas de Registro Civil para la afiliación de menores de edad.

Los servicios de urgencias y hospitalización en este momento se contratan con el Hospital San Andrés y el sistema de referencia y contrarreferencia opera dentro de las instituciones de la regional.

2.5. PRESTACION DE SERVICIOS

2.5.1. Estructura Institucional

Tumaco como municipio descentralizado manejaba los recursos de oferta para prestación de servicios de conformidad con la Ley 715 de 2001. Sin embargo, En el mes de octubre de 2003, la Superintendencia Nacional de Salud profirió sanción económica por 12.500 salarios mínimos al Municipio, por manejo inadecuado de recursos. Los recursos para la atención de vinculados pasaron a ser manejados por el Instituto Departamental de Salud.

Más grave aún, el municipio se encuentra actualmente en Ley 550 – Saneamiento Fiscal. Por dichas razones los dineros correspondientes a oferta del Sistema General de Participaciones son administrados por el ente departamental.

TABLA No. 85. RED OCCIDENTE DEPARTAMENTO DE NARIÑO
SITUACIÓN DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION
1992 –1999

No	MUNICIPIO	DECRETO DE CERTIFICACIÓN	FECHA DE CERTIFICACIÓN
1	TUMACO	072 A	Diciembre 16 - 1996
2	FRANCISCO PIZARRO	071	Enero 25 de 1999
3	EL CHARCO	--	-
4	LA TOLA	1055	Diciembre 18 - 1997
5	SANTA BARBARA	1052	Enero 25 de 1999
6	MOSQUERA	1042	Diciembre 18 – 1997
7	OLAYA HERRERA	1112	Diciembre 18 – 1997
8	BARBACOAS	-	-
9	MAGUI PAYAN	1122	Diciembre 18 – 1997
10	ROBERTO PAYÁN	1053	Diciembre 16 - 1996

Fuente: Subdirección Seguridad Social

A raíz del proceso de la descentralización, los municipios asumieron la dirección y prestación de servicios bajo las siguientes modalidades:

El Municipio de Tumaco, descentralizado mediante Decreto 072, asumió la Dirección y Prestación de Servicios de Salud a través de la Secretaría Municipal de Salud organizada mediante Acuerdo No. 041 del 10 de Agosto de 1998 pero la autonomía administrativa y financiera estaba en cabeza del Alcalde.

Como resultado de la evaluación realizada en el año 2003, en cumplimiento al Decreto 027 de 2003, los municipios de Tumaco y Santa Bárbara se descertificaron por no cumplir con los requisitos establecidos en el instrumento evaluativo, mediante los Decretos 0536 y 0532 de mayo 30 de 2003, respectivamente, emanados de la Gobernación de Nariño.

Por esta razón en la Secretaria actualmente no cuenta con información sobre asignación presupuestal para el sector, ni sobre gasto en salud. La asignación presupuestal para las instituciones hospitalarias se realiza directamente por el Departamento.

La Estructura Organizacional de la Secretaria de Salud municipal comprende:

- Coordinación de Seguridad Social
- Coordinación del PAB
- Coordinación de Salud Ambiental
- Coordinación de Salud Pública –
    - Promoción y Prevención
    - Participación social
    - PAI
    - Programa de TBC
- Coordinación de Epidemiología
- Información en Salud

Por inestabilidad de los cargos en la Secretaria, y en especial por cambios de personal, no se logró obtener información histórica sobre el comportamiento epidemiológico, o de utilización de los servicios. La información generalmente desaparece con el funcionario de turno. Con excepción de la base de datos de afiliados actual. De tal modo que la información sobre frecuencias de uso, costos, y morbimortalidad dependerá del Instituto Departamental de Salud. Sin embargo este la agrega para la totalidad de la zona Pacífica sin conservar desagregados municipales para muchos indicadores y sus funcionarios manifiestan a su vez que el Hospital Local del Divino Niño no les reporta información.

2.5.2. Primer Nivel de Atención

La infraestructura de servicios del Municipio esta conformada en el primer nivel de atención por el Hospital del Divino Niño, E.S.E que tiene a su cargo un centro de salud y 13 puestos de salud operando en la zona rural, así como cuatro centros de salud en la zona urbana, los cuales dependen directamente de la administración municipal.

TABLA No. 86. PERSONAL ESE I NIVEL – DIVINO NIÑO (TUMACO)		
	CENTRO	**PUESTOS**
Médicos 8 horas	8	1
Médicos 4 horas		4
Auxiliares de enfermería	6	19
Enfermeras	8	**
Odontólogos	6	***
Bacteriólogas	3	
Auxiliares de odontología	3	
Higienistas	1	
Ginecólogo	1	
Pediatra	1	
* 7 plazas rurales		
** 2 plazas rurales		
*** 2 plazas rurales		

Fuente: Secretaría de Salud de Tumaco

La ESE Divino Niño cuenta en su planta de personal con 8 médicos de 8 horas, ocho enfermeras profesionales, 6 odontólogos, tres bacteriólogas y 1 higienista.

Centros de Salud Zona Urbana

Flores: 1médico 8 horas, 1 auxiliar de enfermería
Cordialidad. 1 médico 4 horas, 1 auxiliar de enfermería
Viento Libre: 1 médico 4 horas, 2 auxiliares de enfermería
IPC: 2 médicos 4 horas

Centros y Puestos Zona Rural

Chilvi, Santa María, Chajal, San Juan, Llorente, Congal y Tangeral, todos con un auxiliar de enfermería, con excepción de Llorente, que actúa como centro de salud y cuenta con dos auxiliares de enfermería. Las plazas rurales de médicos se supone deben desplazarse desde este hacia toda la zona.

No se encuentra constancia alguna sobre los desplazamientos de profesionales hacia los puestos de salud rurales. Se contabiliza en el recurso humano adicionalmente 12 promotores para los centros y puestos de salud.

Con relación a la contratación de los servicios de Promoción y Prevención, el Alcalde contrata directamente con el Hospital del Divino Niño y no lo hace la Dirección Local de Salud, por lo que no existe información en la Secretaria.

Según el Instituto Departamental, en los puestos de salud de la zona rural no hay atención médica, ni de enfermería. Las instalaciones de la gran mayoría de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del primer nivel en zona urbana son inadecuados y los insumos resultan insuficientes.

La información sobre morbilidad y en especial sobre enfermedades de notificación obligatoria la recibe directamente de las E.S.E, ARS, y EPS, el Instituto Departamental y este a su vez notifica a nivel nacional, pero no existe retroalimentación a nivel local. Igualmente la vigilancia y control sobre la prestación de servicios en el Régimen Contributivo se realiza desde el Instituto.

Según el Instituto Departamental de Salud, en 2004 no se ha formulado el plan local de salud. Los constantes cambios de alcalde han generado múltiples problemas en la administración de la salud. El Plan de Atención Básica está formulado, dentro de éste se contempló el proyecto de Salud Sexual y Reproductiva en el que se incluyeron las líneas de acción maternidad segura, planificación familiar y cáncer de cuello uterino; faltando salud sexual y reproductiva en adolescentes, infecciones de transmisión sexual y violencia doméstica y sexual, las estrategias y actividades planteadas en el proyecto en mención son muy limitadas.

En el programa de detección temprana de alteraciones del embarazo cumplen parcialmente con la norma técnica. En atención en planificación familiar, detección de cáncer de cuello uterino, no se cumple con la normatividad. Los programas de detección de alteraciones del desarrollo del joven, infecciones de transmisión sexual -VIH/SIDA, atención a mujer y menor maltratado no se han implementado. Los funcionarios no conocen la programación que se realiza en promoción y prevención, hay deficiencias en el sistema de facturación, la lectura de la citología no es ágil.

Los funcionarios del hospital no conocen el Plan de Atención Básica. La atención de parto y recién nacido la realiza el hospital de nivel dos ya que las IPS de primer nivel hasta el momento no han sido habilitada para prestar este servicio. En cuanto a cumplimiento de normatividad se hace parcialmente. El hospital local no cuenta con los suficientes elementos e insumos para atención de parto y recién nacido.

También reporta el Instituto Departamental que las Instituciones Prestadoras de Salud de éste municipio manifiestan una alta incidencia de infecciones de transmisión sexual y nuevos casos de VIH/SIDA, principalmente en el corregimiento de Llorente, problema que se ha acentuado por la existencia de numerosos prostíbulos con personal foráneo de rotación frecuente lo cual está incidiendo en la salud pública del Departamento.

En el segundo nivel de atención, la población no cubierta por los regímenes contributivo o subsidiado es atendida por el Hospital San Andrés, E.S.E de segundo nivel con algunos servicios de tercer nivel como UCI.

Ambas instituciones venden servicios a entidades de aseguramiento y particulares.

2.5.3. Programas de Salud Pública

2.5.3.1. Enfermedades Trasmisibles y Control de Vectores

Estructura actual y cobertura del programa de vigilancia y control de la malaria:

El programa comprende control del medioambiente y el entorno, control del vector, entrega de toldillos y fumigación, vigilancia del parásito, y entrega de medicamentos para plasmodium falcíparum.

La financiación corresponde a recursos de trasferencias nacionales, manejados desde el Departamento. En el año 2001 se llevo a cabo la reestructuración del Instituto y actualmente cuenta con 80 personas, incluido el personal de campo en las veredas.

Para vigilancia del parásito se han capacitado 200 microscopistas y existen 90 puestos de información distribuidos en las veredas de 10 municipios, donde se recoge información de resultados de gota gruesa cada mes. La mayoría de microscopistas son voluntarios y en especial amas de casa, a quienes se ha capacitado y se les entrego el microscopio en su casa.

TABLA No. 87. PUESTOS DE DIAGNOSTICO (MIC) E INFORMACIÓN (PI)									
MUNICIPIO	AÑO 2001			AÑO 2002			AÑO 2003		
	MIC	P.I	TOTAL	MIC	P.I	TOTAL	MIC	P.I	TOTAL
TUMACO	61	108	169	72	43	115	76	34	110
FCO. PIZARRO	8	2	10	7	2	9	8	1	9
EL CHARCO	14	14	28	14	14	28	17	7	24
MOSQUERA	10	7	17	10	6	16	11	5	16
MAGUI	10	13	23	11	11	22	16	5	21
ROBERTO PAYAN	14	26	40	13	12	25	16	9	25
OLAYA HERRERA	12	12	24	12	10	22	16	9	25
SANTA BARBARA	10	11	21	10	8	18	16	0	16
LA TOLA	9	2	11	9	2	11	9	2	11
BARBACOAS	8	37	45	9	29	38	15	18	33
TOTAL	**156**	**232**	**388**	**167**	**137**	**304**	**200**	**90**	**290**

Fuente: Instituto de control de enfermedades trasmisibles y control de vectores

2.5.3.2. PAI

Al revisar otros indicadores críticos de cobertura como la vacunación, se refuerza la apreciación de la severa deficiencia de servicios para la población de Tumaco y toda la costa Pacífica, pero en especial para la población dispersa.

Efectivamente, las coberturas de vacunación no alcanzan niveles útiles para Polio, DPT y la triple viral. Se conocieron comunicaciones del IDS llamando la atención sobre la gravedad del asunto y el alo riesgo que implica para la población infantil.

TABLA No. 88. COBERTURAS DE INMUNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
RED OCCIDENTE 2003

MUNICIPIO	POBLACION MENOR DE UN AÑO						Gestantes
	Antipolio	DPT	BCG	Hepatitis B	Haemofilus I.	Triple Viral	Toxoide Tetánico
	Cob %	Cob %	Cob %	Cob %	Cob %	Cob %	Cob %
El Charco	113.8	109.8	148.7	114.2	108.6	129.6	10.80
Francisco Pizarro	63.2	63.6	74.3	63.2	62.5	74.3	25.82
Mosquera	93.8	93.8	81.2	93.5	93.8	72.3	7.47
Olaya Herrera	93.9	93.4	100.4	93.4	93.7	90.1	5.85
Santa Bárbara	50.1	48.5	71.9	47.6	47.2	37.2	2.24
La Tola	103.2	103.2	132.9	103.2	103.2	127.1	20.30
Tumaco	64.9	64.6	102.6	70.3	61.7	71.7	11.35
Barbacoas	74.2	74.3	97.6	75.1	73.6	84.8	8.02
Magui Payán	85.5	86.7	189.8	85.1	88.6	133.3	3.16
Roberto Payán	39.3	47.0	172.3	47.0	48.1	108.1	4.10

Fuente: IDSN Oficina De Epidemiología 2003

En la tabla se aprecia las coberturas de vacunación en los municipios que conforman la Red Occidente, el municipio con la más baja coberturas en todos los biológicos es Santa Bárbara

seguida de Francisco Pizarro y Tumaco y los municipios con coberturas más altas, Charco y la Tola que supera el 100%. Cuenta con un equipo de salud que trabajan mancomunadamente en beneficio de la comunidad, y la presencia de Médicos sin Fronteras que hace posible que los servicios de salud lleguen a las partes más alejadas. En cuanto a la aplicación del Toxoide Tetánico las coberturas son muy bajas, situación que conlleva a riesgos al binomio madre-hijo.

Según el IDS, entre las causas que han originado la baja cobertura se encuentran: difícil accesibilidad a las áreas rurales, por grandes distancias entre estas y las Instituciones Prestadoras de Salud y el costo del trasporte; la presencia de grupos ilegales en la zonas; la inadecuada red de frío y mala conservación de los biológicos, debido a la ausencia de fluido eléctrico y limitación de las plantas eléctricas, las cuales están sujetas a un horario determinado. Por otra parte, el personal encargado del programa PAI en algunos municipios no es idóneo por falta de capacitación y la inestabilidad laboral; y las proyecciones de la población dadas por el DANE, son superiores a la cifra de población real existente. Por último, cabe mencionar la falta de fortalecimiento de las acciones de Promoción y Prevención con el fin de sensibilizar a la población en la importancia vacunar a sus hijos.

La Red Occidente, finaliza el informe del Instituto Departamental de Salud, por las bajas coberturas de vacunación, presenta un alto riesgo de sufrir epidemias de enfermedades inmunoprevenibles. Por lo tanto se deben reforzar todas las acciones de Promoción y Prevención y buscar los mecanismos para cubrir a toda la población objeto, tanto del área urbana como rural.

2.5.3.3. Cobertura del PAMI Tumaco

Las cifras del Programa Materno Infantil acaban de describir un cuadro triste de falta de gestión en la atención básica y los programas de promoción y prevención en el municipio. He aquí los indicadores proporcionados por el funcionario responsable del programa en el IDS para Tumaco en el 2003.

- El 12.47 por ciento de las gestantes se inscribieron a control prenatal en este año.
- El 65.56 por ciento de las gestantes inscritas a control prenatal son de zona urbana y el 34.44 por ciento son de zona rural.
- De las inscritas al control prenatal el 34.3 por ciento son menores de 20 años, el 62.41 por ciento se encuentran entre 20 y 34 años y el 3.14 por ciento son mayores e iguales a 35 años.
- El 12.07 por ciento de partos fueron atendidos en institución de salud.
- De las mujeres en edad fértil el 0.30 por ciento se inscribieron al programa de planificación familiar.
- Del total de mujeres entre los 25-69 años el 5.33 por ciento se tomaron citología.

Del total de jóvenes de 10 a 29 años el 0.15 por ciento se inscribieron al programa.

2.5.4. Segundo Nivel de Atención. Hospital San Andrés

Los siguientes son los indicadores de gestión del Hospital Regional de Tumaco, que atiende a la población de la zona pacífica del departamento de Nariño, con sede en Tumaco.

TABLA No. 89. HOSPITAL SAN ANDRÉS DE TUMACO
INDICADORES DE GESTIÓN 1996 - 2003

Indicador	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Numero de Camas	76	73	73	72	73	73	80	85
Numero de Egresos	5.561	5.358	3.917	5.848	6.884	6.973	9.160	10.583
Numero de Consulta Externa	20.709	26.860	12.441	18.334	12.613	11.366	15.920	15.747
Numero de Consulta Urgencias	26.493	29.839	23.914	28.202	29.568	31.304	41.397	46.773
Numero de Cirugías	808	1.646	1.461	2.179	2.467	2.542	3.543	3.799
Cancelación de Cirugía Programada	30,2	21,3	7,4	3,5	1,6	1,4	11,1	16,4
Giro Cama	72,9	73,3	53,8	80,8	94,3	95,5	115,1	124,5
Porcentaje Ocupacional	66,6	71,5	72,3	75,4	86,0	75,7	92,9	98,0
Promedio Día Estancia	3,1	3,3	3,3	3,1	4,6	2,8	2,7	2,7
Total de Partos	1.615	1.725	1.159	1.756	2.108	2.082	2.617	2.913
% Partos por Cesárea	28,85	30,32	22,43	27,45	28,94	31,84	38,33	38,84
% Egreso por Parto Vaginal	20,66	22,43	22,95	21,79	21,76	20,35	17,62	16,83
% Mortalidad Intrahospitalaria	2,43	2,52	2,99	2,02	1,83	1,78	1,59	1,68
% Infección Intrahospitalaria	0,1	na,nd	0,10	0,12	0,20	0,34	0,70	0,65

Fuente: Dirección General de Calidad - Ministerio de Protección Social

El Hospital apenas cuenta con dos especialistas en su planta de personal (ginecólogo y pediatra) y tiene tres vacantes de especialistas sin poderlas proveer.

La tasa de egresos para la población de Tumaco apenas alcanzaría el 6% contra un 10% de promedio nacional y la de cirugía el 2.5 %, la mitad de la media nacional para el Régimen Contributivo. Sin embargo, si el denominador es la población de la Costa Pacífica Nariñense, las tasas disminuyen a la mitad.

El Hospital San Andrés de Tumaco viene atravesando a partir de Ley 100 de 1993, una difícil situación económica ocasionada por la baja demanda de servicios la que se traduce en una deficiente facturación y por otro lado en un sobredimensionamiento de su recurso humano.

Adicionalmente, debido a que el municipio de Tumaco inició la prestación de servicios de primer nivel, el Hospital ha experimentado unas tendencias decrecientes muy significativas en la prestación de servicios de Consulta de Médico General y Consulta Odontológica, servicios que incrementaban de manera considerable los indicadores de atención de usuarios en períodos anteriores.

En la actualidad el Hospital San Andrés de Tumaco E.S.E., cuenta con una planta de personal sobredimensionada para los servicios que presta y su capacidad de cobertura real. Adicionalmente no cuenta con ningún funcionario de carrera administrativa, la gran mayoría de los cargos están ocupados por personal provisional, lo cual genera incertidumbre, falta de sentido de pertenencia y disminución de la calidad en la prestación del servicio, causada por la desmotivación y falta de compromiso.

Todos los empleos públicos de carrera están ocupados por personal provisional, situación que dificulta la toma de decisiones frente a la reestructuración, por cuanto puede ocasionar un gravísimo impacto social en la región. Algunos de estos funcionarios provisionales se encuentran vinculados a la institución desde hace más de veinte años, y en el evento de salir de la entidad por supresión de sus cargos no serían sujetos de ningún tipo de indemnización. Estas personas tienen una edad promedio de entre 42 y 50 años, rango que dificulta su reinserción en el mercado laboral, si se tiene en cuenta la realidad nacional y, más aún, la de la región.

TABLA No. 90. COMPORTAMIENTO DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE MEDIA COMPLEJIDAD RED OCCIDENTE
AÑO 1998 – 2002

UNIDAD DE PRODUCCION	INDICADOR	1999	2000	2001	2002	2003
AMBULATORIOS	# Consultas Externas MD General	18334	4723	2415	2133	2049
	# Consultas Externas MD Especialista	0	7890	8984	13833	14.144
	# Actividades Odontológicas	2445	1013	288	0	0
	# Dosis Biológicos Aplicadas	11743	0	0	0	0
	# Citología Tomadas	496	0	0	0	0
URGENCIAS	# Consultas de Urgencias	28202	29568	31304	41397	47.306
HOSPITALIZACION	# de Camas	73	73	73	80	85
	# de Egresos	5848	6684	6973	9160	10.686
	% Ocupacional	75.4	86	75.7	92.9	99.8
	Promedio Día Estancia	3.1	3.2	2.8	2.7	2.7
	Giro Cama	80.1	91.6	95.5	115.9	94.3
QUIROFANOS	# de Cirugías	1979	2467	2542	3543	3725
	# de Partos	1274	1498	1419	1614	1773
	# de Cesáreas	482	610	663	1003	1018
	# de Legrados	-	-	630	725	672

Fuente: Formato A. Oferta IPS

2.5.5. Descripción del Tumaco Rural en Salud por parte de los Consejos Comunitarios

CONSEJOS COMUNITARIOS – RECOMPAS

Red de Consejos Comunitarios del Pacifico Sur

Esta red agrupa 14 Consejos Comunitarios (Ver tabla No. 91) pertenecientes al Municipio de Tumaco, y estos representan a 204 veredas y aprox. 53.000 personas.

En estos consejos está representada una área de 360.000 hectáreas, de las cuales 200.000 se encuentran tituladas colectivamente (Ley 70 – Incora).

TABLA No. 91. RED DE CONSEJOS COMUNITARIOS DEL PACIFICO SUR

Nombre del Consejo	Población Total	Población fuera del Consejo*	Veredas	Familias	Densidad Familiar/ Viv	Densidad Población Hab./Hec
RIO MEJICANO	2575	31,50%	4	521	6	0,19
RIO GUALAJO	712	13,30%	4	172	5	0,26
IMBILPI del CARMEN	381	ND	1	70	5	0,18
RIO TABLON SALADO	1028	13,20%	4	230	4,5	0,33
UNION RIO ROSARIO	4140	ND	15	955	5	0,34
RIO TABLON DULCE	766	24,50%	1	155	5	0,18
RESCATELAS VARAS	4140	7%	15	955	5	0,27
UNION DEL RIO CHAGUI -	6674	15,70%	27	1456	5	0,24
ALTO MIRA Y FRONTERA	6786	ND	42	1327	5	0,22
BAJO MIRA Y FRONTERA	8029	6502	52	Más de 1600	9	
Habitantes 10 consejos	**35231**					

Fuente: Red de Consejos Comunitarios del Pacífico Sur - RECOMPAS

Se consideró importante la reunión con está red para obtener información de primera mano con relación a la población dispersa en el área rural de Municipio y conocer la perspectiva desde la comunidad con relación a la implementación del Sistema General de Seguridad Social y el acceso a los servicios de salud.

En primera instancia se realizo una reunión con funcionarios de la unidad técnica, la cual lidera el desarrollo de varios proyectos comunitarios con el apoyo de organismos nacionales e internacionales.

En todos los Consejos cuentan con comités de salud y en algunos han avanzado en el levantamiento de información de la población, siendo la principal preocupación la falta de acceso y el costo de bolsillo que implica el desplazamiento a la cabecera municipal.

Actualmente la red cuenta con documentos de 10 Consejos Comunitarios que recogen el diagnóstico de la situación de las veredas en cada municipio, el cual fue elaborado por miembros de la misma comunidad con el fin de elaborar el " Plan de Vida" de cada Consejo, e incorpora aspectos relacionados con saneamiento ambiental, desarrollo económico, biodiversidad, educación, salud, uso de recursos naturales – fauna y flora, producción agropecuaria, cultura, recreación y deporte, vivienda, telecomunicaciones, trasporte, entre otros.

TABLA No. 92. FUENTE DE INGRESOS CONSEJOS COMUNITARIOS

Nombre del Consejo	PEA	Ocup. Agric y Pesca	Fuente Ingresos
RIO MEJICANO	56,4%	23,9%	Agricultura - Cocotero, cacao, platano, Pesca
RIO GUALAJO	53,2%	28,5%	Agricultura - Cocotero y cacao, Pesca
IMBILPI del CARMEN	53,0%	28,0%	Agricultura y pesca
RIO TABLON SALADO	56,5%	32,1%	Agricultura - Cocotero y cacao, Pesca
UNION RIO ROSARIO	53,0%	24,0%	Agricultura y pesca
RIO TABLON DULCE	61,3%	30,0%	Agricultura y pesca
RESCATELAS VARAS	53,0%	24,2%	Agricultura - Cacao, platano y coco, Pesca
UNION DEL RIO CHAGUI	53,2%	28,0%	Agricultura y pesca
ALTO MIRA Y FRONTERA	67,3%		Agricultura, palmicultoras y pesca
BAJO MIRA Y FRONTERA			Agricultura - Cocotero, cacao, platano, Pesca, Palmicultoras

Fuente: Investigación RECOMPAS

RIO TABLON SALADO
SECTOR SALUD

El Consejo cuenta con un puesto de salud ubicado en la vereda Bajo Buenos Aires, cuya infraestructura se encuentra en regular estado; en la actualidad no presta servicio por falta de personal; sin embargo, cuenta con dotación parar prestar servicios de inyectología, control de hipertensión arterial, citología, vacunación, suturas y rehidratación oral; ante situaciones de emergencia y/o gravedad, los pacientes son trasladados hasta Tumaco.

Del total de la población, solo cinco personas cuentan con conocimientos en inyectología y en primeros auxilios, que brindan su colaboración en determinados momentos en sus respectivas comunidades. En relación con la seguridad social en salud, solo el 19,9 % del total de la población posee carné de afiliación en alguna ARS del Régimen Subsidiado, cubriendo principalmente a la población adulta y dejando a las personas mas vulnerables como los niños y los ancianos, desprotegidos.

TABLA No. 93. POBLACIÓN CON Y SIN CARNÉ DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DENTRO DEL CONSEJO COMUNITARIO RÍO TABLÓN SALADO, AÑO 2003

EDADES	CON CARNE	%	SIN CARNE	%
0-1	0	0	15	1.5
1-4	9	.9	99	9.7
5-14	52	5	197	19.1
15-44	99	9.7	397	38.6
45-59	26	2.5	68	6.6
60 Y MAS	18	1.8	50	4.8
TOTAL	**204**	**19.9**	**823**	**80.3**
1.028 - 100%				

Fuente: Investigación RECOMPAS

Como se puede apreciar, los mayores porcentajes de cobertura están entre los 15 a 44 años con un 38.6%; por su parte, la más baja cobertura está en los menores de un año con tan sólo el 1.5% de la población.

Del total de la población femenina, el 2.5 % se encuentra embrazada y solo el 17.4% utiliza un método de planificación familiar. Entre las principales causas de morbi-mortalidad encontramos:

TABLA No. 94. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN DEL CONSEJO

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
PALUDISMO	PALUDISMO
ENFERMEDADES DIARREICAS	INFECCIONES URINARIAS
ANEMIA	FLUJO VAGINAL
BRONQUITIS	HIPERTENSIÓN
PARASITOSIS	ENFERMEDADES DE LA PIEL

Fuente: Investigación RECOMPAS

Existen dos puestos de detección y atención de las enfermedades tropicales (paludismo, dengue y leishmaniasis) en las veredas de Bajo Buenos Aires y Pueblo Nuevo, pero carecen de microscopista, solo cuentan con medicamentos; el que se encuentra en Bajo Buenos Aires

posee microscopio, las personas encargadas se limitan a tomar las muestras y suministrar los medicamentos.

El problema que afecta a la población es la carencia de los servicios medico y odontológico permanente en el Consejo y la presencia de enfermedades previsibles.

MEDICINA TRADICIONAL

La medicina tradicional se fundamenta en la creencia en espíritus y visiones generado por el arraigo cultural característico de las comunidades negras las cuales son transmitidas de generación en generación y son practicadas por remedieros, curanderos, brujos, botánicos y chamanes, al igual que las parteras que a base de hiervas, rezos y oraciones brindan soluciones a ciertos problemas de salud que la medicina científica no cura, en este sentido dependiendo de las practica que realicen se definen así:

Curanderos o Remedieros**:** son personas dedicadas a curar picaduras de insectos y animales venenosos, al igual que problemas relacionados con espantos, mal de ojos y malaires provocados por los muertos.

Botánicos o Chamanes: manejan y utilizan plantas medicinales para tratar todo tipo de dolencias

Sobadores: son personas que corrigen torceduras y zafaduras causadas por golpes en los huesos.

Las Parteras: complementadas son aquellas que están capacitadas por el Instituto Departamental de salud y son reconocidas por el Ministerio de Salud para prestar sus servicios y las no complementadas que han aprendido con la practica pero no son reconocidas ante los estamentos de salud, este personal prestan sus servicios de control del embarazo, atención del parto y al recién nacido con tomas y baños de plantas medicinales

Como balance se tiene que en el Consejo existen nueve (9) parteras, diez (10) curanderos de ojo y mal aire, siete (7) de culebra, siete (7) sobadores y dos (2) botánicos, que brindan sus servicios en ausencia de la medicina científica; la comunidad acude a ellos por confianza, respeto y servicios mas económicos.

IMBILPI DEL CARMEN
SECTOR SALUD

El Consejo no cuenta con centro de atención en salud; por ello, los pobladores frente a cualquier situación de enfermedad, deben desplazarse a Tumaco. Existe un puesto de detección de enfermedades tropicales (paludismo, dengue, leishmaniasis), pero carece de microscopista, las muestras se envían a Tumaco, pero muy pocas veces se conoce el resultado.

En lo relacionado con la seguridad social en salud, solo el 24,5% del total de la población posee un carné de alguna de as diferentes ARS del Régimen Subsidiado presentes en la región que cubren principalmente a la población adulta, dejando desprotegidos la población más vulnerable como los niños y los ancianos.

TABLA No. 95. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON Y SIN COBERTURA DEL SERVICIO DE SALUD, CONSEJO COMUNITARIO IMBILPÍ DEL CARMEN, AÑO 2003

EDADES	CON CARNET	%	SIN CARNET	%
0-1	0	0	6	1.5
1-4	3	07	34	9
5-14	23	6	84	22
15-44	44	11.5	139	36..5
45-59	11	2.8	19	5
60 Y MAS	12	3.4	6	1.5
TOTAL	**93**	**24..5**	**288**	**75.5**
381 – 100%				

Fuente: Investigación RECOMPAS

En las siguientes Tablas se presentan las principales causas de morbilidad y mortalidad encontradas en el Consejo Comunitario:

TABLA No. 96. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN DEL CONSEJO COMUNITARIO IMBILPÍ DEL CARMEN, AÑO 2003

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
ENFEREMDADES DIARRÉICAS	HIPERTENSIÓN
PALUDISMO	REUMATISMO
ANEMIA	PALUDISMO
BRONQUITIS	GASTRITIS
PARASITOSIS	ENFERMEDADES DE LA PIEL
DESNUTRICIÓN	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
	CANCER
	TUBERCULOSIS

Fuente: Investigación RECOMPAS

TABLA No. 97. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN DEL CONSEJO COMUNITARIO IMBILPÍ DEL CARMEN, AÑO 2003

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
ENFERMEDADES DIARRÉICAS	DERRAME CEREBRAL
PALUDISMO	PALUDISMO
ANEMIA	INFARTO
BRONQUITIS	CANCER
	PICADURA DE CULEBRA

Fuente: Investigación RECOMPAS

El paludismo, las enfermedades respiratorias y las enfermedades diarreicas, constituyen las principales causas de morbi-mortalidad, denotando las precarias condiciones de salubridad y saneamiento que padecen la mayoría de la población del Consejo. Es importante destacar como causa muy común de mortalidad en los adultos, los derrames cerebrales, el infarto y el cáncer estomacal.

En resumen la problemática de salud, está configurada por la presencia de enfermedades prevenibles, deficiencia en la prestación del servicio por carencia de un puesto de salud.

MEDICINA TRADICIONAL

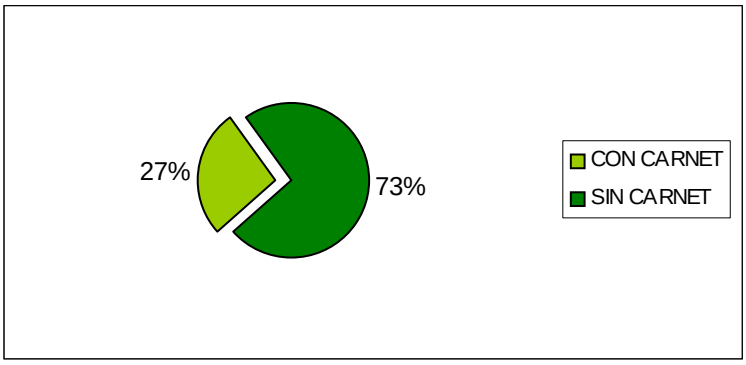
El Consejo cuenta actualmente con tres (3) parteras, cinco (5) curanderos de ojo y mal aire, uno (1) de culebras, y un (1) sobador, que brindan sus servicios en ausencia de la medicina científica; las comunidades acuden a ellos porque les tienen credibilidad, respeto y además, los servicios son económicos.

RIO GUALAJO
SECTOR SALUD

En el Consejo Comunitario Río Gualajo no se presta el servicio de salud por parte del Estado, debido a que en ninguna de las comunidades veredales se cuenta con la infraestructura para la prestación del servicio; cuando se presentan casos de accidentes o enfermedades, los pacientes son trasladados hasta Tumaco con las dificultades que la vía de acceso posee.

Con relación a la seguridad social en salud, solo el 27.1 % del total de la población posee un carné de afiliación al Régimen Subsidiado en alguna de las ARS presentes en la región, cubriendo básicamente a la población adulta y dejando por fuera del sistema a niños y ancianos que representan la población más vulnerable.

GRAFICO No. 59. PORCENTAJE DE POBLACIÓN INCLUIDA Y POR FUERA DEL SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Fuente: Investigación RECOMPAS

TABLA No. 98. POBLACIÓN CON Y SIN CARNÉ DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DENTRO DEL CONSEJO COMUNITARIO RÍO GUALAJO

EDADES	CON CARNET	%	SIN CARNET	%
0-1	0	0	12	1.6
1-4	6	0.8	69	9.6
5-14	37	5.1	159	22.3
15-44	87	12.4	234	32.8
45-59	31	27.1	27	3.7
60 Y MAS	32	4.5	18	2.5
TOTAL	**193**	**27,1**	**519**	**72,5**

Fuente: Investigación RECOMPAS

En efecto, de acuerdo con la tabla No. 98, únicamente 6 niños entre los 0 y 4 años cuentan con servicio de salud mediante afiliación al Régimen Subsidiado, que corresponde al 0.8% del total de la población del Consejo; para el caso de los ancianos, solo 32 personas están afiliados al sistema que representan el 4.5% del total de la población.

De la población femenina, el 3.1 % se encuentra es estado de embarazo y solo el 28.3 % utiliza algún método de planificación familiar temporal o definitivo

Entre las principales causas de morbi-mortalidad a nivel general se encuentran el paludismo, las enfermedades diarreicas agudas, las enfermedades respiratorias, parasitosis, gastritis e infartos. En las tablas Nos. 99 y 100 se muestran las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población infantil y adulta.

TABLA No. 99. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN DEL CONSEJO

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
ENFERMEDADES DIARREICAS	HIPERTENSION
PALUDISMO	INFECCIONES VAGINALES
BRONQUITIS	PALUDISMO
PARASITOSIS	PULMONIA
	HERNIAS
	ARTRITIS
	AFECCIONES DE LA PROSTATA
	LESHISMANIASIS

Fuente: Investigación RECOMPAS

TABLA No. 100. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN DEL CONSEJO

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
PALUDISMO	HIPERTENSION
ENFERMEDADES DIARREICAS	PALUDISMO
BRONQUITIS	PULMONIA
AFECCIONES PERINATALES	INFARTO
	DERRAME CEREBRAL
	VIOLENCIA

Fuente: Investigación RECOMPAS

Existen tres puestos de detección y atención de pacientes afectados por enfermedades tropicales (paludismo, dengue y leishmaniasis) ubicados en las veredas Barro Colorado, Guabal y San Agustín del Carmen; solo la vereda de Barro Colorado cuenta con microscopista, microscopios y medicamentos, lo que denota deficiencia en la prestación de los servicios.

El problema que afecta a la población está dado por la presencia de enfermedades prevenibles unido a la deficiencia en la prestación del servicio, debido a la falta de infraestructura y de personal medico y paramédico permanente.

MEDICINA TRADICIONAL

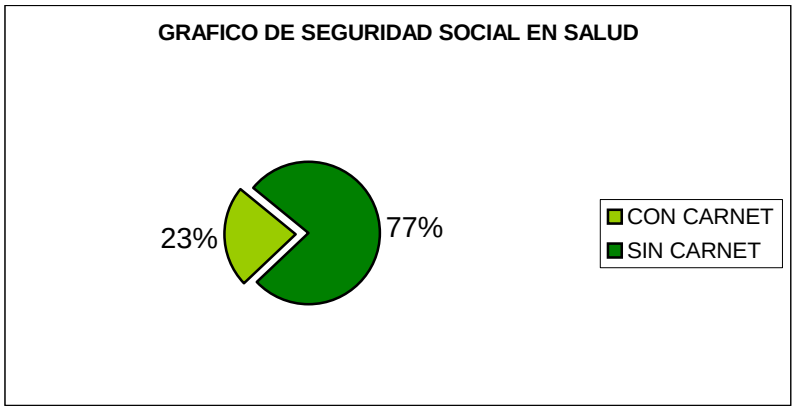
Este Consejo cuenta con siete (7) parteras, un (1) curandero de ojo y mal aire, un (1) curandero de culebras y siete (7) sobadores, encargados de brindar los servicios en ausencia de la medicina científica; la comunidad acude a ellos por que les tienen credibilidad, respeto y sobre todo, por que los servicios son mas económicos.

RIO MEJICANO
SECTOR SALUD

El Consejo cuenta con tres puestos de salud ubicados en las veredas de San José del Guayabo, Bellavista y Santa Rosa, los cuales se encuentra en regular estado; techos construidos en tejalit, pisos y paredes en cemento, el agua la obtienen del río y pozos. En la actualidad, el puesto de Bellavista tiene asignado un medico, una auxiliar de enfermería y un promotor de salud, que cuando son nombrados prestan servicios de inyectología, control de hipertensión arterial, citología, vacunación, suturas, rehidratación oral; los otros dos puestos de salud no están operando; todos carecen de dotación, por lo cual, los elementos e insumos son insuficientes para garantizar la prestación de los servicios; ante situaciones de emergencia y/o gravedad, los pacientes son trasladados hasta Tumaco.

En relación a la seguridad social en salud, solo el 23.1 % del total de la población posee un carné de las diferentes ARS del Régimen Subsidiado presentes en la región cubriendo esencialmente a la población adulta y dejando la población mas vulnerable como los niños y los ancianos, desprotegidos.

GRAFICO No. 60. PORCENTAJE DE POBLACIÓN INCLUIDA Y POR FUERA DEL SISTEMA SE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL CONSEJO COMUNITARIO RÍO MEJICANO



Fuente: Investigación RECOMPAS

En efecto, de acuerdo con la tabla No. 101, únicamente 32 niños entre los 0 y 4 años cuentan con servicio de salud mediante afiliación al Régimen Subsidiado, que corresponde al 1.3% del total de la población del Consejo; para el caso de los ancianos, solo 75 personas están afiliados al sistema que representan el 2.9% del total de la población.

TABLA No. 101. POBLACIÓN CON Y SIN CARNÉ DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DENTRO DEL CONSEJO COMUNITARIO RÍO MEJICANO, AÑO 2003

EDADES	CON CARNET	%	SIN CARNET	%
0-1	3	0.2	61	2.4
1-4	29	1.1	238	9.2
5-14	124	4.8	502	19.5
15-44	288	11.1	921	35.8
45-59	79	3.1	164	6.4
60 Y MAS	75	2.9	91	3.5
TOTALES	**598**	**23.2**	**1977**	**76.8**

Fuente: Investigación RECOMPAS

Entre las principales causas de morbi-mortalidad a nivel general se encuentran el paludismo, las enfermedades diarreicas agudas, las enfermedades respiratorias, parasitosis, gastritis e infartos.

TABLA No. 102. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN DEL CONSEJO

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
ENFERMEDADES DIARREICAS	HIPERTENSION
PALUDISMO	INFECCIONES VAGINALES
ANEMIA	PALUDISMO
BRONQUITIS	GASTRITIS
PARASITOSIS	ENFERMEDADES DE LA PIEL
DESNUTRICION	ENFERMEDADES RENALES
	DIABETES

Fuente: Investigación RECOMPAS

TABLA No. 103. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN DEL CONSEJO

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
PALUDISMO	PALUDISMO
ENFERMEDADES DIARREICAS	TETANO
ANEMIA	PICADURA DE CULEBRA
BRONQUITIS	INFARTO
	DERRAME CEREBRAL
	CANCER

Fuente: Investigación RECOMPAS

Existen tres puestos de detección de atención de enfermedades tropicales (paludismo, dengue y leishmaniasis) en las veredas de Bellavista, San José del Guayabo y Retorno, cuentan con microscopistas y están dotados con microscopios y medicamentos; pese a ello existe deficiencia en la prestación del servicio.

El problema que afecta a la población está dado por la presencia de enfermedades prevenibles unido a la deficiencia en la prestación del servicio, debido a la falta de personal medico y paramédico permanente, la carencia de equipos e insumos y las inadecuadas condiciones físicas de los puestos de salud.

MEDICINA TRADICIONAL

Este Consejo cuenta con 14 parteras, 19 curanderos de ojo y mal aire, 12 de culebras, 11 sobadores y 7 botánicos que brindan sus servicios en ausencia de la medicina científica; la comunidad acude a ellos por que les tienen credibilidad, respeto y sobre todo, por que los servicios son mas económicos.

BAJO MIRA Y FRONTERA
SECTOR SALUD

En el territorio del Consejo Comunitario Bajo Mira y Frontera se cuenta con dos puestos de salud ubicados en las veredas de Congal y Descolgadero, los cuales se encuentran en mal estado puesto que tienen la infraestructura muy deteriorada; además, carecen de personal

médico y paramédico y de la dotación de equipos e insumos necesarios para garantizar la prestación del servicio; por esta razón, ante situaciones de emergencia y/o gravedad los pacientes, necesariamente son trasladados hasta la ciudad de Tumaco, con los riesgos que implica el desplazamiento por vía fluvial y marítima.

En la siguiente tabla se muestran las principales causas de morbi-mortalidad de la población del Consejo para dos rangos de edad. Se aprecia que en personas menores de 10 años, predominan las enfermedades diarreicas, el paludismo, la desnutrición y del sistema respiratorio, como las principales causas de morbilidad y mortalidad dentro del Consejo. Esta situación es consecuencia de las malas condiciones de salubridad y deficientes hábitos higiénicos de la población infantil.

TABLA No. 104. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD DE LA POBLACIÓN DEL CONSEJO COMUNITARIO BAJO MIRA Y FRONTERA

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
ENFERMEDADES DIARREICAS	HIPERTENSION
PALUDISMO	BRONCONEUMONIA
DESNUTRICIÓN	PALUDISMO
ENFERMEDADES APARATO RESPIRATORIO	ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES
PARASITOSIS	ENFERMEDADES DE LA PIEL
ENFERMEDADES DE APARATO DIGESTIVO	MORDEDURAS DE SERPIENTES
PATOLOGÍAS PERINATALES	ACCIDENTES DE TRABAJO
	LESHIMANIASIS

Fuente: Investigación RECOMPAS

Para las personas consideradas como adultas (mayores de 11 años), la situación es un poco diferente, puesto que las mayores causas de morbilidad y mortalidad se deben a la hipertensión, la bronconeumonía y el paludismo.

En la mayoría de las veredas existen puestos de detección y atención de enfermedades tropicales (paludismo, dengue y leishmaniasis) ubicados en viviendas; algunos no cuentan, ni con los materiales y medicamentos, ni con el personal requerido (microscopistas), por lo tanto, la prestación de este servicio es deficiente, situación preocupante si consideramos que el paludismo es una de las principales causas de morbi-mortalidad en la población del Consejo.

En relación a la seguridad social en salud, se estima que más del 85% de la población está por fuera del sistema de salud del Estado, ya sea del Régimen Subsidiado o Contributivo.

En resumen, la problemática de salud esta dada por la baja cobertura y deficiente prestación del servicio, la presencia de enfermedades prevenibles, la falta de personal medico y paramédico permanente, la carencia de equipos e insumos, la inadecuada condiciones físicas y la baja cobertura del régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud.

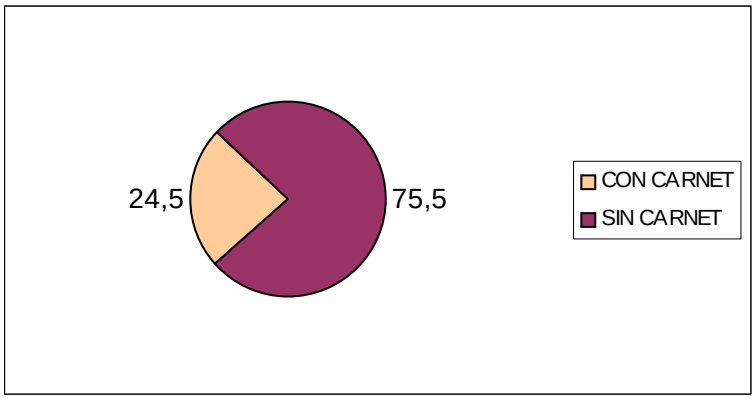
RIO TABLÓN DULCE
SECTOR SALUD

En el Consejo Comunitario Río tablón Dulce no hay prestación de servicios de salud por parte del Estado, por cuanto se carece de puesto de salud; por esta situación, cuando se presentan

casos de enfermedades de consideración, los pacientes son trasladados a Tumaco con las dificultades que la vía de acceso posee.

Con relación a la seguridad social en salud, solo el 24.5% del total de la población posee un carné de alguna de las ARS del Régimen Subsidiado, cubriendo mayoritariamente a la población adulta y dejando a la población más vulnerable, como los niños y los ancianos, totalmente desprotegidos.

GRAFICO No. 61. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON Y SIN CARNÉ DE SERVICIO DE SALUD SUBSIDIADO



Fuente: Investigación RECOMPAS

TABLA No. 105. POBLACIÓN AFILIADA Y NO AFILIADA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL CONSEJO COMUNITARIO RÍO TABLÓN DULCE

EDADES	CON CARNET	%	SIN CARNET	%
0-1	0	0	18	2.3
1-4	14	1.8	59	7.7
5-14	33	4.3	135	17.6
15-44	85	11.1	310	40..4
45-59	38	5	35	4.5
60 Y MAS	17	2.3	22	2.9
TOTAL	**187**	**24..5**	**579**	**75..5**

Fuente: Investigación RECOMPAS

De la población femenina el 3,3 % se encuentra embrazada y solo un 20,4% utiliza un método de planificación familiar.

Entre las primeras causas de morbi-mortalidad en menores de 10 años se encuentran el paludismo, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas y la bronquitis, en los mayores de 11 son hipertensión, paludismo, derrame cerebral, cáncer, gastritis, anemia y los problemas relacionados con el embrazo, puerperio, ovario y próstata.

Existe un puesto de detección de atención de las enfermedades tropicales (paludismo, dengue y leishmaniasis) que cuenta con un microscopio y con una persona capacitada como microscopista quien toma y lee las muestras y suministra los medicamentos requeridos; de igual manera, en el Consejo se tienen cinco (5) personas con conocimiento de inyectología y dos (2) en primeros auxilios, quienes prestan sus servicios cuando la comunidad lo solicita.

MEDICINA TRADICIONAL

En el Consejo Comunitario se cuenta con cinco (5) parteras, cinco (5) curanderos de ojo y mal aire, dos (2) curanderos de culebras y seis (6) sobadores, que brindan sus servicios en ausencia de la medicina científica y las comunidad acuden a ellos por confianza, credibilidad y por que sus servicios son mas económicos.

ALTO MIRA Y FRONTERA
SECTOR SALUD

Este Consejo cuenta con dos puestos de salud ubicados en las veredas, Imbilí Carretera y Mata de Plátano; los cuales se encuentran en regular estado; el de Imbilí tiene asignado un médico y una auxiliar de enfermería donde se prestan los servicios de inyectología, control de hipertensión arterial, citología, vacunación, suturas, rehidratación oral; ante situaciones de emergencia y/o gravedad los pacientes son trasladados hasta Tumaco; los dos carecen de dotación por lo cual los elementos, insumos y equipos son insuficientes para garantizar la prestación de los servicios.

TABLA No. 106. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD EN EL CONSEJO COMUNITARIO ALTO MIRA Y FRONTERA

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
ENFERMEDADES DIARREICAS	HIPERTENSION
PALUDISMO	BRONCONEUMONIA
DESNUTRICIÓN	PALUDISMO
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES
PARASITOSIS	ENFERMEDADES DE LA PIEL
ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES	MORDEDURAS DE SERPIENTES
PATOLOGÍAS PERINATALES	ACCIDENTES DE TRABAJO
	LEHISMANIASIS

Fuente: Investigación RECOMPAS

Existen puestos de detección de las enfermedades tropicales (paludismo, dengue y leishmaniasis), ubicados en viviendas pero algunos no cuentan con microscopistas, microscopios y medicamentos, por lo tanto la prestación de este servicio es deficiente.

La problemática de salud, se denota en la presencia de enfermedades prevenibles unido a la deficiencia en la prestación del servicio, la falta de personal médico y paramédico permanente, la carencia de equipos e insumos, las inadecuadas condiciones físicas de los puestos de salud y la baja cobertura del régimen subsidiado.

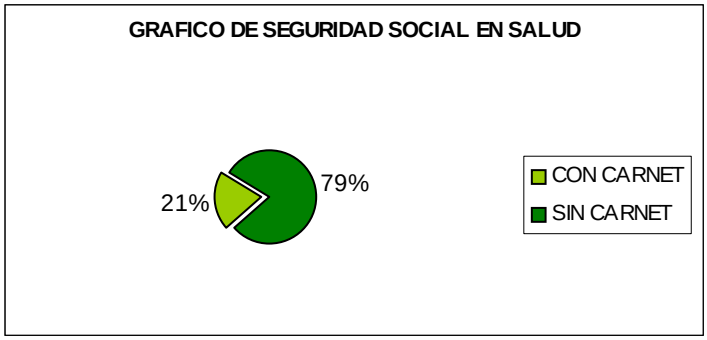
UNION DEL RIO CHAGUI
SECTOR SALUD

El Consejo cuenta con tres puestos de salud ubicados en las veredas Chajal, Palambí y Las Mercedes, los cuales se encuentra en regular estado, el agua la obtienen del río y de pozos o

aljibes; en la actualidad, el puesto de salud ubicado en la vereda de Chajal tiene asignado un medico, una auxiliar de enfermería y un promotor de salud, prestando servicios de inyectología, control de hipertensión arterial, citología, vacunación, suturas y rehidratación oral; en el puesto de Palambí atiende una promotora de salud y, el de Las Mercedes se encuentra cerrado; la dotación de estos puestos es insuficiente y no garantizan la prestación de un buen servicio. Cuando se presentan casos de pacientes graves se trasladan a Tumaco.

En lo relacionado con la seguridad social en salud, solo el 21% del total de la población se encuentra dentro del sistema, afiliados a algunas de las diferentes ARS del Régimen Subsidiado presentes en la región, en su mayoría correspondiente a población adulta y dejando la población mas vulnerable como los niños y los ancianos desprotegidos.

GRAFICO No. 62. COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, CONSEJO COMUNITARIO UNIÓN DEL RÍO CHAGÜI



Fuente: Investigación RECOMPAS

TABLA No. 107. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON Y SIN COBERTURA DEL SERVICIO DE SALUD, CONSEJO COMUNITARIO UNIÓN DEL RÍO CHAGÜI, AÑO 2003

EDADES	CON CARNET	%	SIN CARNET	%
0-1	2	0.1	213	3.2
1-4	18	0.2	716	10.8
5-14	244	3.6	1569	23.5
15-44	721	10.8	2257	33.8
45-59	246	3.7	326	4.9
60 Y MAS	167	2.5	195	2.9
TOTAL	**1.398**	**20,9**	**5.276**	**79,1**
6.674 – 100%				

Fuente: Investigación RECOMPAS

En las siguientes tablas se presentan las principales causas de morbilidad y mortalidad encontradas en el Consejo Comunitario:

TABLA No. 108. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN DEL CONSEJO COMUNITARIO UNIÓN DEL RÍO CHAGÜI, AÑO 2003

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
ENFERMEDADES DIARREICAS	HIPERTENSION
PALUDISMO	INFECCIONES VAGINALES
ANEMIA	PALUDISMO
BRONQUITIS	GASTRITIS
PARASITOSIS	ENFERMEDADES DE LA PIEL
DESNUTRICION	ENFERMEDADES RENALES
	DIABETES

Fuente: Investigación RECOMPAS

TABLA No. 109. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN DEL CONSEJO COMUNITARIO UNIÓN DEL RÍO CHAGÜI, AÑO 2003

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
PALUDISMO	PALUDISMO
ENFERMEDADES DIARREICAS	TETANO
ANEMIA	PICADURA DE CULEBRA
BRONQUITIS	INFARTO
	DERRAME CEREBRAL
	CANCER

Fuente: Investigación RECOMPAS

El paludismo y las enfermedades diarreicas constituyen las principales causas de morbi-mortalidad, denotando las precarias condiciones de salubridad y saneamiento que padecen la mayoría de la población del Consejo. Es importante destacar como causa muy común de mortalidad en adultos, los derrames cerebrales, el infarto y el cáncer estomacal.

En resumen, la problemática de salud está configurada por la presencia de enfermedades prevenibles, deficiencia en la prestación del servicio como consecuencia de la falta de personal medico y paramédico permanente, la carencia de equipos e insumos e inadecuadas condiciones de infraestructura física de los puestos de salud y, una muy baja cobertura del Régimen Subsidiado.

El Consejo Comunitario cuenta actualmente con 42 parteras, 43 curanderos de ojo y mal aire, 29 curanderos de culebra, 47 sobadores y 21 botánicos, que brindan sus servicios y suplen de alguna manera, la ausencia de la medicina científica; por su parte, las comunidades acuden a ellos por que creen y respetan sus practicas y además, los servicios son mas económicos.

RESCATE LAS VARAS
SECTOR SALUD

El Consejo cuenta dentro de su territorio con dos (2) puestos de salud ubicados en las veredas de San Luis Robles y Nerete, los cuales se hallan en regular y mal estado, respectivamente; el agua la obtienen de pozos y lluvias; en la actualidad, el puesto de Robles tiene asignada una auxiliar de enfermería y dos auxiliares en primeros auxilios; por su parte, en el de Nerete no hay atención; presta servicios de inyectología, control de hipertensión arterial, citología, vacunación, suturas, rehidratación oral, y se encuentran carentes de insumos, equipos y personal medico para la prestación de los servicios, por lo que ante situaciones de emergencia y/o gravedad los pacientes son trasladados hasta Chilví o Tumaco.

Con relación a la seguridad social en salud, solo el 22.56% del total de la población posee carné de afiliación al Régimen Subsidiado cubriendo mayoritariamente a la población adulta, dejando desprotegidos a las personas más vulnerables como los menores de un año y los ancianos.

TABLA No. 110. PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE POSEE CARNÉ DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL CONSEJO COMUNITARIO RESCATE LAS VARAS

EDADES	CON CARNET	%	SIN CARNET	%
0-1	1	0,02	89	2,2
1-4	27	0,6	408	9,8
5-14	202	4,9	884	21,4
15-44	433	10,48	1.390	33,5
45-59	144	3,5	231	5,6
60 Y MAS	127	3,06	204	4,9
TOTAL	**934**	**22,6**	**3206**	**77,4**

Fuente: Investigación RECOMPAS

Del total de la población femenina, el 2.4% se encuentra embrazada y solo el 19.3 % reporta la utilización de algún método de planificación familiar.

Las principales causas de morbilidad y mortalidad se describen en las siguientes tablas:

TABLA No. 111. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN DEL CONSEJO

MENORES DE 10 AÑOS	MUJERES 11 A 59 AÑOS	HOMBRES DE 11 A 59 AÑOS	MAYORES DE 50 AÑOS
ENFERMEDADES DIARREICAS	PALUDISMO	PALUDISMO	REUMATISMO
PALUDISMO	INFECCIONES URINARIAS	PROBLEMAS DE PROSTATA	PROBLEMAS DE PROSTATA
INFECCION NTESTINAL	ANEMIA	TUBERCULOSIS	TENSION ARTERIAL
BRONQUITIS	HEMORRAGIAS		PALUDISMO
PARASITOSIS	TUBERCULOSIS		
DESNUTRICION	CANCER		
MALAIRE			
ESPANTO			

Fuente: Investigación RECOMPAS

Se destacan el paludismo y las enfermedades diarreicas como las principales causas de morbi-mortalidad de la población del Consejo Rescate Las Varas.

En el territorio existen siete (7) puestos de detección y atención de enfermedades tropicales (paludismo, dengue y leishmaniasis) de los cuales, solo tres (3) cuentan con microscopio y medicamentos, pese a que el paludismo es una de las principales causas de morbi-mortalidad.

En resumen, la problemática que afecta a la población está referida a la presencia de enfermedades prevenibles unido a la deficiencia en la prestación del servicio debido a la falta de personal medico y paramédico permanente, baja cobertura del sistema de seguridad social en salud, a la carencia de equipos e insumos y a las inadecuadas condiciones físicas de los puestos de salud.

MEDICINA TRADICIONAL

Actualmente, el Consejo cuenta con 18 parteras, 26 curanderos de ojo y mal aire, 7 curanderos de picaduras de culebras y 21 sobadores, encargados de brindar los servicios a la población que lo solicite en ausencia de la medicina científica; las comunidades acuden a ellos por que tienen credibilidad, respeto y los servicios son más económicos.

UNION RIO ROSARIO
SECTOR SALUD

El Consejo cuenta con dos puestos de salud ubicados en las veredas, Ambupí y Santa Maria, los cuales se encuentra en regular estado, el agua la obtienen de pozos y lluvias, en la actualidad no están operando por lo cual se encuentran carentes de insumos, equipos y personal medico para la prestación de los servicios, por lo que ante situaciones de emergencia y/o gravedad los pacientes son trasladados a Tumaco donde se tardan de 2 a 7 horas dependiendo de la ubicación de la vereda de origen.

En lo relacionado a la seguridad social en salud solo el 22.1% del total de la población posee un carné de las diferentes ARS del Régimen Subsidiado presentes en la región cubriendo la población adulta y dejando la población más vulnerable como los niños y los ancianos desprotegidos.

TABLA No. 112. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON Y SIN COBERTURA DEL SERVICIO DE SALUD, CONSEJO COMUNITARIO UNIÓN RÍO ROSARIO, AÑO 2003

EDADES	CON CARNET	%	SIN CARNET	%
0-1	1	0,02	89	2,2
1-4	27	0,60	408	9,8
5-14	202	4,90	884	21,4
15-44	433	10,48	1390	33,5
45-59	144	3,50	231	5,6
60 Y MAS	127	3,06	204	4,9
TOTAL	**934**	**22,56**	**3.206**	**77,4**

Fuente: Investigación RECOMPAS

En las siguientes tablas se presentan las principales causas de morbilidad y mortalidad encontradas en el Consejo Comunitario:

TABLA No. 113. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN DEL CONSEJO COMUNITARIO UNIÓN RÍO ROSARIO, AÑO 2003

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
ENFERMEDADES DIARRÉICAS	DERRAME CEREBRAL
PALUDISMO	PALUDISMO
ANEMIA	INFARTO
BRONQUITIS	CANCER
	PICADURA DE CULEBRA

Fuente: Investigación RECOMPAS

TABLA No. 114. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN DEL CONSEJO COMUNITARIO UNIÓN RÍO ROSARIO., AÑO 2003

MENORES DE 10 AÑOS	MAYORES DE 11 AÑOS
ENFEREMDADES DIARRÉICAS	HIPERTENSIÓN
PALUDISMO	REUMATISMO
ANEMIA	PALUDISMO
BRONQUITIS	GASTRITIS
PARASITOSIS	ENFERMEDADES DE LA PIEL
DESNUTRICIÓN	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
	CANCER
	TUBERCULOSIS

Fuente: Investigación RECOMPAS

El paludismo y las enfermedades diarreicas constituyen las principales causas de morbi-mortalidad, denotando las precarias condiciones de salubridad y saneamiento que padecen la mayoría de la población del Consejo. Es importante destacar como causa muy común de mortalidad en los adultos, los derrames cerebrales, el infarto y el cáncer estomacal.

En resumen la problemática de salud, está configurada por la presencia de enfermedades prevenibles, deficiencia en la prestación del servicio como consecuencia de la falta de personal médico y paramédico permanente, la carencia de equipos e insumos y las inadecuadas condiciones de infraestructura física de los puestos de salud, y una muy baja cobertura del régimen subsidiado.

MEDICINA TRADICIONAL

El Consejo cuenta actualmente con 16 parteras, 19 curanderos de ojo y mal aire, 12 de culebras, 17 sobadores y 4 botánicos que brindan sus servicios en ausencia de la medicina científica; las comunidades acuden a ellos porque le creen y respetan sus prácticas y además, los servicios son económicos.

2.5.6. Condicionantes de la Situación de Salud

En todos los Consejos se describen como factores condicionantes de la situación de salud los siguientes:

- La carencia de los servicios de salud y alta incidencia de enfermedades previsibles.
- La inadecuada distribución de los recursos de la salud por parte de la Administración Municipal.
- La falta de inversión en las zonas rurales por parte de la Administración Municipal a raíz del mal manejo y la inadecuada distribución de los recursos de la salud.
- Las condiciones climáticas de la región que favorecen la presencia de enfermedades tropicales.
- Los inadecuados hábitos higiénicos, unido al arraigo cultural propio de la población negra.
- La carencia de obras de infraestructura de saneamiento básico y agua potable.
- La ausencia de programas permanentes de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

En algunos se citan adicionalmente los siguientes:

- El desconocimiento en la población de los deberes y derechos de los regímenes de Seguridad Social en Salud (Subsidiado y Contributivo).
- Los problemas de violencia generalizados en el país que también están afectando al Consejo Comunitario Río Gualajo.

2.6. Recursos Financieros

2.6.1. Sistema General de Participaciones

Los siguientes son los recursos asignados al municipio de Tumaco en el Sistema General de Participaciones los últimos tres años. Por causa de la sanción de que fue objeto el municipio, los recursos de oferta pasaron al Departamento en 2004.

TABLA No. 115. DISTRIBUCIÓN PARTICIPACIONES SALUD MUNICIPIO DE TUMACO

Año	REGIMEN SUBSIDIADO		SALUD PUBLICA	ATENCIÓN POBRES NO AFILIADOS*			TOTAL
	CONTINUIDAD	AMPLIACIÓN		APORTES P	PRESTACIÓN SERVICIOS	TOTAL	
2.002	4.995.902.748	222.927.458	628.265.939	285.143.000	1.687.003.496	2.111.049.329	7.958.145.474
2.003	5.732.913.330	249.657.142	918.930.625	302.251.000	1.739.957.911	2.042.208.911	8.943.710.008
2.004	6.334.080.823		798.219.594				7.132.300.417

Fuente: DNP

2.6.2. Ingresos por Subsidio a la Oferta: SGP y Rentas Cedidas. Hospital San Andrés de Tumaco

El documento CONPES 077 recomendó a los entes territoriales comprometer recursos del sistema general de participaciones hasta en un 60% del valor del año inmediatamente anterior, hasta tanto Planeación Nacional termine el estudio de la clasificación del SISBEN. No obstante lo anterior, el proyecto contiene el mismo valor del contrato de la vigencia 2003.

TABLA No. 116. INGRESOS POR SUBSIDIO A LA OFERTA (Diciembre de 2003)

Concepto	Valor
SGP Prestación de Servicios 1er nivel	807’718.669
SGP Prestación de Servicios 2do nivel	4.173’767.972
SGP Prestación de Servicios 3er nivel	
Rentas Cedidas	518’000.000
TOTAL SUBSIDIO A LA OFERTA	**5’499.486.641**

Fuente: Dpto. Financiero Hospital San Andrés de Tumaco ESE

Como se puede observar, este hospital recibió recursos para prestación de servicios de primer nivel ya en 2003, que pueden haber correspondido al Municipio de Tumaco para este nivel de servicios antes de la sanción.

TABLA No. 117. TOTAL DE INGRESOS DE LA IPS EN EL AÑO 2004

Concepto	Valor
TOTAL VENTA DE SERVICIOS	4.586'563.902
TOTAL SUBSIDIO A LA OFERTA	5.499'486.641
TOTAL INGRESOS	10.086'050.543

Fuente: Dpto. Financiero Hospital San Andrés de Tumaco ESE

TABLA No. 118. ESTIMACIÓN DE LOS INGRESOS EFECTIVAMENTE RECAUDADOS INGRESOS RECAUDADOS EN LA VIGENCIA 2003

Concepto	**Valor**
1. Total Subsidio a la Oferta	5.499'486.641
2. Total Venta de Servicios	4.272'455.136
3. Recaudo por venta de servicios de la vigencia	2.764'299.070
4. Recaudo por venta servicios vigencias anteriores	727'460.784
TOTAL INGRESOS RECAUDADOS = 1+3+4	**8.991'246.495**

Fuente: Departamento Financiero Hospital San Andrés de Tumaco ESE

En relación con los recursos municipales de oferta, el Sistema General de Participaciones asignó para Tumaco en 2001 y 2002 aproximadamente 2.000 millones de pesos, que ejecutaba el municipio, por oferta para la población vinculada. Igualmente el primer nivel de atención básica debería recibir por venta de servicios al Régimen Subsidiado el doble de esa cantidad (40% de la UPC de 50.000 afiliados) . Por Salud Pública recibió 919 millones en 2003. En total el municipio estaría manejando cerca de 7 mil millones de pesos, es decir cerca de 70.000 pesos per cápita para la población NBI o 55.000 pesos per cápita para la población no afiliada al Régimen Contributivo. Esto sin ninguna venta al Régimen Contributivo, o a los Regímenes Especiales, o a particulares.

Tumaco, a diferencia del Chocó, no se ha beneficiado de un incremento significativo de las participaciones para atención de no afiliados, dado que su porcentaje de población NBI es mucho menor. El per cápita resulta bajo, adicionalmente, por causa de la baja cobertura del Régimen Subsidiado sobre la población NBI.

Tumaco y la región pacífica, a diferencia de Chocó no cuenta con una UPC de zona especial como el Departamento del Chocó. No existe ninguna razón para que la Zona Pacífica de Nariño tenga recursos inferiores per cápita (UPC) a la del Chocó, con una zona muy similar en todas sus características. Pero de tenerla, seguro los recursos se concentrarían, al igual que en el Chocó, en la población de la cabecera, en lugar de asignarse a garantizar cobertura de los poblaciones dispersas mediante equipos y servicios móviles, y un modelo de atención adecuado a las condiciones geográficas y características del territorio en zona rural.

Por otra parte, Tumaco se beneficia de la presencia del Hospital de II nivel para la región Occidente y sus recursos en la cabecera municipal, sin duda mucho más que la población de otros municipios. Pero en especial se beneficia la población urbana, por lo que se aumenta la diferencia en recursos entre la población urbana y la población rural del municipio, así como con la población de los otros municipios, también inaccesible en la práctica.

Según los hallazgos, gran parte de los recursos del primer nivel de atención se desperdician por falta de una gestión eficiente y no llegan en absoluto a la población dispersa, prueba irrefutable de ello las sanciones recibidas por el municipio. Igualmente los recursos correspondientes al segundo nivel se derrochan por un exceso de personal, administrativo y de servicios generales.

No fue clara para el estudio la información sobre la reasignación de los recursos de oferta del primer nivel de atención correspondientes al municipio y la forma de asunción de las instituciones correspondientes. Se evidencia que el Hospital San Andrés está recibiendo recursos por este concepto, al igual probablemente por la venta de servicios, lo que estaría desfinanciando la red de primer nivel. La formulación del proyecto del Red Hospitalaria podría integrar presupuesto e instituciones, pero el documento de propuesta de la Red no lo plantea ni lo costea actualmente.

3. ANÁLISIS SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD EN TUMACO

Como se puede deducir de lo señalado hasta aquí, la cobertura de servicios de atención básica ambulatoria resulta muy deficiente. Aún desconociendo las cifras de servicios del Centro Divino Niño, las explicaciones sobre los servicios del Instituto Departamental de Salud evidencian una absoluta falta de cobertura en el nivel rural del municipio.

Las cifras de morbilidad hablan de una bajísima cobertura de servicios en el municipio y en la región, que no corresponde siquiera a una consulta por habitante año. Mucho más grave es la situación de cobertura en salud oral, con apenas seis odontólogos para cubrir a 100.000 personas entre el Régimen Subsidiado y los vinculados, aparte de otros 30.000 habitantes de estratos medios sin afiliación.

La calidad de esta cobertura queda además en entredicho por la mínima disponibilidad de recurso humano, por ejemplo en el caso de bacteriólogos para el apoyo diagnóstico: tan sólo se cuenta con tres para todo el municipio, en el primer nivel de atención.

Adicionalmente, es preciso mencionar que, a pesar de existir infraestructura de servicios, la mayoría de los puestos de salud ubicados en zonas rurales, se encuentran a la fecha desocupados e inoperantes por falta de insumos y equipos mínimos, así como de personal de salud.

Las cifras de consulta de urgencias del Hospital San Andrés, muy superiores a las de consulta externa señalan un problema de servicios en el primer nivel de atención y así lo ratifica la Gerencia del Hospital.

Estos hechos se corroborarán en adelante con la información de los Consejos Comunitarios del nivel Rural

Las ARS y EPS han tenido que generar sus propios servicios ante las graves deficiencias del servicio municipal, pero al revisar sus cifras igualmente se evidencian coberturas muy bajas de servicios.

TABLA No. 119. PROMEDIO DE ATENCIÓN EN CONSULTA AMBULATORIA 2003

	Población Afiliada	Zona Rural	Consultas Total	% Cobertura si se espera 1 consulta x año	Fr. Esperada	Cobertura de Consulta Externa con relación a la Frecuencia Esperada
Tumaco						
EMSSANAR	31825	11423	9302	29%	2,3	13%
COMFAMILIAR	11698		8962	77%	2,3	33%
Barbacoas						
EMSSANAR	11745	10086	1748	15%	2,3	6%

Fuente: Cálculos del estudio

Dado que además no se desplazan equipos profesionales hacia las comunidades dispersas, y dado el alto costo del trasporte a la cabecera municipal, es de suponer casi nula la cobertura de atención de estas poblaciones rurales.

Sin duda el gran desorden de la administración municipal, con constantes cambios de alcaldes y funcionarios en los últimos años lleva a una situación de descontrol absoluto. La sanción final para la prestación de servicios aún no ha dado lugar a una intervención definitiva del IDS, si ella fuera posible y práctica.

Mediante reunión conjunta del estudio con los líderes y representantes legales de los Consejos Comunitarios del municipio se obtuvo la siguiente información:

Frente a las dificultades en el acceso de la población más dispersa desde la perspectiva de la comunidad, a partir de la entrevista se afirmó:

"Para obtener una cita es necesario desplazarse a la cabecera municipal desde tempranas horas de la madrugada, sin la certeza de alcanzar a ser atendidos en el mismo día.

Cuando más de un miembro de la familia debe asistir a consulta no se otorga cita sino para uno al día.

Generalmente, cuando se asiste a consulta por diferentes motivos, se obtienen formulas del mismo medicamento. Cuando esto no es así, las formulas contiene medicamentos no incluidos en el POS y el afiliado debe comprarlas con sus propios recursos.

Las ARS entregan recursos al Municipio para que contrate médicos para los centros de salud y se realicen las adecuaciones necesarias, para atender a su población, pero esto no se ha visto reflejado en la operación. La mayoría de los centros y puestos de salud no están adecuados y los médicos no asisten.

El costo promedio del trasporte hacia Tumaco desde las veredas más alejadas como Chagui, donde habitan cerca de 27.000 personas, para hacer uso de los servicios de salud en la ARS es cercano a los $100.000. El viaje puede durar dos días y normalmente es necesario pagar alojamiento y comida por el hecho que la consulta no se logra para el mismo día de llegada."

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La población de muchos municipios de Chocó y la población rural de Tumaco presentan características de población inaccesible en términos geográficos y culturales hacia los servicios de salud ofrecidos por el sistema público o privado, o directamente por las Administradoras del Régimen Subsidiado.

2. La Inaccesibilidad geográfica es en realidad una inaccesibilidad económica en función de los altos costos de transporte fluvial desde los sitios de vivienda hacia los centros de salud del municipio (un promedio de 100.000 pesos viaje persona ida y regreso para una a dos horas de viaje en cada dirección, costo que se duplica para los poblados más apartados).

3. A lo anterior se suman importantes barreras culturales, fundadas tanto en tradiciones como en los bajos niveles educativos de estas poblaciones.

4. Los ciudadanos, pobres por definición y clasificación en su mayoría (especialmente los afiliados al Régimen Subsidiado) deben sufragar estas tarifas de trasporte fluvial, que llegan a significar la mitad o un tercio de los ingresos familiares mensuales, si quieren acceder a la atención médica u odontológica.

5. La afiliación al Régimen Subsidiado no hace diferencia alguna en cuanto a esta condición de inaccesibilidad a los servicios, dado que estos dependen exclusivamente de la estructura de oferta en manos del sistema público, con el que contratan las ARS por capitación, salvo en Quibdo y el centro urbano de Tumaco, donde las ARS ofrecen alternativas de servicios o suministro de medicamentos.

6. Aun cuando los ciudadanos, en pocas ocasiones, superen la barrera económica que significa el transporte y logren acceder a los centros de salud, la mayoría de los afiliados al Régimen Subsidiado como de los vinculados, e incluso algunos afiliados al Régimen Contributivo o Regímenes especiales, se encontrarán con centros de salud con mínimos recursos en términos de recurso humano, medios diagnósticos y terapéuticos, incluidos medicamentos.

7. Se exceptúan de esta condición algunos municipios de Chocó y las veredas cercanas al caso urbano de Tumaco, que acceden directamente a un Hospital con mejores recursos que los centros de salud, aunque sin garantía de algunos suministros o de la existencia de un suministro adecuado de medicamentos

8. La inaccesibilidad geográfica y económica está determinada, desde la perspectiva opuesta, de la administración de servicios de salud, por la ausencia de una oferta de servicios adecuada para este medio y sus habitantes, en términos de un modelo de atención capaz de acercarse a las poblaciones dispersas mediante equipos móviles que visiten regularmente las comunidades (modelo de atención del Vaupés), o bien mediante servicios permanentes y gratuitos de trasporte a través de los principales ríos para que estos ciudadanos sin recursos puedan desplazarse hacia los centros de salud.

9. La disponibilidad de profesionales, técnicos y auxiliares en los servicios públicos de salud y la distancia de estos servicios de una población dada, es decir las condiciones reales de la oferta de servicios, se convierte por tanto en la determinante estructural para la demanda y utilización de los mismos.

10. La escasez e inflexibilidad de la oferta (en el sentido de aumentar la planta de un médico a dos en un centro de salud), puede hacer oscilar el número de habitantes por médico de 4 a 12.000 personas. Aún la cifra de 4.000 personas, equivalente a 2,5 médicos por 10.000 habitantes es muy inferior a los 5,65 médicos por 10.000

habitantes promedio de los municipios de menos de 20.000 habitantes en el país.[1] Por supuesto más lejano del promedio nacional de 11,3 médicos por 10.000 habitantes en las instituciones del sector salud.

11. La distribución de este equipo humano de prestación de servicios y la distancia de las poblaciones determina igualmente un mayor gasto para las poblaciones con mayor acceso y un menor gasto para las poblaciones de menor acceso, independientemente que el Sistema de Seguridad Social pague un mismo per cápita por afiliado.

12. La afiliación al Régimen Subsidiado no garantiza diferencia alguna frente a esta condición estructural, salvo en los grandes centros urbanos, donde existen alternativas públicas, privadas o propias de las ARS para la prestación de servicios.

13. Un incremento de afiliados y por tanto de UPC pagadas en un municipio de Chocó no garantiza que esta población reciba mayores servicios debido a la inflexibilidad de la oferta de servicios en la zona y porque estos recursos ingresan, vía contratos de capitación con el Departamento Administrativo de Salud a una bolsa común de recursos para los centros de salud del departamento. En el caso de Tumaco para el municipio, antes de que se le retirara la autonomía. En suma, no funciona en el primer nivel de atención ambulatorio un sistema de demanda en la gran mayoría de los municipios y para todas las poblaciones dispersas.

14. Para la atención de segundo, tercer nivel y alto costo, teóricamente si funciona un sistema de demanda, pero las condiciones de inaccesibilidad son mayores por razones de una mayor distancia de transporte fluvial o aéreo en la mayoría de los casos. “Allá solo van a morirse, porque si tienen como llegar no tienen como volver”, expresa el médico de un centro de salud”. Dasalud financia sin embargo el trasporte de pacientes fuera del departamento y las ARS ofrecen albergues en Medellín.

15. Las acciones de salud pública y de promoción y prevención llegan con gran dificultad o no llegan a las poblaciones dispersas, en función del centralismo de los recursos humanos disponibles para los programas y acciones.

16. El Departamento del Chocó recibe una UPC especial como otras zonas del país correspondientes a los nuevos departamentos o antiguos territorios nacionales (aproximadamente 48.000 pesos per cápita para el 2004). En el estudio previo de FEDESALUD sobre la UPC en el Vaupés se demostró que este plus financiero resulta indispensable por los sobrecostos que supone un modelo de atención basado en equipos profesionales móviles que lleguen periódicamente a las poblaciones dispersas. En este estudio se demuestra que simplemente este plus no llega a las poblaciones dispersas traducido en ningún tipo de servicios y por lo tanto se queda, o bien en manos de las ARS, o bien es asignado al gasto de los hospitales y centros urbanos por el Sistema Público.

La consecuencia lógica de las anteriores conclusiones, aunadas a las del estudio previo sobre Vaupés, es una recomendación a la Dirección del Sistema de Seguridad Social, en el sentido de que esta UPC plus resulta indispensable y debe calcularse con base en los sobrecostos de un modelo de atención para las poblaciones dispersas. Pero, igualmente recomendar que este plus se conceda exclusivamente para las poblaciones dispersas de los territorios y no para los territorios en general, para que no se quede el recurso adicional en manos de los gestores o concentrado en los centros urbanos.

Adicionalmente, que el recurso adicional sumado al básico del primer nivel de atención ambulatoria y el de promoción y prevención, tenga como destinación exclusiva el costoso financiamiento de equipos extramurales de atención capaces de articular acciones de atención a las personas, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y manejo de

[1] Recursos Humanos en Salud en Colombia. Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública, Ministerio de Salud Bogotá. 2003

factores de riesgo, o bien que sirva para financiar el costoso transporte de estos ciudadanos hacia los servicios, de tal modo que se garantice a la población dispersa la prestación efectiva del POS.

De otra forma el aseguramiento para las poblaciones dispersas se reducirá a la entrega de un carné que “garantiza” derechos teóricos, ya que los servicios no están al alcance de estos ciudadanos. Dadas tales condiciones, cuando lo entregan -y muchas veces no lo hacen como se observó en el Chocó- resulta bastante fútil para una importante proporción de los afiliados al Régimen Subsidiado.

FACTIBILIDAD DE UN MODELO DE ATENCION PARA LAS POBLACIONES DISPERSAS

Este anexo se agrega en 2005, unos meses después de finalizado el estudio, junto con algunas recomendaciones específicas para Chocó y Tumaco, a solicitud de Plan Internacional.

Cálculos para el Departamento de Chocó

Se señaló en el último capítulo del estudio que la consecuencia lógica de las conclusiones, aunadas a las del estudio previo de FEDESALUD sobre el departamento del Vaupés, es una recomendación a los órganos de Dirección del Sistema General de Seguridad Social, en el sentido de que la prima adicional que reconoce el Sistema para zonas especiales, y que resulta indispensable para las poblaciones dispersas, dados los altos costos de atención por su inaccesibilidad geográfica, debe calcularse precisamente con base en los costos de un modelo de atención capaz de garantizar la accesibilidad real de estos grupos a los servicios de salud.

Igualmente se recomendó que este plus a la UPC se conceda exclusivamente para las poblaciones dispersas de los territorios, incluyendo algunas zonas hoy no consideradas, pero que por las características de su población deban incluirse, (como la costa pacífica nariñense), y no para los territorios en general, con el fin de que la prima adicional no se quede en manos de los gestores o concentrada en la prestación de servicios en los centros urbanos.

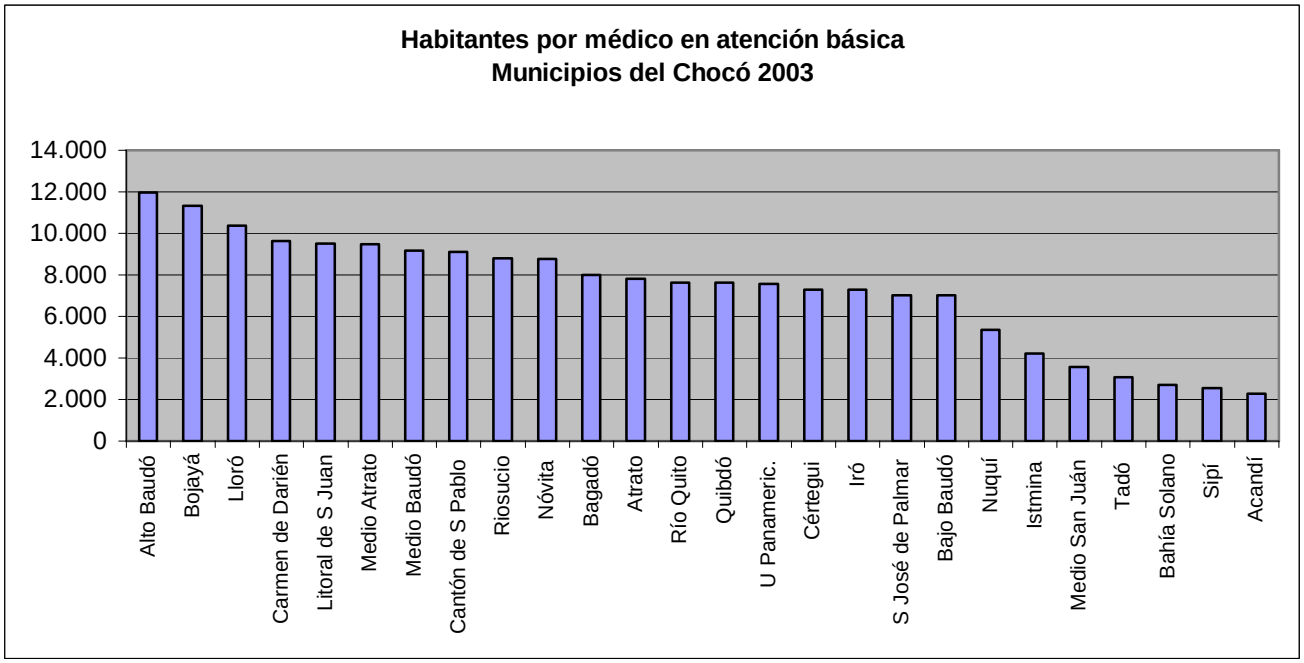
Adicionalmente se sugirió que este recurso adicional, sumado a los recursos al primer nivel de atención ambulatoria y los recursos de promoción y prevención, tengan como destinación exclusiva el costoso financiamiento de equipos extramurales de atención, capaces de articular acciones de atención a las personas, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y manejo de factores de riesgo, o bien que sirva para financiar el costoso transporte de estos ciudadanos hacia los servicios, de tal modo que se garantice a la población dispersa la prestación efectiva del POS.

Se señalo igualmente que El Departamento del Chocó recibe la prima especial sobre la UPC, (aproximadamente 48.000 pesos per cápita para el 2004), como otras zonas del país correspondientes a los nuevos departamentos o antiguos territorios nacionales. En el estudio previo de FEDESALUD sobre la UPC en el Vaupés se demostró que este plús financiero resulta indispensable, dados los sobrecostos que supone un modelo de atención basado en equipos profesionales móviles, apoyados por personal auxiliar, que visiten regular y periódicamente a las poblaciones dispersas. En el presente estudio se demostró que simplemente esta prima no llega a las poblaciones dispersas traducido en ningún tipo de servicios y por lo tanto se queda, o bien en manos de las ARS, o bien es asignado al gasto de los hospitales y centros urbanos por el Sistema Público.

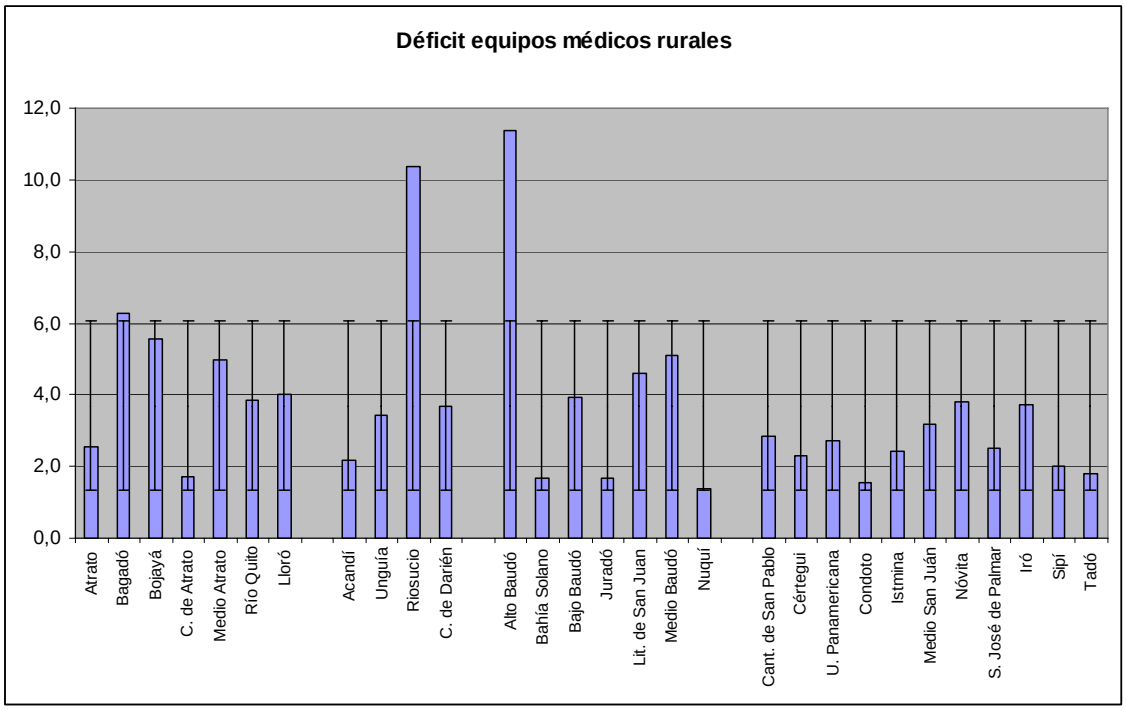
El siguiente ejercicio estima la factibilidad financiera de un modelo de atención basado en equipos móviles que garanticen la atención básica a las poblaciones dispersas en el Departamento del Chocó, población que de otro modo seguirán sin acceso real a los servicios y sin ninguna garantía de prestación del Plan Obligatorio de Salud a pesar de que se encuentren afiliadas al Régimen Subsidiado y el Estado pague su seguro.

Para iniciar el análisis de factibilidad se parte de dos aspectos, el déficit de la oferta en atención médica encontrado en los municipios del Chocó y el déficit de cobertura del Régimen Subsidiado sobre la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

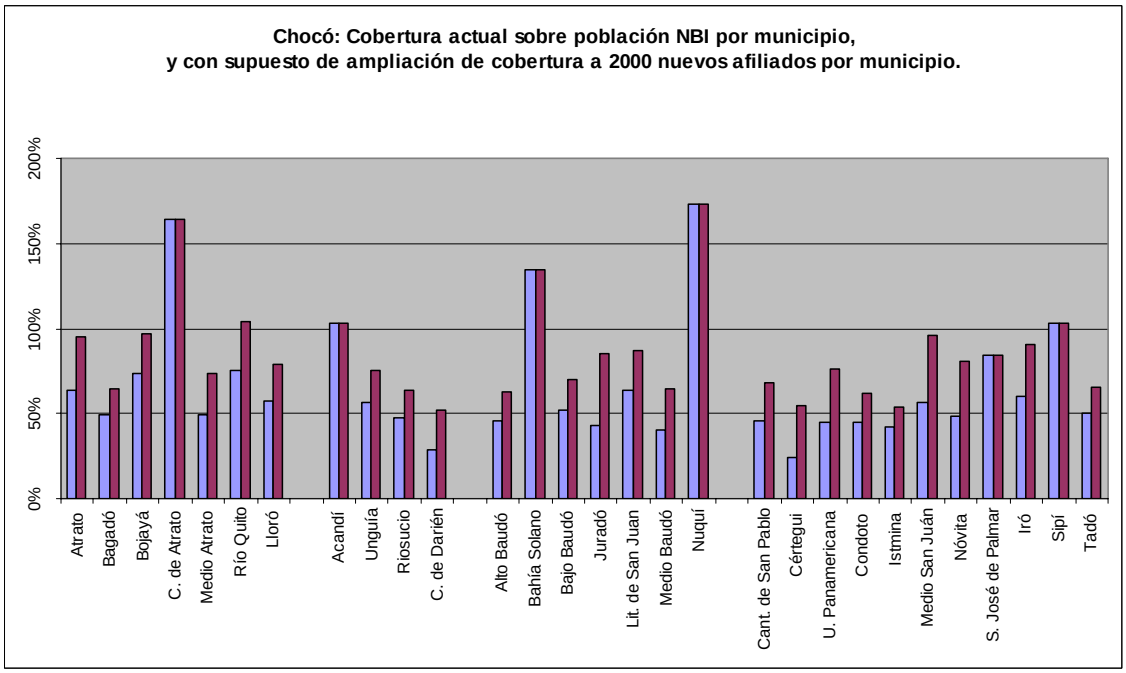
El cálculo de habitantes por médico permite observar una veintena de municipios con un médico para 6.000 habitantes o más, cifra a todas luces insuficiente frente a los requerimientos y estimaciones acostumbradas internacionalmente de un médico por 3.000 habitantes para la población general.



Para la población dispersa el déficit sería mayor, pues se considera necesario al menos un médico extramural por cada 2.000 habitantes, como se justificará con posterioridad. Tomando como base un médico por 3.000 habitantes en la cabecera y por 2.000 habitantes en la población restante de los municipios y restando el recurso actual, se procede a ajustar el déficit, según se visualiza en el siguiente gráfico. El déficit promedio es de 3,69 médicos por municipio y la desviación estandar de 2,37 en los 29 municipios (se exceptúa Quibdó).



Se realizan a continuación los cálculos sobre la base de la asignación de un equipo médico por municipio para 2.000 afiliados, capacidad máxima en un modelo de atención extramural, y la propuesta simultánea de ampliación de 2.000 afiliados al Régimen Subsidiado de la población dispersa en el mismo municipio.



Como puede observarse en el gráfico, sería necesario exceptuar del incremento señalado a los municipios con cobertura superior al 80% de la población NBI, es decir seis municipios, cuya cobertura sobrepasaría el 100% de la población NBI. Riosucio y

Alto Baudó, por el contrario requerirían dos equipos médicos para superar el 60% de cobertura. En total se requerirían en el Departamento 25 equipos médicos y un incremento de cobertura de 50.000 afiliados.

De realizarse la afiliación de estas 50.000 personas de la población rural en los 23 municipios señalados, la cobertura del Régimen Subsidiado sobre la población NBI en el departamento del Chocó pasaría del 53,8% al 68.5%, acercándose al promedio nacional del 70%, es decir simplemente superando la gran inequidad actual de cobertura del Régimen. El total de afiliados pasaría de 183.170 a 233.170 sobre una población NBI de 340.402.

El costo de un equipo de atención extramural en operación

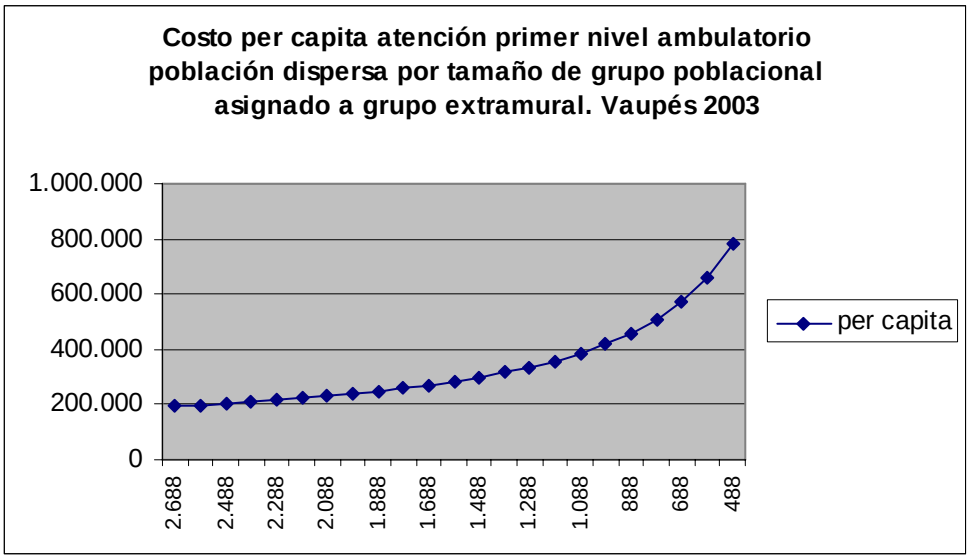
El estudio previo sobre el modelo de atención del Vaupés para poblaciones dispersas, que realizara FEDESALUD en el 2003, demostró que se lograban coberturas aceptables de servicios básicos y de los programas de promoción y prevención, asignando un equipo extramural, conformado por médico general, odontólogo general, enfermero profesional, (bacteriólogo por cada dos equipos), dos auxiliares y tres promotores de salud. El cálculo incluyó las prestaciones y viáticos, los suministros, los medicamentos y el transporte fluvial, adicionalmente la coordinación y administración del modelo de atención extramural.

Las siguientes fueron las estimaciones de costo per cápita para el año 2003 según el tamaño de la población asignada al equipo extramural. El análisis permitió concluir que resultaba imposible la financiación de este modelo de atención para grupos menores de 1500 personas, momento en que el costo per cápita superaba los 300.000 pesos, al tiempo que estimó el costo mínimo para 2.000 afiliados en 230.000 pesos. Del modelo se descontó posteriormente un 10% de los costos asignados correspondientes a remisiones aéreas y hospitalizaciones.

población	fijos	variables	per capita
2.688	130.208	63.235	193.443
2.588	135.240	63.235	198.475
2.488	140.675	63.235	203.910
2.388	146.566	63.235	209.801
2.288	152.972	63.235	216.207
2.188	159.963	63.235	223.198
2.088	167.625	63.235	230.860
1.988	176.056	63.235	239.291
1.888	185.381	63.235	248.616
1.788	195.749	63.235	258.984
1.688	207.346	63.235	270.581
1.588	220.403	63.235	283.638
1.488	235.215	63.235	298.450
1.388	252.161	63.235	315.396
1.288	271.739	63.235	334.974
1.188	294.613	63.235	357.848
1.088	321.691	63.235	384.926
988	354.251	63.235	417.486
888	394.144	63.235	457.379

788	444.162	63.235	507.397
688	508.721	63.235	571.956
588	595.238	63.235	658.473
488	717.213	63.235	780.448

En forma gráfica, se puede apreciar a continuación como en el modelo asciende vertiginosamente el costo por debajo de las 1.500 personas asignadas a un equipo extramural.



Sobre las anteriores bases se realiza la comparación, en términos de costos per cápita y financiación posible, de la propuesta validada para el Vaupés en 2003, sobre la base de 1800 habitantes por equipo extramural, con una propuesta para 25 equipos extramurales en el Departamento del Chocó y 2.000 habitantes asignados a cada equipo en 2005.

Costo equipos y fuentes de financiación probables (miles de pesos)

equipos extramurales				**financiación**	
	costo equipo	**población**	**costo per capita**	**UPC**	**salud pública**
Vaupés 2003	378.000.000	1.800	210.000	115.000	85.000
Choco 2005	400.000.000	2.000	**200.000**		
Chocó disponible			**142.332**	**122.332**	**20.000**
				50% UPC	

Dado que el modelo se debe aplicar en 23 de los 31 municipios (dos con dos equipos) el total de equipos necesarios es de 25, para una cobertura aproximada de 50.000

personas. Se calcula entonces la financiación resultante para el modelo, sobre la base de asignar el 50% de la UPC (más la totalidad de la prima de zona especial).

UPC R. Subsidiado 2005

UPC R.SUBSIDIADO	NORMAL	ZONA ESPECIAL	PRIMA DIFERENCIAL
Anual	$ 203.886,00	$ 244.663,20	$ 40.777,20
Diaria	$ 566,35	$ 679,62	$ 113,27

Igualmente se calcula la financiación del 10% del modelo con recursos de salud pública y se determina el faltante para cubrir el costo total de los 25 equipos.

Costo 25 equipos para 50.000 afiliados de población dispersa (miles de pesos)

Equipos	cobertura	50 % de UPC normal	100% plus UPC	10 % salud pública	total	costo	diferencia
31	62.000	6.320.466	2.528.186	1.240.000	10.088.652	12.400.000	2.311.348
25	**50.000**	5.097.150	2.038.860	1.000.000	8.136.010	**10.000.000**	**1.863.990**

El déficit resultante debería ser cubierto con al menos un 50% de la prima actual correspondiente a las UPC de al menos 100.000 afiliados actuales de la población dispersa que se verían beneficiados con este modelo de atención.

Financiación plus UPC de 100000 afiliados actuales

beneficiados	50% plus UPC	total	costo
100.000	2.038.860	2.038.860	1.863.990
		-174.870	**déficit**

De esta forma, la financiación de los 25 equipos para atender la población dispersa de 23 municipios se financiaría con 7.136 millones de pesos de las nuevas UPC de los 50.000 afiliados y el saldo debería cubrirse con recursos existentes de salud pública y prima especial de los antiguos afiliados.

Financiación según recursos nuevos y existentes

Costo total 25 equipos		**10.000.000**
Recursos nuevos		**7.136.010**
Recursos existentes		**3.038.860**
Déficit		**-174.870**

Cabe señalar finalmente que la prima adicional para zonas especiales fue reducida del 25 al 20% de la UPC en el año 2005, a pesar de lo cual el modelo resulta factible, pero lo ideal sería retornarla al 25%, aunque aplicándola exclusivamente a las poblaciones dispersas, o al menos a las no residentes en las cabeceras municipales y no a toda la población, lo que completaría el financiamiento del modelo de atención para las poblaciones dispersas.

Comentarios finales

El Chocó tiene una población NBI del 82,8%, pero sólo un 57% habita fuera de las cabeceras. Aplicar la prima especial tan sólo a los afiliados residentes en “resto” ahorraría recursos significativos, que permitirían no sólo aumentar la prima de población dispersa al 25% de la UPC, sino incrementar la cobertura de afiliados.

Situación similar se debe presentar en la gran mayoría de las zonas donde el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud concede la prima especial sobre la UPC.

La prima para zonas especiales se originó en el hecho de que las tarifas SOAT contemplaban un sobrecosto de los servicios para los territorios nacionales cuando se calculó inicialmente el valor de la UPC del Régimen Contributivo. Dicho sobrecosto se trasladó posteriormente al per cápita de ambos regímenes sin ningún estudio específico.

BIBLIOGRAFIA

1. Boletín Epidemiológico. INS. Enfermedades Trasmitidas por Vectores 2002-2003
2. Chocó Diversidad Cultural Y Medio Ambiente. Myriam Jimeno María Lucía Sotomayor y Luz María Valderrama
3. Dasalud Chocó Inventario Sanitario Departamental
4. Dasalud Chocó. Estadísticas Oficina de Planeación
5. Defensoría del Pueblo. El Desplazamiento en Colombia 2003
6. Departamento Administrativo Nacional de estadística. Bases de datos de Mortalidad 1980-2001
7. Departamento Nacional de Planeación. Informe de Desarrollo Humano para Colombia 1999 y 2000
8. Departamento Nacional de Planeación Conpes Sociales. Distribución de Transferencias y Participaciones de los Ingresos Corrientes de la nación
9. Diagnóstico Situacional del Municipio de Tumaco Plan de Desarrollo Municipal 1998-2002
10. El Plan de Desarrollo del Chocó para los años 1958-59 y Plan de Acción Chocó 1988-92, CIDER-SIP, 1991.
11. "Enfermedades de Alto Costo, Una propuesta para su regulación" Félix Martínez y Francisco Rossi. Cuadernos de la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. FEDESALUD. Bogotá, 2002
12. Estudio UPC Vaupés. Estudio del proceso de implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento del Vaupés. Fedesalud 2003
13. "¿Ha mejorado el acceso en salud?" Arévalo Decsi y Martínez Félix, Colección la Seguridad Social en la encrucijada, Tomo I, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud. Bogotá, 2002 ISBN 958-701-251
14. "Higeia no es Panacea. Condiciones para dialogar sobre cobertura de la Seguridad Social en Salud". Félix Martínez, Gabriel Robayo y Oscar Valencia. FEDESALUD Revista de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Volumen 4 No 2. Mayo, Agosto 2002. ISSN 0124-0064
15. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Diagnóstico Ejecutivo Costa Pacífica 2004
16. Instituto de Medicina Legal. Centro Nacional de Referencia sobre la violencia. Estadísticas Homicidios y Lesiones 2003
17. Inventario Sanitario del Chocó 2003 Documento Dasalud Chocó
18. Investigación de la Red de Consejos Comunitarios del Pacífico Sur. Tumaco 2003
19. Ministerio de Comercio Exterior. Perfil Comercio exterior Chocó 2002
20. "¿Por qué no se logra la Cobertura Universal de la Seguridad Social en Salud?" Martínez Félix, Robayo Gabriel y Valencia Oscar, FEDESALUD Bogotá, 2003. ISBN 958-33-4698-5
21. Plan de Desarrollo Departamental del Chocó 2004 – 2007 Componente Salud y Seguridad Social
22. Plan de Manejo Integral Ambiental 2003 – 2013 Consejo Comunitario Rió Tablón salado. Municipio de Tumaco
23. Recursos Humanos en Salud en Colombia. Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública, Ministerio de Salud Bogotá. 2003
24. Revista Salud Colombia www.saludcolombia.com Junio 1997 hasta Junio de 2003 Números 1 a 70. Múltiples artículos de análisis del Desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Editoriales.
25. Sistema de Consulta de Información Municipal. Instituto SER de Investigación, PNR, DANE, 1985. NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.
26. Urrutia María, Castro Antún y Castro Arminda. Apuntes sobre Geografía e Historia del Chocó. Promotora Editorial de Autores Chocoanos