

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Recibido: 4 Febrero / Recibido en forma revisada: 5 Marzo / Aceptado: 12 Abril

Diagnóstico situacional de las condiciones más importantes y necesarias para la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en Atención Primaria en Salud (APS) en el departamento del Huila

Integrated Health Services Networks Positioning of Huila State (colombia)

Integrierte Gesundheitsdienstleistungsnetze in Huila (kolumbien)

Julio César Quintero Vieda¹, Haidee Cardona López², Yamileth Benilde Rodríguez Andrade³,
Jeinmy Rolong de la Torre⁴, Martha Liliana Salas González⁵

Resumen

Este artículo se redacta como resultado parcial de la investigación "Aplicabilidad de las redes integradas de servicios de salud", coordinada por el Área de Posgrados en Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social de la Universidad Jorge Tadeo Lozano; presenta una caracterización multidimensional del Departamento del Huila enfocada hacia el diagnóstico situacional de las condiciones más importantes necesarias para la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en Atención Primaria en Salud (APS) en el Departamento. Analiza seis dimensiones: Perfil socio cultural de la población, Perfil económico y financiero del Departamento, Perfil de morbilidad y de frecuencias de uso de los servicios de salud, Prestación de servicios de salud y capacidad instalada, Aseguramiento y Eventos e indicadores de importancia en salud pública.

Palabras clave: Prestación Integrada de Atención de Salud, Atención Primaria de Salud y Atención Integral de Salud. (Fuente: DeCS)

Abstract

This article is written as a result of the partial research "Applicability of the integrated networks of health services", coordinated by the Pos-graduate Area of Health Services and Social Security Management of the Jorge Tadeo Lozano University; it shows a multi-dimensional characterization of Huila State, focused to the situational diagnose of the most important conditions necessary to the implementation of the Health Services Integrated Networks (RISS) based on Primary Health Attention (APS) in the State. It studies five dimensions: Socio-cultural Profile, Epidemiological Profile, Customer Service, Assurance and Important Events in Public Health; through the official documents and interviews with key actors (experts, professionals and civil society) reviews. As a result it is obtained a detailed analysis of the information, where is made conspicuous: the social and economic liability of the population, the segmentation of the health services providers network, the limited coordination between Institutions of Health service Providing that guarantee the continuity of processes, the installed ability deficiency both human and structurally in the sector Institutions and the reflex of a welfare model that has not generated impact over the Public Health indicators.

Keywords: Integrated Health Providing, Primary Health Service y Integral health Service. (Source: DeCS)

1 - Especialista en Auditoría en Salud. Docente de la Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano. julioc.quintero@utadeo.edu.co

2 - Médica. Estudiante Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud. -Neiva. Universidad Jorge Tadeo Lozano - Universidad Surcolombiana. haidee.cardonal@utadeo.edu.co

3 - Enfermera. Estudiante Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud-Neiva, Universidad Jorge Tadeo Lozano - Universidad Surcolombiana. yamilethb.rodriguez@utadeo.edu.co

4 - Enfermera. Estudiante Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud-Neiva, Universidad Jorge Tadeo Lozano - Universidad Surcolombiana. jeinmy.rolongd@utadeo.edu.co

5 - Bacterióloga. Estudiante Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud-Neiva, Universidad Jorge Tadeo Lozano - Universidad Surcolombiana. marthal.salasg@utadeo.edu.co

Zusammenfassung

Dieser Artikel ist als Folge der Teilforschung "Anwendbarkeit der integrierte Netzwerke von Gesundheitsdienstleistungen", die von der Pos-graduate Bereich der Gesundheitsversorgung und soziale Sicherheit Verwaltung des Jorge Tadeo Lozano Universität koordiniert wurde. Es zeigt einen mehrdimensionalen Charakterisierung von Huila Staats in dem Diagnose der wichtigsten Voraussetzungen für die Umsetzung der Gesundheitsdienste Integrated Networks (Riñ), basierend auf Primary Health Achtung (APS) im Staat konzentriert. Es untersucht fünf Dimensionen: Sozio-kulturelle Profil, Epidemiologische Profil, Kundenservice, Qualitätssicherung und wichtige Ereignisse in Public Health; durch die offiziellen Dokumente und Interviews mit wichtigen Akteuren (Experten, Fachleute und Zivilgesellschaft).

1. Introducción

La gran mayoría de países latinoamericanos tienen sistemas de salud que se caracterizan por los altos niveles de fragmentación de sus servicios producto de la inequidad e ineficiencia de dichos sistemas agravados por los limitados recursos económicos con los que cuentan, dicha fragmentación genera dificultades en el acceso y la calidad técnica de los servicios, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos (Vázquez, Vargas, Unger, Mogollón, Ferreira and Paepe. 2009), (Burszty, Kushnir, Giovanella, Stolkiner, Sterman, Riveros & Sollazzo, 2010), (Fort, Grembowski, Verdugo, Morales, Arriaga, Mercer & Lim, 2011), (Stolkiner, Comes, & Garbus 2011), (Dullak, Rodríguez, Burszty, Cabral, Ruoti, Paredes, Wildberger & Molinas, 2011), (López Puig, Carbonell, García & Fernandez, 2009), (Báscolo 2011).

Aunque no hay una determinación definitiva en cuanto al beneficio de las RISS (Vázquez et al. 2009), (Reynolds & Sutherland 2013), (García-Fariñas, García-Rodríguez, Rodríguez-León & Gálvez. 2011), diferentes autores las plantean como una solución válida a los problemas de salud de las naciones y a su fragmentación, promoviendo sistemas y modelos de prestación de servicios integrales y continuos que responden mejor a las necesidades de las comunidades (Organización Panamericana de la Salud 2010), (Macinko, Montenegro, Nebot, Etienne & Grupo de Trabajo e Atención Primaria de Salud de la OPS. 2007), (Southon, Perkins, & Galler 2005), (Barragán Bechara, Riaño Casallas, & Martínez 2012), (Artaza Barrios, Méndez, Morrison & Suárez. 2011), (Faber, Burgers, & Westert 2012).

De acuerdo con la definición más ampliamente usada en la literatura, las RISS son: "*Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve*" (Shortell, Gillies, Anderson, Mitchell and Morgan. 1993).

Desde antes de la Conferencia Internacional sobre APS de Alma-Ata y su declaración final en 1978 (Organización Mundial de la Salud 1978), la Organización Mundial de la Salud ha incentivado a los

países de Latinoamérica a implementar esta estrategia como pieza fundamental de sus sistemas de salud y base de la estructura organizacional de las RISS (Organización Mundial de la Salud 2000, 1981); con fundamento en lo anterior se han evidenciado algunos cambios producto de las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa, las cuales no consideraron las características propias de cada país, ni promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, por lo que se descuidaron sus complejas interrelaciones y se aumentó la fragmentación de los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud 2010).

La utilidad de las APS como soporte fundamental de cualquier sistema de salud tiene su sustento científico en estudios y experiencias exitosas en algunos países (Macinko, Starfield, & Shi 2003), (Faber, Burgers, & Westert 2012), (Bielaszka-DuVernay 2011) incluyendo la revisión sistemática de la literatura científica llevada a cabo por el "*Grupo de Trabajo de APS*" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Pan American Health Organization 2005) y las discusiones de estos resultados por parte de representantes de cada uno de los países miembros que dieron lugar a la declaración de Montevideo en el mismo año en la cual todos los gobiernos de las Américas se comprometen a renovar la APS y a convertirla en la base de los sistemas de salud de la Región (Macinko et al. 2007).

En Colombia, a pesar que la ley 100 de 1993 (Congreso de la República 1993) buscaba un modelo de atención equitativo que mejorara los problemas de acceso y calidad que en el momento se presentaban, y destacando logros como el aumento de la cobertura y aumento de la protección financiera de los usuarios; se desarrolló un sistema de salud enfocado en la enfermedad, sin un modelo eficaz de promoción de la salud y prevención de la misma, donde los servicios de salud se encuentran desarticulados sin una conexión real, el primer nivel no es resolutivo y los niveles de mayor complejidad se encuentran saturados sin una capacidad técnica para la demanda.

Según la última reforma efectuada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 1438 de 2011), "*la Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la*

promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios", dicha estrategia "estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana" (Congreso de la República 2011), actualización normativa muy alineada con las directrices que en esta materia, tanto la OMS como la OPS han emitido para los países latinoamericanos (Organización Panamericana de la Salud 2010).

El departamento del Huila, no es ajeno a la realidad del país y aunque presenta las mismas limitaciones, se han hecho avances para la conformación e implementación de RISS (Ruiz Jaramillo 2009); destacando la estrategia de APS con enfoque familiar "salud puerta a puerta", la cual no ha arrojado los resultados esperados al no

tener un real y permanente impacto sobre la salud de la población debido a la desarticulación con los otros actores del sistema (Ruiz Jaramillo 2009).

Con base en las anteriores consideraciones y teniendo en cuenta los conceptos de territorio, población y salud como aspectos a considerar en la planeación de los servicios de salud (Rodríguez-Páez, Vaca Hortúa, and Manrique Méndez 2012), (Ocampo-Rodríguez et al. 2013), este artículo presenta una caracterización multidimensional del departamento del Huila enfocada hacia el diagnóstico situacional de las condiciones más importantes y necesarias para la implementación de un modelo de Atención Primaria en Salud (APS) basado en la conformación de RISS en el departamento del Huila y nos permita estimar a futuro la factibilidad a nivel general y exploratorio de los atributos esenciales para el adecuado funcionamiento de este modelo de acuerdo con lo propuesto por la OPS (Organización Panamericana de la Salud 2010).

Tabla No 1. Listado de atributos esenciales de las RISS según ámbito de abordaje

		ATRIBUTOS ESENCIALES DE LAS RISS
ÁMBITOS DE ABORDAJE	Modelo asistencial	Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud
		Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.
		Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud población de la
		Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios
		Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud
		Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población
	Gobernanza y estrategia	Un sistema de gobernanza único para toda la red
		Participación social amplia
		Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud
	Organización y gestión	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico
		Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
		Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes
		Gestión basada en resultados
	Asignación e incentivos	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. 2010. .

2. Metodología

Buscando ordenar y precisar con enfoque sistémico las variables críticas más importantes para la implementación de RISS en el departamento del Huila, se constituyó una guía de relevamiento de datos y una matriz de análisis de información con el objetivo de obtener datos y transformarlos en información relevante para nuestro análisis.

Como punto de referencia para establecer estas variables críticas, utilizamos los atributos esenciales de las RISS propuestos por la OPS (Organización Panamericana de la Salud 2010) los cuales se agrupan en 4 ámbitos de abordaje (Tabla No 1).

Teniendo en cuenta que estos atributos son utilizados para evaluar RISS ya instauradas, las dimensiones creadas para ser utilizadas en nuestra matriz de análisis y relevación de datos a partir de lo anterior, fueron las condiciones en salud del departamento y sus determinantes más importantes (Tabla No 2).

Tabla No 2. Dimensiones utilizadas y sus respectivos parámetros de relevamiento de datos utilizados

Dimensión	Relevamiento de datos
Perfil socio cultural de la población.	<ul style="list-style-type: none"> Densidad poblacional. Distribución de población (grupos étnicos, género y sitio de residencia). Cambios en la composición de la población y sus características.
Perfil económico y financiero del Departamento.	<ul style="list-style-type: none"> Fuerza laboral y participación. Nivel de pobreza. Capacidad financiera y de inversión. Infraestructura básica necesaria.
Perfil de morbi-mortalidad y de frecuencias de uso de los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Primeras causas de atención en salud. Nivel de uso de los servicios de salud y su capacidad instalada.
Prestación de servicios de salud y capacidad instalada.	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad y distribución de la red intra y extrahospitalaria con énfasis en los servicios de primer nivel y del plan de intervenciones colectivas.
Aseguramiento.	<ul style="list-style-type: none"> Población incluida en el sistema general de seguridad social en salud.
Eventos e indicadores de importancia en salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> Impacto de las actividades de saneamiento básico y del plan de intervenciones colectivas.

Los datos se obtuvieron a través de: revisión de la literatura, documentos oficiales, entrevistas con actores claves y fuentes secundarias en cada uno de los 37 municipios del Departamento agrupados en las 4 zonas geográficas tradicionalmente conformadas para efectos administrativos a nivel gubernamental.

La recopilación de la información se realizó teniendo en cuenta el valor y confiabilidad de las fuentes, de acuerdo con nuestra guía de relevamiento de datos.

3. Resultados

Perfil socio cultural de la población

El departamento del Huila cuenta con una extensión total de 19.900 Km² de superficie que representa tan solo un 1.8% de la superficie total del país (Gobernación del Huila 2013), lo conforman 37 municipios con una población total proyectada a 2013 de 1.126.316 habitantes, de los cuales 565.329 son

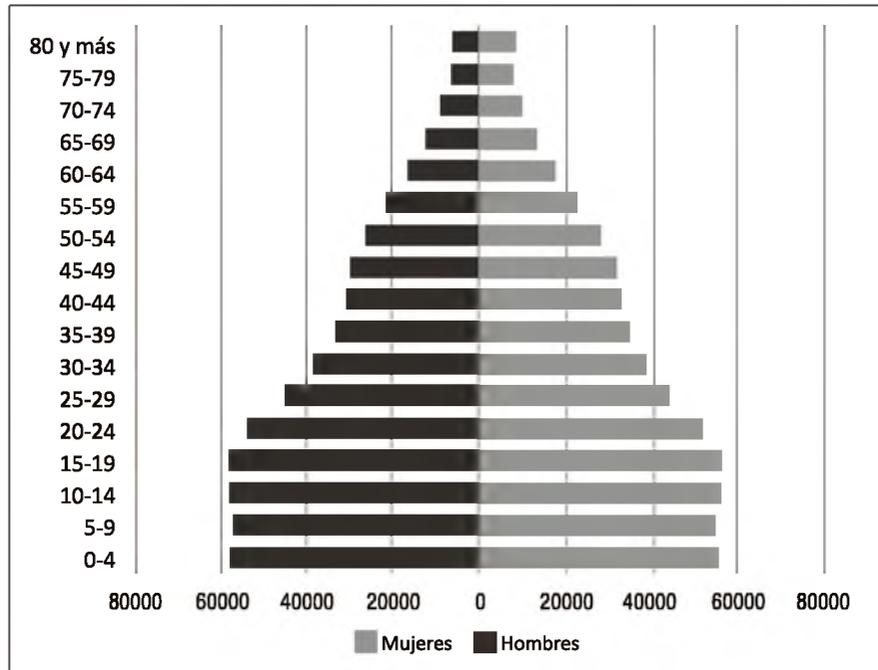
hombres (50,2%) y 560.987 mujeres (49,8%) para una densidad poblacional general de 56,6 habitantes/Km², con las densidades más altas en los municipios de Neiva (214 h/Km²), Pitalito (175 h/Km²), Garzón (139 h/Km²) y Timaná (103 h/Km²), y con las más bajas en Colombia, Villavieja y Teruel (7, 11 y 12 h/Km² respectivamente) (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) 2005).

Del total de los habitantes del departamento, el 59,46% habitan en cabeceras municipales y el 40,54% en el resto del territorio Huilense (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, 2005). (Gráfica No 1).

La dinámica poblacional del departamento fluctúa positivamente a expensas de tasas de natalidad altas, este comportamiento poblacional se ve tímidamente mitigado gracias a que el mismo presenta tasas netas de migración negativas reflejando una región expulsora de población, dicho fenómeno se presenta

en el 48,65% de los municipios, con las tasas netas de emigración más altas en los municipios de Algeciras (-2,45%), Colombia (-1,65%) y Tello (-1,15%), y con las más bajas en Pitalito, Suaza y Saladoblanco (1,18%, 0,92% y 0,68% respectivamente), (Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas 2012). (Tabla No 3).

Gráfico No 1. Pirámide poblacional departamento del Huila. 2013.



Fuente: Censo DANE 2005, proyectado 2013.

Tabla No 3. Tasa de Natalidad - Mortalidad y Migrantes netos.

Periodo	Tasas implícitas (por mil)		Migrantes netos*	
	Natalidad	Mortalidad	Total	Tasa (por mil)
2005-2010	22,38	6,05	-13.705	-2,62
2010-2015	21,22	6,03	-13.368	-2,39
2015-2020	20,33	6,11	-14.176	-2,38

Fuente: DANE - Huila. Indicadores demográficos 2005 - 2020

*Migrantes netos: registra la variación de la población de un área en términos de ingreso y salida de personas del área.

Perfil económico y financiero del Departamento

A nivel económico el Producto Interno Bruto (PIB) del Departamento del Huila, ha experimentado en los últimos 5 años un incremento sostenido de su participación en la economía del País, explicado principalmente por su crecimiento en construcción y transporte, explotación de minas y canteras y agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE, 2013a). (Tabla No 4 y Gráfica No 2).

Al revisar la participación porcentual de cada una de las ramas de actividad productiva dentro del PIB

Departamental en la vigencia más reciente (2012pr), observamos que la economía del Huila tiene sus componentes más sólidos en el sector de la construcción, minero y de hidrocarburos, agropecuario y de venta de servicios (Gráfica No 3).

Según la Cámara de Comercio de Neiva, el departamento del Huila cuenta con 6.161 empresas registradas en esa corporación con matrícula renovada en el año 2012, de las cuales el 95% son micro-empresas, el 4% son pequeñas y el 1% restantes medianas y grandes (Cámara de Comercio de Neiva 2013). (Gráfica No 4).

Tabla No 4. Valor agregado al PIB departamental según actividad económica. Departamento del Huila, 2008 - 2012pr

Actividad Económica	2008	2009	2010	2011p	2012pr
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	1.260	1.275	1.478	1.706	1.508
Explotación de minas y canteras	1.845	1.553	1.803	2.394	2.468
Industria manufacturera	417	399	376	412	376
Electricidad, gas y agua	349	354	359	449	430
Construcción	1.143	1.312	1.595	1.941	2.567
Comercio, reparación, restaurantes y hoteles	811	865	942	1.049	1.165
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	695	797	773	941	991
Establecimientos financieros, seguros, actividades inmobiliarias y servicios a las empresas	714	772	825	895	980
Actividades de servicios sociales, comunales y personales	1.281	1.407	1.591	1.707	1.892
PIB TOTAL DEPARTAMENTAL	8.822	9.022	10.052	11.864	12.755
PIB COLOMBIA	480.087	504.647	544.923	621.614	665.764

Valores en miles de millones de pesos
Fuente: DANE - Dirección de síntesis y cuentas nacionales

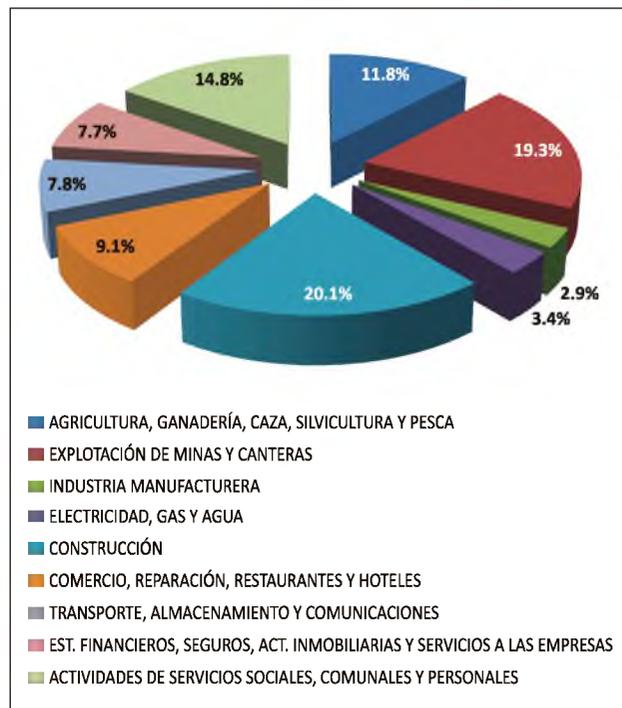
Gráfico No 2. Participación del PIB Departamental en el Nacional. Huila, 2008 - 2012pr



Fuente: DANE - Dirección de síntesis y cuentas nacionales

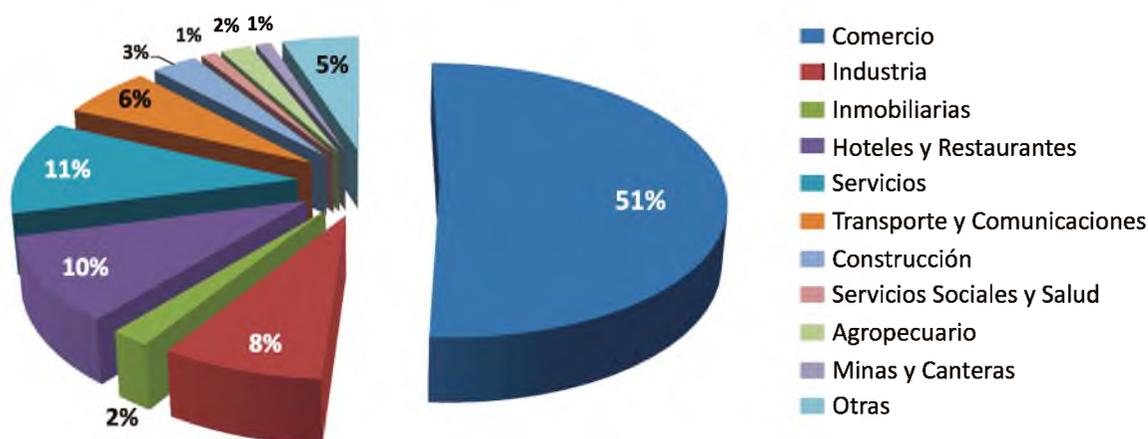
Respecto a la fuerza de trabajo de la población huilense y su participación en el mercado laboral, encontramos que en 2012 la población en edad de trabajar (PET) fue de 77,4% con una tasa global de participación de 65,2%, la tasa de ocupación fue de 58,9% y la tasa de desempleo fue 9,7% (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, 2013b). (Gráfica No 5).

Gráfico No 3. Participación porcentual por rama de actividad dentro del PIB Departamental. Huila, 2012pr



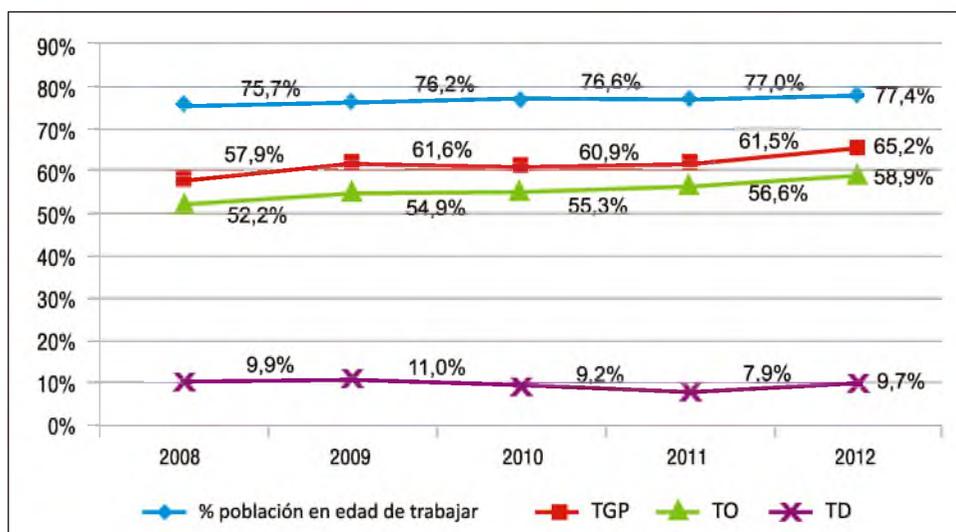
Fuente: DANE - Dirección de síntesis y cuentas nacionales

Gráfico No 4. Distribución porcentual de empresas por sector de la economía. Huila, 2013p



Fuente: Cámara de comercio de Neiva. Base de datos de empresas que renovaron su matrícula mercantil en el año 2012.

Gráfico No 5. Población en edad de trabajar, tasa global de participación, de ocupación y de desempleo. Huila, 2008 - 2012



Fuente: DANE - GEIH.

A nivel financiero, los ingresos totales del Departamento generados en la vigencia 2012 ascendieron a \$723.714 millones, provenientes en su mayoría de recursos por transferencias nacionales, en especial el Sistema General de Participaciones para Salud, Educación, Agua Potable y Saneamiento Básico; seguidos por recursos de capital y por ingresos tributarios y no tributarios (Ministerio de Hacienda 2013) (Gráfico No 6).

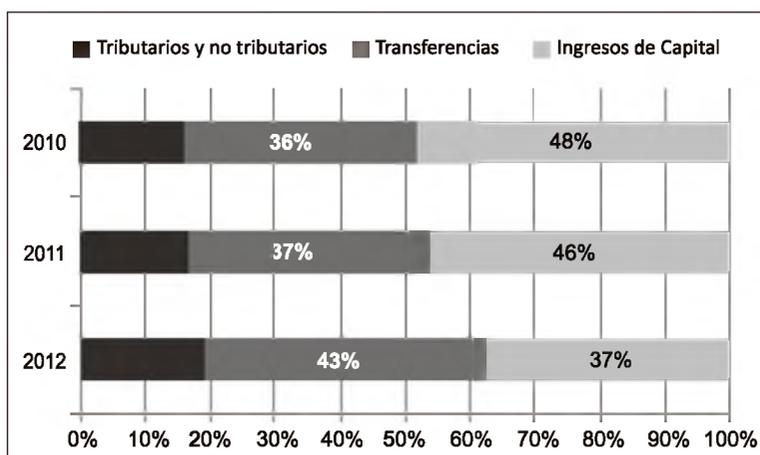
El gasto total a 31 de diciembre de 2012 ascendió a \$580.367 millones, compuestos principalmente por gastos de inversión, representados por gastos operativos en sectores sociales (76%) y formación bruta de capital (24%); seguidos por los gastos de funcionamiento, representados por transferencias (77%), gastos de personal (17%) y gastos de operación, producción y comercialización (6%) (Ministerio de

Hacienda 2013) (Gráfico No 7).

Luego de revisar el entorno macroeconómico del departamento, observaremos desde una perspectiva absoluta y objetiva las condiciones socioeconómicas básicas de los hogares huilenses; para esto, utilizaremos los indicadores unidimensionales de pobreza monetaria y desigualdad y el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) como indicador de pobreza multidimensional.

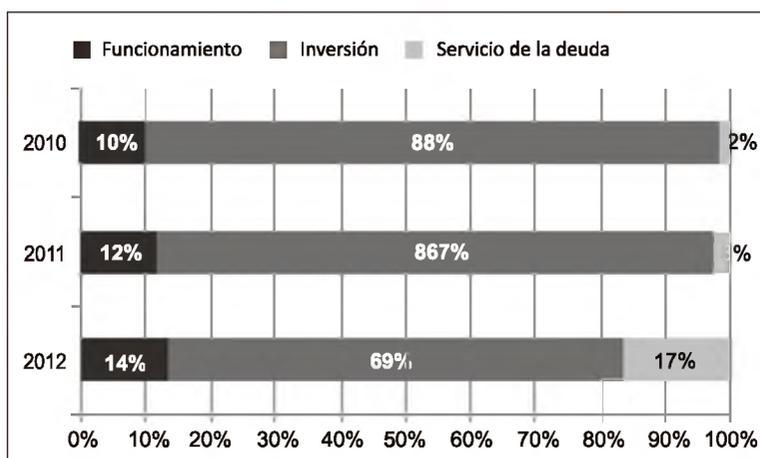
Para el año 2012, el ingreso per cápita promedio en el departamento del Huila fue de \$371.721, comparado con el ingreso per cápita promedio a nivel nacional de \$500.531 pesos para este mismo año (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) 2013b) (Gráfico No 8).

Gráfico No 6. Ingresos totales generados. Huila, 2010 - 2012



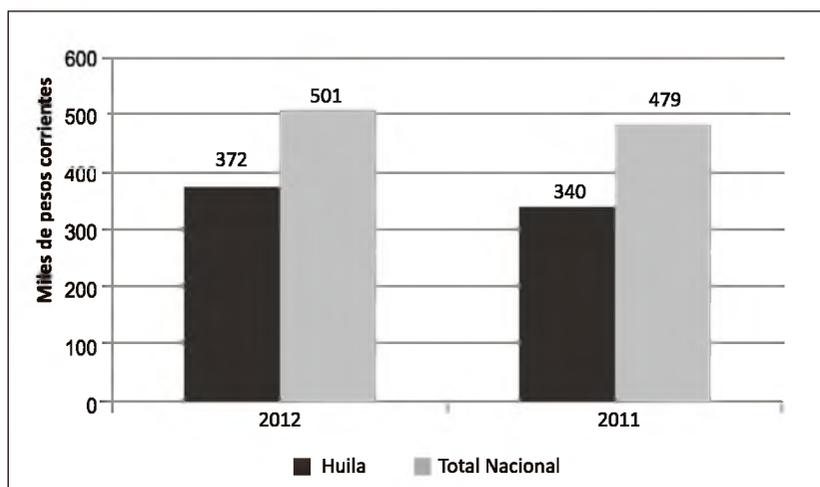
Fuente: Dirección General de Apoyo Fiscal (DAF) con base en información de la Secretaría de Hacienda.

Gráfico No 7. Gastos totales. Huila, 2010 - 2012



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

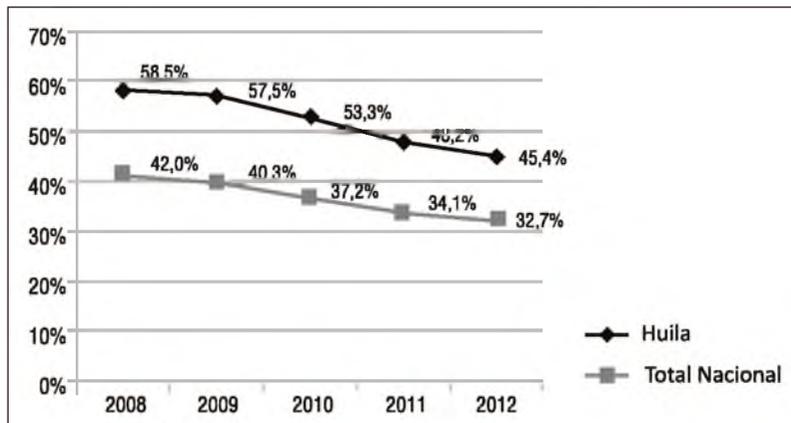
Gráfico No 8. Ingresos per cápita. Huila - Promedio Nacional, 2011 - 2012



Fuente: DANE - GEIH.

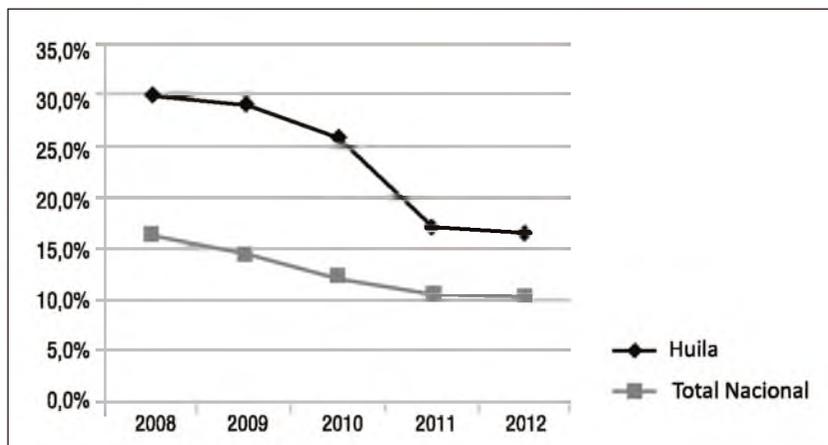
Respecto a los niveles de pobreza y de pobreza extrema en el Huila, para el año 2012 tomando como base las líneas de pobreza y de pobreza extrema que en el departamento para este mismo año fueron de \$190.227 y de \$89.335 respectivamente; estos dos indicadores alcanzaron una incidencia de 45,4% y de 16,6% en este mismo orden, mostrando una disminución con respecto a los valores alcanzados en el 2011. (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, 2013b) (Gráfico No 9 y No 10).

Gráfico No 9. Incidencia de la pobreza. Huila - Promedio Nacional, 2008 - 2012



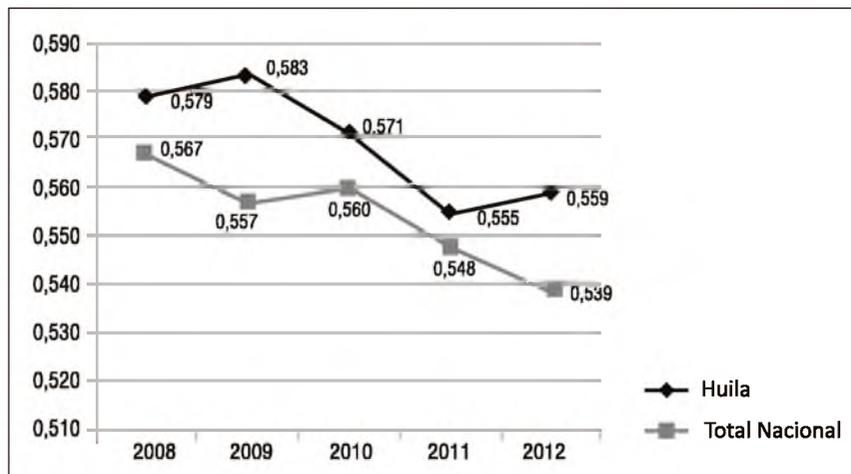
Fuente: DANE - GEIH.

Gráfico No 10. Incidencia de la pobreza extrema. Huila - Promedio Nacional, 2008 - 2012



Fuente: DANE - GEIH.

Gráfico No 11. Coeficiente de Gini. Huila - Promedio Nacional, 2008 - 2012



Fuente: DANE - GEIH.

Luego de revisar el nivel de ingresos per cápita de los huilenses, debemos revisar el grado de desigualdad de los mismos, el cual para el año 2012 presentó un coeficiente de Gínde 0,559 frente a 0,555 en 2011, mostrando un aumento en la desigualdad de ingresos entre estas dos vigencias (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, 2013b) (Gráfico No 11).

A nivel multidimensional, la información disponible nos permite clasificar la pobreza de acuerdo con el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) de cada municipio, de acuerdo con los resultados del

Censo Nacional del 2005; este indicador utiliza las características propias del hogar, relacionadas con la educación, la salud, el empleo, la primera infancia y la infraestructura del hogar.

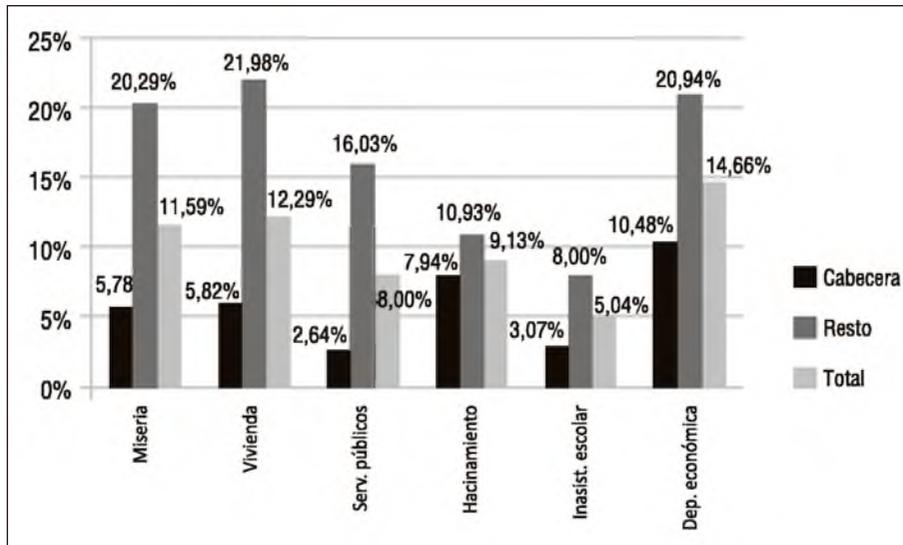
Los municipios huilenses con índices de NBI inferiores al 25% son Neiva (17,70%), Yaguará (21,84%) y Altamira (23,58%), y con índices superiores al 55% y por lo tanto con las peores condiciones de vida, Colombia (65,00%) y Acevedo (64,50%) (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, 2005) (Tabla No 5 y Gráfica No 12).

Tabla No 5. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio en orden ascendente, 2005.

Municipio / %NBI	Cabecera	Resto	Total
Neiva	15,96	43,38	17,7
Yaguara	18,32	41,06	21,84
Altamira	15,11	40,78	23,58
Campoalegre	22,74	38,19	26,67
Tesalia	25,79	34,16	29,53
Palermo	30,73	29,77	30,22
Gigante	21,99	39,72	30,7
Garzon	18,53	42,73	30,93
Timana	20,93	36,8	31,45
Rivera	29,99	35,07	32,32
Hobo	25,81	53,71	32,68
Elias	20,24	39,53	33,27
Teruel	20,89	47,74	34,45
Guadalupe	20,05	43,88	36,94
Pitalito	26,22	52,52	37,08
Aipe	32,31	47,23	38,01
Paicol	17,23	52,1	38,44
Villavieja	28,57	45,65	40
Tarqui	31,22	44,43	40,85
Santa maria	23,96	48,65	42,02
Nataga	30,25	48,12	42,28
San agustin	30,08	48,7	42,49
Iquira	12,96	53,71	44,29
La plata	22,44	58,82	44,51
La argentina	32,14	50,54	44,67
Pital	27,71	53,77	44,85
Agrado	37,75	53,57	44,92
Palestina	26,59	48,67	44,97
Suaza	23,48	52	45,69
Isnos	28,65	51,17	46,63
Algeciras	40,08	62,72	49,2
Saladoblanco	30,59	54,52	49,44
Oporapa	47,04	55,85	53,3
Tello	44,51	59,91	53,45
Acevedo	97,69	57,01	64,1
Colombia	40,68	69,92	64,77
Baraya*	-	-	-

* Los datos para este Municipio son incoherentes. Fuente: DANE - Resultados Censo General 2005

Gráfico No 12. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto. Huila, 2005



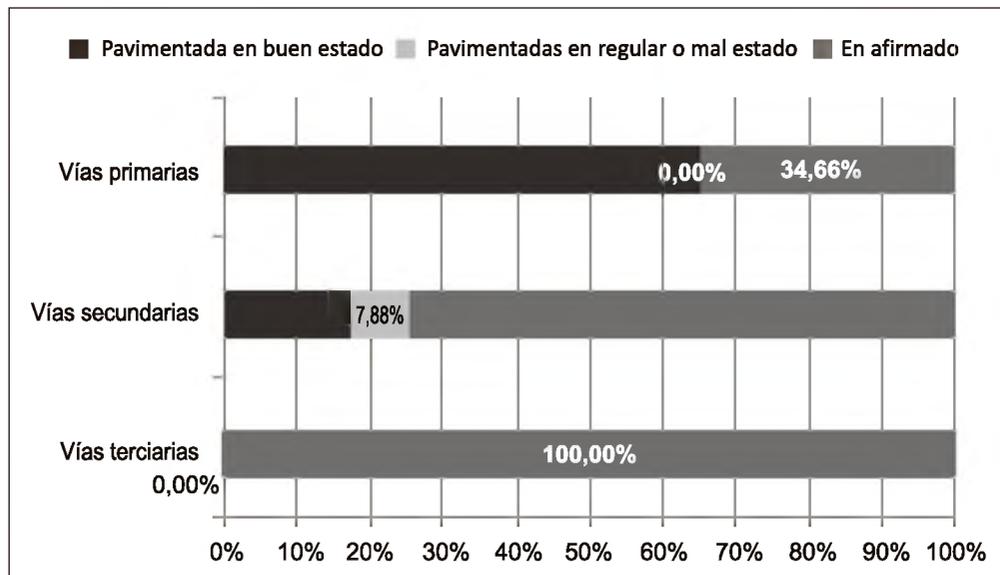
Fuente: DANE - Resultados Censo General 2005

En lo relacionado con abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, la cobertura del servicio de acueducto en el departamento del Huila es de 99,2% para las zonas urbanas y de 58,7% para las zonas rurales, específicamente en estas últimas, del total de 825 acueductos rurales existentes solo 54 cuentan con planta de tratamiento, para una cobertura rural de agua tratada de 6.55% (Aguas del Huila S.A. E.S.P. 2010); respecto a la cobertura del servicio de alcantarillado es de 97,1% para las zonas urbanas y de 26,78% para las zonas rurales (Aguas del Huila S.A. E.S.P. 2010). Es importante resaltar que toda la información sobre la cobertura de acueducto y alcantarillado, tanto en la zona urbana como rural, no tiene en cuenta métodos alternativos de conexión

(para el caso de alcantarillado: inodoro conectado a pozo séptico o letrina; y para el caso de acueducto: tubería, bomba o pila pública).

Por otra parte, la red vial del Departamento está conformada por 8.245,33 km distribuidos en una red primaria de 857,63 km, con 560,41 km. (65.34%) pavimentados con excelentes especificaciones y 297,22 Km. (34,66%) en afirmado; una red secundaria con 2.066,7 km de los que se encuentran pavimentados solo 526 km. (25.45%), el 69% en buen estado, el 4% regular y malo el 27%, el resto en afirmado y una red vial terciaria de 5.321 km en su totalidad a nivel de afirmado (Gobernación del Huila 2013). (Gráfica No 13).

Gráfico No 13. Infraestructura vial. Huila, 2013.



Fuente: Gobernación del Huila.

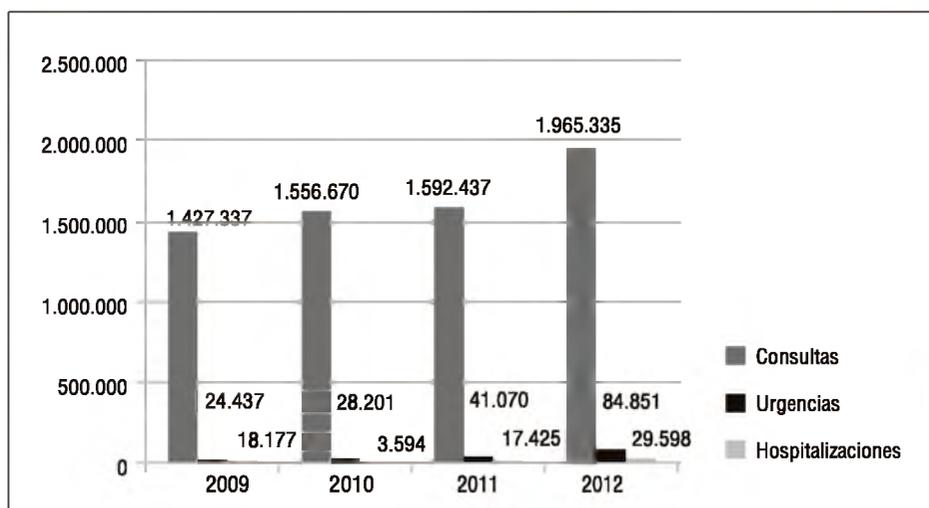
Perfil de morbilidad y de frecuencias de uso de los servicios de salud

Durante el año 2012 en el Huila se registraron 1.965.335 atenciones por consulta externa, 84.851 por urgencias y 29.598 por hospitalización, observándose un incremento progresivo de estas prestaciones en los últimos 5 años (Ministerio de Salud y Protección Social 2013); tomando la población estimada por el DANE para el Huila en el 2012, observamos en los servicios de consulta externa una frecuencia de uso calculada de 1,77 atenciones anuales por habitante y para los servicios de urgencias y hospitalización, frecuencias

de uso de 0,08 y de 0,03 atenciones anuales por habitante respectivamente. (Gráfica No 14).

En el servicio de consulta externa, el 64,91% de las atenciones correspondió a mujeres, y la mayoría de las consultas estuvo en el grupo de mujeres en edad fértil. En relación con las causas más frecuentes de consulta la hipertensión esencial o primaria es el diagnóstico más frecuente registrado por los profesionales de salud en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) (Ministerio de Salud y Protección Social 2013). (Tabla No 6 y Gráfica No 15).

Gráfico No 14. Prestaciones de servicios de salud, por año y tipo de atención. Huila, 2009 - 2012.



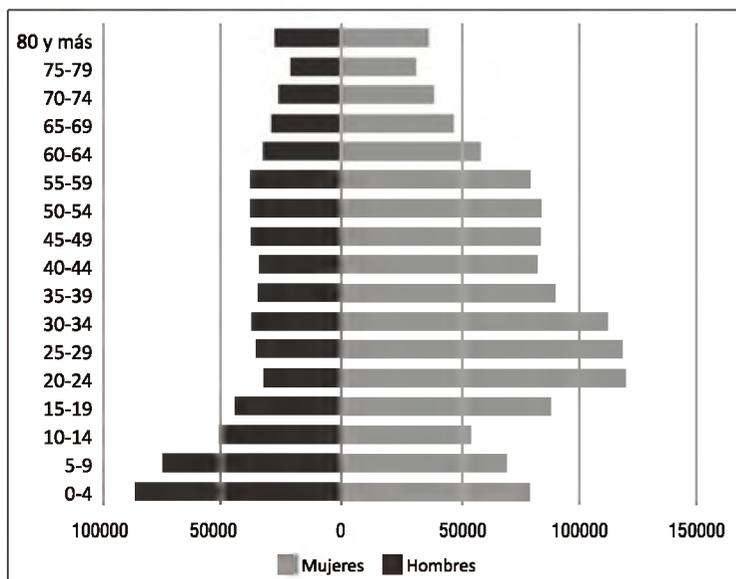
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - SISPRO, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. 2009 - 2012.

Tabla No 6. Primeras causas de morbilidad atendida en los servicios de consulta externa. Huila, 2012.

Código cie-10	Diagnóstico	Total atenciones
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	138.581
K021	Caries de la dentina	83.240
Z001	Control de salud de rutina del niño	74.669
Z000	Examen médico general	45.590
K050	Gingivitis aguda	37.825
Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	37.200
Z304	Supervisión del uso de drogas anticonceptivas	33.384
R509	Fiebre, no especificada	32.844
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	30.066
Z718	Otras consultas especificadas	29.330
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	28.662
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	26.329
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	23.835
R51X	Cefalea	23.701
B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	23.218
M545	Lumbago no especificado	23.138
Z002	Examen durante el periodo de crecimiento rápido en la infancia	21.946
Z300	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	20.576
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	18.160
N760	Vaginitis aguda	17.792
	Total consultas	1.965.335

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - SISPRO, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. 2012.

Gráfico No 15. Distribución de las atenciones registradas en el servicio de consulta externa, por grupos de edad quinquenal y sexo. Huila, 2012.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - SISPRO, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. 2012.

En el servicio de urgencias, el 59,60% de las atenciones correspondió a mujeres, y la mayoría de las personas que consultaron por este servicio fueron niños menores de 10 años. En relación con las causas más frecuentes de consulta el asma no especificada es el diagnóstico más frecuente registrado por los profesionales de salud en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) (Ministerio de Salud y Protección Social 2013). (Tabla No 7 y Gráfica No 16).

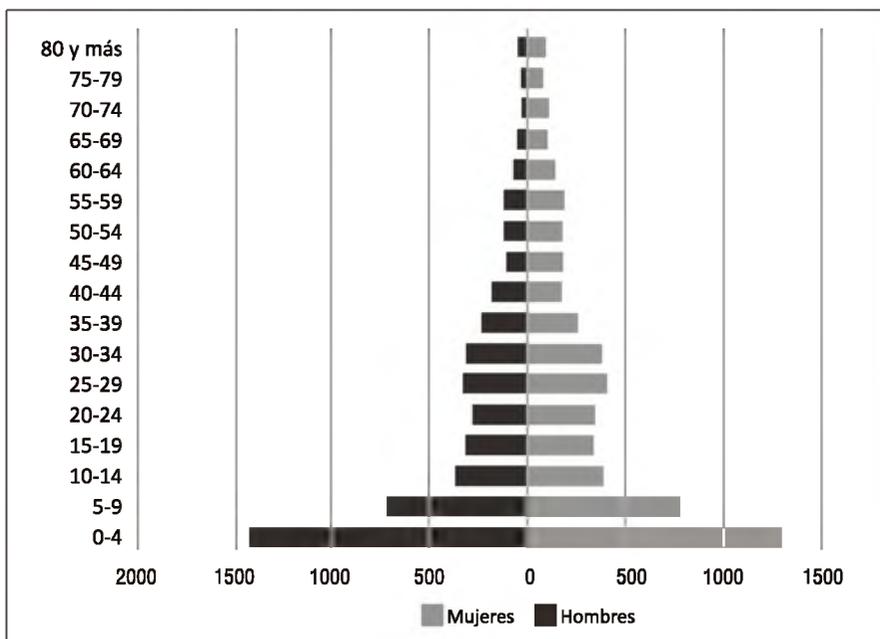
En el servicio de hospitalización, el 62,06% de las atenciones correspondió a mujeres, y la mayoría de las hospitalizaciones estuvo en el grupo de mujeres en edad fértil. En relación con las causas más frecuentes de ingresos la fiebre no especificada es el diagnóstico más frecuente registrado por los profesionales de salud en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) (Ministerio de Salud y Protección Social 2013). (Tabla No 8 y Gráfica No 17).

Tabla No 7. Primeras causas de morbilidad atendida en los servicios de urgencias. Huila, 2012.

Código cie-10	Diagnóstico	Total atenciones
J459	Asma, no especificada	10.000
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4.994
R509	Fiebre, no especificada	3.345
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	2.490
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	2.320
R51X	Cefalea	1.582
B349	Infección viral, no especificada	1.422
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.395
J039	Amigdalitis aguda, no especificada	1.352
R11X	Nausea y vomito	1.208
R529	Dolor, no especificado	1.039
A90X	Fiebre del dengue [dengue clásico]	1.022
J029	Faringitis aguda, no especificada	1.011
M545	Lumbago no especificado	1.000
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	990
N23X	Cólico renal, no especificado	968
J069	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	941
K297	Gastritis, no especificada	939
O800	Parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice	837
O200	Amenaza de aborto	735
	Total consultas	84.851

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - SISPRO, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. 2012.

Gráfico No 16. Distribución de las atenciones registradas en el servicio de urgencias, por grupos de edad quinquenal y sexo. Huila, 2012.



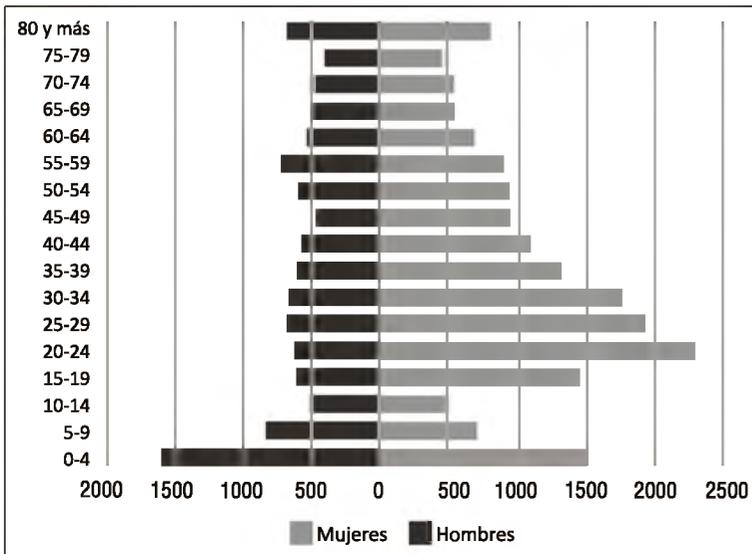
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. 2012.

Tabla No 8. Primeras causas de morbilidad atendida en los servicios de hospitalización. Huila, 2012.

Código cie-10	Diagnóstico	Total atenciones
R509	Fiebre, no especificada	1173
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	927
R529	Dolor, no especificado	838
O800	Parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice	834
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	713
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	662
O809	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen Infeccioso	445
N40X	Hiperplasia de la próstata	360
Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	358
R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	330
O829	Parto por cesárea, sin otra especificación	316
L031	Celulitis de otras partes de los miembros	310
A91X	Fiebre del dengue hemorrágico	308
A90X	Fiebre del dengue [dengue clásico]	305
K802	Calculo de la vesícula biliar sin colecistitis	296
O839	Parto único asistido, sin otra especificación	279
J180	Bronconeumonía, no especificada	268
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	256
K429	Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	236
N23X	Cólico renal, no especificado	225
	Total consultas	29.598

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. 2012.

Gráfico No 17. Distribución de las atenciones registradas en el servicio de hospitalización, por grupos de edad quinquenal y sexo. Huila, 2012.



De acuerdo con el DANE, durante el 2011, se registraron 4.736 defunciones no fetales en el departamento del Huila. La tasa de mortalidad general para el año se ubicó en 431,5 por 100.000 habitantes. Según la probable manera de muerte el 84.5% ocurrieron por causas naturales, el 14.3% fueron muertes violentas y el 1.1% se encuentran en estudio (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, 2011). (Tablas No 9, 10, 11, 12 y 13).

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - SISPRO, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. 2012.

Tabla No 9. Defunciones en menores de 1 año, según principales grupos de causas de defunción, Huila 2011.

Causa de defunción	Menor de 1 año		
	Hombres	Mujeres	Total
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	29	23	52
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	31	16	47
Otras afecciones originadas en periodo perinatal	16	9	25
Sepsis bacteriana del recién nacido	7	8	15
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	4	3	7
Resto – Otras causas	25	15	40
Total	112	74	186

Fuente: DANE - Estadísticas vitales 2011

Tabla No 11. Defunciones en personas de 15 a 44 años, según principales grupos de causas de defunción, Huila 2011.

Causa de defunción	De 15 a 44 años		
	Hombres	Mujeres	Total
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	201	25	226
Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	114	19	133
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	37	8	45
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	16	12	28
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	20	6	26
Resto – Otras causas	172	124	296
Total	560	194	754

Fuente: DANE - Estadísticas vitales 2011

Tabla No 10. Defunciones en personas de 1 a 14 años, según principales grupos de causas de defunción, Huila 2011.

Causa de defunción	De 1 a 14 años		
	Hombres	Mujeres	Total
Tumor maligno tejido linfático, órgano hematopoyético y tejidos afines	11	6	17
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6	6	12
Enfermedades sistema nervioso, excepto meningitis	3	7	10
Accidente de transporte terrestre, inclusive secuelas	4	5	9
Ahogamiento y sumersión accidentales	4	4	8
Resto – Otras causas	36	34	70
Total	64	62	126

Fuente: DANE - Estadísticas vitales 2011

Tabla No 12. Defunciones en personas de 45 a 64 años, según principales grupos de causas de defunción, Huila 2011.

Causa de defunción	De 45 a 64 años		
	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades isquémicas del corazón	83	58	141
Enfermedades cerebrovasculares	22	30	52
Tumor maligno del estomago	38	11	49
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	38	4	42
Otras enfermedades del sistema digestivo	22	18	40
Resto – Otras causas	172	124	296
Total	508	387	895

Fuente: DANE - Estadísticas vitales 2011

Tabla No 13. Defunciones en personas de 65 años y más, según principales grupos de causas de defunción, Huila 2011.

Causa de defunción	De 65 años y más		
	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades isquémicas del corazón	341	314	655
Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	141	95	236
Enfermedades cerebrovasculares	101	111	212
Diabetes mellitus	54	85	139
Otras Enfermedades sistema digestivo	61	62	123
Resto – Otras causas	733	676	1409
Total	1.431	1.343	2.774

Fuente: DANE – Estadísticas vitales 2011

Prestación de servicios de salud y capacidad instalada

Con base en la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSS), para el primer trimestre de 2014 se encontraban registrados 719 prestadores de servicios de salud en el departa-

mento del Huila, de los cuales 248 correspondían a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), 438 a profesionales independientes, 11 a instituciones de transporte especial de pacientes y 22 instituciones con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social 2014).

Específicamente en lo relacionado con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en el Huila existen aproximadamente 41 públicas y cerca de 207 privadas, de las cuales 45 prestan servicios hospitalarios 24 horas y las restantes, servicios completamente ambulatorio y fundamentalmente diurno (Ministerio de Salud y Protección Social 2014).

Las IPS públicas, en su gran mayoría de primer nivel atención, están distribuidas por cada uno de los municipios con presencia en toda la geografía del Huila, concentradas alrededor de una IPS de referencia de segundo o tercer nivel de atención por cada una de las 4 zonas geográficas en las que se divide el departamento, mientras que las instituciones privadas se concentran en los municipios más grandes (Gobernación del Huila 2010). (Tabla No 14).

Tabla No 14. Distribución de prestadores de servicios hospitalarios por zona geográfica del Departamento, Huila 2014.

ZONA	IPS PÚBLICA			IPS PRIVADAS		
	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL
NORTE (Neiva, Aipe, Algeciras, Baraya, Campoalegre, Colombia, Hobo, Iquira, Rivera, Palermo, Santa María, Tello, Teruel, Villavieja y Yaguará)	15	0	1	0	4	3
CENTRO (Garzón, Agrado, Altamira, Gigante, Guadalupe, Pital, Suaza y Tarqui)	7	1	0	0	0	0
OCCIDENTE (La Plata, La Argentina, Nataga, Tesalia y Paicol)	4	1	0	0	0	0
SUR (Pitalito, Acevedo, Elías, Isnos, Oporapa, Saladoblanco, Timaná, San Agustín y Palestina)	8	1	0	0	0	0
Total	34	3	1	0	4	3

Fuente: REPSS, primer trimestre 2014

La capacidad instalada para la prestación de servicios de salud en el Huila, está constituida principalmente por 1.598 camas hospitalarias (1,42/1.000 habitantes), 64 salas de quirófano (0,06/1.000 habitantes), 49 salas de partos (0,04/1.000 habitantes), 147 ambulancias (0,13/1.000 habitantes) y 46 servicios de urgencias (Ministerio de Salud y Protección Social 2014). (Tablas No 15, 16 y 17).

Tabla No 15. Razón de camas hospitalarias por servicio por cada 1000 habitantes, Huila 2014.

SERVICIO DECLARADO	CAMAS	CAMAS /1000 HAB.
General adultos de baja complejidad	128	0,11
General adultos de media complejidad	259	0,23
General adultos de alta complejidad	461	0,41
General pediátrica de baja complejidad	86	0,08
General pediátrica de media complejidad	98	0,09
General pediátrica de alta complejidad	137	0,12
Psiquiatría o unidad de salud mental	32	0,03
Cuidado intermedio neonatal	34	0,03
Cuidado intensivo neonatal	46	0,04
Cuidado intermedio pediátrico	6	0,01
Cuidado intensivo pediátrico	12	0,01
Cuidado intermedio adulto	14	0,01
Cuidado intensivo adulto	115	0,10
Quemados adultos	0	0,00
Quemados pediátricos	0	0,00
Farmacodependencia	0	0,00
Obstétrica de baja complejidad	83	0,07
Obstétrica de media complejidad	54	0,05
Obstétrica de alta complejidad	33	0,03

Fuente: REPSS, primer trimestre 2014

Tabla No 16. Razón de salas por tipo por cada 1000 habitantes, Huila 2014.

SERVICIO DECLARADO	SALAS	SALAS /1000 HAB.
Salas de quirófano	64	0,06
Salas de Parto de baja complejidad	36	0,03
Salas de Parto de media o alta complejidad	13	0,01

Fuente: REPSS, primer trimestre 2014

Tabla No 17. Razón de ambulancias por tipo por cada 1000 habitantes, Huila 2014.

SERVICIO DECLARADO	AMBULANCIAS	AMBULANCIAS /1000 HAB.
Ambulancia básica terrestre	125	0,11
Ambulancia básica aérea	0	0,00
Ambulancia básica marítima	0	0,00
Ambulancia básica fluvial	0	0,00
Ambulancia medicalizada terrestre	22	0,02
Ambulancia medicalizada aérea	0	0,00
Ambulancia medicalizada marítima	0	0,00
Ambulancia medicalizada fluvial	0	0,00

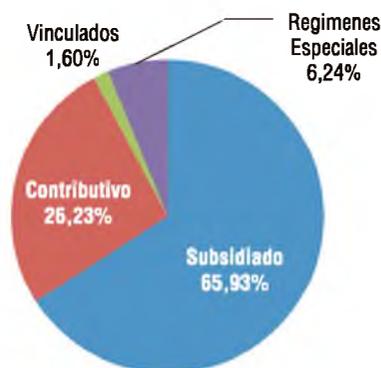
Fuente: REPSS, primer trimestre 2014

En relación a la oferta de recursos humanos en salud en el departamento del Huila, no se tiene información reciente que nos permita caracterizar esta variable, la información disponible alrededor de la distribución y composición del talento humano en salud en Colombia, es aún insuficiente para analizar detalladamente este componente tan importante del modelo de atención en salud del Departamento.

Aseguramiento

A cierre del año 2013 el departamento del Huila, presenta una cobertura total de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) de 98,55%, distribuidos en 66,03% régimen subsidiado, 26,27% régimen contributivo, 6,25% regímenes especiales; y solo el 1,60% vinculados (Gobernación del Huila 2014). (Gráfica No 18).

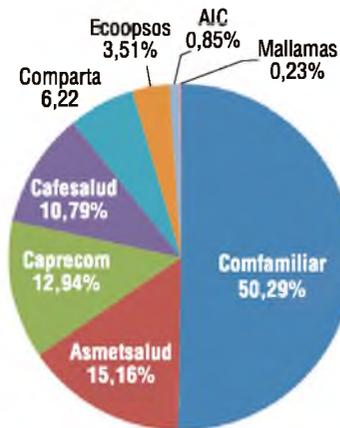
Gráfico No 18. Distribución de población de acuerdo a su afiliación al SGSSS. Huila, 2013.



Fuente: Gobernación del Huila, Secretaría Departamental de Salud 2013.

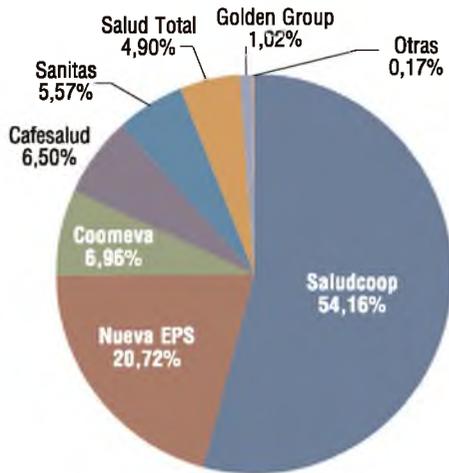
La cobertura de afiliación al régimen subsidiado para este mismo año en el departamento del Huila es de 91,29%, los municipios con las proporciones de cobertura más bajas en su orden son Rivera (70,76%), Altamira (72,26%) y Colombia (74,45%) (Gobernación del Huila 2014). (Gráficas No 19, 20 y 21).

Gráfico No 19. Distribución de afiliados al régimen subsidiado por EPSS. Huila, 2013.



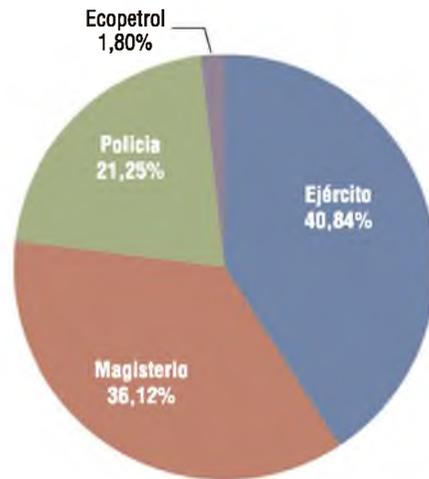
Fuente: Gobernación del Huila, Secretaría Departamental de Salud 2013.

Gráfico No 20. Distribución de afiliados al régimen contributivo por EPS. Huila, 2013.



Fuente: Gobernación del Huila, Secretaría Departamental de Salud 2013.

Gráfico No 21. Distribución de afiliados a regímenes especiales por asegurador. Huila, 2013.



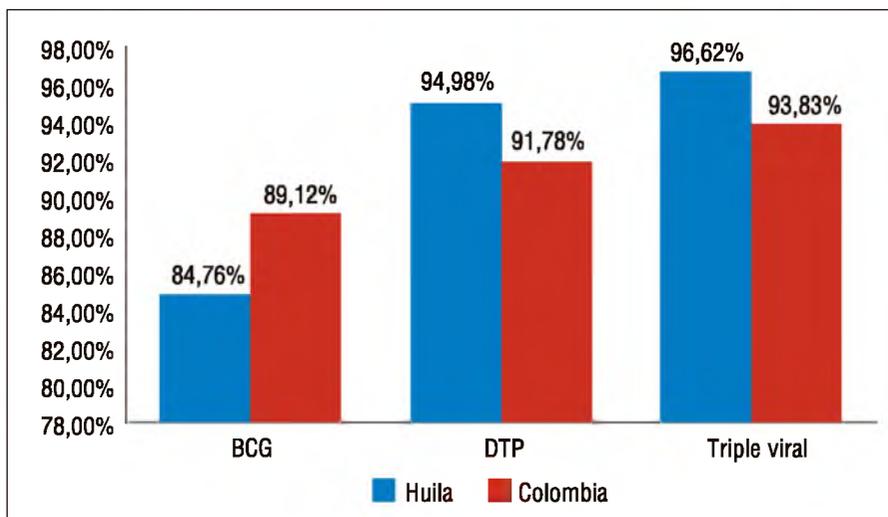
Fuente: Gobernación del Huila, Secretaría Departamental de Salud 2013.

Eventos e indicadores de importancia en salud pública

La cobertura de los programas de vacunación en el departamento, muestran cifras similares o superiores a los del País, para efectos de evaluación utilizaremos los biológicos BCG, DTP y triple viral. (Gráfica No 22).

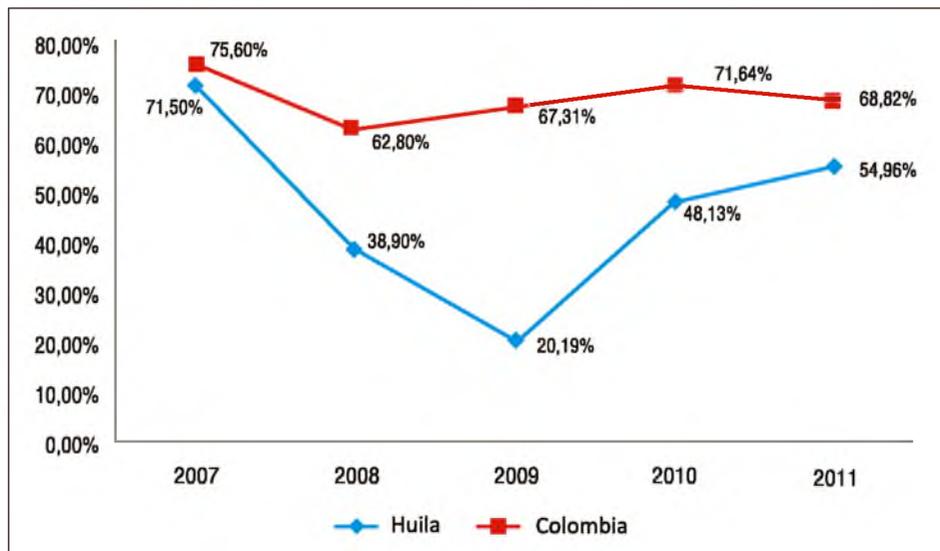
Respecto a los indicadores de mortalidad de interés en salud pública, la mortalidad materna muestra un comportamiento variable respecto a su tendencia, sin embargo, se mantiene permanentemente por debajo de las cifras nacionales; la mortalidad infantil o en menores de 5 años muestra una tendencia clara a su disminución (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) 2011). (Gráficas No 23 y 24).

Gráfico No 22. Coberturas de vacunación con BCG, DTP y triple viral. Huila vs Total País, 2012.



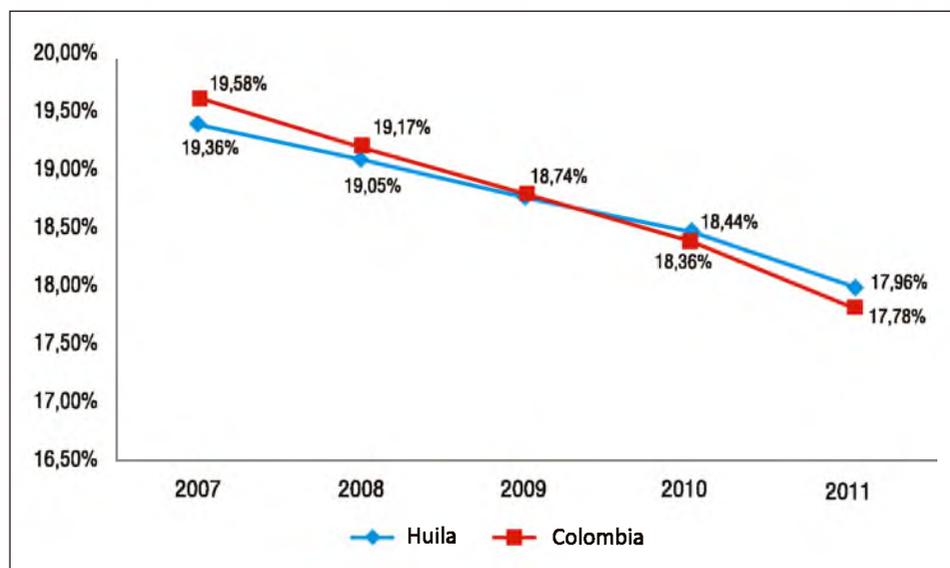
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2012.

Gráfico No 23. Razón de mortalidad materna. Huila vs Total País, 2007 - 2011.



Fuente: DANE - Estadísticas vitales 2007 - 2011

Gráfico No 24. Tasa de mortalidad infantil o menores de 5 años. Huila vs Total País, 2007 - 2011.

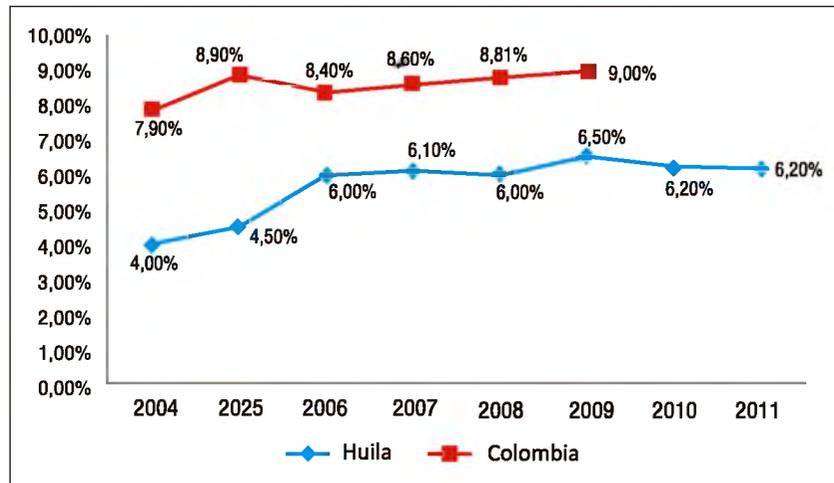


Fuente: DANE - Estadísticas vitales 2007 - 2011

A nivel nutricional, el bajo peso al nacer y la desnutrición crónica en menores de 5 años nos ilustra la situación nutricional del Departamento del Huila durante los últimos años y su tendencia, en especial en el grupo materno-infantil (Gobernación del Huila 2011). (Gráficas No 25 y 26).

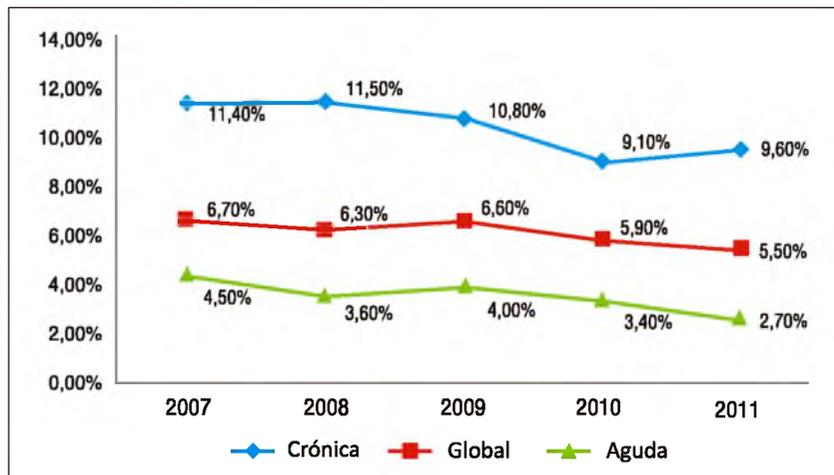
Respecto a la salud sexual y reproductiva, la tasa de embarazo adolescente nos permite observar el grado de impacto de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad adelantados en el departamento en este respecto (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE 2011). (Gráfica No 27).

Gráfico No 25. Proporción de bajo peso al nacer. Huila vs Total País, 2004 - 2011.



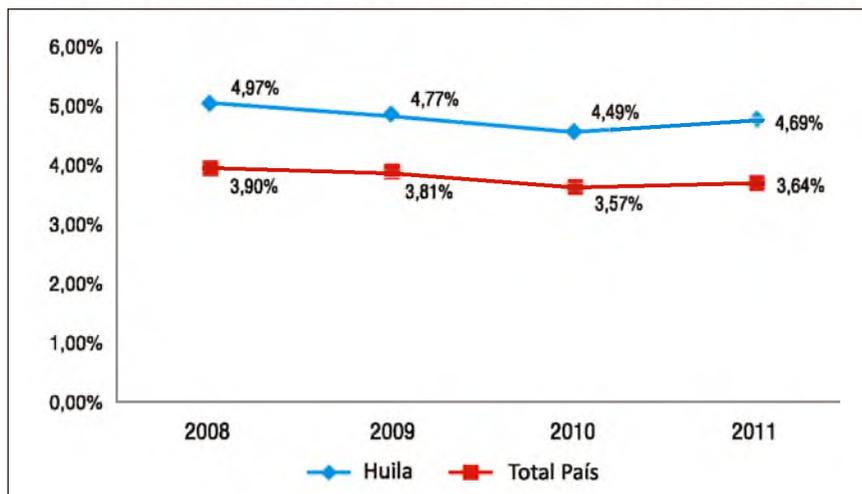
Fuente: DANE - Estadísticas vitales 2004 - 2009. Estadísticas vitales Secretaria de Salud Huila 2010 - 2011.

Gráfico No 26. Proporción de desnutrición en menores de 5 años, por tipo de desnutrición. Huila, 2007 - 2011.



Fuente: SISHUILA, 2007 - 2011

Gráfico No 27. Tasa de embarazo adolescente. Huila vs Total País, 2008 - 2011.



Fuente: DANE - Estadísticas vitales 2008 - 2011.

4. Análisis de los resultados

Luego de completada la caracterización multidimensional del Departamento del Huila en relación con los aspectos de relevamiento señalados en la metodología, podemos realizar un diagnóstico situacional indirecto de las condiciones más importantes y necesarias para la implementación de un modelo de Atención Primaria en Salud (APS) basado en la conformación de RISS en el Departamento del Huila de acuerdo con los atributos esenciales para el adecuado funcionamiento de este modelo según lo propuesto por la OPS(Organización Panamericana de la Salud 2010)(Tabla No 18).

Tabla No 18. Diagnóstico situacional indirecto de las condiciones para la implementación de una RISS basada en APS

Ámbito de abordaje	Atributo esencial	Hallazgo encontrado
Modelo asistencial	1. Población y territorio	En la actualidad en el Departamento del Huila, si bien el conocimiento de la población y el territorio, permiten elaborar diagnósticos situacionales de salud de la población, aún la información existente es general e insuficiente para facilitar la planificación actual y futura de los servicios de salud y carece por completo de un enfoque inter-sectorial que permita implementar acciones de salud pública efectivas e intervenir en los determinantes sociales de la salud; a lo anterior debemos adicionar variables, como: la migración negativa de población, el conflicto armado, los factores de riesgos laborales de la población, entre otros; que no han sido adecuadamente estudiados y caracterizados en el Departamento y dificultan la implementación de un modelo de atención integrado.
	2. Oferta de servicios	Respecto a la red de IPS con las que cuenta el departamento para la atención integral de su población, no se cuenta con una distribución suficiente y equitativa de las mismas, la red pública en su gran mayoría de primer nivel de atención está distribuida por cada uno de los municipios, mientras que las instituciones privadas se concentran en los municipios más grandes. La eficiencia de la red se ve afectada por esta inadecuada planeación de la misma, encontrando capacidad instalada ociosa en algunas IPS y sobredemanda en otras. La red de prestadores actual muestra un claro enfoque hacia el manejo asistencialista mostrando importantes falencias en la prestación de servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de rehabilitación.
	3. Primer nivel de atención	Específicamente en lo relacionado a la atención de baja complejidad, las segmentadas coberturas de los diferentes planes de beneficio y la gran desigualdad existente entre los diferentes tipo de afiliación al SGSSS, no permiten una atención de primer nivel que integre y coordine la atención en salud de la población y convierte este valioso momento de verdad en un trámite administrativo para acceder a medicina especializada; la atención interdisciplinaria necesaria para satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población durante todo su ciclo vital se efectúa de manera parcial y sin un esquema de equipo de atención en salud definido.
	4. Atención especializada	La atención especializada muestra una deficiente y desordenada oferta de servicios por parte de las IPS existentes, la capacidad instalada es insuficiente respecto a las frecuencias de uso de estos mismos servicios
	5. Coordinación asistencial	No se cuenta con mecanismos efectivos de coordinación asistencial que garanticen el continuo de los servicios de salud para cada caso en particular, la segmentación de la prestación de los servicios de salud es una de las dificultades más grande para garantizar la continuidad de la atención entre los distintos prestadores.
	6. Foco de cuidado	No evaluable con la información obtenida.
Gobernanza y estrategia	7. Gobernanza	No evaluable con la información obtenida.
	8. Participación	No evaluable con la información obtenida.
Organización y gestión	9. Intersectorialidad	Los determinantes sociales de la salud, son para el departamento del Huila una de sus principales oportunidades de mejora en el mediano y largo plazo, cifras como la tasa de ocupación y la de desempleo, los niveles de pobreza extrema, el coeficiente de Gini, el índice de NBI y la cobertura de abastecimiento de agua potable y saneamiento básico son la más clara muestra de una deficiente o nula acción intersectorial y un inadecuado abordaje de los determinantes sociales de la salud, que se expresan de manera más explícita en los perfiles de morbilidad y mortalidad del Departamento y la génesis de otros fenómenos sociales.
	10. Gestión de apoyo	No evaluable con la información obtenida.
	11. Recursos humanos	A pesar de lo importante de este componente para la planeación de cualquier modelo de atención en salud, en el Departamento del Huila no existe una fuente oficial y/o fidedigna que nos permita establecer la suficiencia del recurso humano profesional y especializado y mucho menos su competencia y compromiso.
Asignación e incentivos	12. Sistema de información	Los sistemas de información con los que se cuenta son precarios y carecen de mecanismos que garanticen la fiabilidad de los datos, la información actualmente disponible no permite ni siquiera establecer si se cuenta con la estructura necesaria para el diseño de una RISS y mucho menos controlar sus procesos y hacerle seguimiento a los resultados.
	13. Desempeño y resultados	Los indicadores de importancia en salud pública, muestran serias fallas en el desempeño de las estrategias y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de manera indirecta nos permite evaluar el enfoque de gestión utilizada hasta el momento en su intervención, dejando al descubierto dificultades para alcanzar los objetivos propuestos.
	14. Financiamiento	El departamento muestra una situación económica y financiera estable apalancada principalmente en sus ingresos en aumento, teniendo en cuenta las múltiples falencias en infraestructura observadas en esta investigación (acueducto, alcantarillado, vías, etc) y la insuficiente capacidad instalada para la prestación de servicios de salud se requeriría de apoyo estatal para el desarrollo de un modelo integrado.

Fuente: Elaboración propia

5. Conclusiones

En el departamento del Huila la implementación de un modelo de RISS basado en la estrategia APS, tiene grandes retos asociados a la transición demográfica, la situación de conflicto armado, las necesidades básicas insatisfechas y la concentración de servicios y profesionales en la capital del departamento y en general al bajo nivel de desarrollo del Departamento.

De acuerdo a lo anterior, se plantean varios frentes de intervención prioritarios a tener en cuenta al momento de diseñar el modelo de RISS del Departamento, como son: fortalecer las Instituciones de primer nivel en cada uno de los municipios del Departamento con equipos interdisciplinarios, trabajar a nivel intersectorial para mejorar las condiciones de vida de la población en cuanto a los principales determinantes sociales de la salud (vivienda, educación, empleo, etc), fortalecer el sistema de información existente, mejorar la infraestructura a utilizar, cambiar el paradigma asistencialista de nuestro actual sistema a un modelo de prevención desde las escuelas y colegios de educación primaria, secundaria y otras disciplinas profesionales con la enseñanza del auto cuidado.

A pesar de las dificultades que pueda representar el diseñar un modelo de atención que se ajuste a las características de este territorio y población, se espera que este artículo represente el inicio que permita diseñar un nuevo modelo de atención en salud que responda a las necesidades de la comunidad, que combata la fragmentación y duplicidad de los servicios, las barreras de acceso, los servicios de baja calidad y la no satisfacción de los ciudadanos.

Referencias Bibliográficas

- Aguas del Huila S.A. E.S.P. 2010. Diagnóstico sanitario rural. Neiva, Huila.
- Artaza Barrios, Osvaldo, Claudio A. Méndez, Reynaldo Holder Morrison, and Julio Manuel Suárez. 2011. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. N°1 Documentos OPS/OMS en Chile ed. Santiago, Chile.
- Barragán Bechara, Juan Carlos, Martha Isabel Riaño Casallas, and Magda Martínez. 2012. "Redes integradas de servicios de salud: hacia la construcción de un concepto." *Universidad y Salud* 14 (2):186-196.
- Bielaszka-DuVernay, Christina. 2011. "Vermont's blueprint for medical homes, community health teams and better health at lower cost." *Health Affairs* 30 (3):383-386. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0169.
- Bursztyn, Ivani, Rosana Kushnir, Lúgia Giovanella, Alicia Stolkiner, Luiza Sterman-Heimann, Maria I. Riveros, and Ana Sollazzo. 2010. "Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados." *Rev Salud Pública (Bogotá)* 12 (Supl 1):77-88.
- Báscolo, Ernesto. 2011. "Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina." *Cien Saude Colet* 16 (6):2763-2772.
- Congreso de la República. 1993. Ley 100 (23, Diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. In *Diario Oficial* No. 41.148, de 23 de diciembre de 1993. Bogotá D.C.
- Congreso de la República. 2011. Ley 1438 (19, Enero, 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. In *Diario Oficial* No. 47.957, de 19 de enero de 2011. Bogotá D.C.
- Cámara de Comercio de Neiva. 2013. Empresas registradas en Cámara de Comercio de Neiva (CCN) con matrícula renovada en el año 2012.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). 2005. "Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Resultados Censo general 2005." <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). 2005. "Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal total por área 1985-2020." Accessed 15 de mayo. <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). 2011. "Estadísticas vitales." Accessed 20 de noviembre. <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). 2013a. "Cuentas Nacionales Departamentales denominadas "centralizadas". Accessed 23 de mayo. <http://www.dane.gov.co/index.php/cuentas-economicas/cuentas-departamentales>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). 2013b. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). 2012. Bogotá, Colombia.
- Dullak, Roberto, María Isabel Rodríguez-Riveros, Ivani Bursztyn, Maria Stella Cabral-Bejarano, Monica Ruoti, Maria Elsa Paredes, Carmen Wildberger, and Faustina Molinas. 2011. "Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva." *Ciencia & Saúde Coletiva* 16 (6):2865-2875.
- Faber, Marjan J., Jako S. Burgers, and Gert P. Westert. 2012. "A sustainable primary care system: lessons from the Netherlands." *The Journal Of Ambulatory Care Management* 35 (3):174-181. doi: 10.1097/JAC.0b013e31823e83a4.
- Fort, Meredith P, David E Grembowski, Juan C Verdugo, Lidia C Morales, Carmen A Arriaga, Mary A Mercer, and Stephen S Lim. 2011. "Implementation and progress of an inclusive primary health care model in Guatemala: coverage, quality, and utilization." *Revista Panamericana de Salud Pública* 30 (3):217-224.
- García-Fariñas, Anai, José Félix García Rodríguez, Gustavo A. Rodríguez-León, and Ana María Gálvez González. 2011. "¿Constituye la integración en redes de servicios una estrategia efectiva para elevar la eficiencia de los sistemas de salud?" *Salud en Tabasco* 17 (3):71-76.
- Gobernación del Huila. 2010. Manual de referencia y contrareferencia en salud. Neiva, Huila.
- Gobernación del Huila. 2011. Boletín Situación Nutricional en el grupo Materno-Infantil en el Departamento del Huila 2011
- Gobernación del Huila. 2013. "Generalidades del Departamento." Accessed 23 de mayo. http://www.huila.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=6989&Itemid=2163.
- Gobernación del Huila. 2014. Coberturas y estadísticas de aseguramiento en salud.
- López Puig, Pedro, Liuba Alonso Carbonell, Ana Julia García Miliani, and Ivonne Elena Fernández Díaz. 2009. "Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud." *Revista Cubana de Medicina General Integral* 25 (4):867-97.
- Macinko, James, Hernán Montenegro, C. Nebot Adell, Carissa Etienne, and Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la OPS. 2007. "La renovación de la atención primaria de salud en las Américas." *Rev Panam Salud Publica* 21 (2-3):73-84.
- Macinko, James, Barbara Starfield, and Leiyu Shi. 2003. "The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998." *Health Services Research* 38 (3):831-865. doi: <http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/%28ISSN%291475-6773/issues>.
- Ministerio de Hacienda. 2013. "Informe de viabilidad fiscal. Departamento del Huila. Cierre 2012." <http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMInhacienda/asistenciaentidadesterritoriales/Huila/ViabilidadFiscal/DEPARTAMENTO%20DE%20HUILA.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. "Sistema Integral de Información de la Protección Social. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud." <http://www.sispro.gov.co/>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud." <http://201.234.78.38/habilitacion/>.
- Ocampo-Rodríguez, María Victoria, Víctor Fernando Betancourt Urrutia, Jennifer Paola Montoya-Rojas, and Diana Carolina

- Bautista-Botton. 2013. "Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud." *Gerencia y Políticas de Salud* 12 (24).
- Organización Mundial de la Salud. 1978. "Declaración de Alma Ata." Conferencia Internacional en Atención Primaria de la Salud, Almaty, Kazajistan.
- Organización Mundial de la Salud. 1981. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra, Suiza: Organization of American States, General Secretariat.
- Organización Mundial de la Salud. 2000. "Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud." In. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. 2010. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas, Serie La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas No 4. Washington DC: Oficina Regional de la OPS.
- Pan American Health Organization. 2005. "Renewing primary health care in the Americas: A position paper of the Pan American Health Organization/WHO." In. Washington, D.C.: PAHO. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf>.
- Reynolds, H. W., and E. G. Sutherland. 2013. "A systematic approach to the planning, implementation, monitoring, and evaluation of integrated health services." *BMC Health Serv Res* 13:168. doi: 10.1186/1472-6963-13-168.
- Rodríguez-Páez, Fredy G., Deisy Andrea Vaca Hortúa, and Lida Viviana Manrique Méndez. 2012. "Revisión de los conceptos de territorio, población y salud en el contexto colombiano." *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular* 10 (2):79-92.
- Ruiz Jaramillo, Claudia Elena. 2009. "Evaluación de la estrategia de atención primaria con enfoque familiar "salud puerta a puerta" en el Departamento del Huila durante el periodo 2006-2007." *Revista Facultad de Salud - RFS. Universidad Surcolombiana*. 1 (1):23 - 34.
- Shortell, Stephen M, Robin R Gillies, David A Anderson, John B Mitchell, and Karen L Morgan. 1993. "Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators." *Hospital & health services administration* 38 (4):447.
- Southon, Gray, Rod Perkins, and David Galler. 2005. "Networks: a key to the future of health services." *Australian Health Review* 29 (3):317-326. doi: <http://dx.doi.org/10.1071/AH050317>.
- Stolkiner, Alicia, Yamila Comes, and Pamela Garbus. 2011. "Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina." *Ciência & Saúde Coletiva* 16 (6):2807-2816.
- Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. 2012. Reportes del registro único de víctimas - Desplazamiento. Red nacional de información. Bogotá, Colombia: Presidencia de la República.
- Vázquez, María Luisa, Ingrid Vargas, Jean-Pierre Unger, Amparo Mogollón, Maria Rejane Ferreira Silva, and Pierre de Paepe. 2009. "Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis." *Revista panamericana de salud pública* 26 (4):360-367.