

**ASPECTOS QUE LIMITAN LA ADECUADA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS
DE SALUD EN LA COSTA PACIFICA NARIÑENSE**

JAIRO DIOGENES PRADO GOBEA

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SAN JUAN DE PASTO
2009**

**ASPECTOS QUE LIMITAN LA ADECUADA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS
DE SALUD EN LA COSTA PACIFICA NARIÑENSE**

JAIRO DIOGENES PRADO GOBEA

**Trabajo de pasantía presentado como requisito para optar el título de
Economista**

Asesores:

**Economista: IGNACIO GARCES BUCHELLI
CEDRE**

**Economista: EDINSON ORTIZ BENAVIDES
Universidad de Nariño**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SAN JUAN DE PASTO
2009**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

“Las ideas y conclusiones aportadas en esta pasantía son responsabilidad exclusiva de su autor”

Artículo 1º del acuerdo No.324 de octubre 11 de 1966, emanado del honorable Concejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación

Presidente de Tesis

Presidente de Tesis

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Septiembre de 2009

AGRADECIMIENTOS

Ofrezco de manera muy especial mis sinceros agradecimientos, la valiosa y oportuna colaboración de:

Gobernación de Nariño, Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), Corpo Nariño, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Ministerio de Desarrollo Económico, Ministerio de la Protección Social, Programa Plan Pacifico, a los Alcaldes de los diez Municipios que conforman la Costa Pacífica de Nariño y a todos y cada uno de los líderes cívicos y a la comunidad en general.

*Centro de estudio de desarrollo Regional y empresarial de la universidad de Nariño (CEDRE)
Sistema de investigación de la Universidad de Nariño.*

*Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.
En especial al programa de economía.*

*Profesor Edinson Ortiz Benavides
Profesor Ignacio Garcés Buchelli
Marco Antonio Burgos
Armando paz*

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron en la realización de esta investigación.

DEDICATORIA

A Dios ser supremo principio y fin de todo lo que nos rodea.

A mis padres DIÓGENES PRADO Y ANGÉLICA GOBEA, por permitirme el disfrute del don divino de Dios, la VIDA.

A mis hermanos Ariel, David, Jerson, Janeth, Nancy, y Lucy. Por apoyarme en mis sueños

A mis sobrinos Gisela, Kenny, Isabel, Heidy, Junior y Maykel. Por sacarme una sonrisa aun en los momentos mas adversos.

En especial a mi hija Sharid Dayana Prado por ser motivo de mi inspiración en todo momento y lugar en que desarrollo mis habilidades.

Y en general a todas mis familiares y amigos, por motivarme a finiquitar lo empesado.

Jairo Diógenes Prado Gobeá

RESUMEN

El tema propuesto en esta pasantita, refiere a los aspectos que limitan la adecuada prestación de los servicios de salud en la costa pacifica de Nariño, y tiene por objetivo fundamental detallar minuciosamente la situación actual de la prestación de los servicios de salud, como también identificar las limitantes de la misma para proponer estrategias que permitan alternativas de solución al problema de salud que afecta a los diez municipios que constituyen el pacifico de Nariño.

Teniendo en cuenta los hallazgos que arrojó esta investigación, se encontró que: la falta de personal médico asistencial, deficiencia en infraestructura y equipo, mala atención al usuario, entre otros son los factores mas relevantes que generan la inadecuada prestación de los servicios de salud en la costa pacifica de Nariño.

Después de haber indagado amplia y profunda mente a los profesionales de las diferentes entidades encargados del manejo de la prestación de los servicios de salud, representantes cívicos, lideres comunitarios y a la comunidad en general, se determinó que mejorar la infraestructura y los equipos, mayor organización y gestión administrativa y la ampliación de cobertura en la prestación de los servicios de salud son las estrategias mas relevantes que se necesita implementar en el sector salud, para mejorar la prestación de los servicios de salud en la costa pacifica nariñense.

Por ultimo, la prestación de los servicios de salud deben estar enmarcada por la identificación del personal que ofrece los servicios con aquellas personas que demanden el mismo, contar con la infraestructura física, los materiales y equipos básicos necesarios para el buen desarrollo, y finalmente crear el derecho de igualdad en aquellos que demanden los servicios de salud sin importar la posición social.

ABSTRACT

The topic proposed in this pasantia, refers to the aspects that limit the appropriate benefit of the services of health in the coast it pacifies of Nariño, and he/she has for fundamental objective to detail the current situation of the benefit of the services of health minutely, as well as to identify the restrictive of the same one to propose strategies that allow alternative of solution to the problem of savalanche that affects to the ten municipalities that constitute the I pacify of Nariño.

Keeping in mind the discovery that you/they threw this investigation, was found that; medical assistance personnel's lack, deficiency in infrastructure and team, bad attention to the user, among other they are the factors but outstanding that generate the inadequate benefit of the services of health in the coast it pacifies of Nariño.

After having investigated wide and deep mind to the professionals of the different entities in charge of the handling of the benefit of the services of health, civic representatives, lead community and to the community in general, you determines that to improve the infrastructure and the teams, bigger organization and administrative management and it enlarged the covering in the benefit of the services of health they are the strategies but outstanding that one needs to implement in the sector health, to improve the benefit of the services of health in the coast it pacifies nariñense.

For I finish the benefit of the services of health they should be framed by the personnel's identification that offers the services with those people that demand the same one, to have the physical infrastructure, the materials and basic necessary teams for the good development, and finally to create the right of equality in those that demand the services of health without caring the social position.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	17
1. GENERALIDADES DE LA PASANTIA	19
1.1 TÍTULO	19
1.2 TEMA DE INVESTIGACION	19
1.3 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	19
1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.5 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.6 OBJETIVOS DE LA PASANTÍA.....	20
1.6.1 Objetivo General.....	20
1.6.2 Objetivos Específicos:.....	20
1.7 JUSTIFICACIÓN	20
1.8 METODOLOGÍA DE LA PASANTÍA	21
2. LA SALUD EN EL MARCO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)	24
2.1 LA DECLARACIÓN DEL MILENIO	24
2.2 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (PNUD)	24
2.2.1 Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre:	25
2.2.2 Objetivo 2: Lograr la educación básica universal:.....	26
2.2.3 Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer:.....	26
2.2.4 Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil:.....	27
2.2.5 Objetivo 5: Mejorar la salud sexual y reproductiva:.....	27
2.2.6 Objetivo 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades	28
2.2.7 Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente:.....	28
2.2.8 Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo:.....	29
2.3 LOS ODM EN LA SALUD DE AMERICA LATINA	30

2.4 LOS ODM EN LA SALUD DE COLOMBIA	31
2.5 LOS ODM EN LA SALUD DE NARIÑO	32
3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO Y LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO.....	33
3.1 MANEJO DE LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.....	33
3.2 OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.....	37
3.3 ANÁLISIS DE LAS FUENTES Y USOS DE LOS RECURSOS EN SALUD DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.	38
3.3.1 Análisis de las fuentes y destino de los recursos del Departamento de Nariño:	39
3.3.2 Fuente y destino de los recursos para salud 2007 que percibe el departamento de Nariño:	41
3.3.3 Fuente y Destino de los Recursos Para Atención a Población Subsidiada del departamento de Nariño:.....	43
3.3.4 Comportamientos de Recursos del PAB y Otros recursos 2004 – 2007 del Departamento de Nariño:.....	43
3.4 MANEJO DE LA SALUD EN LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO.....	44
3.4.1 La Descentralización de la Salud en la Costa Pacifica de Nariño.....	44
3.4.2 Disponibilidad de ESE e IPS en la costa pacifica de Nariño	45
3.4.3 Situación Actual de la Infraestructura Hospitalaria en la Costa Pacifica de Nariño:	47
3.5 OFERTA DE SERVICIO DE SALUD EN BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO.....	50
3.5.1 Disponibilidad de Recursos Físicos en las IPS Publicas de Baja y Mediana Complejidad en la Costa Pacifica de Nariño:	50
3.5.2 Red Pública de Prestadores de Servicio de Baja Complejidad.....	52
3.5.3 Red Pública de Prestadores de Servicio de Mediana Complejidad:	55
3.6 FUENTES Y USOS DE LOS RECURSOS EN SALUD DE LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO.	56

3.6.1 Asignación de Recursos para Atención en baja Complejidad a población no afiliada de la costa pacifica de Nariño:.....	56
3.6.2 Comportamiento del Presupuesto de Ingresos y Gastos de las IPS año 2007 en la Costa Pacífica Nariñense:.....	58
4. INDICADORES BÁSICOS EN SALUD DE LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO	61
4.1 LA COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO POR ASEGURAMIENTO.....	61
4.1.1 Afiliación al Sistema General en Seguridad Social en Salud de la Costa Pacífica Nariñense:.....	61
4.1.2 Segmentación de la Población Según Afiliación al S.G.S.S.S.....	62
4.1.3 Total Afiliados y administradoras al Régimen Subsidiado en salud de la Costa Pacífica de Nariño:	63
4.1.4 Análisis al Sistema Contributivo en Salud.....	63
4.2 COMPORTAMIENTO GENERAL DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO	64
4.2.1 Causas de Morbilidad en la Costa Pacífica de Nariño	64
4.2.2 Causas de Mortalidad en la Costa Pacífica de Nariño	66
4.3 ESTADO NUTRICIONAL EN LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO	66
4.3.1 Desnutrición Aguda Peso y Talla de la Costa Pacífica de Nariño	66
4.3.2 Desnutrición Crónica Talla Edad de la Costa Pacífica de Nariño.....	67
4.3.3 Desnutrición Global Peso y Edad en la Costa Pacífica de Nariño	68
4.4 ENFERMEDADES INFECCIOSAS VIRALES Y TRANSMITIDAS POR VECTORES EN LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO	69
4.4.1 Comportamiento de la Malaria en la Costa Pacífica de Nariño	69
4.4.2 Comportamiento Enfermedad Viral Hepatitis “A” en la Costa Pacífica de Nariño	71
4.4.3 Números de casos de Tuberculosis en la Costa Pacífica Nariñense	73
4.4.4 Comportamiento del VIH SIDA en la Costa Pacífica de Nariño	75
4.5 COBERTURA DE VACUNACIÓN EN LA COSTA PACIFICA NARIÑENSE....	77

4.6 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS INDICADORES DE SALUD EN LA COSTA PACIFICA NARIÑENSE RESPECTO AL DEPARTAMENTO Y LA NACIÓN.....	79
5. PROBLEMÁTICA Y ALTERNATIVAS DE DESARROLLO QUE PRESENTA LA ADECUADA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO.	85
5.1 ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA	85
5.2 ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	88
6. CONCLUSIONES	91
7. RECOMENDACIONES.....	93
BIBLIOGRAFÍA.....	95
NETGRAFÍA	97
ANEXOS.....	98

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Distribución porcentual de la muestra según población de los municipios.....	22
Cuadro 2. Planta de personal del Instituto Departamental de salud de Nariño. 2.008.....	34
Cuadro 3. Red prestadora de Servicios de Salud en el Departamento de Nariño 2.007	37
Cuadro 4. Fuentes de recursos 2.004 – 2.007.....	38
Cuadro 5. Recursos para la salud 2004-2007 según destino	39
Cuadro 6. Fuente y destino de los recursos 2004 – 2007.....	41
Cuadro 7. Fuentes y recursos para atención a población subsidiada 2004-2007..	43
Cuadro 8. Comportamiento de la financiación del plan de atención básica 2004-2007.....	43
Cuadro 9. Municipios Certificados en la Costa Pacífica de Nariño 1996 – 1999 ...	45
Cuadro 10. Disponibilidad de ESE e IPS en la costa Pacífica de Nariño 2.008.....	46
Cuadro 11. Infraestructura Hospitalaria 2.007	47
Cuadro 12. Recursos Disponibles en Baja, Mediana, y Alta Complejidad 2.007 ...	50
Cuadro 13. Red pública en baja complejidad 2007.....	53
Cuadro 14. Red pública de mediana complejidad 2007.....	55
Cuadro 15. Asignación de recursos para la atención a población no afiliada 2.007	56
Cuadro 16. Comportamiento de ingresos y gastos en IPS 2.007	58
Cuadro 17. Afiliación S.G.S.S.S. según régimen y municipio 2.007	61

Cuadro 18. Afiliación al S.G.S.S.S. 2.005 – 2.007	62
Cuadro 19. Total Administradoras y afiliados al régimen subsidiado en salud 2.007	63
Cuadro 20. Causas de morbilidad en la Costa Pacífica de Nariño 2007.....	65
Cuadro 21. Causas de defunción en la Costa Pacífica de Nariño 2007.....	66
Cuadro 22. Desnutrición Aguda Peso y Talla CPN 2007.....	67
Cuadro 23. Desnutrición crónica talla edad CPN 2007.....	68
Cuadro 24. Desnutrición Global <peso y Edad CPN 2007.....	69
Cuadro 25. La malaria en la Costa Pacífica de Nariño. 2.006 – 2.007.....	70
Cuadro 26. Hepatitis A Costa Pacífica de Nariño tasa por (100.000) HAB. 2.004 – 2.007	72
Cuadro 27. Tuberculosis Costa Pacífica de Nariño tasa por 10.000 HAB. 2.004 – 2.007	74
Cuadro 28. VIH SIDA en la Costa Pacífica de Nariño 2.004 – 2.007	76
Cuadro 29. Coberturas de vacunación Costa Pacífica de Nariño 2007	78
Cuadro 30. Cobertura de Aseguramiento en Salud (%) 2004 – 2006.....	82
Cuadro 31. Cobertura Vacunación 2004 – 2006.....	82
Cuadro 32. Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Externa (%)	83
Cuadro 33. Perfil Epidemiológico Costa Pacífica Nariñense (%).....	83
Cuadro 34. Reporte Casos de VIH - SIDA (%)	83
Cuadro 35. Mortalidad Costa Pacífica Nariñense (%).....	84
Cuadro 36. Principales dificultades de la prestación de los servicios de salud en la costa pacífica de Nariño.....	87
Cuadro 37. Alternativas de mejoramiento en la prestación de los servicios de salud	89

LISTAS DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Carta Organizacional del Instituto Departamental de Salud de Nariño ...	35
Figura 2. Cobertura de Aseguramiento en Salud 2004 – 2006.....	79
Figura 3. Cobertura por Régimen. Costa Pacífica Nariñense 2004 – 2006	80
Figura 4. Dificultades en la prestación de los servicios de salud en la C.P.N.....	88
Figura 5. Alternativas de mejoramiento	90

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Formato de entrevista.....	99
Anexo B. Formato de encuesta.....	101
Anexo C. Datos tabulados de las problemáticas que representa la prestación de los servicios de salud.....	103
Anexo D. Datos tabulados de las alternativas de solución en la prestación de los servicios de salud.....	104
Anexo E. Mapa de la costa pacífica de Nariño	105

INTRODUCCIÓN

La prestación de los servicios de salud es de gran relevancia para la sociedad de la subregión pacífica nariñense, dado que, la salud además de ser un derecho fundamental, está asociado con la calidad y esperanza de vida, y las posibilidades productivas de la región; y no solo incluye el bienestar físico, sino también, otros componentes como el bienestar psicológico, mental y sicosomático de las personas.

La pretensión de este estudio es dar una idea, una visión sobre el estado en que se encuentra este sector en la costa pacífica nariñense, así mismo identificar las principales causas y los efectos que enmarcan la prestación de los servicios de salud, responsables de la problemática de salud que atraviesan los habitantes de la subregión, por ello es necesario un inmediato y exhaustivo análisis del problema, para identificar las estrategias y alternativas eficaces que permitan superar este flagelo.

Es preciso anotar que el sector salud es de vital importancia en el desarrollo socioeconómico de los países, tanto que al igual que la pobreza y la sostenibilidad ambiental se convierten en las preocupaciones centrales a nivel mundial y ocupa tres (3) de los ocho (8) objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) promulgados por representantes de 189 estados en septiembre de 2000, en la ciudad de Nueva York en el marco de la Cumbre del Milenio.

El objetivo 4, busca Reducir la mortalidad infantil, el objetivo 5 pretende Mejorar la salud sexual y reproductiva y el objetivo 6 plantea Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Los ocho son objetivos de largo plazo que se conforman de 18 metas y más de 40 indicadores que deben hacerse realidad para el año 2015.

Colombia firmó la declaración del milenio y el 14 de Marzo de 2005 aprueba el documento las “METAS Y ESTRATEGIAS DE COLOMBIA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO - 2015” por parte del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) donde se precisa para el país las metas particulares a alcanzar en el año 2015, así como las principales estrategias para implementar o fortalecer su consecución.

Igualmente, es preciso resaltar, que este proyecto de pasantía se encuentra enmarcado dentro del Proyecto de Investigación General sobre la Visión de Desarrollo para el Pacífico Nariñense que hace curso en el **CEDRE** y el Sistema de Investigaciones de la Universidad de Nariño.

Este informe inicia con la descripción de los principales aspectos del proyecto de pasantía, para luego continuar con un marco conceptual sobre la salud y los objetivos de desarrollo del milenio. Posteriormente, describe las principales características de la salud tanto en el Departamento como en la Costa Pacífica de Nariño, continua con los indicadores básicos del sector, y finalmente analizar la problemática que atraviesa y las posibles soluciones a las mismas.

1. GENERALIDADES DE LA PASANTIA

1.1 TÍTULO

“ASPECTOS QUE LIMITAN LA ADECUADA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA COSTA PACIFICA NARIÑENSE”

1.2 TEMA DE INVESTIGACION

El tema propuesto se desarrolló alrededor de la prestación de los servicios de salud, a través del cual se pretendió conocer el estado actual en que se encuentra este sector salud en la subregión pacifico sur del departamento de Nariño, mediante un diagnostico detallado de sus particularidades, como son: coberturas del SGSSS, coberturas en vacunación, perfil epidemiológico, red de prestación de servicios, entre otros.

1.3 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La subregión pacifico sur del departamento de Nariño presenta serias deficiencias en la prestación de los servicios de salud, lo cual redundando en las bajas coberturas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y altos índices de morbilidad y mortalidad, lo cual reduce la calidad y esperanza de vida.

Dentro de un análisis previo se podría afirmar que, los principales problema que afectan la prestación de los servicios de salud están relacionado con la frágil infraestructura, falta de capacitación del personal encargado, el mal manejo de los recursos propios, falta de dotación e instrumentos en los centros, falta de hospitales de segundo y tercer nivel, e ineficacia de los programas. Todo esto acompañado de una precaria situación institucional, la dispersión de su población, al igual que el ausentismo gubernamental nacional y departamental, limitan el fortalecimiento de este sector en todos y cada uno de los diez municipios que conforman la subregión pacifica de Nariño.

Los municipios de la Costa Pacifica, por ser territorios altamente dependientes del Estado central, al no contar con ingresos propios, no le permite un despegue acelerado para la adecuada solución a la prestación de los servicios de salud. Por ello es necesario que se articulen las organizaciones internacionales, el gobierno nacional, el gobierno departamental, y los gobiernos e instituciones locales con el ánimo de buscar los caminos más expeditos que permita minimizar la problemática sentida al interior de este importante sector.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales características y los aspectos que limitan la adecuada prestación de los servicios de salud en la costa pacífica nariñense?

1.5 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

- ✓ ¿Cuáles son las principales características de la prestación de los servicios de salud en la costa pacífica nariñense?
- ✓ ¿Cuáles son las principales limitantes para una adecuada prestación de los servicios de salud en la Costa Pacífica Nariñense?
- ✓ ¿Qué alternativas y estrategias se deben implementar para mejorar la prestación de los servicios de salud en la costa pacífica nariñense?

1.6 OBJETIVOS DE LA PASANTÍA

1.6.1 Objetivo General. Determinar las principales características y los aspectos que limitan la adecuada prestación de los servicios de salud en la costa pacífica nariñense

1.6.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Analizar las principales características de la prestación de los servicios de salud en la costa pacífica nariñense.
- ✓ Identificar cuáles son las principales limitantes para una adecuada prestación de los servicios de salud en la costa pacífica de Nariñense.
- ✓ Proponer las alternativas y estrategias que garanticen una mejor prestación de los servicios de salud en la costa pacífica nariñense.

1.7 JUSTIFICACIÓN

En la subregión pacífica nariñense existe una situación local preocupante, el sector salud pide a gritos la rápida atención de las entidades estatales, los gobiernos; nacional, departamental, locales y, de organizaciones internacionales, para que se apersonen de la situación que tiene en agonía a este sector. La frágil infraestructura, los programas que no dan respuestas a las necesidades, la falta de centros médicos y hospitales en las zonas rural como urbana, escasez de instrumentos adecuados, la carencia de personal capacitado y, la falta de de hospitales con mayor nivel hacen de este sector el que mas requiera de una pronta atención.

Este proyecto pretende entonces, reconocer el estado en que se encuentra la prestación de los servicios de salud de la subregión, asimismo identificar la causas y efectos que han generado el mal estado de dicho servicio, para poder establecer estrategias y alternativas que den con la solución a los problemas sentidos en la prestación de los servicios de salud de la costa pacífica de Nariño.

Es de pleno conocimiento, la relación directa que existe entre las condiciones de salud física y mental de una comunidad y sus posibilidades de desarrollo. De allí la importancia de apostarle al mejoramiento ostensible de los servicios en la salud, como estrategia para el fortalecimiento social y económico de la subregión.

Además, la investigación toma importancia, toda vez que el sector salud es centro de preocupaciones mundiales al formar parte integral de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, participando con 3 de los 8 objetivos establecidos en la Cumbre del Milenio, de la cual Colombia firmó el compromiso, y es por todos conocidos que si el país quiere dar cumplimiento al mismo, entonces debe atender prioritariamente las difíciles condiciones que a este respecto presenta la Costa de Nariño.

1.8 METODOLOGÍA DE LA PASANTÍA

La presente investigación se enmarcó dentro de los enfoques Descriptivos, Exploratorios, Analíticos, y de Investigación Participativa, por cuanto efectuó una identificación de la situación existente, para luego proponer, con participación de la comunidad, las acciones que desde su punto de vista ofrecerían un mejoramiento en sus condiciones de infraestructura básica.

Respecto al método, dado el carácter cualitativo de la investigación se hizo uso de los métodos inductivo-deductivo, analítico-sintético, e histórico, manejando la información de lo particular a lo general, y lo contrario, respectivamente conforme cada ítem a desarrollar. Así mismo se hizo uso del método prospectivo, por cuanto se pretendió proponer alternativas que permitiesen un acercamiento progresivo al futuro deseado.

Las fuentes de información, las constituyeron en forma primaria, las provenientes de los representantes de los sectores gubernamentales, comunitario, productivo e institucional de los municipios de la costa pacífica nariñense, mediante técnicas de observación directa, entrevistas (Ver Anexo A), y encuestas (Ver Anexo B).

Es preciso tener en cuenta que esta investigación está adscrita a una investigación mayor sobre Visión de Desarrollo del Pacífico Nariñense, la cual está vinculada al CEDRE y está aprobada por el Sistema de Investigaciones de la Universidad de Nariño quienes apoyaron su financiamiento. En primera instancia se realizaron las entrevistas con recursos del CEDRE por el orden de un millón de medio de pesos (\$ 1.500.000.00) a finales del semestre A de 2.008. Estas se

aplicaron en cada uno de los 10 municipios de la Costa Pacífica, esencialmente a funcionarios de las administraciones municipales (salud, educación, gobierno, planeación) comerciantes, miembros de concejos comunitarios y representantes de instituciones. Las entrevistas ascendieron a un total de 35.

En segunda instancia con recursos provenientes del Sistema de Investigaciones de la Universidad de Nariño, por el orden de tres millones de pesos (\$ 3.000.000.00) a finales del semestre B de 2.008 se aplicaron 150 encuestas resultado arrojado por la fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q} = \frac{347.365 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.08)^2 \cdot (347.365-1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = 150$$

Donde: n= Tamaño de muestra N= Población año 2.008
 Z²= Nivel de significancia 95% P y Q = Probabilidades de
 E²= Margen de Error Acierto y Error

Estas encuestas se aplicaron en cada uno de los 10 municipios en forma estratificada según la población censal de 2.005 (Se escoge este año porque representa la población que arrojaron los datos reales, de allí en adelante son sólo proyecciones). Así las cosas el total de encuestas por municipio fue la siguiente:

Cuadro 1. Distribución porcentual de la muestra según población de los municipios

MUNICIPIO	POBLACIÓN 2005	% SOBRE TOTAL	NÚMERO DE ENCUESTAS
Barbacoas	30270	9.35	14
El Charco	25733	7.95	12
Francisco Pizarro	11029	3.40	5
La Tola	8408	2.59	4
Magui Payán	16394	5.16	8
Mosquera	11995	3.70	5
Olaya Herrera	27359	8.45	13
Roberto Payán	16892	5.22	8
Santa Bárbara	15332	4.7	7
Tumaco	160034	49.4	74
TOTAL	323446	100	150

Fuente: Esta Investigación

Las Fuentes Secundarias están relacionadas con las informaciones provenientes de los documentos, estudios y demás datos escritos de los organismos gubernamentales como: Planeación Departamental, Oficinas de Planeación Municipal, DNP, DANE, Gobernación de Nariño, entre otros del orden local, regional y nacional. Finalmente, las fuentes terciarias, son las referidas específicamente a las consultas y documentos oficiales extractados de la Red Global Internet.

Una vez obtenidos los datos de las distintas fuentes se organizaron por temas a fines, realizando un diagnostico detallado que relacione los principales problemas que afectan la prestación de los servicios de salud en la costa pacifica de Nariño.

2. LA SALUD EN EL MARCO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

2.1 LA DECLARACIÓN DEL MILENIO

En el año 2.000, en la ciudad de Nueva York, se reunieron 189 Jefes de Estado en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, donde firmaron la Declaración del Milenio, y se comprometieron con diferentes ámbitos: pobreza, derechos humanos, democracia e igualdad, entre otros. Esta firma se constituyó en una responsabilidad ineludible que guiada por el enfoque del Desarrollo Humano, busca mejorar las condiciones de vida en todo el mundo, mediante la adopción y consecución de lo que en su momento se denominaron, los objetivos de desarrollo del milenio.

Con los objetivos de desarrollo del milenio, se trata de que 1.300 millones de personas que sufren de hambre y viven en condiciones infrahumanas, que no están cubiertas por los sistemas de salud, tienen restringido el acceso a la educación, consumen aguas sin tratamiento adecuado, no poseen instalaciones de saneamiento básico, mueren por enfermedades como VIH/Sida, dengue y malaria, niños que fallecen antes de llegar a los cinco años por enfermedades prevalentes, mujeres agobiadas por la discriminación, un trato inequitativo y maternidad cada vez más precoz, cuenten con mejores oportunidades para lograr el bienestar.

Entre los países que firmaron el acuerdo se encuentra Colombia, quien estableció sus metas a través del Consejo Nacional de Política Económica y Social número 91 de 2.005. El Departamento de Nariño, también acudió al llamado del PNUD y actualmente con el Plan de Desarrollo 2.008-2.011 “Adelante Nariño” pretende obtener resultados favorables que permitan generar las bases para un desarrollo mucho más coherente con las necesidades de los nariñenses.

2.2 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (PNUD)

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), son de vital importancia en relación al crecimiento económico, la reducción de la pobreza y el desarrollo humano sostenible, así mismo resaltan la necesidad de gobiernos democráticos, el respeto por los derechos humanos, la paz y la seguridad. Es por ello que cada objetivo se constituye de metas cuantificables a partir de indicadores específicos que permitan conocer los logros obtenidos en los países comprometidos, en materia de pobreza, educación, equidad e igualdad entre géneros, disminución de muertes maternas y perinatales, asistencia sanitaria, y junto a estos la disminución de los niveles de desnutrición, la lucha por erradicar o combatir las principales enfermedades que padecen tanto los niños como la población en general, así

como alcanzar la sostenibilidad medioambiental; con la finalidad de propiciar espacios y alternativas para que la población del mundo entero tenga la posibilidad de acceder a un mejor y mayor bienestar social.

Los ocho objetivos acordados en la Cumbre del Milenio y las metas planteadas a nivel universal y para Colombia son los siguientes:



2.2.1 Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre:



a. Metas Universales:

- ✓ “Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día.
- ✓ Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre.

b. Metas Colombia:

- ✓ Reducir de 53,8 a 28,5% el porcentaje de personas en pobreza.
- ✓ Reducir de 20,4 a 8,8% el porcentaje de personas que vive en pobreza extrema.
- ✓ Reducir de 2,8 a 1,5% el porcentaje de personas que vive con menos de un dólar diario
- ✓ Reducir de 10 a 3,0% los niños menores de 5 años con peso inferior al normal.”
- ✓ Reducir de 17 a 7,5% las personas que están por debajo del consumo de energía mínima alimentaria.¹

¹ PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). Caja de herramientas de los ODM. 2007. p.15.



2.2.2 Objetivo 2: Lograr la educación básica universal:

a. Meta Universal: Velar para que en 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

b. Metas Colombia:

- ✓ Tasa de analfabetismo a 1% para personas entre 15 y 24 años
- ✓ Tasa de cobertura bruta del 100% para educación básica (preescolar, básica primaria, básica secundaria) y 93% para educación media
- ✓ Alcanzar en promedio 10,6 años de educación para la población entre 15 y 24 años
- ✓ Disminuir la repetición a 2,3% en educación básica y media.



2.2.3 Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer:

a. Meta Universal: “Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente en 2005, y en todos los niveles de enseñanza antes de finales de 2015.

b. Metas Colombia:

- ✓ Desarrollar con una periodicidad de al menos cinco años, la medición de la magnitud y características de la violencia de pareja en el país y definir las metas anuales de reducción
- ✓ Implementar y mantener operando una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, específicamente de la violencia de pareja contra la mujer, en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga en 2008 y en las demás capitales de departamento en 2015
- ✓ Incorporar y mantener el seguimiento a la equidad de género en materia salarial y calidad del empleo, en el marco del Sistema de información sobre calidad y pertinencia del Sistema nacional de formación para el trabajo.
- ✓ Incrementar por encima del 30% la participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público”.²

² DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN (DNP). Informe de Colombia. Objetivos de Desarrollo del Milenio. (promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer). 2005. p.93.

2.2.4 Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil:



a. Meta Universal: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.

b. Metas Colombia:

- ✓ Reducir a 17 muertes por mil nacidos vivos la mortalidad en menores de 5 años
- ✓ Reducir a 14 muertes por mil nacidos vivos la mortalidad en menores de 1 año
- ✓ Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en 95%, con el Plan ampliado de inmunizaciones (PAI) para los menores de 5 años, en todos los municipios y distritos del país.³

2.2.5 Objetivo 5: Mejorar la salud sexual y reproductiva:



a. Meta Universal: Reducir entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.

b. Metas Colombia:

- ✓ Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos
- ✓ Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales
- ✓ Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado a 95%
- ✓ Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa a 75% y a 65% entre la población de 15 a 19
- ✓ Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo del 15%
- ✓ Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 por cien mil mujeres.

³ Ibíd., p.109.

2.2.6 Objetivo 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades



a. Metas Universales:

- ✓ Detener y comenzar a reducir, para 2015, la propagación de la epidemia del VIH/SIDA.
- ✓ Detener y comenzar a reducir, para 2015, la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves.

b. Metas Colombia:

- ✓ Para 2015, haber mantenido la prevalencia de la infección por debajo de 1,2% en población de 15 a 49 años
- ✓ Establecer una línea de base en el quinquenio 2005-2010 para lograr medir la mortalidad por VIH/sida y reducirla en 20% durante el quinquenio 2010-2015
- ✓ Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre hijo durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con el quinquenio 2005 - 2010
- ✓ Para 2010, aumentar en 15% la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que la requieran, y para 2015, elevar esta cobertura en 30%.
- ✓ Reducir en 85% entre 1998 y 2015 los casos de muerte por malaria
- ✓ Reducir en 45% entre 2003 y 2015 la incidencia de malaria en zonas urbanas
Reducir en 80% entre 1998 y 2015 los casos de muerte por dengue
- ✓ Reducir a menos de 10%, y sostener en este nivel, los índices de infestación de Aedes aegypti de los municipios categoría especial, 1 y 2, por debajo de 1.800 metros sobre el nivel del mar.

2.2.7 Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente:



a. Metas Universales:

- ✓ Incorporar los principios del desarrollo sostenible a las políticas y los programas nacionales, y propender por la reducción del agotamiento de los recursos naturales y de degradación de la calidad del medio ambiente. En particular, en la proporción del país cubierta por bosques, la proporción y el

estado de las áreas del país destinada a la conservación de ecosistemas a través de un Sistema de parques nacionales naturales, la eliminación del consumo de sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO) y la reducción de las emisiones de CO2.

- ✓ Reducir a la mitad, para 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable.
- ✓ Haber mejorado en forma considerable, antes del año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes.

b. Metas Colombia:

- ✓ Reforestar al año 30.000 hectáreas de bosques
- ✓ Consolidar las áreas protegidas del Sistema de parques nacionales naturales, incorporando 165.000 nuevas hectáreas al sistema, y formulando planes de manejo socialmente acordados para la totalidad de las áreas
- ✓ Eliminar para 2010 el consumo de sustancias agotadoras de la capa de ozono. Meta Universal Reducir a la mitad, para 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable.
- ✓ Incorporar a la infraestructura de acueducto, por lo menos 7,7 millones de nuevos habitantes urbanos, e incorporar 9,2 millones de habitantes a una solución de alcantarillado urbano
- ✓ Incorporar 2,3 millones de habitantes a una solución de abastecimiento de agua, y 1,9 millones de habitantes a una solución de saneamiento básico incluyendo soluciones alternativas para las zonas rurales, con proporciones estimadas del 50% de la población rural dispersa
- ✓ Reducir a 4% el porcentaje de hogares que habitan en asentamientos precarios.

2.2.8 Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo:



- ✓ En este objetivo se plantea la necesidad de disminuir las desigualdades entre regiones, es por ello que contempla la necesidad de lograr una alianza mundial, en la cual se procura plantear la responsabilidad de los países desarrollados junto a la de los países en desarrollo; *“alianza que se respalda en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo*

*celebrada en Monterrey, México, en 2002 y reafirmada en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible celebrada en Johannesburgo en agosto de 2002*⁴.

- ✓ De igual manera se recalca el hecho de que el octavo objetivo es de suma importancia ya que aboga por la integración de los países pero es un objetivo que no tiene compromisos cuantificados como los demás, a pesar de ello toman en cuenta los siguientes aspectos como ejes fundamentales para alcanzarlo, a saber el aumento de la Ayuda Oficial al Desarrollo, la reducción de la Deuda Externa para los países más pobres, y la mejora de las normas internacionales que regulan el comercio para asegurar un trato no discriminatorio a los países pobres.
- ✓ Con lo anterior queda evidenciado, el alto grado de importancia que se le concede a la salud como condición necesaria para el desarrollo del hombre y del planeta, al dejarle que abarque prácticamente un 38% del total de los objetivos del milenio (3 de 8).

2.3 LOS ODM EN LA SALUD DE AMERICA LATINA

*El progreso de América Latina y el Caribe en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio –ODM- ha sido muy diferente en toda la región teniendo en cuenta los grandes avances en desarrollo humano que han tenido países como Cuba, Chile, Argentina, Costa Rica, México y Uruguay, los cuales se los consideran como países con desarrollo humano alto, Colombia se encuentra dentro del grupo de países con desarrollo humano medio alto, a estos grupos le siguen los países los cuales han presentado regularidades en el avance en el logro de los objetivos teniendo en cuenta también los recursos de que disponen, lo cual en algunos países ha generado ciertas dificultades que hacen que se consideren dentro del grupo de desarrollo humano medio y desarrollo humano medio bajo y bajo” entre los que se encuentran Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua que representan el 7,6% del total de la población de la región; algunos países del Caribe permiten realizar este análisis aunque no se dispone de toda la información suficiente para observar el avance*⁵.

El informe de las Naciones Unidas señala que se han logrado progresos considerables en el ámbito de la salud muchos de ellos alcanzados gracias a los avances respecto a la cuestión ambiental en la región, aunque la meta

⁴ Disponible en: <http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml>

⁵ PNUD. Grupos elaborados en base al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Bogotá: 2004. p.13.

establecida para la disminución de la mortalidad entre los niños es exigente, ya que significa reducirla a un tercio de su nivel de 1990, la región muestra avances importantes la mortalidad de los menores de cinco años se redujo de alrededor de 56 a 33 y la mortalidad infantil para menores de un año bajó de 43 a 26 por cada 1.000 nacidos vivos entre ese año y el 2003⁶ y para el año 2006 la disminución del número de muertes de niños menores de cinco años de edad por 1000 nacidos vivos fue de 27 otro factor que contribuyó a este éxito es la cobertura en vacunación contra el sarampión los últimos datos indican que en la actualidad el 93% de los niños de la región reciben esta vacuna mientras que en 1990 sólo la recibía las tres cuartas partes de los niños.

La salud materna ha mejorado en la región en el sentido del porcentaje de madres que dan a luz atendidas por personal médico capacitado, que pasó del 68% en 1990 al 86% en 2006, este indicador sin duda ayudó a reducir la mortalidad materna de 180 por 1000 nacidos vivos en 1990, a 130 en 2005, sin embargo en los países más pobres de la región se hace necesario fortalecer los sistemas de salud en tanto en cobertura como en calidad.

En relación con el sexto objetivo, se estima que entre 2002 y 2004, el número de personas con VIH/SIDA aumentó en 200.000 personas, presentándose la más alta tasa de prevalencia en la región el Caribe. El único país que ha logrado controlar esta epidemia es Brasil, aunque sea uno de los países con el mayor número de casos junto con los de la subregión andina (más del 80% de los 715 mil casos registrados en 2003).

2.4 LOS ODM EN LA SALUD DE COLOMBIA

El documento principal que trabaja los Objetivos de Desarrollo del Milenio es: *"Hacia una Colombia Equitativa e incluyente"*⁷, publicado en el 2005, en el se hace una revisión detallada sobre los aciertos e inconvenientes que debe afrontar Colombia para cumplir con las metas a 2.015.

En cuanto al cuarto objetivo, se tiene que la razón de mortalidad para 2005 fue de 26 por cada mil nacidos vivos, con la tendencia actual, en 2015 la cifra sería de 21 por m.n.v, 4 puntos por encima de la meta. La mortalidad en menores de un año se ha venido reduciendo, la de menores de 5 años se han mantenido estables. Con respecto a coberturas de vacunación los resultados muestran que en 2006, la de Triple viral fue del 88,2%, con tres años continuos de bajas en la cobertura y las de DPT son históricamente más bajas que para las anteriores.

⁶ NACIONES UNIDAS. Objetivos de Desarrollo Del Milenio: Una Mirada Desde América Latina Y El Caribe. Bogotá: 2005. p.16.

⁷ DNP Y PNUD. Mensajes Centrales: Hacia una Colombia Equitativa e incluyente. Bogota: 2007. p.24.

En relación al quinto objetivo Colombia ha logrado después de la expedición de la Ley 100 del 1993 un importante aumento en las tasas de cobertura en la salud, con base en la tendencia de cobertura de la seguridad social para 2015 se llegaría al 90%, cumpliendo así con la meta establecida. En el 2005 se presentó una razón de mortalidad materna de 100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos esto quiere decir, que el país está lejos de la meta del milenio (45 muertes por 100.000 nacidos vivos).

Con relación al sexto objetivo, el documento afirma que de no realizarse intervenciones preventivas exitosas, en 2015 la prevalencia de la infección estaría alrededor de 1,5%, superior a la meta (1.2%). Para 2001 las muertes por malaria se habían reducido en 30%, lo que marca una buena senda de reducción. El documento menciona que la meta propuesta para el país en cuanto a número de muertes por dengue e índice de infestación de *Aedes aegypti*, estará determinada por el incremento considerable del control ejercido por los entes territoriales, y por la oportunidad y calidad en la atención de salud.

2.5 LOS ODM EN LA SALUD DE NARIÑO

Para abordar el tema del estado actual de los ODM en el Departamento de Nariño, se tendrá en cuenta el documento: El Departamento de Nariño frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁸, el cual contiene una base de datos valiosa que se constituye en base de futuros proyectos de investigación orientados a la temática de los ODMs.

En Nariño la tendencia de la tasa de mortalidad en niños menores de 1 año y en menores de 5 años, ha sido descendente, situación que permitió que en el año 2005 el departamento cumpliera las metas establecidas en ambos casos. Adicionalmente, con lo que tiene que ver con la cobertura de DPT, indica que no alcance las metas propuestas a 2.015.

En cuanto a embarazo en adolescentes, Nariño presentó en 2005 mejores indicadores que los del nivel nacional, (13.5% inferior a la meta del 15%), la mortalidad materna mostró un descenso notable, mientras que en 2005 murieron 125 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, en 2006 la cifra fue 70,73.

En Nariño existe una tendencia creciente de casos reportados de Dengue y Malaria rescatando que la prevalencia de la enfermedad es considerada como una amenaza para el cumplimiento de la meta en el 2015 y además que el VIH está contagiando cada vez más a más personas. Algo a destacar es el hecho de que no se cuenta con una base de datos que imposibilita la aplicación de políticas eficientes.

⁸ NACIONES UNIDAS (PNUD). Op.cit., p.57.

3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO Y LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO.

La costa pacifica de Nariño, se caracteriza por ser una región alejada y olvidada por el gobierno central; la falta de conectividad con el resto del país, restricción de ingresos familiares, altos índice de necesidades básicas insatisfechas, carencia de agua potable, y la falta de infraestructura en centros de salud, hospitales, y personal idóneo en el manejo adecuado en la salud, identifica a esta subregión con mayor precariedad en la prestación de servicios de salud.

El derecho a la salud como parte de los derechos humanos, son facultades individuales que promueven el bienestar físico, mental y sociales que se fundan en las exigencias propias de la naturaleza humana, relacionadas con la protección, conservación, desarrollo e integridad de la vida, en su aspecto físico, psicológico e intelectual.

La ley 100 de 1993 es clara en su artículo 1º al afirmar que el sistema de seguridad social integral en salud tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de las personas y la comunidad en general, para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende los recursos como obligaciones del Estado, para garantizar la cobertura, participación, integralidad, solidaridad, universalidad, eficiencia de las prestaciones de la salud y servicios complementarios, en materia de esta ley.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo, los recursos provenientes del erario público en el Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables, es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar la calidad de vida de la población más vulnerable.

La prestación de los servicios de salud en la costa pacifica de Nariño, como en cualquier otra región de Colombia es una actividad técnica organizada por las administraciones públicas, y están enmarcadas dentro de las políticas del bienestar y la seguridad social.

3.1 MANEJO DE LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

El Instituto Departamental de Salud es el ente rector del sector salud del departamento de Nariño, por lo tanto es único organismo de Dirección del Sistema de Salud del departamento, encargado de efectuar la coordinación, integración,

asistencia técnica, asesoría, vigilancia, inspección y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud en el departamento de Nariño.

“El Instituto Departamental de Salud de Nariño, se encuentra conformado por una junta directiva, una dirección, cuatro subdirecciones: seguridad social, promoción y prevención, programas especiales, y administrativa y financiera y cuatro oficinas asesoras: planeación, jurídica, control interno de gestión y control interno disciplinario, con un total de 192 funcionarios de los cuales 113 desempeñan su labor en la sede principal ubicada en la ciudad de pasto y 79 encargados de los programas de ETV enfermedades transmitidas por vectores en la sede de Tumaco (ver cuadro 2).

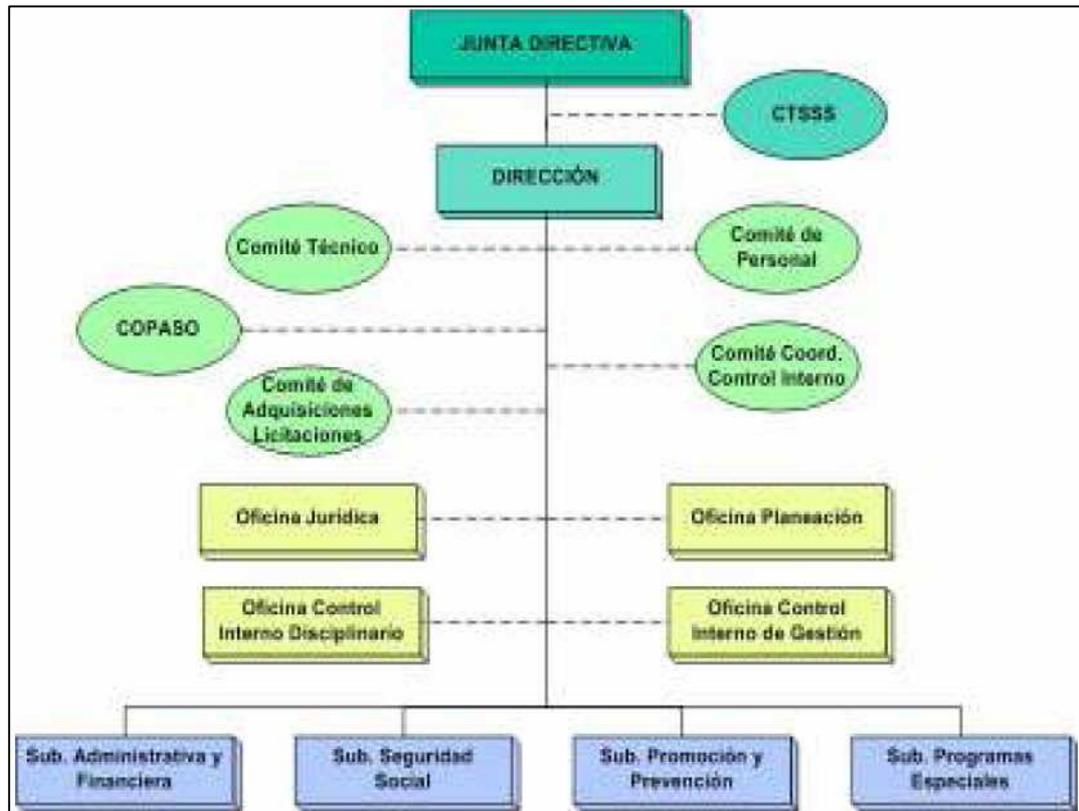
Cuadro 2. Planta de personal del Instituto Departamental de salud de Nariño. 2.008

FUNCIONARIOS IDSN	
Dirección	3
Oficina de Planeación	12
Oficina Jurídica	6
Oficina de Control Interno de Gestión	2
Oficina de Control Interno Disciplinario	2
Subdirección Administrativa y Financiera	23
Subdirección Promoción y Prevención	30
Subdirección de Programas Especiales 14	14
Programa de ETV	79
Subdirección Seguridad Social en Salud	21
Total Funcionarios IDSN	192

Fuente: IDSN. Oficina de Recursos Humanos 2008

Este personal se encuentra organizado bajo el siguiente esquema:

Figura 1. Carta Organizacional del Instituto Departamental de Salud de Nariño



Fuente: IDSN. Oficina de Recursos Humanos 2008

Desde el 20 de febrero de 2007 hasta la actualidad, ha ocupado la Dirección del IDSN la Dra. ANA BELÉN ARTEAGA TORRES; quien asume su administración con el firme compromiso contribuir al mejoramiento de calidad de vida de los pobladores mediante la promoción de la salud y calidad de vida, prevención de riesgos y recuperación de los daños en salud y la vigilancia en salud, producto de un trabajo intersectorial que respeta la diferencia, la identidad cultural, la equidad de género, promueve los entornos saludables, la inclusión social y un desarrollo humano sostenible con una administración honesta, transparente y participativa modelo en el sector. Así mismo se compromete a fortalecer la entidad mediante la modernización institucional, con el objeto de lograr una mayor eficiencia, efectividad y mejoramiento en todos los aspectos administrativos que exige la función pública actual de la mano de un Sistema de Gestión de la calidad.

El Instituto Departamental de Salud de Nariño ha diseñado su Plan Estratégico Participativamente con sus funcionarios generando los siguientes elementos estratégicos de la entidad:

a. Misión: El Instituto Departamental de Salud de Nariño como ente rector en el sector fija políticas, realiza inspección, vigilancia y control, brinda asistencia técnica y capacitación a los actores del sistema general de seguridad social en salud, con un talento humano competente, comprometido y satisfecho para brindar una atención oportuna, cálida y eficaz, orientada a garantizar la promoción y prestación de servicio de salud, procurando un desarrollo sostenible.

b. Visión: En el año 2011 el Instituto Departamental de Salud de Nariño como establecimiento público descentralizado, ente rector del sector salud, habrá contribuido al mejoramiento de la calidad de vida de sus pobladores mediante la promoción de la salud, prevención de riesgos y recuperación de los daños en salud y la vigilancia en salud. Esto como producto de un trabajo interinstitucional e intersectorial que respeta la diferencia, la identidad cultural, la equidad de género, promueve los entornos saludables, la inclusión social y el desarrollo humano sostenible con una administración transparente, eficiente, eficaz y participativa, líder en el sector público.

c. Objetivo principal: Mejorar el estado de salud de la población del departamento de Nariño, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, incluyendo la adopción, adaptación y desarrollo de las políticas y competencias en salud, desarrollo de servicios, asistencia técnica y el seguimiento, evaluación y control, Comprendiendo el desarrollo de espacios y mecanismos que posibiliten y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos.

d. Política de Calidad: Cumplir con la misión institucional mediante el fortalecimiento del control y mejora continua de los procesos, talento humano competente, optimización de recursos y mejoramiento del clima organizacional para lograr la satisfacción del cliente.

e. Objetivos de Calidad:

- ✓ *Incrementar la satisfacción del cliente*
- ✓ *Fortalecer la mejora continua de los procesos*
- ✓ *Incrementar el nivel de competencia del personal*
- ✓ *Aumentar los índices de cobertura de intervención en las áreas de competencia*
- ✓ *Mejorar continuamente los sistemas de información.*

✓ Lograr mayor eficiencia en el manejo de los recursos financieros del Instituto.⁹

3.2 OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.

Cuadro 3. Red prestadora de Servicios de Salud en el Departamento de Nariño. 2.007

REGIÓN	I.P.S. por COMPLEJIDAD							
	BAJA				MEDIA			
	ESE	IPS	Unidades De Atención.	Total	ESE	Ambulatoria Especializada	UA escindidas Seguro Social	Total
Subregión Centro	10	2	36	48	1	1	1	3
Subregión Norte	17	0	36	53	1	0	0	1
Subregión Centro Occidente	13	2	10	25	0	0	0	0
Subregión sur	14	8	52	74	1	0	0	1
Subregión C.P.N.	10	1	26	37	1	0	0	1
TOTAL	64	13	160	237	4	1	1	6

Fuente: IDSN – Subdirección de Seguridad Social Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – Habilitación 2007

La red pública de prestadores de servicios de salud del Departamento de Nariño, la conforman 237 Instituciones Prestadores de servicios de salud de baja complejidad, de los cuales 64 son Empresas Sociales del Estado, 11 IPS Indígenas, dos Unidades de Atención Ambulatoria escindidas del Seguro Social ubicadas en el municipio de Pasto y 160 unidades de atención correspondientes a las ESE municipales¹⁰.

Los servicios de mediana complejidad con algunos servicios de alta complejidad son ofertados en forma integral por cuatro Empresas Sociales de Estado, ubicadas en los municipios de Pasto, La Unión, Tumaco e Ipiales. Esta subregión cuenta

⁹ INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, Oficina de Recursos Humanos, Oficina de Planeación, Subdirección de seguridad social y Red Publica de prestador de servicios. San Juan de Pasto: 2007.

¹⁰ Ibidem.

además con el Centro de Habilitación del Niño Especial (CEHANI) que brinda atención especializada a la población infantil del Departamento y la ESE escindida del Seguro Social Unidad Hospitalaria Clínica Maridiaz que prestó servicios a la población afiliada al régimen contributivo de la E.P.S. Seguro Social. Hasta el año 2007; en el presente año esta institución fue liquidada y actualmente es administrada por CAPRECON hasta cuando el Ministerio de la Protección Social tome una decisión definitiva.

3.3 ANÁLISIS DE LAS FUENTES Y USOS DE LOS RECURSOS EN SALUD DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.

Los recursos del sector salud están financiados por las fuentes del orden nacional y departamental asignado en cumplimiento de la normatividad vigente.

Cuadro 4. Fuentes de recursos 2.004 – 2.007

(Millones de pesos)

Concepto	Años				% Variación		
	2004	2005	2006	2007	05/04	06/05	07/06
FUENTE DE RECURSOS							
Recursos del Pto. Nacional							
Situado Fiscal							
Sistema General de Participaciones	155.438	155.816	164.103	171.855	0.24	5.04	4.51
Participación ICN							
FOSYGA Subcuenta de Solidaridad	42.817	57.052	71.888	85.413	24.95	20.63	15.83
FOSYGA Cajas de Compensación Familiar	1.180	1.251	1.323	1.975	5.67	5.44	33.01
Transferencias Presupuesto Nacional							
Total Recursos Presupuesto Nacional	199.435	214.119	237.314	259.243	6.85	9.77	8.45
Recursos Departamentales							
Rentas Cedidas	15.034	16.966	15.218	14.909	11.38	-11.48	-2.07
Esfuerzo Propio Recursos Departamentales	690	1.650	1.114	1.567	58.18	-48.11	28.90
Total Recursos Departamentales	15.724	8.616	16.332	16.476	-82.49	47.24	0.87
Recursos Municipales							
ECOSALUD – ETESA	1.507	2.223	3.283	1.645	32.20	32.28	-99.57
Esfuerzo Propio Recursos Municipales	1.600	14.990	10.782	7.000	89.32	-39.02	-54.02
Total Recursos Municipales	3.107	17.213	14.065	8.645	81.94	-22.38	-62.69
Total	218.266	249.948	267.711	284.364	12.67	6.63	5.85

Fuente: Conpes correspondientes a los años 2004, 2005, 2006 y ejecuciones presupuestales de las vigencias.

El Departamento de Nariño recibe recursos significativos asignados principalmente por la nación; sin embargo, éstos no son suficientes para cubrir la prestación de los servicios de salud. Es cierto que para ofrecer servicios con calidad, oportunidad y eficiencia se necesita del concurso de diversos factores donde el más beneficiado es el usuario, sin dejar pasar por alto que para lograr este objetivo se requiere de la participación de la nación, departamento y municipio. El presente análisis se realiza a los recursos de Oferta y Régimen Subsidiado durante el período 2004 a 2007 en el Departamento de Nariño, en el cual se observa año tras año que los ingresos por las diferentes fuentes presentan variaciones, especialmente en los recursos del orden nacional. El efecto inmediato que se evidencia es que los recursos aparentemente no se disminuyen, por cuanto mientras descienden por vía oferta se incrementan por vía demanda, al lograr el aumento de cobertura de afiliación; sin embargo, el impacto que resulta de este

proceso se centra en las atenciones de alto costo y acciones no poss que se vienen financiando con los recursos de oferta los cuales al verse disminuidos afectan directa y significativamente las atenciones, situación que amenaza al ente territorial por no garantizar adecuadamente los servicios solicitados.

Los recursos del orden departamental, es decir las rentas cedidas, presentaron un comportamiento decreciente entre las vigencias 2006 a 2007, hecho que incidió en el presupuesto de inversión para la salud; sin embargo el departamento logro mantener la cobertura y calidad de la prestación de los servicios de salud mediante la red publica, con la complementariedad de la red privada¹¹.

Los recursos municipales y de ETESA en el periodo comprendido entre el 2005 al 2007, entran en decrecimiento ya que por resoluciones a nivel nacional son financiadas en un mayor porcentaje por el nivel central y en menor cuantía por los entes territoriales, sin disminuir la cobertura y cumpliendo con políticas de cubrir la población universal.

3.3.1 Análisis de las fuentes y destino de los recursos del Departamento de Nariño:

Cuadro 5. Recursos para la salud 2004-2007 según destino

(Millones de pesos)

Años	Vinculados y/o pobres no asegurados	Subsidiados	P.A.B. +4.01	Otras acciones salud municipal	Funcionamiento servicio Seccional Salud	Total	Variación %	
2004	73,469	144,796	13,197	1,423	7,055	239,940	05/04	1.16
2005	78,783	171,165	13,204	7,036	8,271	278,459	06/05	1.05
2006	77,725	189,986	13,911	3,533	7,109	292,264	07/06	1.16
2007	89,902	223,797	13,727	2,937	7,361	337,724	Promedio	1.12

Fuente: Documentos Conpes, ejecuciones presupuestales.

Entre los años 2004 al 2007, los recursos del régimen subsidiado presentaron un incremento del 35.30%. Para la atención de la población subsidiada (Poss) existen 2 fuentes principales del orden nacional como es el Sistema General de Participaciones y el Fosyga, las cuales han hecho que los recursos en el Departamento se incrementen, a estos recursos se suman los que aportan los municipios por esfuerzo propio y el departamento; en su conjunto representan un gran total de 223.797. Millones de pesos., equivalente a la suma de SGP \$126.197., Fosyga \$87.388., Esfuerzo Departamental \$1.567., Esfuerzo Municipal \$8.645. Millones de pesos destinados a la continuidad de la afiliación y la

¹¹INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, Documentos Conpes, Ejecución Presupuestal Vigencia. San Juan de Pasto: 2004 - 2006.

ampliación de cobertura. Los recursos del régimen subsidiado garantizan el pago de los 983.394 afiliados para la vigencia 2007, que según la base de datos poseen carné de este régimen y se amparan bajo un costo de la UPC fijado por el gobierno nacional; su financiación proviene del SGP más el FOSYGA, el esfuerzo propio de los municipios y el departamento.

El rubro de inversión está conformado por los recursos asignados para las acciones en salud pública de la población del departamento de Nariño contempladas en los proyectos Plan de Salud Pública – PAB y su financiación está determinada por recursos del Sistema General de Participaciones. En la vigencia 2004 se giraron recursos por valor de \$13.197 millones con incremento del 14.4% respecto al 2003 (\$11.537 millones); para el 2005 y 2006 se presenta una variación moderada del 0.5%. De igual manera forman parte del rubro de inversión los recursos destinados para las acciones en salud tendientes a combatir la malaria, a la atención de grupos como la población en situación de desplazamiento por la violencia, los discapacitados, inimputables y desmovilizados, entre otros, que son asignados por la Nación con destinación específica y tienen un comportamiento variable por cuanto dependen de la eventualidad. La ejecución de éstos, a excepción de los recursos de malaria que son ejecutados directamente por el IDSN, se realiza a través de la suscripción de convenios y/o contratos.

El rubro de funcionamiento del IDSN por valor de \$7.361 millones para la vigencia 2007 fue distribuido en gastos de personal, gastos generales y transferencias corrientes. También se encuentran los recursos invertidos para el fortalecimiento institucional, adecuaciones y mejoras de infraestructura física, dotación de equipos y mobiliario de la sede y cofinanciación de algunos proyectos para municipios priorizados previamente con necesidades específicas. Por otra parte, transfiere recursos para financiar los Tribunales de Ética Médica y Odontológica, mesadas pensionales y Colciencias¹².

Los gastos reales de funcionamiento son financiados en orden de importancia por las rentas cedidas, recursos provenientes del balance, recursos propios por registros e inscripciones de idoneidad de recurso humano en salud, venta de servicios de control de calidad y la transferencia de registro y anotación efectuada por parte de sector central departamental. Para la vigencia 2007 los gastos de funcionamiento disminuyen debido al proceso de creación de la ESE's de los municipios de Peñol y Nariño, quienes entran a administrar y ejecutar sus propios recursos.

¹² Ibidem.

3.3.2 Fuente y destino de los recursos para salud 2007 que percibe el departamento de Nariño:

Cuadro 6. Fuente y destino de los recursos 2004 – 2007

FUENTES DE INFORMACIÓN		DESTINO	SERVICIOS SALUD POBRE NO ASEGURADA	SERVICIO DEL POS-S POBL. SUBSIDIADA	SERVICIOS PAB TODA LA POBLACIÓN	OTRAS ACCIONES EN SALUD MUNICIPAL	FUNCIONAMIENTO DIRECCIÓN DENTAL SALUD	TRIBUNALES DE ÉTICA	TOTAL
NACIÓN	SISTEMA GENERAL PARTICIPACIONES	2004	56.929	98.509	13.197				168.635
		2005	59.594	96.222	13.204				169.020
		2006	59.224	104.879	13.911				178.014
		2007	59.345	126.197	13.727				199.269
	ONICN	2004							-
		2005							-
		2006							-
	OTROS NACIÓN	2004					1.423		1.423
		2005					5.244		5.244
		2006					774		744
		2007					2.937		8.222
	DEPTO.	RENTAS CEDIDAS	2004	15.034	690			7.055	132
2005			16.966	1.650			1.792	172	28.851
2006			15.218	1.114			2.759	163	26.363
2007			14.909	1.567			4.362	171	21.009
OTROS DEPTO.		2004							-
		2005							-
		2006							-
		2007					2.998		2.998
MUNICIPIO	ETESA ECOSALUD	2004	1.507						1.507
		2005	2.223						2.223
		2006	3.283						3.283
		2007		1.645					1.645
	OTRO MUNICIPIO	2004		1.600					1.600
		2005		1.499					1.499

		2006		10.782					10.782
		2007		7.000					7.000
FOSYGA	SOLIDARIDA D	2004		42.817					42.718
		2005		57.052					57.052
		2006		71.888					71.888
		2007		85.413					85.413
	CAJAS C. FLIAR	2004		1.180					1.180
		2005		1.251					1.251
		2006		1.323					1.323
		2007		1.975					1.975
TOTAL	2004	73.470	144.796	13.197	1.423	7.055	132	240.073	
	2005	78.783	157.674	13.204	7.036	8.271	172	265.140	
	2006	77.725	189.986	13.911	3.533	7.109	163	292.427	
	2007	74.254	223.797	13.727	4.360	7.360	171	323.669	

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos y gastos años fiscales 2003-2006.
Documento Conpes de las vigencias 2004 - 2007.

Como se ha mencionado previamente, especialmente desde el año 2005 se presenta una ampliación importante de afiliación al régimen subsidiado con la cofinanciación de los municipios por su esfuerzo propio, quedando aún población pobre no asegurada. Los recursos de oferta a pesar de que anualmente se incrementan en un porcentaje ajustado al índice inflacionario, no son los suficientes para atender a este grupo poblacional y eventos no Poss que genera la población afiliada al régimen subsidiado.

3.3.3 Fuente y Destino de los Recursos Para Atención a Población Subsidiada del departamento de Nariño:

Cuadro 7. Fuentes y recursos para atención a población subsidiada 2004-2007

Millones de pesos

DESTINO Y FUENTE	Años				Variación %		
	2004	2005	2006	2007	05/04	06/05	07/06
Situado Fiscal							
Sistema General de Participaciones	98.509	96.222	104.879	126.197	-2.3	9.0	1.20
Participación ICN							
FOSYGA	43.997	58.303	73.211	87.388	32.5	25.6	1.19
- Subcuenta de Solidaridad	42.817	57.052	71.888	85.413	33.2	26.0	1.18
- Cajas de Compensación Familiar	1.180	1.251	1.323	1.975	6.0	5.8	1.49
Rentas Cedidas	2.290	16.640	11.896	10.212	626.6	-28.5	0.85
- Rentas Cedidas Transformadas							
- Esfuerzo Departamental/ Municipal	2.290	16.640	11.896	10.212	626.6	-28.5	0.85
Total Recursos Régimen Subsidiado	144.796	171.165	189.986	223.797	18.2	11.0	1.17

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos y gastos 03-06, Documento Conpes 2004 - 2007

El mayor incremento de los recursos para la atención de la población afiliada al régimen subsidiado se presenta en el año 2005 con un incremento del 18.2% respecto al 2004.

3.3.4 Comportamientos de Recursos del PAB y Otros recursos 2004 – 2007 del Departamento de Nariño:

Cuadro 8. Comportamiento de la financiación del plan de atención básica 2004-2007

Millones de pesos

DESTINO Y FUENTE	Años				Variación %		
	2004	2005	2006	2007	05/04	06/05	07/06
PAB							
- Situado Fiscal y/o Sistema General de Participaciones	13.197	13.204	13.911	13.727	0.1	5.4	0.9
Total Recursos PAB	13.197	13.204	13.911	13.727	0.1	5.4	0.9
Acciones en Salud							
- Participación ICN							
-Recursos Municipales							
Total Recursos Acciones en salud							
Funcionamiento Dirección Departamental de Salud							
- Rentas Cedidas	7.055	8.271	7.109	7.361	1.17	0.85	1.03
Total Recursos para Funcionamiento	7.055	8.271	7.109	7.361	1.17	0.85	1.03

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos y gastos 03-06, Documento Conpes 2004 – 2007

El comportamiento de los recursos que financian el Plan de Atención Básica – (PAB) durante el periodo 2004 – 2007 ha permanecido constante; su asignación proviene directamente del Sistema General de Participaciones; se distribuyen el 49% para el cumplimiento del PAB departamental y acciones de complementariedad a los PAB municipales que son ejecutados a través de proyectos y/o convenios, aprobados previamente por el Concejo Territorial de Seguridad Social en Salud y el 51% para las acciones directas de los municipios, los que son vigilados y evaluados permanentemente por el ente departamental.

3.4 MANEJO DE LA SALUD EN LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO.

3.4.1 La Descentralización de la Salud en la Costa Pacifica de Nariño. “Desde la década de los años 80, en el marco del naciente proceso de descentralización en el país, se expidieron las primeras normas (leyes 11 y 12 de 1987 y Decreto 77 de 1987) para la municipalización de los servicios de salud; es la Ley 10 de 1990 y más adelante en desarrollo de la Constitución de 1991, la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 de 1993 las que impulsarían realmente la iniciación del proceso de descentralización en salud.

Estas leyes se orientaron fundamentalmente a definir competencias y recursos a los municipios para asumir la gestión y prestación de servicios de salud, con un papel más secundario de los departamentos centrado en los servicios de mayor complejidad y en la asesoría técnica y acompañamiento del proceso. Por su parte es responsabilidad del gobierno nacional mantener la competencia sobre la formulación de las políticas y funciones más importantes y sobre la orientación general del hoy Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este marco jurídico asigna a los municipios por Ley 10 de 1990, la responsabilidad de la prestación de servicios de salud de baja complejidad, la promoción de la participación social en salud y la creación de estructuras locales mínimas para planear y administrar los servicios en su área de influencia.

Con la descentralización las entidades territoriales asumen sus competencias y quedan autorizadas para el manejo autónomo del Situado Fiscal. Con fundamento en el marco jurídico mencionado, y en especial en la aplicación del Decreto 1770 de 1994, reglamentario de la Ley 60 de 1993, al descentralizarse los municipios, asumen la responsabilidad del manejo de la salud por medio de la Dirección Local de Salud y/o Secretarías de Salud, creadas por Acuerdos Municipales y de las cuales dependen las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Cuadro 9. Municipios Certificados en la Costa Pacífica de Nariño 1996 – 1999

No.	MUNICIPIOS	ACTO ADMINISTRATIVO DE CERTIFICACIÓN	FECHA DE CERTIFICACIÓN
1	BARBACOAS	No desertificado	
2	EL CHARCO	No desertificado	
3	FRANCISCO PIZARRO	Decreto 071	Enero 25/ 99
4	LA TOLA	Decreto 1055	Diciembre 16/ 96
5	MAGUI PAYAN	Decreto 1122	Diciembre 18/ 97
6	MOSQUERA	Decreto 1042	Diciembre 16/ 96
7	OLAYA HERRERA	Decreto 1112	Diciembre 18/ 97
8	ROBERTO PAYAN	Decreto 1053	Diciembre 16/ 96
9	SANTA BARBARÁ	Decreto 1052	Diciembre 16/ 96
10	TUMACO	Decreto 072 A	Enero 25/ 99

Fuente: IDSN – Subdirección de Seguridad Social 1996 - 1999 ¹³

La costa pacífica de Nariño está conformada por 10 municipios de los cuales ocho (8) se descentralizaron con Ley 60 de 1993 y su Decreto reglamentario 1770/94. Los municipios de Barbacoas y El Charco no se descentralizaron por no cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto 1770 de 1994.

3.4.2 Disponibilidad de ESE e IPS en la costa pacífica de Nariño. La costa pacífica de Nariño actualmente cuenta con veinte seis (26) puestos de salud, de los cuales catorce (14) se sitúan en el municipio de Tumaco, siete (7) corresponden al municipio El Charco, tres (3) puestos de salud se ubican en Barbacoas, y los dos (2) restantes están situados en Roberto Payan; los municipios como: Iscuandé, La Tola, Santa Bárbara, Olaya Herrera, Magui Payan y, Francisco Pizarro cuentan con un centro hospital en la cabecera municipal; mientras que los municipios de Barbacoas El Charco poseen un hospital de primer nivel en su cabecera municipal, por su parte Tumaco cuenta con un centro hospital

¹³ CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA DEL 86. Leyes 11 y 12 de 1987 y Decreto 77 de 1987 para la municipalización de los servicios de salud, y Constitución de 91, 1991, la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 de 1993.

de primer nivel que atiende las enfermedades de baja complejidad y una E.S.E. empresa social del estado de segundo nivel para atender las enfermedades de mediana complejidad, además el municipio de Tumaco es recetor de los demás municipios que conforman la costa pacífica nariñense.

Cuadro 10. Disponibilidad de ESE e IPS en la costa Pacífica de Nariño 2.008

HOSPITAL	CENTRO DE SALUD	PUESTOS DE SALUD
TUMACO E.S.E. Hospital San Andrés de Tumaco 2 nivel	E.S.E. C.S. Señor Del Mar E.S.E. C.S. Nuestra Señora del Carmen E.S.E. C.S. Salud Quiñones	P.S. Maria Auxiliadora Alta quer P.S. San Martín de Porres El Diviso P.S. Buena vista P.S. Pulbusa
BARBACOAS E.S.E. Hospital San Antonio 1 nivel	E.S.E. C. S. San Francisco E.S.E. C.S. Camilo Hurtado Cifuentes	P.S. San Pedro P.S. El Rosario P.S. San José P.S. Playa Basan P.S. Playa Grade P.S. Cabildo Indígena P.S. de Tapaje P.S. San Antonio P.S. IPC P.S. Las Flores P.S. Cordialidad P.S. Viento Libre P.S. Bucheli P.S. Chilvi P.S. Tangareal P.S. Imbilí P.S. La Espriella P.S. Robles P.S. Inda P.S. Guayacana P.S. Candelillas P.S. Llorente
EL CHARCO E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús 1 nivel	E.S.E. C.S. Las Mercedes C.S. Santa Bárbara Iscuandé E.S.E. C.S. Divino Niño	

Fuente: Instituto Departamental de Salud de Nariño, Oficina de Planeación 2008.

3.4.3 Situación Actual de la Infraestructura Hospitalaria en la Costa Pacífica de Nariño:

Cuadro 11. Infraestructura Hospitalaria 2.007

SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA COSTA PACÍFICA NARIÑENSE											
CÓDIGO	MUNICIPIO	TIPO DE	CATASTRO		ESTUDIOS		INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA				
			FÍSICO		VULNERAB.		SITUACIÓN ACTUAL		PROYECTO		
			INSTITUC	SI	NO	SI	NO	SI	NO	ESTADO	
52079	Barbacoas	Hospital 1 Nivel			X				X		En construcción y terminación el área de Urgencias
52250	El Charco	Hospital 1 Nivel	X			X			X		En Proyecto

							contempla las áreas de Laboratorio Clínico, Servicio Farmacéutico, Hospitalización, área Administrativa y Servicios Generales.			
52390	La Tola	Centro de Salud	X			X	CS Mediano, con infraestructura nueva en el Bloque de Urgencias, no cuenta con buen mantenimiento y debe gestionarse la terminación de la construcción con el Bloque de Consulta Externa.	X		No Hay Proyecto
52427	Magui	Centro de Salud		X		X	CS mediano en mal estado, tiene tres bloques diferentes, uno nuevo que tuvo asentamiento por aguas lluvias y se fisuro, un bloque en obra negra nuevo, que no se ha puesto aun en funcionamiento y Un bloque viejo que es donde actualmente se presta los servicios de consulta externa. Debe terminarse rápidamente la construcción empezada y repara el bloque de partos fisurado. Hace falta la continuación de la tercera etapa que es el mejoramiento y construcción del bloque de consulta Externa.	X		En Proyecto
52473	Mosquera	Centro de Salud	X			X	CS en malas condiciones es pequeño y hace falta fortalecer todos los servicios, el principal problema que tiene es de agua.	X		

52490	Olaya Herrera	Hospital Básico	X		X		Hosp. En buenas condiciones a nivel general, hace falta mantenimiento y remodelación de las aéreas de partos y esterilización.	X	No hay proyecto
52520	Francisco Pizarro	Centro de Salud	X			X	CS nuevo, se esta laborando en la construcción terminada de la primera etapa, que comprende los servicios de Consulta Externa y Laboratorio clínico, hace falta continuar con la construcción de la etapa de Urgencias	X	En Proyecto
52621	Roberto Payán	Centro de Salud		X		X	CS en Regulares condiciones, tiene en proceso constructivo el mejoramiento del área de Urgencias.	X	
52696	Santa Bárbara	Centro de Salud		X		X	CS nuevo, tiene terminada la primera etapa que comprende los servicios de Urgencias, hace falta continuar con la construcción de la etapa de Consulta Externa y Laboratorio clínico	X	En Proyecto
52835	Tumaco	Hospital 2 Nivel		X		X	Hosp en malas condiciones, tiene en proceso constructivo la reposición del nuevo Hospital	X	en licitación

FUENTE: I.D.S.N. Red de servicios de salud Departamento de Nariño 2007.

Los municipios de la costa pacífica de Nariño, no cumple con la mayor parte del estándar de infraestructura, dotación y mantenimiento. No tienen plan de mantenimiento, la dotación es mínima, la tecnología es precaria. No socializan procesos de buenas prácticas de esterilización, desconocen la utilidad del manejo de un programa de carácter preventivo y de calibración de equipos.¹⁴

¹⁴ INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, Oficina de Planeación, y Red de servicio. San Juan de Pasto: 2007.

La capacidad instalada y la expansión de los servicios en los planes de emergencia hospitalaria en la costa pacifica nariñense es precaria, teniendo en cuenta la infraestructura, la dotación y los recursos humanos existentes, situación grave por cuanto la población esta sometida a riesgos naturales permanentes.

Actualmente Médicos sin Fronteras – España se encuentran desarrollando un convenio con los municipios de Barbacoas, Roberto Payán y Maguá y el IDSN en el que se contempla mejorar la infraestructura y dotación de varios puestos de salud de los municipios en mención.

3.5 OFERTA DE SERVICIO DE SALUD EN BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO.

3.5.1 Disponibilidad de Recursos Físicos en las IPS Publicas de Baja y Mediana Complejidad en la Costa Pacifica de Nariño:

Cuadro 12. Recursos Disponibles en Baja, Mediana, y Alta Complejidad 2.007

SERVICIOS	RECURSOS FÍSICOS DISPONIBLES	BAJA COMPL	MEDIA COMPL	ALTA COMPL	TOTAL
Consulta Externa	# De Consultorios Consulta Externa	57	12	0	69
	# De Consultorios Para Programas	15	0	0	15
	# De Consultorios De Procedimientos	11	1	0	12
Salud Oral	# De Unidades Odontológicas	27	0	0	27
Urgencias	# De Consultorios Urgencias	10	3	0	13
	# De Salas De Procedimientos Generales	9	2	0	11
Hospitalización	# De camas	58	100	0	158
Quirófanos	# De quirófanos para Cx. electiva	0	2	0	2
	# De quirófanos para urgencias	2	1	0	3
	# De equipos para anestesia general	0	1	0	1

SERVICIOS	RECURSOS FÍSICOS DISPONIBLES	BAJA COMPL	MEDIA COMPL	ALTA COMPL	TOTAL
Partos	# De Salas de Procedimientos Ginecoobstetricia	9	1	0	10
	# De mesas de parto	9	1	0	10
	# De monitores fetales	1	2	0	3
Diagnóstico	# De Equipos para Rx. Portátil	0	1	0	1
	# De Equipos para radiología fijos	2	1	0	3
	# De ecógrafos	1	1	0	2
	# De electrocardiógrafos	3	2	0	5
	# De electro miógrafos	0	0	0	0
	# De colposcopios	0	1	0	1
	# Tomógrafos	0	0	0	0
	# De mamógrafos	1	0	0	0
Soporte terapéutico	# De endoscopios digestivos	0	0	0	0
	# De unidades cobaltoterapia	0	0	0	0
Traslado pacientes	# Ambulancias terrestres	4	2	0	6
	# Ambulancias marítimas	9	0	0	9

Fuente: IDSN Red de salud publica 2007

La capacidad instalada para prestar los servicios ambulatorios de salud en la costa pacifica ostenta 12 consultorios de procedimientos, de los cuales 11 corresponden a baja complejidad y 1 consultorio a mediana complejidad, 15 consultorios para programas de baja complejidad y, 69 consultorios para consultas externas 12 concerniente a mediana y 57 a baja complejidad. En salud oral la costa cuenta con 27 unidades odontológicas de baja complejidad. En urgencia cuenta con 13 consultorios urgentes y 11 salas de procedimientos. La costa posee 158 camas de hospitalización 100 de mediana complejidad y 58 de baja complejidad. Son 6 el número de quirófanos 2 para Cx. Electiva, 3 quirófanos para urgencia y, un equipo para anestesia general. En partos ostenta 3 monitores fatales, 10 mesas de parto, y 10 salas de procedimiento ginecobstetricia. En diagnostico la costa de Nariño presenta 1 equipo para Rx portátil, 3 equipos para radiología fijo, 2 ecógrafos, 5

electrocardiógrafos, 1 colposcopias, y 1 mamógrafo. En cuanto a traslado de paciente la costa pacifica de Nariño manifiesta 9 ambulancias marítimas y 4 ambulancia terrestre¹⁵.

Es importante anotar que la capacidad instalada y la disponibilidad de recursos humano en la costa pacifica de Nariño no esta acorde con los servicios que demanda la población, a un cuando las instituciones cuentan con una dotación mínima básica es necesario remplazar la dotación por cuanto se encuentra deteriorada y obsoleta.

3.5.2 Red Pública de Prestadores de Servicio de Baja Complejidad. Los servicios de baja complejidad se caracterizan por brindar: atención de partos, consulta médica, odontológica, laboratorio clínico, servicio farmacéutico, rayos x odontológico, y se encuentran centralizados en las sedes principales. En las unidades de atención se ofrecen acciones de promoción y prevención, atenciones temporales de servicios de consulta médica y odontológica, con limitada oportunidad y accesibilidad a los servicios.

Cabe resaltar que los servicios 24 horas de urgencias en la costa pacifica de Nariño solo se ofrecen en los municipios de Tumaco, El Charco y Barbacoas a través de sus diferentes ESE.

- ✓ Servicios Ambulatorio P: corresponde a los servicios prestados en forma permanente.
- ✓ Servicio Ambulatorio T Corresponden a los servicios programados cada 8,15 días o cada mes, donde el recurso humano se desplaza de la sede principal a las unidades de atención.
- ✓ Servicio de Rayos X G Se refiere a la prestación de servicios de Imaginología básica.
- ✓ Servicio de Rayos X O corresponde a Radiología Odontológica Básica

¹⁵ IDSN. Red de salud publica 2007.

Cuadro 13. Red pública en baja complejidad 2007

MUNICIPIO	INSTITUCIÓN	AMBULATORIOS										CONSULTAS ESPECIALIZADA				HOSPITALIZACIÓN				QUIRÚRGICO				
		MEDICINA GENERAL		ODONTOLOGÍA GENERAL		LABORATORIO CLÍNICO		SERVICIO FARMACÉUTICO		RX		MEDICINA INTERNA	CIRUGIA	PEDIATRIA	GINECOBSTERICIA OTRA	8 HOR/CAMILLAS	24 HOR/CAMILLAS	OBSTETRICIA/CAMA	GENERAL PEDIATRIA	GENERAL ADULTO	UNIPERSONAL	INTERV. BAJA COMP.	INTERV. MED. COMP.	
		P	Y	P	Y	P	Y	P	Y	G	O													
BARBACOAS	E.S.E. Hospital San Antonio																							
	TOTAL C.S. y P.S.	4	4		3		2		2							2	5	5	8	12				
EL CHARCO	Hospital Sagrado Corazón E.S.E.																							
	TOTAL C.S. y P.S.	7	1		1				1			1					4	4	4	10				
FRANCISCO PIZARRO	E.S.E. C.S. Señor Del Mar																							
	TOTAL C.S. y P.S.	1	1		1				1						2		1							
LA TOLA	E.S.E. C.S. Nuestra Señora del Carmen																							
	TOTAL C.S. y P.S.	1	1		1				1								1							
MAGÜI PAYÁN	E.S.E. C.S. Salud Quiñones																							
	TOTAL C.S. y P.S.	1	1		1				1						4		1							
MOSQUERA	E.S.E. C.S. San Francisco																							
	TOTAL C.S. y P.S.	1	1		1				1						2		2							
OLAYA HERRERA	C.C. Camilo Hurtado Cifuentes E.S.E.																							
	TOTAL C.S. y P.S.	1	1		1				1								5							
ROBERTO PAYÁN	E.S.E. C.S. Las Mercedes																							
	TOTAL C.S. y P.S.	3	3		1				1						2		2							
SANTA BÁRBARA	C.S. Santa Bárbara Iscuandé																							
	TOTAL C.S. y P.S.	1	1		1				1						2		2							
TUMACO	C.S. Divino Niño E.S.E.																							
	TOTAL C.S. y P.S.	13	3	12	3	11	1		2							2								
TOTAL		37	18	12	15	12	11	0	13	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

FUENTE: Subdirección de seguridad social IDSN – Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud Habilitación 2007

Dadas las características geográficas de la región, población dispersa y altamente rural donde la mayoría de los desplazamientos se realizan por vía acuática, hacen difícil el acceso y la oportunidad a los servicios de salud incrementando costos de atención por cuanto se debe garantizar los gastos de transporte, que no son asumidos en su totalidad por las EPS.

En la subregión norte y centro las urgencias 24 horas son atendidas con 9 camillas representadas en los municipios del Charco y Barbacoas a una población estimada de 160.071 habitantes, garantizando la hospitalización con 21 camas y la atención obstétrica institucional con 24 camas. Cuenta con 2 hospitales de Baja Complejidad, ubicados en los municipios: Centro representado con Barbacoas centro de referencia para los municipios de Magui y Roberto Payán, y el Norte referente a El Charco centro de referencia a los municipios de su área de

influencia La Tola, Olaya Herrera, Santa Bárbara y Mosquera. Estas IPS ofertan servicios de baja complejidad, con escasa capacidad resolutive, con subutilización de los mismos en las áreas de hospitalización 45 camas incluidas las obstétricas, por cuando la accesibilidad a estos centros de referencia está determinada por las condiciones fluviales y marítimas, alta rotación del recurso humano que afecta la aplicación de políticas y estándares de prestación de servicios, condiciones que han generado en la comunidad insatisfacción y falta de credibilidad, por inoportunidad en la atención.

La anterior situación conlleva a esta comunidad a buscar nueva oferta de servicios en instituciones fuera del Departamento en consulta externa, servicios de apoyo diagnóstico y urgencias 24 horas. No disponen de las cuatro especialidades básicas haciendo más crítica la situación de prestación de servicios, incrementando la morbilidad y mortalidad evitable materna e infantil.

Igualmente las demás ESE incluida la IPS. Indígena, perteneciente a la comunidad AWA, ofrecen servicios de consulta externa con baja capacidad instalada y resolutive que genera una alta remisión a niveles superiores. Un alto porcentaje de la población demanda los servicios en la ciudad de Cali por factores culturales que consideran a esta ciudad como sitio de referencia familiar. El Centro de Salud Divino Niño ESE ubicado en Tumaco está conformado por 14 Unidades de Atención, de las cuales 4 se encuentran ubicadas en el área urbana y 10 en el área rural con baja capacidad resolutive e instalada (infraestructura en malas condiciones, dotación e insumos insuficientes, sin adecuadas condiciones sanitarias) para atender la demanda de servicios de baja complejidad de la población Tumaqueña; no oferta atención de partos de baja complejidad, radiología e imágenes diagnósticas ni urgencias 24 horas de acuerdo a la vigilancia, control y auditoria de la prestación deservicios de salud lo cual difieren notablemente de los registros presentados por la institución, obligando a que el Hospital San Andrés de Tumaco ESE de media complejidad asuma esta responsabilidad de atención de baja complejidad para toda la población de 339.383 habitantes en la costa pacífica de Nariño, hasta cuando la ESE Divino Niño demuestra su capacidad instalada con infraestructura, insumos y dotación para generar prestación de servicios con capacidad resolutive acorde con este nivel, asumiendo así las competencias que por Ley le corresponde.

Los municipios de la costa pacífica de Nariño, no cumple con la mayor parte del estándar de infraestructura, dotación y mantenimiento. No tienen plan de mantenimiento, la dotación es mínima, la tecnología es precaria. No socializan procesos de buenas practicas de esterilización, desconocen la utilidad de maneja un programa de carácter preventivo y de calibración de equipos.

3.5.3 Red Pública de Prestadores de Servicio de Mediana Complejidad:

Cuadro 14. Red publica de mediana complejidad 2007

Fuente: IDSN Red de servicios en salud 2007

TUMACO		OFERTA DE SERVICIOS																																					
		AMBULATORIOS											HOSPITALIZACIÓN										QCO.																
		P y P		MEDICINA GENERAL		ODONTOLOGÍA GENERAL		LABORATORIO CLÍNICO		SERVICIO FARMACÉUTICO		R.X		ESPECIALIDAD					SUBESPECIALIDAD																				
HOSPITAL SAN ANDRES ANDRÉS DE TUMACO		P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	G	O	GINECOBSTETRICIA	PEDIATRÍA	CIRUGÍA	MEDICINA INTERNA.	OTRAS	GINECOBSTETRICIA	PEDIATRÍA	CIRUGÍA	MEDICINA INTERNA.	OTRAS	URGEN.	GINECOBSTETRICIA	MEDICINA INTERNA	PEDIATRÍA	CIRUGÍA	UNIPERSONAL	BÁSICO NEONATAL	UCI ADULTO	UCI PEDIATRÍA	UCI NEONATAL	UCI INTERN. ADULTO	UCI INTERN. PEDIÁTRICA	UCI INTERN. NEONATAL	INTER. Q. CAS. BAJA	INTER. MEDIANA	IN
x	X					x		x		x		x		x	x	x	x	4					15	33	13	25	26					3			x	x			

La red de mediana complejidad en la costa pacifica de Nariño, en su estructura cuenta con una institución ubicada en el municipio de Tumaco ESE Hospital San Andrés de Tumaco. Con una capacidad instalada insuficiente para resolver la demanda de prestación de servicios de salud y limitantes en disponibilidad de recursos humanos en anestesiología, ginecobstetricia, medicina interna y pediatría por cuanto los especialistas son escasos en esta región del departamento de Nariño.

El Hospital San Andrés de Tumaco, presenta grandes dificultades de acceso desde y entre los mismos municipios ya que en varios de ellos solo se puede llegar por vía marítima, fluvial o aérea, ocasionando grandes costos para el sistema de salud; en algunos a pesar de existir vía terrestre (Barbacoas y Magui Payan), el estado de las mismas condiciona el tiempo de recorrido que podría ser de tres horas llegando a ser hasta de 48 horas limitando el acceso a los servicios de manera oportuna; esta institución se ha fortalecido con servicios complementarios como cuidado intermedio, traumatología, dermatología, urología y otorrinolaringología, procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y mediana complejidad básica. Además las condiciones de inseguridad de la región condicionan la ampliación de oferta de servicios y acceso a los mismos. Es importante tener en cuenta que el Hospital San Andrés ESE, se encuentra ubicado en zona de alto riesgo, razón por la cual el municipio de Tumaco cuenta con la reubicación y construcción del Hospital en la zona continental.

3.6 FUENTES Y USOS DE LOS RECURSOS EN SALUD DE LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO.

3.6.1 Asignación de Recursos para Atención en baja Complejidad a población no afiliada de la costa pacifica de Nariño:

Cuadro 15. Asignación de recursos para la atención a población no afiliada 2.007

MUNICIPIOS	RECURSOS	POBLACIÓN	POBLACIÓN NO AFILIADA
BARBACOAS	1.644.073.790	31.689	2.169
EL CHARCO	1.263.277.638	27.681	9.006
OLAYA HERRERA	426.600.000	28.216	3.493
FRANCISCO PIZARRO	187.150.000	11.767	1.478
ROBERTO PAYAN	599.648.435	17.935	4.345
SANTA BÁRBARA	360.240.000	15.188	611
TUMACO	2.003.801.000	167.545	77.389
MOSQUERA	367.517.249	12.767	4.499
MAGUI PAYAN	372.400.000	17.498	1.773
LA TOLA	179.550.000	9.097	1.764
TOTAL	7.404.258.112	339.383	106.527

Fuente: IDSN Red de Prestadores de Servicios de Salud 2007

Cabe resaltar que de los recursos que percibe el departamento de Nariño para la atención de la población no asegurada en los diferentes niveles de complejidad, la costa pacífica es la que concentra el mayor porcentaje por presentar alta dispersión en la comunidad del área urbana y rural, por cuanto las condiciones socioeconómicas, culturales y de accesibilidad son muy diferentes sumado a las difíciles condiciones de orden público que presenta esta subregión.

El anterior cuadro permite evidenciar un comportamiento desigual de los recursos entre un municipio y otro, en relación a la población establecida, observándose que Tumaco es el municipio con más población no afiliada con el 72.64%, seguida por El Charco con 8.45%, en escala descendente le corresponde el tercer puesto de población no afiliada al municipio de Mosquera con el 4.22%; por otro lado el municipio con menor población no afiliada es Santa Bárbara con el 0.57%.

Se evidencia que en la costa pacífica es Tumaco el municipio que más percibe recursos el 27.06% del total, seguido por Barbacoas con 22.20%, y El Charco con el 17.06%. Ahora bien, este escenario se presenta porque los anteriores tres municipios son la zona de influencia del desplazamiento del resto de municipios existente en la costa pacífica de Nariño.¹⁶

Lo anterior permite establecer que existe evidente desigualdad entre los municipios que presentan menores cifras de población pobre y acceden a importantes recursos del sistema general de participaciones superando el promedio de la costa, mientras que otros municipios que cuentan con elevado número de pobres no asegurados la asignación por habitantes es menor.

Igualmente, contribuye a estas desigualdades, el débil control que los municipios realizan sobre los recursos asignados por la nación para la atención de la población pobre, a pesar de que el IDSN realiza el seguimiento y control sugerido por la norma; sin embargo, se debe propender por la optimización en el uso de estos recursos mediante el mejoramiento de procesos institucionales de facturación, depuración de bases de datos, sistemas de referencia y contra referencia, entre otros.

¹⁶ INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Documentos Conpes y Red de Prestadores de Servicios de Salud. San Juan de Pasto. 2007.

3.6.2 Comportamiento del Presupuesto de Ingresos y Gastos de las IPS año 2007 en la Costa Pacifica Nariñense:

**Cuadro 16. Comportamiento de ingresos y gastos en IPS 2.007
(Miles de Millones)**

		INGRESO / GASTO					INGRESO / GASTO		
		ESTRUCTURA OPERACIONAL					FLUJO DE CAJA		
ENTE TERRITORIO					(-) RECONOC.			(-)	(-) RECAUDO
BENEFICIARIO	IPS CONTRATADA	RECONOCIMIENTO		COMPROMISO	/ COMPR. / COMPR.	RECAUDO	GIRO	RECAUDO	/ COMP.
		A	%	B	C=A-B	D	E	F=D-E	G=B-D
SERVICIOS BAJA COMPLEJIDAD									
BARBACOAS	HOSPITAL SAN ANTONIO	5.373.937	86	4.607.261	766.676	3.840.727	3.751.590	89.137	-766.534
BARBACOAS	IPS INDIGENA UNIPA	1.523.732	76	1.154.098	369.634	1.129.229	1.110.052	19.177	-24.869
EL CHARCO	HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS	3.143.518	99	3.117.323	26.195	2.148.723	2.142.199	6.524	-968.600
LA TOLA	CENTRO DE SALUD	297.998	100	297.998	0	79.133	75.392	3.741	-218.865
MAGUI	CENTRO DE SALUD	1.462.811	99	1.453.120	9.691	1.268.729	1.268.729	0	-184.391
MOSQUERA	CENTRO DE SALUD	1.268.550	100	1.268.550	0	1.212.445	1.154.967	57.478	-56.105
OLAYA HERRERA	CENTRO DE SALUD	1.647.909	95	1.572.622	75.287	1.502.646	1.494.945	7.701	-69.976
FRCO. PIZARRO	CENTRO DE SALUD	819.773	100	819.773	0	680.129	611.832	68.297	-139.644
ROBERTO PAYAN	CENTRO DE SALUD	2.090.498	98	2.055.626	34.872	1.717.662	1.713.717	3.945	-337.964
SANTA BÁRBARA	CENTRO DE SALUD	955.764	105	1.007.516	-51.752	955.765	955.764	1	-51.751
TUMACO	ESE MUNICIPAL DIVINO NIÑO	6.800.493	102	6.955.708	-155.215	5.415.616	5.414.891	725	-1.540.092
Subtotal baja complejidad		25.384.983	96	24.309.595	1.075.388	19.950.804	19.694.078	256.726	-4.358.791
SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD									
TUMACO	HOSPITAL SAN ANDRÉS ESE	14.057.442	99	13.917.252	140.190	12.039.642	12.006.150	33.492	-1.877.610
TOTAL GENERAL		39.442.425	97	38.226.847	1.215.578	31.990.446	31.700.228	290.218	-6.236.401

Fuente: Información presentada por las IPS publicas Decreto 2193-04 vigencia 2007

Esta subregión a diciembre de 2007, recaudó (\$ 31.990 millones), y unas cuentas por cobrar por valor de \$ 7.452 millones. Al realizar la comparación entre los recaudos totales y los compromisos, toda la subregión presenta desequilibrio operacional (\$ -6.236 millones); presenta una cartera por (\$ 7.452 millones) que al hacer efectivo su cobro puede corregir la tendencia negativa, a excepción de las ESES de Santa Bárbara y el Centro de Salud el Divino Niño de Tumaco, que comprometieron por encima de sus reconocimientos. Se observa la poca gestión administrativa y el manejo inadecuado de sus presupuestos, a parte que debe existir un efectivo y eficiente cobro por la prestación de los servicios de salud. La ESE Hospital San Andrés de Tumaco, a diciembre de 2007, percibió recaudos por valor de \$ 12.040 millones, como producto de su venta de servicios a la población pobre no afiliada y eventos no poss (\$ 6.179 millones), equivale al 51%, régimen subsidiado (\$2.184 millones), con el 18%, y al régimen contributivo (\$ 1.391 millones) representado en el 12%. De estos recursos destina para gastos de personal (\$ 7.874 millones) representan el 57% de los compromisos totales y el 65% de los recaudos.

Presenta un desequilibrio operacional (\$ -1.878 millones), o sea que comprometió por encima de los recaudos ocasionando iliquidez; teniendo en cuenta los reconocimientos, según el estado de resultados presento utilidad al contrario de la vigencia 2006 que genero perdida, es importante resaltar que esta ESE asume servicios de baja complejidad que no ofertan las ESES de este nivel, situación que le ha permitido mejorar su situación financiera¹⁷.

La ESE Divino Niño en el 2007, presenta unos ingresos recaudados de \$ 5.416 millones, ingresos provenientes de la venta de servicios principalmente al régimen subsidiado (\$3.598 millones) equivalentes al 66%, población pobre no afiliada (\$ 928 millones) corresponde el 17%. Los gastos de personal (\$ 3.876 millones), los cuales representan el 56% de los compromisos y el 72% de los recaudos totales. En el año 2007 presentó al igual que la vigencia 2006, desequilibrio operacional de \$ -1.540 millones, presupuestal por \$ -155 millones, como también presento perdida en su estado de resultados por valor de (\$ 200 millones), situación que ha sido constante en esta Empresa durante los últimos años, y se ha puesto en conocimiento de los organismos de control.

Se resalta las ESES de baja complejidad que continúan presentando desequilibrio operacional alto: Hospital San Antonio de Barbacoas, Hospital Sagrado Corazón de Jesús de el Charco, y los Centro de Salud de Roberto Payan, Francisco Pizarro, Magui y La Tola. Esta situación en gran parte obedece a la ubicación de las ESES de la Subregión, que no les permite un desarrollo administrativo, presupuestal y continuidad en los procesos, así mismo la baja capacidad

¹⁷INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, Red de Prestadores de Servicio e Información presentada por las IPS Publicas Decreto 2193-04 vigencia. San Juan de Pasto. 2007.

resolutiva en la oferta de los servicios, el deficiente mecanismo de cobro y los altos costos en los gastos debido a la ubicación y el difícil acceso por las vías de comunicación, que ha traído como consecuencia la baja capacidad de gestión y liderazgo en el manejo de estas ESES, y el control restringido por parte de los organismos de control que tarda en llegar o no llegan.

4. INDICADORES BÁSICOS EN SALUD DE LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO

4.1 LA COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO POR ASEGURAMIENTO

El modelo actual se concibe para lograr la cobertura universal por medio de dos alternativas que toman en cuenta como criterio fundamental la capacidad económica de los usuarios para costearse su propia salud bajo el principio de solidaridad: el Régimen Subsidiado (RS) dirigido a las personas sin capacidad de pago dándole prioridad a la afiliación de la población más vulnerable en situación de pobreza: el grupo materno infantil, los discapacitados, los trabajadores informales y los indígenas, entre otros, y el régimen contributivo dirigido a las personas que poseen capacidad de pago.

La estructura financiera del sistema refleja uno de los principales cambios consistente en el paso del subsidio vía oferta al subsidio vía demanda, mediante el aseguramiento de la población pobre y vulnerable para la prestación de los servicios anuales definidos en el POS y las acciones no POS.

La ley 100 de 1993 en su artículo 157 refiere, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

4.1.1 Afiliación al Sistema General en Seguridad Social en Salud de la Costa Pacífica Nariñense:

Cuadro 17. Afiliación S.G.S.S.S. según régimen y municipio 2.007

MUNICIPIOS	POBLACIÓN 2007	CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN ESPECIAL	REG. SUBSIDIADO	POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA
BARBACOAS	31.689	885	1,037	23,872	2,169
EL CHARCO	27.681	190	788	13,538	9,006
FRANCISCO PIZARRO	28.216	22	193	6,478	1,478
LA TOLA	11.767	27	313	6,325	1,764
MAGUI PAYAN	17.935	116	35	8,507	1,773
MOSQUERA	15.188	105	-	6,981	4,499
OLAYA HERRERA	167.545	157	658	17,475	3,493
ROBERTO PAYAN	12.767	95	201	10,989	4,345
SANTA BARBARÁ	17.498	52	286	10,868	611
TUMACO	9.097	30,282	4,969	73,878	77,389
TOTAL	339.383	31,931	8,480	178,911	106,527

Fuente: IDSN. Subdirección de Seguridad Social – Contratación Régimen Subsidiado 2007

Frente al total de la población según el DANE 2005 y proyectada al 2007, la costa pacífica de Nariño para esta vigencia cuenta con una población afiliada al Sistema de Seguridad Social del 96.01%; según régimen, al contributivo está afiliada el 9.80%, al subsidiado el 54.90% y al régimen especial el 2.60%, quedando por afiliar el 28,80% de la población total dentro de la cual se encuentra incluida población pobre no asegurada y población con capacidad de pago que no está cotizando actualmente al sistema.

Si bien el cálculo anterior de población sin afiliar realizado con base en las cifras de población del DANE no puede ser comparado con los datos que arroja el SISBEN sobre población pobre y vulnerable, se evidencia que aunque en la primera se incluye población con capacidad de pago que no está afiliada, ésta es menor a la proporción de población pobre y vulnerable identificada mediante la encuesta SISBEN.

Lo anterior trajo como consecuencia la financiación de la atención de una proporción de población pobre no asegurada mayor a la calculada, a través de los recursos de oferta, los cuales también deben suplir las acciones no POSS de la población subsidiada.

4.1.2 Segmentación de la Población Según Afiliación al S.G.S.S.S. La afiliación de la población en la costa pacífica de Nariño entre los años 2005 – 2007 presenta una tendencia ascendente en los regímenes (contributivo y subsidiado); sin embargo, como se mencionó, aún queda una proporción importante de población pobre no asegurada identificada a través del SISBEN. Adicionalmente, este último proceso ha presentado dificultades de diferente índole que también pueden estar afectando los estimativos de la población potencialmente beneficiaria del subsidio.

Cuadro 18. Afiliación al S.G.S.S.S. 2.005 – 2.007

TIPO DE RÉGIMEN	2005	%	2006	%	2007	%	VARIACIÓN 2004-2006
CONTRIBUTIVO	30.132	9	31.609	10	31.931	10	5.63
SUBSIDIADO	140.573	43	150.995	47	178.911	55	21.43
RÉGIMEN ESPECIAL	9.873	3	10.036	3	8.480	3	14.11
POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA	148.589	45	126.253	40	106.527	32	-28.31
TOTAL	329.167	100%	318.893	100%	325.849	100%	-1.01%

Fuente: IDSN – Subdirección Seguridad Social-Contratación Régimen Subsidiado 2005 -2006 – 2007

El cuadro muestra un incremento de un punto porcentual en el régimen contributivo del año 2005 respecto al año 2006, sin presentarse variación para el año 2007. Respecto al régimen subsidiado se ha presentado un incremento

considerable de 2005 respecto al 2007. Mientras que la población pobre no asegurada refleja una disminución importante, esto se puede ver reflejado en el incremento de afiliación al régimen subsidiado.

4.1.3 Total Afiliados y administradoras al Régimen Subsidiado en salud de la Costa Pacífica de Nariño:

Cuadro 19. Total Administradoras y afiliados al régimen subsidiado en salud 2.007

COSTA PACIFICA DE NARIÑO	EMSSANAR	ASMET	CONDOR	CAPRECOM	COMFAMILIAR	MALLAMAS	SELVA SALUD	TOTAL AFILIADOS	PARTICIPACION %
	72.765	53.077	5.532	22.225	19.831	2.301	769	176.500	17.95%

Fuente: IDSN – Subdirección de Seguridad Social - Contratos Administración de Recursos Régimen Subsidiado año 2007

De acuerdo con la anterior tabla, la participación de la afiliación al régimen subsidiado según las empresas promotoras de salud es la siguiente: EMSSANAR 41.22%; empresa consolidada en la costa pacífica de Nariño por contar con el mayor número de afiliaciones; ASMET 30.07%, como la segunda empresa promotora en la región; CAPRECOM 12.59%, participa en el tercer lugar en afiliación; COMFAMILIAR 11.23%, se posesiona en el cuarto lugar; mientras que CONDOR 3.13%, MALLAMAS EPS Indígena 1.30% y SELVA Salud 0.43% son las empresas promotoras de salud que se ubican en los últimos puestos de la afiliación en la costa pacífica de Nariño.¹⁸

4.1.4 Análisis al Sistema Contributivo en Salud. En la costa pacífica nariñense actualmente existen dos empresas promotoras de salud de orden privadas, COOMEVA Y SALUDCOOP con 31.931 afiliados, esta cifra representa el 9.80% del total de afiliaciones al sistema general de seguridad social en salud, esta cifra indica la falta de oportunidad de empleo que padece esta subregión al encontrarse en ella un considerado número de la población económicamente activa desempeñándose en condiciones de informalidad.

¹⁸ INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Subdirección de Seguridad Social, Contratación Régimen Subsidiado.

4.2 COMPORTAMIENTO GENERAL DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO

4.2.1 Causas de Morbilidad en la Costa Pacífica de Nariño. A pesar de los significativos adelantos que en las últimas dos décadas ha logrado en el campo de la salud el departamento a través del instituto departamental de salud en particular, y el desarrollo social en general, la costa pacífica de Nariño presenta un perfil mórbido más cercano a los indicadores de atraso que a los de desarrollo poblacional, es así como entre sus primeras causas de morbilidad en la consulta externa encontramos las enfermedades infecciosas ocupando los primeros lugares, la IRA y la EDA y la malaria que se constituye en un gran problema de salud pública en la costa pacífica y todo el departamento con cerca de veinte mil casos promedio anuales en los últimos años, y con un alto riesgo de letalidad, esto por cuanto la especie predominante en el departamento (85 % de los casos) es *P. falciparum* causante de malaria cerebral, parasitismo intestinal se hacen evidentes afectando especialmente a la población infantil. Las enfermedades propias del desarrollo (crónicas o degenerativas) únicamente se ven reflejadas en los casos de hipertensión esencial que ocupa el cuarto puesto, más frecuente en mujeres y en grupos etéreos mayores de 15 años.

La caries dental, indicador de salud y cuidado infantil, deja ver las mayores deficiencias que tenemos en esta área, relacionadas especialmente con la promoción de la salud bucal. Por ultimo encontramos la gastritis y duodenitis que aun cuando ocupa el último lugar es una proporción importante pueden desencadenar en cáncer gástrico evento que caracteriza a nuestra región por su gran incidencia atribuido a los hábitos alimentarios de la región (Ver cuadro 20).

Cuadro 20. Causas de morbilidad en la Costa Pacifica de Nariño 2007

SUBREGION OCCIDENTE																
No.	CAUSAS	MENORES 1		1 A 4 AÑOS		5 A 14 AÑOS		15 A 44 AÑOS		45 A 59 AÑO		60 Y MAS		TOTAL		TOTAL
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	1,658	1,470	4,170	3,653	2,980	3,076	2,028	2,904	410	764	405	490	11,651	12,357	24,008
2	PALUDISMO			616	565	2,894	2,321	6,807	4,039	997	815			11,314	7,740	19,054
3	PARASITISMO INTESTINAL	163	195	2,465	2,353	3,325	3,398	1,305	2,366	259	461	187	331	7,704	9,104	16,808
4	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	3	4	5	4	9	18	424	1,152	1,123	2,857	2,111	3,612	3,675	7,647	11,322
5	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	18	25	120	121	246	450	979	5,573	346	902	339	452	2,048	7,523	9,571
6	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	801	715	1,633	1,594	628	647	648	744	188	160	96	124	3,994	3,984	7,978
7	CARIES DENTAL	3	3	182	169	1,080	1,204	919	1,384	119	167	65	79	2,368	3,006	5,374
8	DORSALGIA (LUMBAGO)	2	0	3	4	48	67	956	1,380	688	793	649	707	2,346	2,951	5,297
9	INFLAMACION DE LA VAGINA Y LA VULVA	0	5	0	23	0	101	0	4,060	0	492	0	117	0	4,798	4,798
10	GASTRITIS Y DUODENTINIS	3	3	10	9	37	39	411	1,296	206	382	179	272	846	2,001	2,847

Fuente: IDSN, Oficina Epidemiológica de Nariño 2007.

4.2.2 Causas de Mortalidad en la Costa Pacífica de Nariño. En la costa pacífica de Nariño la primera causa de defunción son las agresiones (homicidios) representando un 12% del total de las defunciones. Los principales determinantes de esta elevada cifra son el conflicto armado y el tráfico de estupefacientes. La segunda causa son las enfermedades crónicas degenerativas, principalmente las del sistema cardiovascular. *“En la costa al igual que en el departamento de Nariño también se aprecia esta tendencia al encontrarse en los primeros lugares. La incidencia de las muertes por eventos infecciosos – transmisibles ha venido disminuyendo progresivamente. En cuanto a los tumores, la costa presenta altas tasas de defunciones por cáncer gástrico. En muchas ocasiones, estas enfermedades presentan largos períodos de morbilidad con la consecuente demanda de servicios y costos sociales que implica atender una enfermedad de alto costo e impacto social”¹⁹ (Ver cuadro 21).*

Cuadro 21. Causas de defunción en la Costa Pacífica de Nariño 2007

No. ORDEN	CAUSA
1	Agresiones (homicidios)
2	Enfermedades isquémicas del corazón
3	Enfermedades cerebro vasculares
4	Enfermedades hipertensivas
5	Infecciones respiratorias agudas
6	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
7	Tumor maligno del estómago
8	Resto de enfermedades del sistema digestivo
9	Tumor maligno De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon
10	Accidentes de transporte terrestre

Fuente: Instituto Departamental de Salud de Nariño, Oficina Epidemiológica 2007.

4.3 ESTADO NUTRICIONAL EN LA COSTA PACÍFICA DE NARIÑO

4.3.1 Desnutrición Aguda Peso y Talla de la Costa Pacífica de Nariño. Según la oficina de epidemiología del instituto departamental de salud de Nariño (IDSN) en la costa pacífica se registran novecientos veinte dos casos (922) de desnutrición aguda por peso y talla, las cuales ochenta y tres (83) son números de desnutridos que corresponden al 9% del número de casos.

Aquí se demuestra que el Charco no registran ningún caso de desnutrido, mientras que municipios como Magui payan, Santa Bárbara y Tumaco registran un

¹⁹ INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, Oficina Epidemiológica.

único caso. Pero municipios como: Barbacoas, La Tola y Mosquera registran los índice mas altos de desnutrición aguda por peso y talla (ver cuadro 22).

Cuadro 22. Desnutrición Aguda Peso y Talla CPN 2007

MUNICIPIO	No. Casos	# desnutridos	% DESNUTRIDOS
BARBACOAS	348	47	13.5
EL CHARCO	3	0	0.0
FRCO PIZARRO	6	2	33.3
LA TOLA	39	10	25.6
MAGUI PAYAN	26	1	3.8
MOSQUERA	48	9	18.8
OLAYA HERREF	54	7	13.0
ROBERTO PAYA	22	5	22.7
SANTA BARBAR	16	1	6.3
TUMACO	360	1	0.3
TOTAL ZONA	922	83	9.0

Fuente: instituto departamental de salud de Nariño. Oficina de epidemiología 2007.

4.3.2 Desnutrición Crónica Talla Edad de la Costa Pacifica de Nariño. En la costa pacifica de Nariño de presentan ocho cientos setenta y un (871) caso de desnutrición crónica en talla y edad, de los cuales ciento ochenta tres (183) pacientes se encuentran desnutridos, esto equivale a un 21% del numero de casos. Es preciso resaltar que municipios como: El Charco y Magui Payan no registran casos de desnutridos, mientras que los municipios con el alto índice de desnutridos son Barbacoas con (64) casos y Tumaco (95) casos (ver cuadro 23).

Cuadro 23. Desnutrición crónica talla edad CPN 2007

MUNICIPIO	No. Casos	# desnutridos	% DESNUTRIDOS
BARBACOAS	330	64	19.4
EL CHARCO	2	0	0.0
FRCO PIZARRO	5	3	60.0
LA TOLA	30	5	16.7
MAGUI PAYAN	20	0	0.0
MOSQUERA	40	6	15.0
OLAYA HERRE	47	2	4.3
ROBERTO PAYA	22	6	27.3
SANTA BARBAR	15	2	13.3
TUMACO	360	95	26.4
TOTAL ZONA	871	183	21.0

Fuente: instituto departamental de salud de Nariño. Oficina de epidemiología 2007

4.3.3 Desnutrición Global Peso y Edad en la Costa Pacífica de Nariño. La desnutrición global por peso y edad en la costa pacífica de Nariño corresponde a ochocientos setenta y seis (876) casos, de los cuales ciento treinta y siete (137) son los desnutridos para un total de 15.6% del número de casos registrado.

El municipio del Charco es el único que registra cero caso de desnutrido, seguido por Magui Payan con uno caso de desnutrición. Mientras que los municipios de Francisco Pizarro y Santa Bárbara poseen dos casos de desnutrición, mientras que los municipios que más registran casos de desnutrición son: Barbacoas con sesenta y siete (67) casos, Tumaco con treinta y tres (33) casos, La Tola con diez (10) casos, y Mosquera también con diez (10) casos²⁰.

²⁰ Ibidem.

Cuadro 24. Desnutrición Global <peso y Edad CPN 2007

MUNICIPIO	No. Casos	# desnutridos	% DESNUTRIDOS
BARBACOAS	336	67	19.9
EL CHARCO	2	0	0.0
FRCO PIZARRO	5	2	40.0
LA TOLA	31	10	32.3
MAGUI PAYAN	19	1	5.3
MOSQUERA	40	10	25.0
OLAYA HERRERA	47	5	10.6
ROBERTO PAYAN	22	7	31.8
SANTA BARBARA	14	2	14.3
TUMACO	360	33	9.2
TOTAL ZONA	876	137	15.6

Fuente: instituto departamental de salud de Nariño. Oficina de epidemiología 2007.

4.4 ENFERMEDADES INFECCIOSAS VIRALES Y TRANSMITIDAS POR VECTORES EN LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO

4.4.1 Comportamiento de la Malaria en la Costa Pacifica de Nariño. “La malaria en la subregión sobrellebo un leve incremento, al pasar de 17.946 casos en el año 2006 a 18.815 en el año 2007, el cuadro advierte que los municipios mayores transmitidos con el paludismo son Tumaco, Roberto Payan y, Olaya Herrera.

El paludismo; conocido como la fiebre de la selva o, malaria terciana maligna, o malaria estivo-otoñal, transmitido por el vector **P. falciparum**, como muestra el cuadro 25 es responsable de la mayoría de los casos mortales de malaria. En esta forma de la enfermedad, los microorganismos obstruyen los vasos sanguíneos del cerebro produciendo como, delirio, y finalmente la muerte.

La forma más leve o menos riesgosa es la malaria terciana benigna, causada por el **Plasmodium vivax**, en la que los síntomas aparece dos días después del contagio, esta malaria es la que tiene menos incidencia en la población pacifica nariñense.

Cabe resaltar que el numero de malaria reconocida en la costa pacifica es el total de malaria registrada en el departamento de Nariño.

Cuadro 25. La malaria en la Costa Pacifica de Nariño. 2.006 – 2.007

Comportamiento de la malaria en la costa pacifica de Nariño										
MUNICIPIOS	AÑO 2006					AÑO 2007				
	P. FALC.	VIVAX	MIXTO	TOTAL	IPA	P. FALC.	VIVAX	MIXTO	TOTAL	IPA
TUMACO	5.532	893	0	6.425	37,9	4.127	1.032	0	5.159	30,4
FRANCISCO PIZARRO	464	9	0	473	41,3	551	10	0	561	49,0
EL CHARCO	1.112	636	0	1.748	78,9	3.265	744	0	4.009	180,9
MOSQUERA	220	177	0	397	34,4	212	76	0	288	25,0
MAGUI PAYAN	1.471	121	2	1.594	145,1	1.042	126	0	1.168	106,3
ROBERTO PAYAN	2.147	627	0	2.774	220,4	3.018	460	0	3.478	276,4
OLAYA HERRERA	1.974	747	1	2.722	91,8	1.546	576	0	2.122	71,6
SANTA BÁRBARA	447	179	0	626	32,6	832	175	0	1.007	52,5
LA TOLA	360	99	0	459	66,7	468	81	0	549	79,8
BARBACOAS	660	68	0	728	22,6	406	68	0	474	14,7
TOTAL ZONA PACIFICA	14.387	3.556	3	17.946	55,0	15.467	3.348	0	18.815	57,7

Fuente: instituto departamental de salud de Nariño. Oficina de epidemiología 2007

4.4.2 Comportamiento Enfermedad Viral Hepatitis “A” en la Costa Pacífica de Nariño. Esta enfermedad viral se transmite por vía digestiva (manos, alimentos, agua o excreciones, contaminadas), su brote se puede producir especialmente durante la infancia. Los individuos con hepatitis A pueden contagiar a otra persona la enfermedad hasta dos semanas antes de que aparezcan los síntomas.

Si tomamos como base el crecimiento poblacional encontramos que del 2004 al 2005 se nota que hubo un incremento de más de 100% en la subregión, pasó a ser de 3.1 en el 2004 a 6.5 en el 2005, y en el 2006 se redujo la tasa de enfermos ostensiblemente. Mientras que en el 2007 se redujo notablemente a 1.5 por 100.000 habitantes pasó de tener 22 enfermos de hepatitis A en el 2005 a tener 5 enfermos con el virus en el 2007 (ver cuadro 26).

Cuadro 26. Hepatitis A Costa Pacifica de Nariño tasa por (100.000) HAB. 2.004 – 2.007

MUNICIPIOS	AÑO 2004			AÑO 2005			AÑO 2006			AÑO 2007		
	POBLACION	2004	TASA * 100.000 HB	POBLACION	2005	TASA * 100.000 HB	POBLACION	2006	TASA * 100.000 HB	POBLACION	2007	TASA * 100.000 HB
BARBACOAS	31,723	0	0.0	30,270	1	3.3	30,996	8	25.8	31,689	3	9.5
EL CHARCO	21,817	0	0.0	25,733	10	38.9	26,729	2	7.5	27,681	0	0.0
FCO. PIZARRO	11,154	0	0.0	11,029	0	0.0	11,406	0	0.0	11,767	0	0.0
LA TOLA	6,768	1	14.8	8,408	2	23.8	8,760	0	0.0	9,097	0	0.0
MAGÚÍ PAYÁN	10,965	2	18.2	16,394	0	0.0	16,968	1	5.9	17,498	0	0.0
MOSQUERA	11,351	0	0.0	11,995	0	0.0	12,390	0	0.0	12,767	0	0.0
O. HERRERA	29,169	0	0.0	27,359	1	3.7	27,830	0	0.0	28,216	0	0.0
ROBERTO PAYAN	12,410	0	0.0	16,892	0	0.0	17,422	0	0.0	17,935	0	0.0
SANTA BARBARA	19,057	4	21.0	15,332	3	19.6	15,214	0	0.0	15,188	2	13.2
TUMACO	166,030	3	1.8	160,034	5	3.1	163,874	1	0.6	167,545	0	0.0
TOTAL ZONA	320,444	10	3.1	323,446	22	6.8	331,589	12	3.6	339,383	5	1.5

Fuente: instituto departamental de salud de Nariño. Oficina de epidemiología 2007

4.4.3 Números de casos de Tuberculosis en la Costa Pacifica Nariñense. La tuberculosis es una enfermedad infecciosa aguda o crónica, producida por el bacilo de Koch. Que puede afectar a cualquier tejido del organismo, pero que suele localizarse en los pulmones.

Se observa que para el año 2004 en la costa pacífica de Nariño existieron 87 casos de tuberculosis considerándose como una cifra notablemente baja, de igual manera se observa que los municipios de Tumaco y Barbacoas poseen los porcentajes más altos, mientras que municipios como Magui, Roberto Payán y Santa Bárbara no registran casos de tuberculosis. Para el año 2005 se presenta una leve disminución de 87 a 82 casos, manteniendo de igual manera a Barbacoas y Tumaco con los mayores niveles. Se nota que para el 2006 hubo un incremento de 12 unidades de enfermos respecto al 2005. y por último se puede apreciar que para el 2007 se vuelve a controlar este virus reduciendo el número de afectados a 87 habitantes. (Ver cuadro 27).

Cuadro 27. Tuberculosis Costa Pacifica de Nariño tasa por 10.000 HAB. 2.004 – 2.007

MUNICIPIOS	AÑO 2004			AÑO 2005			AÑO 2006			AÑO 2007		
	POBLACION	2004	TASA * 10.000 HB	POBLACION	2005	TASA * 10.000 HB	POBLACION	2006	TASA * 10.000 HB	POBLACION	2007	TASA * 10.000 HB
BARBACOAS	31,723	14	4.4	30,270	13	4.3	30,996	16	5.2	31,689	14	4.4
EL CHARCO	21,817	2	0.9	25,733	4	1.6	26,729	4	1.5	27,681	4	1.4
FCO. PIZARRO	11,154	3	2.7	11,029	0	0.0	11,406	2	1.8	11,767	3	2.5
LA TOLA	6,768	1	1.5	8,408	1	1.2	8,760	0	0.0	9,097	0	0.0
MAGÜÍ PAYÁN	10,965	0	0.0	16,394	0	0.0	16,968	1	0.6	17,498	2	1.1
MOSQUERA	11,351	1	0.9	11,995	0	0.0	12,390	0	0.0	12,767	1	0.8
O. HERRERA	29,169	2	0.7	27,359	4	1.5	27,830	6	2.2	28,216	4	1.4
ROBERTO PAYAN	12,410	0	0.0	16,892	2	1.2	17,422	0	0.0	17,935	2	1.1
SANTA BARBARA	19,057	0	0.0	15,332	1	0.7	15,214	0	0.0	15,188	0	0.0
TUMACO	166,030	64	3.9	160,034	57	3.6	163,874	65	4.0	167,545	57	3.4
TOTAL ZONA	320,444	87	2.7	323,446	82	2.5	331,589	94	2.8	339,383	87	2.6

Fuente: instituto departamental de salud de Nariño. Oficina de epidemiología 2007

4.4.4 Comportamiento del VIH SIDA en la Costa Pacífica de Nariño. El VIH SIDA es un síntoma conocido como virus de la inmunodeficiencia humana, que se puede transmitir por medio del contacto sexual, por vía sanguínea, y a través del contagio madre a hijo. Una persona infectada con el VIH va perdiendo, de forma progresiva, la función de ciertas células, o lo que se conoce como “anticuerpos”.

El virus de la inmunodeficiencia humana en la costa pacífica nariñense para el año 2004 mostró un índice bajo representado por 0.4 por cada 10.000 habitantes, se observa que para el año 2005, y 2006 la cantidad se ha triplicado aproximadamente, pasando de ser 12 habitantes los infectados en el 2004 a 33 habitantes infectados en el 2005, y 32 en el 2006. Para el 2007 se puede ver un leve incremento en la población infectada por VIH (ver cuadro 28).²¹

²¹ Ibidem.

Cuadro 28. VIH SIDA en la Costa Pacifica de Nariño 2.004 – 2.007

MUNICIPIOS	AÑO 2004			AÑO 2005			AÑO 2006			AÑO 2007		
	POBLACION N	2004	TASA * 10.000 HB	POBLACION N	2005	TASA * 10.000 HB	POBLACION N	2006	TASA * 10.000 HB	POBLACION N	2007	TASA * 10.000 HB
BARBACOAS	31,723	3	0.9	30,270	1	0.3	30,996	7	2.3	31,689	4	1.3
EL CHARCO	21,817	0	0.0	25,733	1	0.4	26,729	0	0.0	27,681	0	0.0
FCO. PIZARRO	11,154	2	1.8	11,029	1	0.9	11,406	1	0.9	11,767	0	0.0
LA TOLA	6,768	0	0.0	8,408	0	0.0	8,760	0	0.0	9,097	0	0.0
MAGÚÍ PAYÁN	10,965	0	0.0	16,394	0	0.0	16,968	0	0.0	17,498	0	0.0
MOSQUERA	11,351	0	0.0	11,995	0	0.0	12,390	0	0.0	12,767	0	0.0
O. HERRERA	29,169	0	0.0	27,359	0	0.0	27,830	1	0.4	28,216	0	0.0
ROBERTO PAYAN	12,410	0	0.0	16,892	1	0.6	17,422	0	0.0	17,935	0	0.0
SANTA BARBARA	19,057	0	0.0	15,332	0	0.0	15,214	0	0.0	15,188	0	0.0
TUMACO	166,030	7	0.4	160,034	29	1.8	163,874	23	1.4	167,545	37	2.2
TOTAL ZONA	320,444	12	0.4	323,446	33	1.0	331,589	32	1.0	339,383	41	1.2

Fuente: instituto departamental de salud de Nariño. Oficina de epidemiología 2007.

4.5 COBERTURA DE VACUNACIÓN EN LA COSTA PACIFICA NARIÑENSE

El comportamiento de las coberturas de vacunación en la Costa Pacífica de Nariño se ve influenciado directamente por la población que define el DANE como denominador para el cálculo de las mismas, existen factores que no se pueden desconocer y que afectan negativamente el funcionamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones, entre ellos el difícil acceso geográfico a todo el territorio de la costa que en ocasiones se ve comprometido por las situaciones de orden público, difícil acceso, y el bajo compromiso de los alcaldes municipales como líderes territoriales del proceso.

Ahora bien, si se tiene en cuenta que las vacunas preventivas o de inmunización son aquellas que van a permitir resistencias inmune frente a un organismo infeccioso, vemos que en la costa pacífica de Nariño se presenta una situación precaria en cuanto a la asistencia en cobertura de vacunación, se vislumbra que en promedio el 58% de la población reciben la vacuna anticuerpo o de inmunidad, por tal razón si consideramos estas vacunas como las primeras que recibe los niños desde su gestación, es fácil comprender que el niño que no logre en el tiempo estipulado este medicamento esencial y determinante para él, se desarrollara en un habita diferente a aquellos que contaron con la suerte de haberse vacunados, pues los otros con facilidad van a desarrollar enfermedades constantemente, y su desarrollo integral no va a ser el mejor, estos van a estar desamparados o a merced de cualquier enfermedad por leve que fuese.

Es necesario recalcar una vez más; que un buen desarrollo integral, en la alimentación, en lo físico, y psicológico va ser determinante para un buen crecimiento y desarrollo de las habilidades de los niños.

Cuadro 29. Coberturas de vacunación Costa Pacifica de Nariño 2007

SUBREGION OCCIDENTE									
MUNICIPIOS	POLIO%	DPT%	BCG%	HB%	Hib%	TV%	TTD%	FA%	Infl%
BARBACOAS	70.8	70.8	71.9	70.8	70.8	87.7	2.7	82.0	71.8
CHARCO	72.3	72.4	60.3	72.4	72.4	88.0	6.4	87.8	57.8
FCO. PIZARRO	34.1	33.9	31.8	33.9	33.9	59.8	3.1	59.6	22.0
MAGUI	59.9	60.5	113.6	60.5	60.5	81.2	2.0	81.8	34.4
MOSQUERA	32.4	32.9	26.2	32.9	32.9	39.6	6.1	40.2	26.2
OLAYA HERRERA	49.4	49.3	34.0	49.3	49.3	53.8	0.8	52.1	32.9
RTO PAYAN	87.4	87.4	88.5	87.4	87.4	90.6	2.8	93.7	20.3
STA BARBARA	83.3	83.6	69.0	83.6	83.6	78.5	1.2	74.7	58.9
TOLA	85.5	84.9	61.6	84.9	84.9	86.3	3.4	83.2	100.0
TUMACO	55.5	59.6	107.6	59.6	59.6	87.8	4.4	76.2	93.6
TOTAL SUBREGION	63.1	63.5	66.5	63.5	63.5	75.3	3.3	73.1	51.8

Fuente: instituto departamental de salud de Nariño. Oficina de epidemiología 2007

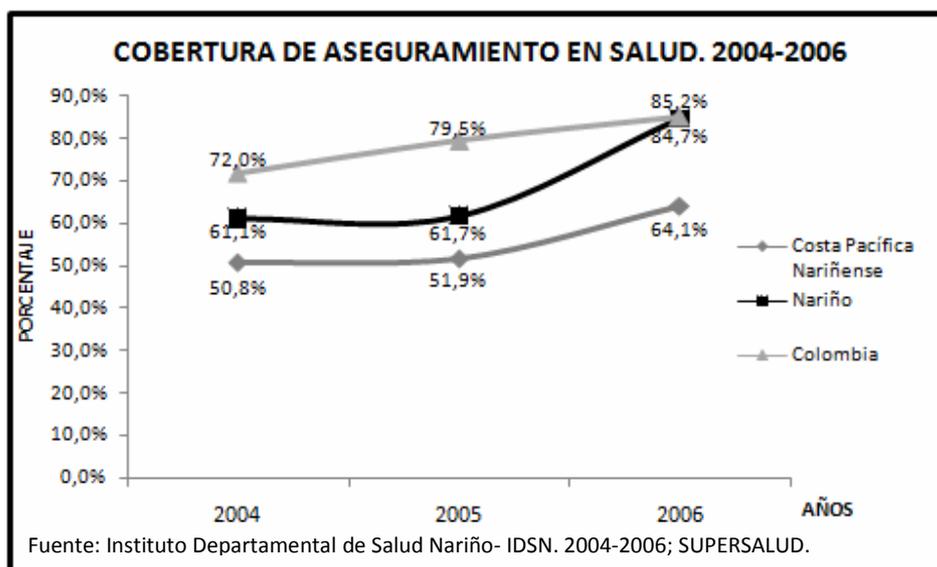
4.6 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS INDICADORES DE SALUD EN LA COSTA PACÍFICA NARIÑENSE RESPECTO AL DEPARTAMENTO Y LA NACIÓN

De acuerdo a los indicadores de salud, los altos índices de natalidad en la subregión son del (14%), que superan los promedios departamentales (12,3%) y nacionales (10,81%). También evidencia, que a pesar de las difíciles condiciones de salubridad y orden público presentes en la subregión, registra menor índice de mortalidad, pues mientras que para Nariño es de 33,9%, para la subregión es de 28,1%.

INDICADORES DE COBERTURA

Las Costa Pacífica Nariñense ha venido ganando terreno en cuanto a cobertura de aseguramiento en salud, pero a pasos lentos. Pasó del 50.8% de su población asegurada en 2.004 a 64,1% en 2.006. En este mismo periodo, el Departamento amplió su cobertura de 61,1% a 84,7%, y el país pasó de una cobertura del 72% al 85,2%. Esto muestra las grandes distancias en cobertura que presenta la Costa Pacífica Nariñense en relación a los niveles departamental y nacional²².

Figura 2. Cobertura de Aseguramiento en Salud 2004 – 2006



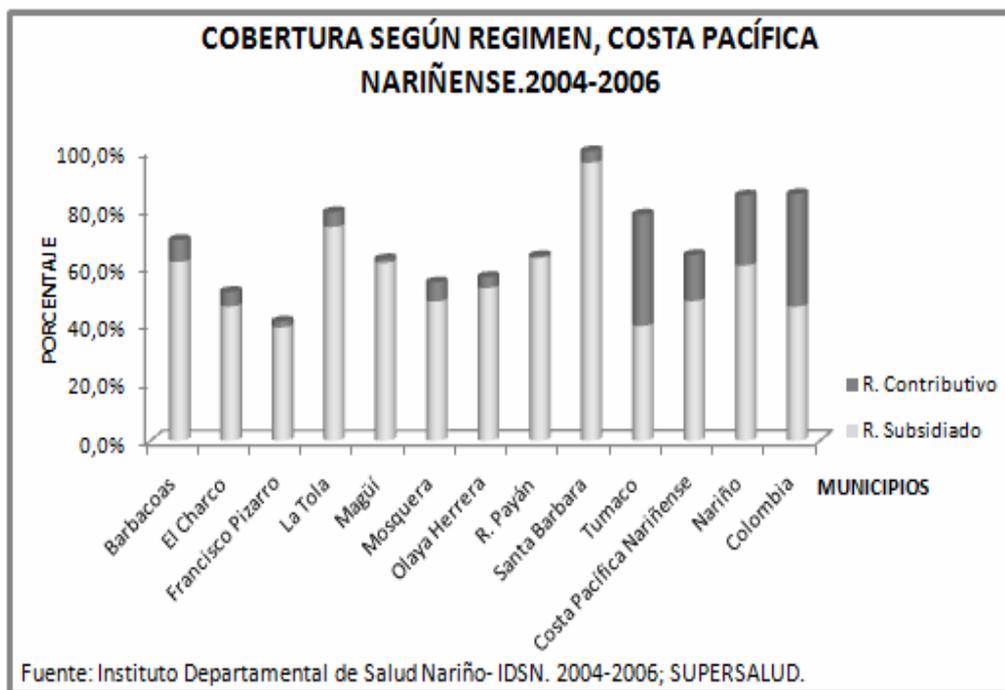
En cuanto a las coberturas a nivel municipal, Santa Bárbara ocupa el primer lugar al mantener la totalidad de su población asegurada, le siguen La Tola con el

²² SUPERSALUD. Instituto Departamental de Salud Nariño – IDSN. 2004.

78,9% y Barbacoas con 69,3%. Francisco Pizarro es el municipio con la menor cobertura con solo el 41,2% de su población asegurada.

Por otro lado, es importante anotar que las coberturas descritas anteriormente se explican a nivel de la Costa Pacífica Nariñense en casi un 80% por el régimen subsidiado, a nivel departamental en un 66%, y a nivel nacional en un 53% por este mismo régimen.

Figura 3. Cobertura por Régimen. Costa Pacífica Nariñense 2004 – 2006



Respecto a la cobertura en vacunación, los municipios costeros superan ampliamente el promedio departamental en cada uno de los años 2004, 2005 y 2006. Sin embargo, es preciso anotar que en ambos contextos las coberturas han descendido en este periodo. La Costa Pacífica descendió de un 120,5% en el 2004 a un 81,5% en el 2006. El Departamento por su parte, también descendió de 86,1% en el 2004 a 65,9% en 2006. Estos datos corresponden a la cobertura global en vacunación para población menor o igual a 1 año de edad, e incluye Antipolio, DPT, BCG, Hepatitis B, Haemophilus I, Triple Viral, fiebre amarilla.

MORBILIDAD EN LA COSTA PACÍFICA NARIÑENSE

En cuanto a indicadores de morbilidad, los municipios de la Costa Pacífica de Nariño, presentan unas tasas superiores a las departamentales, sobretudo en parasitismo intestinal y paludismo. Otra causa frecuente de consultas externas en la Costa Pacífica

Nariñense, es por rinofaringitis aguda o resfriado común. Los casos de malaria siguen generando preocupación en la Costa al incrementarse los casos de 406% en el año 2004 a 646% en el 2006. El dengue y la leishmaniasis han cedido un poco de terreno, pero se siguen ubicando muy por encima del promedio departamental. La Costa aporta en promedio el 42% de los casos de dengue en el departamento, el 99% de los casos de malaria, y el 60% de los casos de leishmaniasis, lo que indica los altos índices de morbilidad en esta zona. Respecto a los casos de VIH – SIDA, la Costa Pacífica aporta con el 33% del total departamental. Las tasas por 10.000 habitantes prácticamente duplican las del promedio departamental. Para 2006 la tasa de VIH – SIDA en la costa era de 0,97%, mientras que la del departamento alcanzaba un 0,51%²³.

MORTALIDAD EN LA COSTA PACÍFICA NARIÑENSE

La Costa Pacífica registra los niveles más altos en mortalidad materna e infantil, aunque a nivel general se ubique por debajo del promedio departamental. La Mortalidad materna en la Costa Pacífica Nariñense pasó de una tasa de 38,44 por cada 10.000 habitantes a 58,14 en el 2005 y descendió a 26,86 en 2006. La Mortalidad infantil pasó de 132,71 por cada 10.000 habitantes a 267,5 en el 2005 y 164 en el 2006. Las principales causas de estos niveles de mortalidad en Nariño, las lidera los homicidios con un 12,1%, de los cuales la Costa Pacífica aporta el 38,4%. Le siguen en orden de importancia, las enfermedades isquémicas del corazón con un 7,7%, cerebro vasculares con un 7,4%, hipertensivas 5,9% e IRA 4,7%.²⁴

²³ IDSN. Indicadores Básicos de Salud 2004-2006. San Juan de Pasto.

²⁴ *Ibíd.*

Cuadro 30. Cobertura de Aseguramiento en Salud (%) 2004 – 2006

ZONA	2004			2005			2006		
	Contrbv	Subsi	Ning.	Contrbv	Subsi	Ning.	Contrbv	Subsi	Ning.
Barbacoas	2,2	55,8	42,0	2,2	56,1	41,7	7,6	61,7	30,7
El Charco	1,0	44,9	54,1	1,0	51,1	47,9	5,1	46,3	48,6
Francisco Pizarro	0,5	38,4	61,1	0,5	38,4	61,1	2,1	39,1	58,8
La Tola	0,7	69,1	30,2	0,7	69,4	29,9	5,1	73,8	21,1
Magüi	0,5	56,9	42,6	0,5	57,7	41,8	1,3	61,4	37,3
Mosquera	1,6	45,8	52,6	1,6	47,2	51,2	6,6	48,1	45,3
Olaya Herrera	0,6	45,8	53,6	0,6	47,8	51,6	3,9	52,7	43,4
Roberto Payán	0	48,8	51,2	0	48,2	51,8	0,7	63,1	36,2
Santa Bárbara	0,6	46,0	53,4	0,6	45,8	53,6	4,0	96,0	0
Tumaco	17,2	34,1	48,7	16,9	35,2	47,9	38,5	39,6	31,9
COSTA PACIFICA	9,4	41,4	49,2	9,2	42,7	48,1	15,9	48,2	35,9
NARIÑO	13,2	47,9	38,9	12,9	48,8	38,3	24,2	60,5	15,3
COLOMBIA	35,2	36,8	28,0	36,1	43,4	20,5	38,9	46,3	14,8

Fuente: IDSN. Indicadores Básicos de Salud 2004-2006. San Juan de Pasto. SUPERSALUD.

Cuadro 31. Cobertura Vacunación 2004 – 2006

ZONA	2004	2005	2006
Barbacoas	117,5	120,2	108,2
El Charco	190,4	130,9	122,4
Francisco Pizarro	90,6	34,5	60,6
La Tola	193,9	93,1	81,6
Magüi Payán	105,2	57,7	68,3
Mosquera	127,4	68,0	53,4
Olaya Herrera	120,5	86,6	93,0
Roberto Payán	172,5	118,6	101,7
Santa Bárbara	44,2	83,7	64,4
Tumaco	116,3	73,7	72,2
COSTA PACIFICA	120,5	84,7	81,5
NARIÑO	86,1	74,7	65,9

Fuente: IDSN. Indicadores Básicos de Salud 2004-2006. San Juan de Pasto. (%) Global para población de 1 año y menor de 1 año. Incluye: Antipolio, DPT, BCG, Hepatitis B, Haemophilus I, Triple Viral, fiebre amarilla.

Cuadro 32. Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Externa (%)

CAUSAS	2004		2005		2006	
	Costa	Dpto.	Costa	Dpto.	Costa	Dpto.
IRA	109,0	95,2	127,9	127,6	82,3	144,1
EDA	26,5	35,4	43,5	43,7	27,9	50,0
Parasitismo Intestinal	40,8	47,3	74,2	52,4	56,4	48,4
Hipertensión Esencial	18,5	34,2	22,2	46,5	35,2	65,9
Infección de vías urinarias	25,4	24,1	28,5	35,8	29,9	39,4
Paludismo	40,6	8,8	23,0	10,2	64,6	10,7

Fuente: IDSN. Indicadores Básicos de Salud 2004-2006. San Juan de Pasto. Cálculos esta investigación.

Cuadro 33. Perfil Epidemiológico Costa Pacífica Nariñense (%)

ZONA	2004			2005			2006		
	Deng	Mal	Leis	Deng	Mal	Leis	Deng	Mal	Leis
SUBREGIÓN	0,78	406	29,1	0,32	230	31,5	0,35	646	25,3
DEPARTAMENTO	0,14	88	5,7	0,11	102	8,1	0,17	107,3	7,46

Fuente: IDSN. Indicadores Básicos de Salud 2004-2006. San Juan de Pasto. Cálculos esta investigación.

Cuadro 34. Reporte Casos de VIH - SIDA (%)

ZONA	2004		2005		2006	
	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa
SUBREGIÓN	12	0,37	33	1,02	32	0,97
DEPARTAMENTO	61	0,35	83	0,47	90	0,51

Fuente: IDSN. Indicadores Básicos de Salud 2004-2006. San Juan de Pasto. Cálculos esta investigación.

Cuadro 35. Mortalidad Costa Pacífica Nariñense (%)

ZONA	2004			2005			2006		
	Mater	Infan	Gral	Mater	Infan	Gral	Mater	Infan	Gral
SUBREGIÓN	38,44	132,71	20,23	58,14	267,5	17,12	26,86	164,39	28,04
DEPARTAMENTO	12,49	130	31,93	14,21	198	27,1	70,7	127,2	33,9

Fuente: IDSN. Indicadores Básicos de Salud 2004-2006. San Juan de Pasto. Cálculos esta investigación.

5. PROBLEMÁTICA Y ALTERNATIVAS DE DESARROLLO QUE PRESENTA LA ADECUADA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA COSTA PACÍFICA DE NARIÑO.

5.1 ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA

La prestación de los servicios de salud, en un sentido amplio forma parte de la protección psico social individual del hombre. Y en un sentido restringido, los servicios de salud están enmarcados dentro de las políticas de bienestar social, cuyo objetivo es la prevención, rehabilitación o asistencia de individuos, de familias o de grupos sociales con amplias carencias y mucha demandas, la finalidad global de los servicios de salud es la satisfacción de determinadas necesidades de salud humana individual dentro de una comunidad.

Según un estudio de la reorganización de la red pública de servicios de salud en el departamento de Nariño a noviembre de 2007, destaca que a nivel Departamental, existen factores determinantes que afectan el acceso de la población a los servicios de salud entre estos podemos mencionar: el aislamiento geográfico, las dificultades de acceso vial, las condiciones de ruralidad y de alta dispersión poblacional, la estructura étnica y poblacional, la afiliación al sistema de seguridad social en salud y el perfil epidemiológico transicional , entre otros.

Con respecto a la cobertura al sistema especialmente el régimen subsidiado, ha tenido un comportamiento creciente, sin embargo al no contar con industrias y fuentes formales de trabajo la cobertura en el régimen contributivo no es representativa afectando la solidaridad del sistema

Por otra parte existe un alto grado de desarrollo en el proceso de descentralización hacia los municipios, que hacen que la prestación de servicios en la baja complejidad se encuentre asumida en casi su totalidad por empresas sociales del estado de carácter municipal, pese a esto existe débil capacidad técnica y resolutive de los municipios para operativizar el sistema de seguridad social en salud y desarrollar sus competencias, especialmente en los procesos de inspección, vigilancia y control y una baja capacidad de gestión gerencial de las IPS municipales de baja complejidad recién transformadas en Empresas Sociales del Estado , mostrando sus mayores deficiencias en los procesos de contratación, facturación, recuperación de cartera, vinculación de personal y en sistemas de información.

La red de atención de baja complejidad se caracteriza en forma general por tener una escasa capacidad instalada y resolutive, poca integralidad de sus servicios, subutilización de los servicios de hospitalización, bajos porcentajes de ocupación, alta rotación del recurso humano y débil desarrollo en sistemas de garantía de

calidad, todos estos aspectos se reflejan en las bajas coberturas en los programas de promoción y prevención, en modelos de atención no acordes a las necesidades reales de la población y baja capacidad resolutive en los servicios de urgencias y de atención obstétrica. Por otra parte el modelo de contratación de prestación de servicios de salud predominante, que operan en el departamento en la baja complejidad es por capitación, si bien es cierto este modelo ha garantizado el flujo de los recursos, es evidente que ha generado una cultura de la remisión y del bajo nivel de desarrollo al no evidenciarse en muchos casos esfuerzo para mejorar los servicios, esto afecta el acceso y la calidad de la prestación de los mismos.

La red de atención de mediana complejidad en el Departamento la ofrecen 6 instituciones publicas (Hospital Universitario Departamental, Clínica Maridiaz escindida del Seguro Social, el CEHANI, Hospital Civil de Ipiales, Hospital Eduardo Santos de la Unión y Hospital San Andrés de Tumaco), ubicadas en las subregiones centro, sur, norte y occidente respectivamente, es evidente que hasta tanto el primer nivel de atención no garantice la integralidad y mejore su capacidad resolutive en los servicios de urgencias, hospitalización y atención obstétrica, estas instituciones de mediana complejidad, con algunos servicios de alta complejidad, continuarán complementado los servicios del primer nivel, lo que limita su desarrollo hacia la mediana y alta complejidad y con esto hacia el desarrollo de la red, situación que se traduce además, en la necesidad de complementar la prestación de servicios con IPSS privadas de la región y con la contratación de servicios no ofertados en la región con la red de otros departamentos.

Desde esta perspectiva, a nivel departamental se hace necesario fortalecer los servicios de atención de baja complejidad pues ellos son el soporte para la contención de costos del sistema, además construir e implementar modelos de atención orientados a las necesidades reales de la comunidad en las que se priorice a poblaciones rurales dispersas de difícil acceso, se debe revisar los modelos de contratación a fin de definir porcentajes mínimos y máximos de la UPC a capitar y el cumplimiento de metas en cobertura de los programas de promoción y prevención, se hace importante el fortalecimiento de servicios de atención de urgencias, servicios obstétricos y servicios de alta complejidad, orientados a mejorar indicadores de esperanza de vida y a mejorar acceso de la población a los servicios, además es prioritario establecer modelos de atención conducentes a promocionar y atender la salud mental, salud infantil, fomento del autocuidado y continuar con los planes de reducción de mortalidad materna y perinatal.

En el ámbito de la Costa Pacífica Nariñense, y según datos arrojados por la presente investigación, la población destaca como los principales factores que limitan la prestación adecuada de los servicios de salud, los siguientes:

Cuadro 36. Principales dificultades de la prestación de los servicios de salud en la costa pacifica de Nariño.

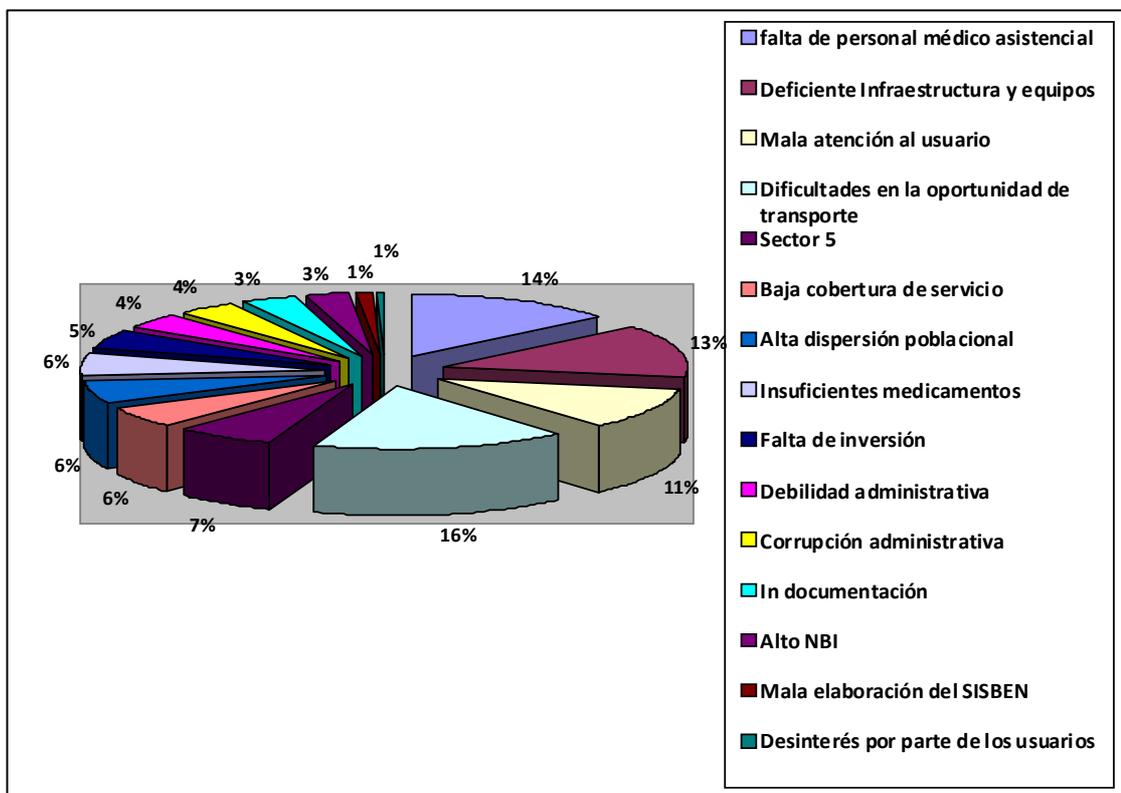
Dificultades que afronta la adecuada prestación de los servicios de salud en la C.P.N	TOTAL COSTA
Falta de personal médico asistencial	16,9
Deficiente Infraestructura y equipos	16,2
Mala atención al usuario	13,5
Dificultades en la oportunidad de transporte	8,1
Baja cobertura del servicio	6,8
Alta dispersión poblacional	6,8
Insuficientes Medicamentos	6,8
Falta de inversión	6,1
Debilidad Administrativa	4,7
Corrupción administrativa	4,7
Indocumentación	4,1
Alto NBI	3,4
Mala elaboración del SISBEN	1,4
Desinterés por parte de los usuarios	0,7
TOTAL	100,0

Fuente: esta investigación

Conforme estos datos, el 16.9% de los encuestados afirmó que la falta de personal medico asistencial es la que posee mayor incidencia para no llevarse a cabo una adecuada prestación de los servicios de salud, el 16.2% de la población respondieron que la deficiencia en infraestructura y la falta de equipos son las causales de la inadecuada prestación de los servicios de salud en el pacifico nariñense, por otro lado el 13.5% explica que existe una mala atención al usuario lo que genera ineficiencia en la prestación de los servicios de salud, existe también un 8.1% quienes están de acuerdo que la inadecuada prestación de los servicios de salud se generan por la dificultades del transporte terrestre y marino; por otro la do, la encuesta también permitió considerar una cifra muy baja de los encuestados que corresponde al 0.7% quienes expresan desinterés por parte de los usuarios, y el 1.4% consideran una inadecuada clasificación y elaboración del SISBEN.

Lo anterior se analiza más claramente en la siguiente figura:

Figura 4. Dificultades en la prestación de los servicios de salud en la C.P.N.



Fuente: esta investigación

Los datos pormenorizados sobre la problemática en salud de cada municipio, se observan en el anexo C.

5.2 ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Después de haber indagado amplia y exhaustivamente a los diferentes actores relacionados con la prestación de los servicios de salud y a representantes cívicos, líderes comunitarios, y a la ciudadanía en general, reconocieron como las principales alternativas para el mejoramiento de los servicios de salud en la costa pacífica de Nariño, los siguientes:

Cuadro 37. Alternativas de mejoramiento en la prestación de los servicios de salud

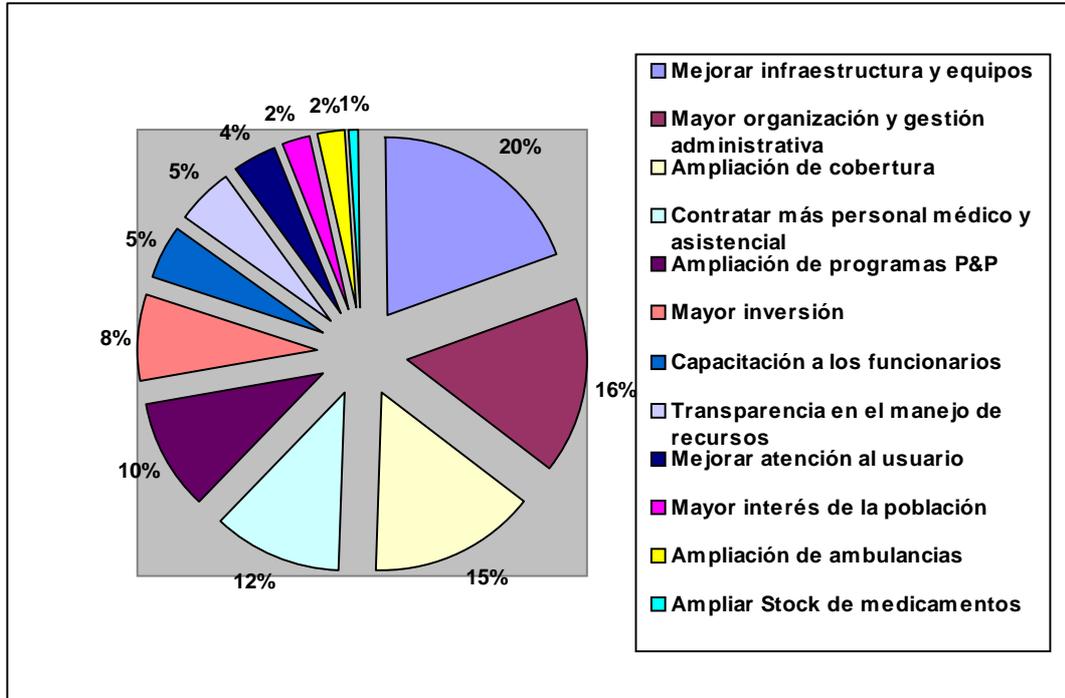
ALTERNATIVAS DE MEJORAMIENTO	TOTAL COSTA
Mejorar infraestructura y equipos	19,8
Mayor organización y gestión administrativa	15,7
Ampliación de cobertura	14,9
Contratar mas personal médico y asistencial	11,6
Ampliación de programas de P&P	9,9
Mayor inversión	8,3
Capacitación a los funcionarios	5,0
Transparencia en el manejo de recursos	5,0
Mejorar atención al usuario	4,1
Mayor interés de la población	2,5
Ampliación de ambulancias	2,5
Ampliar Stock de Medicamentos	0,8
TOTAL	100,0

Fuente: esta investigación

Según estos datos, un 19.8% de la población manifiesta que es necesario implementar una mejora en la infraestructura física, e implementar los equipos necesarios y adecuados para optimizar la prestación de los servicios de salud en la costa pacífica nariñense. Por otro lado el 15.7% de los encuestados concluyen que se debe mejorar la organización e incrementar la gestión administrativa. Un 14.9% de los encuestados respondieron que se debe ampliar la cobertura de la prestación de los servicios de salud. El 11.6% de los encuestados manifestaron que existe un déficit en el personal asistencial. El 9.9% del personal encuestado reconocieron que es ineludible ampliar los programas de prevención y promoción de la salud. Existen también un 2.5% respectivamente de los encuestados afirman que debe existir mayor sentido de pertenencia por parte de la población y, mayor número de ambulancias para el traslado de los enfermos. Y una cantidad mínima que representa el 0.8% quienes afirman que se deben ampliar el stock de medicamentos.

Lo anterior se analiza más claramente en la siguiente figura:

Figura 5. Alternativas de mejoramiento



Fuente: esta investigación

Los datos pormenorizados sobre las alternativas en salud de cada municipio, se observan en el anexo D.

6. CONCLUSIONES

La adecuada prestación de los servicios de salud en la costa pacifica de Nariño, como en cualquier otra subregión va a estar determinada por el personal medico, paramédico capacitado, personal asistencial, empleado en general, la logística, la infraestructura, los instrumentos, materiales y equipos, los programas, y sobretodo el recurso humano necesario para el buen desarrollo de la prestación de los servicios en salud.

En esta región es notable el difícil acceso geográfico, precaria capacidad instalada, riesgo antrópico por desplazamientos masivos, riesgos naturales por tsunami, altos índices de enfermedades transmitidas por vectores, en general bajo desarrollo que requiere mayor esfuerzos de intervención integral a fin de mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, por su parte los cultivos de usos ilícitos y presencia de grupos armados en donde la mortalidad por lecciones de causas externas ocupa el primer lugar en las causas de mortalidad de la Costa Pacifica de Nariño.

De los ochos objetivos de desarrollo del milenio, que desarrollaron los 189 jefes de estados en asamblea general en la ciudad de Nueva York de los Estados Unidos de América. Dentro de la prestación en los servicios de salud se destacan tres que son: reducción de la mortalidad infantil, mejorar la salud sexual y reproductiva y combatir con el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades; de las cuales el Departamento de Nariño y la Costa Pacifica están lejos de alcanzar los objetivos propuestos para el año 2015, pues los indicadores muestran adversidad en los tres objetivos que hacen parte de los ODM.

La prestación de los servicios de salud en la costa pacifica de Nariño esta enmarcada por presentar vulnerabilidad en los derechos a la salud, la escasez de hospitales, centros y puestos de salud, la precaria infraestructura hospitalaria, la reducida oferta de salud en baja complejidad, la existencia de un hospital de mediana complejidad para atender toda la zona, denigra a esta subregión.

Los indicadores básicos de salud en la costa Pacifica de Nariño presentan un desaliento, al presentarse bajo índice en el sistema de Seguridad Social en Salud, por otro lado esta subregión por ser altamente rural de difícil acceso, presentar grupos al margen de la ley, y no contar con una bases de datos eficiente en SISBEN posee un alto numero de la población en condiciones desvinculada. Por su parte el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en la zona están conectados con el conflicto armado y el tráfico de estupefacientes. Baja cobertura en vacunación y programas ampliado de Inmunizaciones, como también a la falta de cuidado de las enfermedades respiratorias.

Por ultimo, las problemáticas y alternativas de desarrollo que presenta la adecuada prestación de los servicios de salud en la Costa Pacifica de Nariño están relacionadas a la falta de personal medico asistencial, falta de infraestructura física, falta de instrumentos materiales y equipos, inadecuada atención al usuario falta de oportunidad en el transporte fluvial entre otras son las principales dificultades de la prestación de los servicios. Mejorar la infraestructura, cambiar los equipos obsoletos por equipos de tecnología de punta, mayor organización y gestión pública, ampliación de cobertura y contratar con personal asistencial idóneo son los puntos más relevantes de las alternativas de mejoramientos que reconocen los funcionarios, el personal asistencial, gremios, líderes, y comunidad en general.

La peligrosidad que presenta el transporte fluvial, el difícil acceso a las veredas y la dispersión de las viviendas hacen que los programas no se puedan ofrecer a la población necesitada.

No existe por parte del gobierno, políticas serias que le permitan un monitoreo real de posibles eventos que se pueda presentar en la prestación de los servicios de salud en esta subregión.

7. RECOMENDACIONES

Se recomienda que la prestación de los servicios de salud en la costa pacífica de Nariño deben cumplir con una serie de requerimientos como dividir la costa por zonas, mayores instalaciones físicas, bien dotadas de materiales y equipos, y sobretodo deberá cumplir con tres objetivos básicos; 1) objetivo político, 2) objetivo técnico, 3) ético.

Por la característica geográfica que presenta la costa pacífica de Nariño se recomienda dividirla en tres zonas estratégicas: 1) zona norte; representada con los municipios El Charco, Olaya Herrera, La Tola, Mosquera y Santa Bárbara. 2) zona centro; Barbacoas, Magui Payan, y Roberto Payan. 3) zona sur; Tumaco, y Francisco Pizarro (ver anexo E)

Se recomienda dos hospitales de segundo nivel, conformado de la siguiente manera, uno en el municipio de El Charco por su ubicación geográfica y ser la zona de influencia de los otros cuatro municipios que representa la zona norte. Otro hospital de segundo nivel para el municipio de Barbacoas por ser la zona de influencia de los otros dos municipios que representan la zona centro; para el caso de el municipio de Tumaco se necesita un hospital que atienda las enfermedades con mayor complejidad de las que hasta hoy se vienen atendiendo, (Servicios de Tercer Nivel).

OBJETIVO ÉTICO:

El personal administrativo del sector salud, al igual que el personal técnico, médicos, paramédicos, sean competentes en el desarrollo de sus actividades.

Una persona enferma deberá recibir atención médica adecuada, por una persona preparada de acuerdo a la necesidades de su estado de salud.

La persona que demande los servicios de salud debe identificarse con la persona que le va a ofrecer el servicio, a demás debe otorgarle un trato digno con respecto a sus autosugestiones personales y morales principalmente relacionadas con sus condiciones socioculturales.

Cualquier tipo de enfermedad que padezca una persona la cual solicite de los servicios de salud, sea tratada confidencialmente por parte del personal que lo atiende.

OBJETIVO TÉCNICO:

Que exista la infraestructura en planta física, hospitales, centros, y puestos de salud bien dotados de instrumentos, materiales y equipos adecuados para atender eficientemente la demanda.

Que exista una eficiente base de datos relacionado con los diagnósticos de los pacientes, de manera veraz, clara, precisa y completa, y que el paciente pueda tener acceso e información, de forma inmediata cuando él lo requiera.

Que existan control interno permanente de parte de las instituciones prestadoras del servicio en salud. Así mismo que se halle la dirección, vigilancia y control por parte de los organismos de control.

OBJETIVO POLÍTICO:

Que todas las personas tengan el derecho a salud completa sin importar sus condiciones económicas, políticas, culturales o religión.

Cuando se encuentre en peligro la vida de una persona esta pueda ser atendida en cualquier establecimiento de salud pública o privada sin ningún obstáculo.

Que los organismos como: el ministerio de salud, el consejo Nacional de seguridad social en salud, la superintendencia Nacional en salud, las direcciones seccionales, distritales y locales de salud; sancionen penalmente no solo a aquellas entidades prestadoras de los servicios de salud, sino que también al personal encargado de la prestación en los servicios en salud, cuando estos atente con la integridad física o psicológica del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

CORPONARIÑO. Plan de gestión ambiental regional; 2002-2012. San Juan de Pasto: 2002.

DANE, Censo General 2005.

DNP. Los municipios colombianos hacia los Objetivo de Desarrollo del Milenio. Santa fe de Bogotá, 2006. 120 p.

_____. Política de Estado para el Pacífico Colombiano. Documento Borrador. Santa fe de Bogotá: Mayo 3 de 2007. 160 p.

DIÓCESIS DE TUMACO. Derecho a la Alimentación y al territorio en el Pacífico Colombiano. 60 p.

DOCUMENTO CONPES. Vigencias 2004, 2005 y 2006. 180 p.

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS Y GASTOS AÑOS FISCALES. Años 2003-2006.

GOBERNACIÓN DE NARIÑO. PLAN DE DESARROLLO DE NARIÑO 2004-2007. San Juan de pasto: 2007.

_____. (IDSN) Boletines Estadísticos 2004-2007. San Juan de Pasto

_____. (IDSN) Oficina de epidemiología
Instituto Departamental de Salud de Nariño OFICINA de epidemiología.

_____. RED de salud publica del Instituto departamental de salud de Nariño.

_____. Seguridad Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – Habilitación.

_____. _____. Contratos Administración de Recursos Régimen Subsidiado

_____. Información presentada por las IPS publicas Decreto 2193-04 vigencia

LEY 100 DE 1993.

MARTÍNEZ, Jesús. Pacífico en llama, Realidad socio-económica de la costa pacifica nariñense. San Juan de Pasto: s/n, 2006. 180 p.

MINISTERIO DE DESARROLLO ECONÓMICO. Programa plan pacífico. Ordenamiento Territorial de las Zonas del Pacífico Nariñense. Pacífico, octubre de 2002.

PLAN DE DESARROLLO DE NARIÑO 2004-2007, Gobernación de Nariño, San Juan de pasto: 2007.

PLAN DE DESARROLLO DE SAN ANDRÉS DE TUMACO 2004-2007: Dignidad y futuro. San Andrés de Tumaco, 2004-2007

PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL. Planes de desarrollo municipal Costa Pacífica Nariñense 2008-2001. San Juan de Pasto, agosto de 2008.

PNUD. UDENAR. El Departamento de Nariño Frente a los ODM. San Juan de Pasto: julio de 2008.

WEST, Robert. Las Tierras Bajas del Pacífico Colombiano. Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Bogotá: s/n, 2000. 220 p.

NETGRAFÍA

Disponible en:

www.dnp.gov

www.municipioscolombianos.org

ANEXOS

Anexo A. FORMATO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDAD DE NARIÑO FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

ENTREVISTA: Dirigida a Funcionarios de las administraciones, y personal encargado del manejo de la prestación de los servicios de salud en los 10 municipios que conforman el pacífico de Nariño.

OBJETIVO: Obtener información que permita diagnosticar, evaluar y proponer mecanismos de mejoramiento a la problemática que afronta la adecuada prestación del servicio de salud de la Costa Pacífica de Nariño. La información solo tiene fines de carácter académico

CUESTIONARIO

I. IDENTIFICACION

1.1) Entidad que representa:

a) Publica

b) Privada

1.2) Cargo o Función que desempeña:

1.3) Entidad o lugar de trabajo:

1.4) Municipio:

II. INFORMACION SECTORIAL

2.1) ¿Cuales considera que sean las principales dificultades que afronta la adecuada prestación de los servicios de salud en su municipio?

2.2) ¿Que alternativas y estrategias propondría para su mejoramiento?

III. INFORMACIÓN SOBRE PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

3.1) ¿Que planes, programas y proyectos de orden nacional y/o internacional se han llevado a cabo sobre los servicios de salud en su municipio?

3.2) ¿Cómo considera la ejecución y/o intervención de dichos proyectos en su municipio?

a) Bueno b) Regular c) Malo

3.3) ¿Qué propone para la implementación de futuros proyectos que ayuden al mejoramiento de la prestación de los servicios de salud en su municipio?

COMENTARIOS:

ENTREVISTADOR

CIUDAD Y FECHA

Anexo B. FORMATO DE ENCUESTA

UNIVERSIDAD DE NARIÑO FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

ENCUESTA: Dirigida a los sectores gubernamentales, comunitarios, productivos e institucionales de cada municipio.

OBJETIVO: Obtener Información que permita identificar las principales características que presenta la prestación de servicios de salud en la Costa Pacífica Nariñense, al igual que su problemática. Esta información solo tiene fines académicos.

1. IDENTIFICACIÓN

1.1 Nombre _____

1.2 Sector al que pertenece _____

1.3 Municipio _____

2. SALÚD

2.1 ¿Cuántas personas tienen cubrimiento en los servicios de salud y seguridad social _____ en _____ su municipio? _____

Cuántas por Sisbén _____

Cuántas por Régimen Contributivo _____

2.2 ¿Cuáles son las dificultades que afronta su municipio para mejorar la cobertura y calidad del servicio?

2.3 ¿Qué alternativas y estrategias mejorarían la situación del sector?

2.4 Cuales son las principales enfermedades que aquejan a su municipio?

2.5 Desea agregar algo mas a la presente encuesta?

ENCUESTADOR

CIUDAD Y FECHA

Anexo C. DATOS TABULADOS DE LAS PROBLEMÁTICAS QUE REPRESENTA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

0	TUMACO	FCO. PIZARRO	MOSQUERA	O. HERRERA	LA TOLA	EL CHARCO	STA. BÁRBARA	BARBACOAS	MAGUI PAYAN.	ROBERTO PAYAN.	TOTAL COSTA
PROBLEMAS											
Falta de personal médico asistencial	8,5	25,0	26,7	37,5	50,0	7,7	8,3	25,0		9,1	16,9
Deficiente Infraestructura y equipos	14,9	8,3	20,0	25,0	50,0	15,4	25,0	12,5	25,0		16,2
Mala atención al usuario	17,0	25,0	13,3			30,8		18,8			13,5
Dificultades en la oportunidad de transporte		8,3	20,0			7,7		6,3	25,0	45,5	8,1
Baja cobertura del servicio	12,8					7,7	8,3	6,3		9,1	6,8
Alta dispersión poblacional	8,5			12,5			25,0	6,3			6,8
Insuficientes Medicamentos		33,3	13,3	12,5		7,7	0,0	6,3			6,8
Falta de inversión	8,5			12,5			0,0		25,0	18,2	6,1
Debilidad Administrativa	14,9						0,0				4,7
Corrupción administrativa	6,4					23,1	0,0	6,3			4,7
Indocumentación							8,3	12,5	25,0	18,2	4,1
Alto NBI	6,4						16,7				3,4
Mala elaboración del SISBEN			6,7				8,3				1,4
Desinterés por parte de los usuarios	2,1						0,0				0,7
TOTAL	100,0	100,0									

Fuente. Este estudio

Anexo D. DATOS TABULADOS DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ITEM	TUMACO	FCO. PIZARRO	MOSQUERA	O. HERRERA	LA TOLA	EL CHARCO	STA. BÁRBARA	BARBACOAS	MAGUI P.	ROBERTO P.	TOTAL COSTA
ALTERNATIVAS											
Mejorar infraestructura y equipos	16,1	33,3	22,2	22,2	100,0	33,3	25,0		25,0	20,0	19,8
Mayor organización y gestión administrativa	14,3	11,1	11,1	44,4		33,3	12,5	11,1		10,0	15,7
Ampliación de cobertura	12,5	11,1	22,2	11,1		16,7	12,5	11,1	25,0	30,0	14,9
Contratar mas personal médico y asistencial	8,9	11,1	22,2			16,7		33,3	25,0	10,0	11,6
Ampliación de programas de P&P	10,7						37,5	11,1		20,0	9,9
Mayor inversion	10,7							22,2	25,0	10,0	8,3
Capacitacion a los funcionarios	10,7										5,0
Transparencia en el manejo de recursos	5,4		11,1				12,5	11,1			5,0
Mejorar atención al usuario	5,4	22,2									4,1
Mayor interes de la población	1,8			22,2							2,5
Ampliación de ambulancias	3,6		11,1								2,5
Ampliar Stock de Medicamentos		11,1									0,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente. Este estudio

Anexo E. MAPA DE LA COSTA PACIFICA DE NARIÑO

RED OCCIDENTE

