

Salud Sin Fronteras

Plan Comunitario de Salud Rural

Facilitadores

Román Rafael Vega Romero
Claudia Patricia Rojas Castillo
Isabel Cristina Bedoya Calvo



| VIGILADA MINEDUCACIÓN |



Health for All Now!
**PEOPLE'S HEALTH
MOVEMENT**



UNIVERSIDAD DE
LASALLE
COLOMBIA



Salud Sin Fronteras

Plan Comunitario de Salud Rural

**Territorio de las Organizaciones Sociales Corpoayarí, Asopeproc
y Ascal-G en La Macarena - Meta y San Vicente del Caguán - Caquetá**

**Aporte comunitario a la formulación e implementación
del Plan Nacional de Salud Rural
convenido en el punto 1.3.2.1 de la Reforma Rural Integral (RRI)
del Acuerdo de Paz entre el Estado Colombiano
y las FARC-EP**

La Macarena, junio 9 de 2019

Facilitadores:

Román Rafael Vega Romero
Claudia Patricia Rojas Castillo
Isabel Cristina Bedoya Calvo



| VIGILADA MINEDUCACIÓN |



UNIVERSIDAD DE
LASALLE
C O L O M B I A

Salud Sin Fronteras - *Plan Comunitario de Salud Rural*
ISBN: 978-958-781-442-2
1ª Edición, 2019

Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá
Facultad de Medicina

Universidad de la Salle, sede Bogotá
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales

Diseño y Diagramación
Miguel Ángel Poveda Malagón
Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

Responsables del proyecto:

Dr. Román Rafael Vega Romero

Profesor titular de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá

Claudia Patricia Rojas Castillo

Profesora asociada del Programa Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá

Isabel Cristina Bedoya Calvo

Docente investigadora del Programa Trabajo Social, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad de la Salle, sede Bogotá

Participantes en la implementación del proyecto:

Rosibel Prieto Silva

Profesora Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

John Giraldo Díaz, María Camila Bejarano Hernández, Diana Carolina Bermúdez Aponte y Leonardo Arturo Riaño Donado

Profesionales de apoyo

Juliana González Cortes, Angie Valentina Peñuela Zorro y María Angélica Quintero Peña

Estudiantes del Semillero de Investigación Salud y Paz y del Programa de Trabajo Social de la Universidad de La Salle.

Angie Nathaly Amézquita Cubides, Laura Katerín Merchán Vaca, Paula Alejandra Sánchez López, Lady Dayana Ramos Ramos y Danny Giseth Herrera Páez

Estudiantes del Programa de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Angy Daniela Piracoca, Jennifer Paola Cardona Malaver, Sara Pamela Londoño Granados, Laura del Pilar Escobar Buitrago y Jessica Natalia Saavedra Espinosa

Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Asociaciones campesinas Corpoayarí, Asopeproc y Ascal-G; ETCR Urías Rondón; Cabildo indígena Emberá-Chamí y Parcialidad indígena Nasa-Cxhacxha; organizaciones de mujeres Aampy, Asmucacd, Asmapid y Asmuj San Juan.

Asesor estadístico:

Carlos Becerra Chavarro

Sociólogo, asesor estadístico

Tabla de contenido

Introducción	8
Aspectos conceptuales	10
Abordaje metodológico	14
Territorios de las organizaciones sociales	20
Estado de salud de la población	26
Condiciones de vida, ambientales y de trabajo	30
Cobertura de salud y acceso a la atención de salud	49
Capacidad de cobertura de las instituciones de salud	49
Acceso a la atención en salud	55
Territorios de salud	63
Situación de la red de salud por territorios y microterritorios	65
Influencia de los conflictos en la territorialización de la salud	74
Modelos de atención en los territorios	80
Capacidades de las comunidades para afrontar la situación	83
Síntesis del problema	85

Plan Comunitario de Salud Rural – PCSR	88
Enfoques	89
Valores y principios	90
Objetivo General	92
Ejes Estratégicos	93
Eje Estratégico I: Logremos cobertura y acceso a la salud sin fronteras ni barreras de acceso	94
<i>Componentes</i>	94
Eje Estratégico II: Construyamos atención y gestión integral en salud	99
<i>Componentes</i>	99
Eje Estratégico III: Desarrollemos saberes ancestrales y alternativos	105
<i>Componentes</i>	105
Eje Estratégico IV: Promovamos acciones transectoriales por la salud	106
<i>Componentes</i>	106
Eje Estratégico V: Hagamos participación social y comunitaria vinculante	110
<i>Componentes</i>	110
Referencias bibliográficas	112

Introducción

El presente documento plantea la problemática de salud de tres territorios rurales del municipio de La Macarena en el departamento del Meta, y propone soluciones a la misma a través de un Plan Comunitario de Salud Rural (PCSR). El PCSR ha sido construido con la participación de las comunidades y pueblos desde sus territorios. Se propone contribuir a la formulación e implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) que se incluyó el punto 1.3.2.1 de la Reforma Rural Integral (RRI) del Acuerdo de Paz¹ entre el Estado colombiano y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo (FARC-EP).

El PCSR se ha formulado en el marco de las limitaciones que impone la política y normatividad de salud vigente en Colombia desde 1993, y de cara a las oportunidades que brinda la implementación del Acuerdo de Paz. Desde el diálogo entre los saberes de las comunidades y el de la academia, se ha buscado desentrañar y visibilizar las representaciones y prácticas sobre las realidades de salud de los territorios; y organizar, capacitar y movilizar a las comunidades y pueblos, para que incidan en las decisiones

orientadas a satisfacer sus necesidades, reconocer y proteger sus saberes, transformar las instituciones y lograr mejores equilibrios y justicia en las relaciones de poder y saber entre los agentes sociales del territorio.

Se partió de la experiencia y potencialidades aportadas por un proceso de Investigación Acción Participativa (IAP) y de planificación comunitaria desde los territorios, para identificar y analizar la situación de salud y fortalecer las capacidades de participación de las comunidades y de las organizaciones sociales en la formulación del PCSR. Con tal propósito, a partir de junio del año 2017 se construyó un acuerdo de trabajo conjunto entre un equipo de profesores de la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad de La Salle, integrantes de la Red de Universidades y Organizaciones Sociales SaludPaz, y dirigentes de las organizaciones campesinas Corpoayarí y Asoprepoc, del cabildo indígena Emberá-Chamí y de la parcialidad indígena Nasa Cxhacxha, de las organizaciones de mujeres Aampy y Asmucacd y de la población excombatiente de la Farc del hoy Espacio Territorial de Capacitación y Reincorporación (ETCR) Urias

1. Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera Firmado Entre el Estado de Colombia y la Insurgencia de la FARC-EP. Bogotá, noviembre de 2016.

Rondón. En noviembre de 2018 se logró la vinculación al proceso de la organización campesina Ascal-G y de las organizaciones de mujeres Asmapid y Asmuj San Juan. El proceso del PCSR terminó, en su primera fase, en julio del 2019.

Los enfoques metodológicos de investigación acción y de planificación participativa adoptados, y los métodos y técnicas de recolección de información, reflexión y toma de decisiones junto a ellos usados, buscaron contribuir al fortalecimiento de las comunidades y organizaciones sociales de los territorios con dos propósitos: primero, para propiciar su participación directa y dialogada en el proceso de formulación e implementación de los aspectos relacionados con salud de los Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y el PNSR acordados en la RRI; y segundo, para liderar por sí mismas el desarrollo de iniciativas orientadas a buscar soluciones a los proble-

mas de salud identificados. Todo ello con un espíritu de autonomía, auto-responsabilidad y libre determinación de las comunidades y organizaciones sociales.

En las secciones del documento que siguen entregaremos los resultados de esta experiencia describiendo previamente los aspectos conceptuales y metodológicos; luego el territorio, su población y organizaciones sociales; seguidamente el estado de salud de las poblaciones, sus condiciones sociales de existencia, la cobertura de salud, el acceso a la atención y los modelos de atención en salud; posteriormente la incidencia de diversos conflictos en la territorialización de la salud y las capacidades comunitarias para confrontar la situación; y, por último, una síntesis del problema y la formulación los valores, principios, objetivos, componentes, estrategias y acciones del PCSR.

Aspectos conceptuales

El punto número 1 del acuerdo final de paz sobre la RRI parte del reconocimiento de diferentes dificultades en las condiciones sociales de existencia de las poblaciones en las zonas rurales, como la falta de acceso a la tierra y de apoyo para hacerla producir y generar ingresos; la carencia de servicios públicos, agua potable, saneamiento básico y educación; y la insuficiente cobertura, barreras de acceso e inadecuado modelo de atención y de gestión del actual sistema de salud, entre otros problemas. En este sentido, la RRI, y otros puntos del acuerdo de paz, apuntan a superar dichas problemáticas por medio de la entrega y titulación de tierras a los campesinos y demás comunidades rurales pobres; el apoyo financiero y tecnológico al desarrollo del campo; la construcción de infraestructura vial y de riego, la electrificación e interconexión eléctrica de los territorios; la dotación de los mismos con vivienda digna, agua potable y saneamiento básico; el acceso a la educación, a la alimentación y a los servicios de salud; y el diseño e implementación de los PDET, entre otros.

En particular, con el PNSR se busca incrementar y fortalecer el acceso a los servicios de salud de las comunidades a partir de la construcción y mejoramiento de la infraestructura sanitaria, la dotación en equipamiento y tecnologías apropiadas, el au-

mento del recurso humano, la definición e implementación de un modelo de atención especial con enfoque intercultural, diferencial y de género, y la creación de un sistema de seguimiento y evaluación de la puesta en práctica de lo acordado.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha venido trabajando una propuesta de PNSR “de conformidad con lo estipulado en el Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera (2016)” (MSP, 2019, p. 6). Esta propuesta está enmarcada en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS) actualmente existente, con lo cual se restringe el alcance de la incidencia de la participación comunitaria de estos territorios a un simple ajuste del mismo.

De otra parte, el MSPS ha formulado recientemente orientaciones para la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) mediante la Resolución 2626 del 2019. Este Modelo busca acomodar al gobierno de los aseguradores de salud y de los entes territoriales la atención individual y colectiva en salud pero sin mayores cambios en el enfoque territorial, diferencial, de respuesta a las necesidades y de participación comunitaria en salud.

Entender las necesidades, problemas y expectativas en salud de la población rural afectada por el conflicto armado desde otra perspectiva, ha requerido retomar conceptos como los de territorio, relaciones de poder, libre determinación, participación, paz democrática, proceso salud-enfermedad, atención primaria integral en salud y contribución de la sociedad civil a la salud, entre otros.

Territorio y territorialización de salud

Asumimos el territorio como un espacio social, y no sólo físico, resultado de un proceso histórico, social, económico, político y cultural de territorialización entre agentes sociales en conflicto.

En el caso de La Macarena, ese proceso ha estado atravesado por las disputas entre diversas comunidades indígenas, campesinas y populares y las fuerzas coloniales, del Estado, las empresas transnacionales y nacionales, ligadas a la conquista, la extracción de recursos naturales, la gran propiedad rural, el narcotráfico e intereses geopolíticos. Previo a la invasión española, el territorio estuvo originariamente habitado por diferentes pueblos indígenas, entre ellos los Tiniguas y los Carijonas, quienes a partir del siglo XVI resistieron la esclavización española, fueron exterminados o evangelizados, y constituidos como *otros*; ellos y sus territorios fueron vistos como bárbaros/salvajes y malsanos (Betancourt, Hurtado, Porto-Gonçalves, 2015) por conquistadores y clérigos católicos; los territorios así ocupados constituyeron el “espacio residual de la estructura colonial” de la dominación española (González Gómez, p. 17-42).

Posteriormente, y sin dejar de ser estigmatizado, desde finales del siglo XIX (Rincón 2018) y la década del 50 del siglo XX (Molano, Fajardo y Carrizosa 1989), el territorio ha sufrido distintos procesos de colonización: unos relacionados con la extracción de recursos naturales por empresas extranjeras, nacionales y transnacionales; y otros con la migración campesina e indígena en búsqueda de tierras y protección de sus vidas ante la violencia de terratenientes, transnacionales y del Estado. Todos esos procesos han determinado la salud de las comunidades y la del territorio, así como los modos de representación de la territorialización de la salud por actores coloniales, comunitarios, insurgentes, empresariales e institucionales.

Relaciones de poder y saber

Por relaciones de poder y saber entendemos relaciones de fuerza, de saberes y prácticas, comunicacionales y simbólicas, entre los distintos agentes sociales del proceso de territorialización.

En el caso de La Macarena esto es observable en la delimitación político-administrativa del territorio, en particular, en las implicaciones del conflicto fronterizo entre los departamentos del Meta y el Caquetá; en la disputa socioambiental y por la propiedad y uso de la tierra entre el Estado, comunidades, terratenientes, narcotraficantes y empresas de extracción de hidrocarburos^{2,3}; en el conflicto entre campesinos e indígenas por la ocupación y ordenamiento material, espiritual y cultural del territorio; en la carga del conflicto armado entre el Estado y la insurgencia, que no sólo ha estigmatizado a los habitantes del territorio mostrándolos

2. Ver Declaración “Por la Defensa de la Macarena, la Uribe y San Vicente del Caguán”, de Ascal G, Corpoayaría, Asopeproc, Comunidades indígenas del Yará, Aspromacarena, Ascragua, Agrogüejar-Cafre, Agrocun, Corpoamen, DHOC, Mucapoc, Asocampoariari, Ascagroan, y demás organizaciones de las regiones afectadas, incluyendo juntas comunales etc., a propósito de la Resolución 0018 de INCODER, marzo 19 de 2015, que declara el territorio un gran baldío de las FARC. <https://prensarural.org/spip/spip.php?article17674>

3. Ver también: “Aquí no hay ningún baldío”. Entrevista de Prensa Rural con Carlos Julio Rodríguez, de Corppayari, 23 de octubre de 2015. <https://prensarural.org/spip/spip.php?article18024>

como supuestos integrantes de las FARC-EP, sino que ha puesto en escena modos distintos de ubicar la salud en las estrategias de guerra; en las expectativas de justicia, verdad, reparación y no repetición, desde la perspectiva de la salud de las víctimas del conflicto armado; y en la disputa entre las racionalidades y prácticas comerciales del sistema de salud oficial creado por la Ley 100 de 1993 y los saberes y prácticas propias de las comunidades y pueblos indígenas en cuanto a la concepción y territorialización de la salud para atender integral e interculturalmente sus necesidades.

Libre determinación y participación

Los conceptos de libre determinación y participación forman parte de las concepciones de autonomía, emancipación y liberación basadas en la soberanía de los pueblos. Estos conceptos, que también fundamentan las concepciones actuales sobre determinantes sociales de la salud, derecho a la salud y Atención Primaria en Salud, nos han permitido comprender la relación entre territorio, procesos comunitarios, papel del Estado, y su influencia en salud.

Las disputas por el territorio y por el poder han incidido en la vida cotidiana de las personas, familias y comunidades, y en sus acciones para dar solución a sus apremiantes necesidades de salud. En ese contexto, las organizaciones campesinas, indígenas y de mujeres han logrado generar dinámicas propias que les han permitido un posicionamiento en su interlocución con el Estado y con otros actores en el territorio; incidir en el ordenamiento territorial de la salud a través de su propio ordenamiento organizacional como comunidades y pueblos; y tomar decisiones autónomas con respecto a la solución de las principales necesidades que les aquejan.

Paz democrática

En el marco del acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción

de una paz estable y duradera, entendemos por paz democrática aquella que tiene en cuenta la justicia de las condiciones sociales, económicas, culturales, políticas e institucionales que la hacen posible.

Entre esas condiciones están las relacionadas con la profundización de la articulación entre la democracia representativa y la participativa; la reconciliación entre personas, familias y comunidades, víctimas y victimarios; la más amplia pacificación posible de las relaciones sociales a partir del respeto, protección y garantía de los derechos humanos; y la transformación del modelo de desarrollo territorial, en particular, de las condiciones económicas, sociales, ambientales y culturales para el logro de la salud para todos y todas en los territorios (De Sousa Santos, 2017).

Proceso salud-enfermedad

En esta propuesta partimos del supuesto según el cual, en el caso colombiano, el proceso salud-enfermedad ha estado influenciado por relaciones de poder asimétricas, explotadoras, discriminatorias y subyugantes, que han generado hondas desigualdades sociales que se expresan en profundas injusticias sanitarias, sobre todo de carácter urbano-rural. Aunque se proclama la salud como un derecho humano fundamental reconocido en los pactos internacionales, en diversas sentencias de la Corte Constitucional y en la Ley Estatutaria de Salud 1751 del año 2015, el Estado colombiano no ha garantizado, respetado ni protegido de modo efectivo tal derecho a toda la población.

En los territorios rurales no sólo ha sido singular el desconocimiento real de su carácter interdependiente de otros derechos económicos, sociales, ambientales y culturales, sino que el derecho a la salud, en su comercialización, ha sido reducido a una precaria prestación de servicios sin compromiso real con su cobertura y acceso universal, su contenido equitativo e igualitario y su enfoque intercultural y diferencial étnico, de género

y generacional; enfoque éste que no puede ser entendido como un simple atributo o característica de los individuos para focalizar acciones afirmativas de aseguramiento y atención de salud, sino como resultado de las relaciones sociales, económicas, socioambientales, políticas y culturales en que estos están inmersos.

Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria en Salud –APS– es una estrategia efectiva para la promoción de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, por su eficacia para contribuir a organizar los sistemas de salud y las acciones del Estado y de la sociedad, con el fin de hacer respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud, a través del desarrollo económico, social y cultural de los pueblos, según sus necesidades y expectativas personales, familiares, comunitarias y territoriales.

Desde su proclamación en Alma-Ata en 1978, la APS se define como “el cuidado sanitario esencial basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación. ... Forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OPS/OMS, 1978).

Siendo la APS una de las estrategias indispensables para contribuir a superar las desigualdades en salud, sin embargo el sistema de salud construido a partir de la Ley 100 de 1993 ha destruido lo que se comenzó a implementar en Colombia desde 1981, sin que hasta ahora haya sido posible que se formule desde el gobierno nacional una alternativa que supere las debilidades y restricciones de la Ley 1438 del 2011, la Resolución 0429 del 2016 sobre Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y de la Resolución 2626 del 2019 sobre Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). Aunque el marco estratégico y operativo de tal normativa dice fundamentarse en una APS con enfoque de salud familiar, comunitaria y diferencial, su dependencia de un sistema de salud mercantilizado y orientado al manejo de riesgos individuales, desestima la influencia que sobre los modos de vida tienen procesos sociales estructurales y territoriales que explican la mala salud y las desigualdades en salud.

Sociedad civil y salud

El compromiso con la idea de un PCSR basado en los derechos humanos y en la APS partió de reconocer que las organizaciones sociales y comunitarias tienen el potencial de hacer contribuciones al logro de la salud para todos y todas mediante su esfuerzo orientado a lograr cambios en los determinantes sociales de la salud en general, y en el sistema de salud en particular.

Todo ello a través de la capacidad de los pueblos y comunidades de construir sus propias concepciones y prácticas en salud, participar en las decisiones relacionadas con las políticas y planes de salud, hacer abogacía por el derecho a la salud, influir en las decisiones del sistema de salud, organizar los servicios y redes de atención en salud de acuerdo a las características de los territorios, generar capacidades y proveer apoyo en gestión y entrega de servicios que otros no se comprometen a prestar (PHM, 2017).

Abordaje metodológico

A partir de las anteriores consideraciones, y de la experiencia de trabajo construida con base en los principios éticos, teóricos y metodológicos de la IAP, logramos forjar una mirada de las condiciones de vida y salud de la población del territorio, y pudimos, mediante un enfoque de planificación comunitaria desde los territorios, facilitar la construcción del PCSR.

Compromisos con las comunidades

El proceso inició con una visita al territorio en agosto del 2016, en la que se efectuó un diálogo entre los diferentes actores comunitarios y miembros del Eje N° 1 del Doctorado Interdisciplinar de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Javeriana. Allí se pactó el compromiso de trabajar conjuntamente para dar respuesta a la situación de salud de las comunidades de los territorios mediante la formulación de un PCSR construido con la participación de las mismas a través de sus organizaciones, incluida la antigua Zona Veredal de Transición y Normalización Urías Rondón.

El compromiso incluyó hacer una caracterización de la situación de salud de los territorios que se diseñó y comenzó a desarrollar conjuntamente en junio del 2017 con la participación de profesores y estudiantes de la Universidad Javeriana, la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad de

la Salle, integrantes de la Red de Universidades y Organizaciones Sociales - Salud-Paz. Ello ha representado una experiencia enriquecedora y un desafío creativo del diálogo entre las lógicas, saberes y prácticas de las comunidades y la academia. Es a partir del ejercicio de IAP y de planificación comunitaria desde los territorios, que se pudo no sólo poner en la agenda de la gobernación del Meta y del Ministerio de Salud y Protección Social el tema de la salud rural como una prioridad de la comunidad, sino también como un proceso comunitario de organización y construcción de conocimientos y capacidades.

Para intervenir desde las comunidades problemas acuciantes de salud mantenidos en el olvido por el Estado, se reactivaron o conformaron más de 42 Comités de Salud, 25 en Corpoayará, 17 en Asopeproc y otros más en Ascal-G. Las acciones de reactivación partieron de reconocer los procesos históricos de resistencia y organización alrededor de la Junta de Acción Comunal (JAC) de cada vereda. En la dinámica de los diagnósticos participativos de las condiciones de vida y salud de las comunidades, se logró identificar que era necesario impulsar la participación directa de éstas y de los Comités de Salud en los distintos niveles de planeación, gestión y veeduría local, de tal manera que fuesen ellos quienes impulsaran y promo-

vieran los procesos por el logro de la salud para todos y todas en el territorio.

Fortaleciendo capacidades para la participación

De este modo se logró concertar y organizar las asambleas ordinarias y extraordinarias con los directivos de las JAC, los Comités de Salud y las asociaciones campesinas, de mujeres e indígenas de su jurisdicción. Mediante las asambleas se posicionó el proyecto y reconoció la noción de salud de las comunidades, sus problemáticas, intereses, demandas y expectativas. Sumado a lo anterior, se realizaron diferentes jornadas de capacitación y acompañamiento colectivo e individual, requeridas para que los integrantes de las organizaciones y Comités de Salud fortalecieran su capacidad de acción.

El entrenamiento facilitó la participación de las comunidades en el levantamiento de la información de caracterización de las condiciones de vida, trabajo y salud de las veredas a través de una encuesta comunitaria, así como la comprensión de la salud como un derecho humano fundamental y el conocimiento de sus mecanismos de exigibilidad. En Corpoayarí, por ejemplo, se hizo énfasis en temas como el fortalecimiento de habilidades personales (herramientas comunicativas, confianza, expresión oral y corporal), habilidades grupales (manejo de conflictos, trabajo en equipo). En Asopeproc, además, se acentuó en el acercamiento al conocimiento del SGSSS. Este proceso se proyectó como una estrategia a seguir trabajando para que los miembros de los Comités de Salud apropien las herramientas que les permitan actuar como sujetos políticos en salud en el territorio.

Además de la reactivación y organización de los Comités de Salud, y ante la ausencia

de recurso humano de salud en el territorio y el cierre de la mayoría de los puestos de salud por falta de financiamiento, equipamiento y deterioro de su infraestructura física, el proyecto logró capacitar a 80 promotores rurales de salud (trabajadores comunitarios de salud), 9 en Asopeproc, 36 en Corpoayarí y 35 en Ascal-G. Los trabajadores comunitarios de salud entrenados fueron escogidos por las propias comunidades a través de sus JAC con el compromiso de permanecer en ellas, apoyar la formulación e implementación del PCSR, y contribuir al cuidado individual y colectivo de la salud de las comunidades y los territorios.⁴

Cómo comprendimos la situación de salud

Mediante la caracterización de las condiciones de vida y salud de los hogares, personas y pueblos, de la cobertura y acceso a los servicios de salud del territorio, de la identificación de los territorios de salud y de su situación (hecha posible a través de la revisión de fuentes secundarias, observación participante, entrevistas, talleres y dinámicas asamblearias, cartografía social participativa y de la encuesta comunitaria (Ver Tablas N° 1 y N° 2), pudimos construir una imagen enriquecida de la grave situación de salud de las comunidades y del territorio, y buscar soluciones a la misma desde el contexto, cultura, conocimientos y prácticas de las comunidades.

El diseño del contenido y aplicación de la encuesta comunitaria se hizo conjuntamente con representantes de Corpoayarí, Asopeproc y de varias JAC de diferentes veredas. El cuestionario se diseñó, probó y ajustó en varias ocasiones, y la aplicación se hizo en algunos casos directamente a los cabezas de hogar en los hogares o en las reuniones de las JAC y de padres de familia en los cole-

4. Dado que hasta ahora el Ministerio viene haciendo experiencias pilotos de formación en Tumaco, decidimos iniciar un proceso de formación propia mediante un curso introductorio de 6 días, inspirados en el trabajo pionero de Héctor Abad Gómez y la experiencia de entrenamiento de otros países, en la esperanza de contribuir a la reconstrucción de la red primaria de atención con enfoque comunitario en los territorios de La Macarena.

gios, dada las dificultades de llegar directamente a cada uno de los hogares por la alta dispersión de la población del territorio y la falta de suficientes recursos para cubrir los gastos de transporte.

Los encuestadores fueron voluntarios de la comunidad apoyados por estudiantes de la Universidad Nacional y la Universidad de la Salle. El tiempo de aplicación cubrió todo el año 2018 y en total se aplicaron 1023 encuestas. En el territorio de Corpoayarí se

aplicaron 624 encuestas con una cobertura del 76% de los hogares estimados y 28 de 36 veredas (Ver tabla N° 1 e Ilustración N° 1). En el de Asopeproc se aplicaron 399 encuestas, con una cobertura del 67% de los hogares estimados y 17 de 21 veredas (Ver tabla N° 2 e Ilustración N° 1). Se creó una base de datos compilando el total de la información recolectada en ambos territorios y se hizo una descripción estadística simple del comportamiento de las variables principales de estudio.

Tabla N°1. Encuestas aplicadas en el territorio de Corpoayarí

Organización y vereda	Encuestas digitadas (n)	%	Hogares Estimados	Realizadas/H. Estimados
C. El Porvenir	33	0,05	47	0,70
C. Getsemaní 2 (1)	15	0,02	23	0,65
C. Batalla 1	17	0,03	50	0,34
C. Playa Rica	85	0,14	100	0,85
C. El Limonar	24	0,04	30	0,80
C. El Palmar 2	19	0,03	23	0,83
C. Playa Rica 2	22	0,04	35	0,63
C. La Ilusión	12	0,02	13	0,92
C. La Viuda	10	0,02	15	0,67
C. El Recreo	32	0,05	35	0,91
C. Potras Quebradón	20	0,03	23	0,87
C. La Sombra	89	0,14	90	0,99
C. Las Nieves	32	0,05	33	0,97
C. La Machaca	33	0,05	35	0,94
C. La Sierra	9	0,01	17	0,53
C. Nápoles	22	0,04	30	0,73
C. La Tunia	17	0,03	23	0,74
C. Aguas Claras	13	0,02	28	0,46
C. Alta Gracias	6	0,01	6	1,00
C. Paraíso del Yarí	22	0,04	30	0,73
C. El Triunfo 1	7	0,01	23	0,30
C. Alto Morrococoy	32	0,05	31	1,03
C. El Yarí (2)	15	0,02	19	0,79
C. El Triunfo 2	11	0,02	20	0,55
C. Recreo Antiguo	19	0,03	20	0,95
C. Edén del Tigre Sector Alto	8	0,01	20	0,40
Total	624	1,00	819	0,76

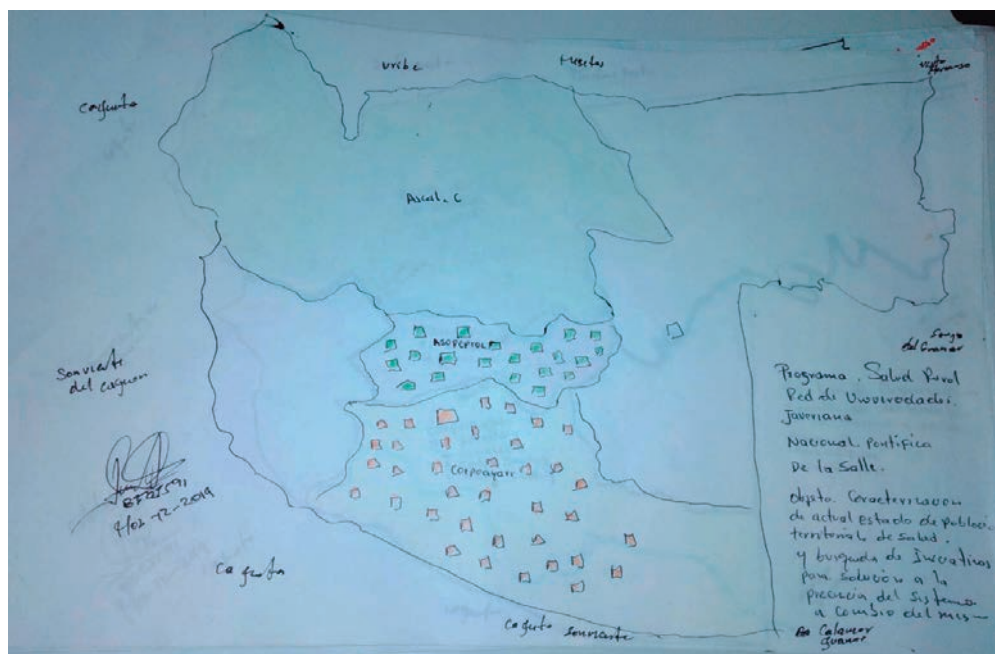
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida y Salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Tabla N° 2. Encuestas aplicadas en el territorio de Asopeproc

Organización y vereda	Encuestas digitadas (n)	%	Hogares Estimados	Realizadas/H. Estimados
A. Cristalina	63	0,16	150	0,42
A. Caño Azul	20	0,05	25	0,80
A. La Florida	24	0,06	36	0,67
A. Los Pinos	23	0,06	35	0,66
A. La Primavera	25	0,06	25	1,00
A. Brasilia	22	0,06	35	0,63
A. Los Naranjos	23	0,06	26	0,88
A. Bajo Recreo	16	0,04	36	0,44
Organización y vereda	Encuestas digitadas (n)	%	Hogares Estimados	Realizadas/H. Estimados
A. Palestina	17	0,04	22	0,77
A. Laureles - CP	32	0,08	42	0,76
A. Turpial	15	0,04	15	1,00
A. El vergel - CP	31	0,08	35	0,89
A. Andes	15	0,04	25	0,60
A. Progreso	16	0,04	20	0,80
A. Cabaña	24	0,06	22	1,09
A. California	26	0,07	26	1,00
A. Palenque	7	0,02	25	0,28
Total	399	1,00	600	0,67

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Ilustración N° 1
Mapa de aplicación de la Encuesta de Condiciones de Vida y Salud en los territorios de Corpoayari y Asopeproc, La Macarena-Meta, 2018



Fuente: elaborado por Gustavo Pérez, dirigente de Corpoayari.

La cartografía comunitaria de los territorios de salud, que incluyó una caracterización del estado actual de la red de servicios y sus condiciones de accesibilidad geográfica, se apoyó en el conocimiento, vivencias y cultura de las comunidades, y en el conocimiento técnico desde la plataforma del Sistema de información geográfica (SIG).

Cómo formulamos el Plan

El proceso propiamente dicho de planificación comunitaria desde los territorios se concibió como un ejercicio participativo y sociopolítico de reducción de incertidumbres e incoherencias en la dinámica de formulación del PCSR.

Ello se logró a través de reuniones con las directivas de las JAC, Comités de Salud, promotores de salud, excombatientes, organizaciones campesinas, indígenas y de mujeres; también mediante talleres, encuentros y asambleas con las comunidades de base en las veredas, núcleos de veredas y espacios territoriales; se usaron actividades artísticas, cine-foros, murales, volantes, videos, registros fotográficos, carteleros y artesanías alusivas al espíritu de la campaña de planificación. De esta manera, la planificación comunitaria, además de formular los valores, principios, objetivos, componentes, estrategias y acciones que le dan contenido al PCSR, fue una oportunidad para continuar fortaleciendo el trabajo organizativo, generar capacidades, propiciar auto-reflexión crítica y activismo por la salud

y, además, una herramienta para dar forma sistémica a los sueños de la comunidad e impulsarlas a su realización .

La sesión final de planificación comunitaria del territorio de Corpoayarí se realizó en la vereda Playa Rica y contó con la participación de los 6 núcleos de la organización, 18 de 36 veredas, dos comunidades indígenas y tres organizaciones sociales, para un total de 64 personas asistentes, 15 mujeres y 49 hombres. La sesión final de planificación del territorio de Asopeproc se realizó en la vereda Laureles y participaron los tres núcleos de la organización, 15 de las 21 veredas y la organización de mujeres, para un total de 30 personas, 16 mujeres y 14 hombres. En el territorio de Ascal-G la sesión final de planificación se realizó en el centro poblado San Juan de Losada y participaron seis de siete núcleos, 19 de 68 veredas y tres organizaciones de mujeres, para un total de 42 personas, 21 hombres y 21 mujeres.

Las jornadas finales de formulación del PCSR estuvieron precedidas de la campaña “*Salud Sin Fronteras*” cuyo objetivo principal fue informar a los afiliados de las JAC que integran las organizaciones campesinas, organizaciones de mujeres, excombatientes y pueblos indígenas, sobre la construcción del PCSR, hacer ver la importancia de su participación en el mismo y promover la discusión y aporte desde las veredas (Ver Ilustración N° 2).

Ilustración N° 2

Campaña “Salud Sin Fronteras” en Playa Rica, La Macarena-Meta



Fuente: foto equipo de trabajo

Territorios de las organizaciones sociales

El municipio de La Macarena está ubicado al suroccidente del departamento del Meta, piedemonte de la cordillera oriental, en el territorio que conecta las regiones de la Orinoquía y la Amazonía (Ver Ilustración N° 3). Es parte del Área de Manejo Especial de La Macarena (AMEM), región de ordenamiento territorial y ambiental que conecta los ámbitos ecológicos andino, orinocense y amazónico, creada mediante el Decreto Ley 1989 de 1989 para regular las actividades humanas que pudieran afectar la estructura ecológica del territorio. El AMEM incluye 16 municipios del Departamento del Meta y tres del Departamento del Guaviare, con una extensión

territorial aproximada de 3.891.780 hectáreas (AMEM, 2019). Allí se han conformado organizaciones de campesinos, colonos, mujeres y jóvenes, resguardos y cabildos indígenas, varios ETCR, y se ubican zonas de reserva campesina, zonas de reserva forestal y parques naturales nacionales.

El municipio de La Macarena, por su parte, tiene una extensión que oscila entre 11.231 a 11.229 km² (García Rincón, 2018, p.31), es decir, entre 1.123.100 a 1.019.036 hectáreas (según la variación de los datos que ofrecen distintas fuentes de información, por ejemplo, gobernación del Meta o Colciencias/PNUD, 2019); posee una altura entre 256

Ilustración N° 3
Municipio de La Macarena - Meta



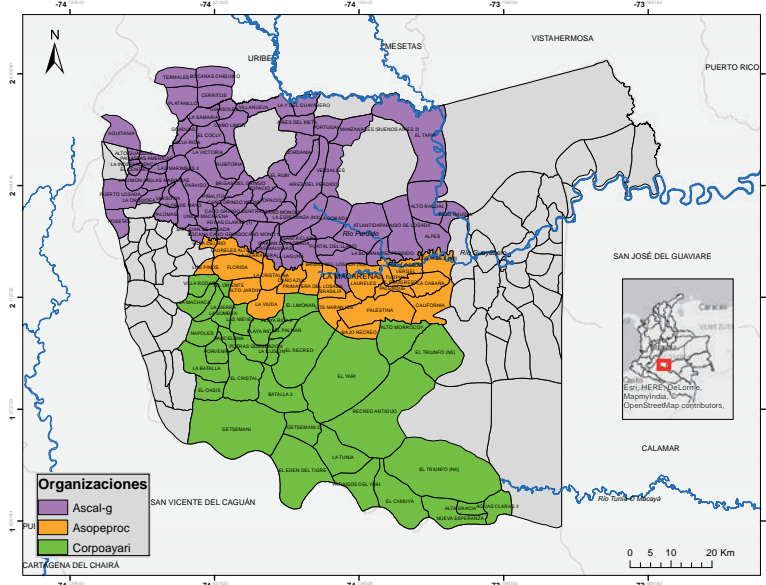
Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC)

y 1400 metros sobre el nivel del mar, una temperatura cercana a los 27 grados centígrados y una conformación de bosque tropical húmedo (Colciencias/PNUD, 2019). De las anteriores, pueden ser adjudicadas para actividades agropecuarias 758.935 hectáreas, es decir, el 68% del territorio municipal. Entre el 47% y el 65% del área adjudicable se concentra en predios de más de 200 hectáreas.

El territorio de las organizaciones sociales Corporación de Trabajadores Campesinos

Agropecuarios y Ambientales de los Llanos del Yarí (Corpoayarí), Asociación de Pequeños Productores Agropecuarios de la Cristalina del Losada (Asopeproc) y Asociación Campesina Ambiental Losada-Guayabero (Ascal-G), geográficamente constituye un corredor estratégico de la Región de La Macarena ubicado entre los municipios de La Uribe y Mesetas al norte, Vista Hermosa al nororiente, el Departamento del Guaviare al suroriente y el Departamento del Caquetá en el costado occidental⁵ (Ver Ilustración N° 4).

Ilustración N° 4 Mapa territorios de Ascal-G, Asopeproc y Corpoayarí, Municipio de La Macarena-Meta, 2019



Fuente: Equipo de trabajo con base en datos de las comunidades e IGAC

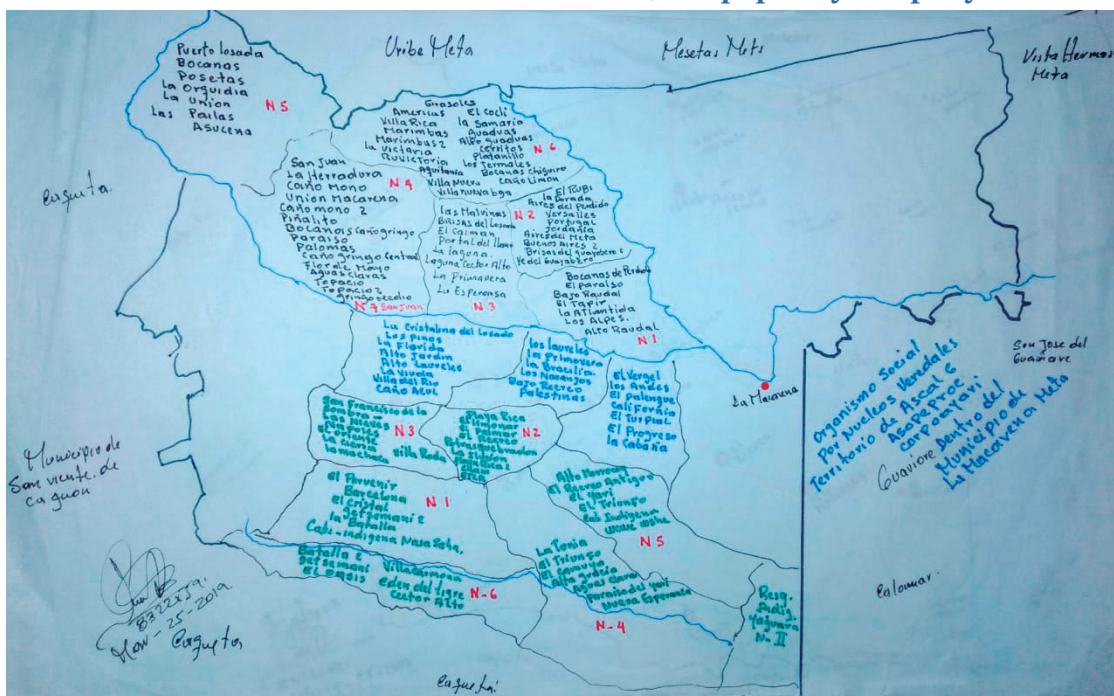
Si bien el territorio no tiene una extensión cuantificada, corresponde a un área ubicada en el municipio de La Macarena entre las sub-cuencas hidrográficas de los ríos Guayabero, Losada y Tunia (Macayá) y los llanos del Yarí (Ver Ilustración N° 5). Esta área ha sido objeto de un litigio fronterizo entre las entidades departamentales y municipales del Meta, Guaviare y Caquetá, litigio que inició 10 años antes de su actual agu-

dización al definirse los límites territoriales del municipio de La Macarena en 1981. Junto con el conflicto socioambiental que allí también se vive, el diferendo fronterizo ha dificultado establecer responsabilidades de gobierno con respecto a las actividades de salud pública, servicios públicos, construcción de obras, ejecución de proyectos comunitarios y, en general, mejoramiento social y cultural de la población.

5. Acuerdo de Visión Compartida del Territorio de La Macarena (Meta, Colombia). Documento firmado el 5 de Abril de 2018 por los dirigentes de las organizaciones sociales del territorio en La Cristalina del Losada, municipio de La Macarena.

Ilustración N° 6

Núcleos de los territorios de Ascal-G, Asopeproc y Corpoayari



Fuente: elaborado por Gustavo Pérez, dirigente de Corpoayari

Se estima que los asentamientos indígenas Embera-Chamí y Nasa Cxhacxa⁷ (el Gran Pueblo Nasa) tienen 25 y 32 a 35 familias respectivamente⁸. Igualmente, el Resguardo Yaguará II, conformado por las etnias Pijao, Tucano y Piratapuyo, cuenta con aproximadamente 31 familias (112 personas). Se conoce también de la aparente existencia en el territorio, pero no formando parte de los territorios de las asociaciones campesinas, del cabildo Luke Luxe con 23 familias (60 personas) y del Tinigua con 23 familias (73 personas) (República de Colombia, Departamento del Meta, Municipio La Macarena, Concejo Municipal, 2016)⁹. Las familias del asentamiento indígena Embera-Chamí están dispersas en 6 núcleos diferentes de las organizaciones campesinas; las familias de los Nasa Cxhacxa habitan en 10 veredas y

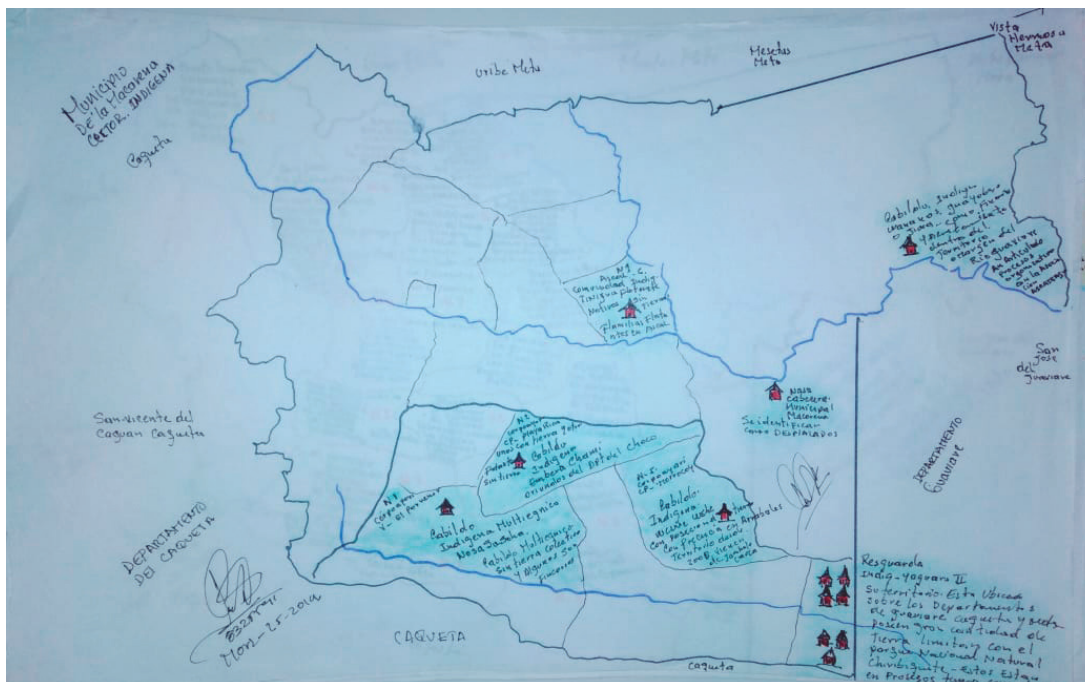
su cabildo está ubicado en la vereda El Porvenir; y las familias de los Pijaos, Tucanos y Piratapuyos están asentadas en la Vereda Yaguará, en los Llanos del Yari¹⁰ (Ver Ilustración N° 7).

De una cantidad aproximada de 240 excombatientes que se concentraron en la ZVTN Urías Rendón al inicio del acuerdo de paz, al parecer actualmente habitan en el Espacio Territorial de Capacitación y Reincorporación (ETCR) ubicado en el centro poblado Playa Rica, entre 110 y 80 personas reincorporadas de la FARC-EP, y otras se han ocupado fuera del espacio como finqueros o jornaleros. Los excombatientes han creado la cooperativa COOPASYARÍ, desde la cual impulsan proyectos productivos, de ecoturismo y de servicios de alimentación,

7. Por algunos también llamado Nasa Kiwe (la tierra del pueblo Nasa).
 8. 85 y 172 personas respectivamente.
 9. Nuestro equipo de trabajo no hizo contacto con los Luke-Luxe ni con los Tinigua. De hecho la dirigencia campesina la única referencia que tiene de los Tinigua es de una persona de mayor edad llamada Sixto.
 10. La composición étnica del municipio de La Macarena es de 0,1%, la menor entre los municipios de la región.

Ilustración N° 7

Comunidades Indígenas en Territorios de Ascal-G, Corpoayarí y Asopeproc. La Macarena-Meta, 2018



Fuente: elaborado por Gustavo Pérez, dirigente de Corpoayarí.

alojamiento y arborización, entre otros. Así mismo han constituido un Comité de Género que agrupa a las mujeres del ETCR.

Estructura demográfica de la población

De acuerdo con los resultados de la encuesta comunitaria sobre condiciones de vida y salud aplicada en el territorio de Corpoayarí y Asopeproc,¹¹ la estructura demográfica de la población muestra que el 3% es menor de 1 año, de 1 a 5 años es el 11%, de 6 a 18 años el 29%, de 19 a 64 años el 54%, y mayor de 64 años el 3%, siendo la característica una pirámide de base ancha y punta reducida,

la misma para ambas organizaciones. Esa configuración es parecida a la de Ascal-G (Incoder, Parques Nacionales Naturales y Ascal-G, 2015, p. 37), dadas las similares características económicas, sociales y territoriales. (Ver tabla N° 3)

Existen más hombres que mujeres, y quizá por la condiciones de colonización y de una guerra irregular de más de 50 años, las migraciones y el desplazamiento, se ha afectado más a la mujeres y se han cambiado los patrones de reproducción, lo cual explicaría también la baja proporción de menores y de personas en edades intermedias.

11. Se aplicaron 1023 encuestas. De éstas, 624 en Corpoayarí y 399 en Asopeproc. A su vez, fueron encuestadas personas de hogares en 27 de 36 veredas en Corpoayarí, y 17 de 21 en Asopeproc.

**Tabla N° 3. Distribución de edad por rangos según sexo,
Total y Organización**

MACARENA

Edad Rangos	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Menor 1 año	57	54%	49	46%	106
1 a 5	189	46%	222	54%	411
6 a 18	601	54%	511	46%	1112
19 a 64	1082	53%	969	47%	2051
Mayor 64	66	61%	42	39%	108
Total	1995	53%	1793	47%	3788

CORPOAYARÍ

Edad Rangos	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Menor 1 año	38	53%	34	47%	72
1 a 5	112	46%	131	54%	243
6 a 18	376	54%	316	46%	692
19 a 64	659	53%	586	47%	1245
Mayor 64	42	56%	33	44%	75
Total	1227	53%	1100	47%	2327

ASOPEPROC

Edad Rangos	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Menor 1 año	19	56%	15	44%	34
1 a 5	77	46%	91	54%	168
6 a 18	225	54%	195	46%	420
19 a 64	423	52%	383	48%	806
Mayor 64	24	73%	9	27%	33
Total	768	53%	693	47%	1461

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida y Salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Estado de salud de la población

El perfil de salud-enfermedad de los individuos en el territorio, en términos de morbilidad y discapacidad, es deficiente¹². La salud percibida a través de la encuesta comunitaria en los territorios de Corpoayarí y Asopeproc es generalmente precaria, siendo las enfermedades

infecciosas, respiratorias y crónicas las predominantes. Así, del total de la población encuestada en estos territorios, el 56,4% manifestó que su estado de salud ha sido regular, malo o muy malo, y menos de la mitad (41,3%) expresó que ha sido bueno o muy bueno (Ver tabla N° 4).

Tabla N° 4. Estado de salud de las personas según Organización

Escala		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
Muy bueno	Recuento	26	11	37
	% dentro de Organización	4,2%	2,8%	3,6%
Bueno	Recuento	227	159	386
	% dentro de Organización	36,4%	39,8%	37,7%
Regular	Recuento	317	201	518
	% dentro de Organización	50,8%	50,4%	50,6%
Malo	Recuento	29	17	46
	% dentro de Organización	4,6%	4,3%	4,5%
Muy malo	Recuento	9	4	13
	% dentro de Organización	1,4%	1,0%	1,3%

12. Desde el año 2008 se observa un descenso en el porcentaje de partos atendidos en instituciones de salud, pasando en el municipio de La Macarena del 96,4% en el 2008 al 85,3% en el 2017. El porcentaje de nacidos vivos con un promedio de cuatro o más controles prenatales para el año 2016 correspondió al 80% en la Macarena. La tasa de mortalidad en la niñez (menores de cinco años) en La Macarena ha tenido un descenso leve, pasando de 26,4 a 20 casos por 1.000 nacidos vivos durante el 2008 al 2016.

Escala		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
No informa	Recuento	16	7	23
	% dentro de Organización	2,6%	1,8%	2,2%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

La sintomatología de salud que más refieren, como son la tos (66%), el dolor de cabeza (58,4%), el dolor en el cuerpo (49,9%), la fiebre (42,9%), el dolor de garganta (39%) y

la diarrea (29,3%), entre otros, ha sido relacionada con enfermedades infecciosas (Ver tabla N° 5).

Tabla N° 5. Problemas de salud según Organización

Escala		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
Tos	Recuento	411	265	676
	% dentro de organización	66,0%	66,1%	66,0%
Diarrea	Recuento	194	106	300
	% dentro de organización	31,1%	26,4%	29,3%
Fiebre	Recuento	267	174	441
	% dentro de organización	42,9%	43,4%	43,1%
Dolor de oído	Recuento	131	68	199
	% dentro de organización	21,0%	17,0%	19,4%
Dolor de cabeza	Recuento	351	234	585
	% dentro de organización	56,3%	58,4%	57,1%
Dolor de garganta	Recuento	234	165	399
	% dentro de organización	37,6%	41,1%	39,0%
Dolor de cuerpo	Recuento	311	201	512
	% dentro de organización	49,9%	50,1%	50,0%
Problemas de piel	Recuento	80	42	122
	% dentro de organización	12,8%	10,5%	11,9%
Enfermedad de transmisión sexual	Recuento	6	3	9
	% dentro de organización	1,0%	0,7%	0,9%
Ninguna enfermedad	Recuento	44	50	94
	% dentro de organización	7,1%	12,5%	9,2%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

La anterior sintomatología es compatible con el tipo de diagnósticos de enfermedades que parece prevalecer por las respuestas de los encuestados, como el dolor de

cabeza (19,6%), la tensión alta (14,7%), los problemas musculares (15,4%) y del riñón (12,2%), del azúcar (8,5%), respiratorios (8,1%), entre otros (Ver tabla N° 6).

Tabla N° 6. Enfermedades diagnosticadas según Organización

Efermedad		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
Tensión alta	Recuento	83	68	151
	% dentro de organización	13,3%	17,0%	14,7%
azúcar	Recuento	50	37	87
	% dentro de organización	8,0%	9,2%	8,5%
Convulsiones	Recuento	12	3	15
	% dentro de organización	1,9%	0,7%	1,5%
Cáncer	Recuento	11	3	14
	% dentro de organización	1,8%	0,7%	1,4%
Enfermedades de las venas	Recuento	42	30	72
	% dentro de organización	6,7%	7,5%	7,0%
Tuberculosis	Recuento	10	3	13
	% dentro de organización	1,6%	0,7%	1,3%
Corazón	Recuento	36	21	57
	% dentro de organización	5,8%	5,2%	5,6%
Respiratorios	Recuento	45	38	83
	% dentro de organización	7,2%	9,5%	8,1%
Riñón	Recuento	70	55	125
	% dentro de organización	11,2%	13,7%	12,2%
Musculares	Recuento	80	78	158
	% dentro de organización	12,8%	19,5%	15,4%
Dolor de cabeza frecuente	Recuento	117	84	201
	% dentro de organización	18,8%	20,9%	19,6%
Ninguna	Recuento	82	104	186
	% dentro de organización	13,2%	25,9%	18,2%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Aunque no se llegó a un diagnóstico del estado de salud de todas las comunidades indígenas, se conoce que entre los Embera-chamí las diarreas por contaminación del agua son frecuentes, también las enfermedades respiratorias, las fiebres y la violencia en el cuerpo.¹³ Dadas las semejantes condiciones de existencia social entre estas comunidades, como se verá más adelante, es probable que entre los Nasa Cxhacxa prevalezcan problemas de salud similares.

Con respecto a las situaciones de discapacidad en la población total, las más frecuentes se relacionan con dificultades para ver, moverse o mover el cuerpo, hablar y comunicarse y oír, las cuales oscilan entre el 1,8% y el 3,8%.

En el caso de las veredas de influencia de Ascal-G, en el último año ha habido casos de muerte por convulsiones, hemorragia secundaria a lesión por motosierra, ahogamiento, aplastamiento de árbol, accidentes automovilísticos, suicidio, homicidio e infarto agudo del miocardio, que habrían podido ser evitados. Las infecciones más frecuentes son por enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, leishmaniasis, tuberculosis, dengue, paludismo, amigdalitis, encefalitis equina, brucelosis, fiebre amarilla, VIH y zika en gestantes y congénito; además, ha habido casos de cirrosis hepática, accidentes en moto, accidentes de trabajo por motosierras y guadaña, hipertensión arterial, desnutrición y anemia, entre otros. Las comunidades manifiestan tener alta incidencia de embarazos entre adolescentes y casos de aborto.

Igualmente, personas en condición de discapacidad cognitiva, síndrome de Down y otras malformaciones congénitas, por pérdida de ojos por picadura de insectos, amputaciones por guadaña y motosierra, y por violencia.¹⁴

Aunque puede haber gran sub-registro, los datos aportados por la ESE Solución Salud del Departamento del Meta sobre los 10 primeros eventos de interés en salud pública del municipio en el 2108, indican que en los primeros lugares en el área rural pueden estar enfermedades transmitidas por mosquitos como el Dengue y la Leishmaniasis cutánea, y problemas que tienen que ver con el tipo de relaciones en el hogar, y entre hombres y mujeres, como la violencia familiar, sexual y de género, además de eventos relacionados con los accidentes ofídicos, con la vacunación de animales y humanos como la rabia y la varicela, relacionados con la pobreza como la tuberculosis y con la falta de adecuado cuidado médico como la morbilidad materna extrema, entre otros.

La situación anterior la relacionan los pobladores con sus deficientes condiciones de vida, ambientales y de trabajo, el impacto del conflicto armado en personas y comunidades, la insuficiente cobertura del sistema de salud, las barreras geográficas y costos para el acceso a la atención, la ausencia de una atención integral de las necesidades de salud adecuada a las condiciones de dispersión de la población en el territorio, y con la falta de reconocimiento de sus particulares condiciones de ser víctimas y campesinos, indígenas o mujeres.

13. Taller con familias del cabildo indígena Embera-chamí, Maloca en territorio de la vereda Playa Rica, septiembre 18 de 2018.

14. Talleres realizados en Samaria, El Rubí y San Juan de Lozada con representantes de juntas de acción comunal de distintos núcleos entre el 28 de febrero y el 2 de marzo de 2018.

Condiciones de vida, ambientales y de trabajo

No hay claros datos oficiales sobre cómo las condiciones de vida, ambientales y de trabajo de la población del territorio en estudio influyen en su salud.¹⁵ La información que presentaremos en esta sección está basada en la encuesta comunitaria realizada en el territorio, en los talleres y observaciones del equipo de trabajo en los recorridos por las veredas y comunidades.

Condiciones de vida

Por la encuesta comunitaria aplicada, con respecto a la tenencia sabemos que las viviendas en propiedad representan cerca del

20%, las que están en posesión sin título y en ocupación de hecho son más del 50%, y las ocupadas en forma de arriendo y como posada son cerca del 20%, con una mayor proporción en Corpoayarí.

Con respecto al material de las paredes, predomina el uso de madera rústica (87%) seguido por bloque de ladrillo (5,7%) y madera pulida/prefabricada (3,4%), con diferencias en las organizaciones respecto al uso de ladrillo (Asopeproc 9% y Corpoayarí 3%) y madera rústica (Corpoayarí 88% y Asopeproc 84%) (Ver tabla N° 7).

Tabla N° 7. Material de las paredes de las viviendas por Organización

Materiales		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
Bloque de ladrillo	Recuento	20	38	58
	% dentro de Organización	3,2%	9,5%	5,7%
Tapia pisada, adobe	Recuento	5	1	6
	% dentro de Organización	0,8%	0,3%	0,6%
Madera rústica	Recuento	553	338	891
	% dentro de Organización	88,6%	84,7%	87,1%

15. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Politica%20de%20Victimas/Construcci%C3%B3n%20de%20Paz/Caracterizaci%C3%B3n%20PDET.pdf>. Algunos indicadores pueden ilustrar el actual estado de cosas sobre condiciones de vida en La Macarena. Según el PNUD, en el 2011 el Índice de Desarrollo Humano estaba por debajo de 0,61, el Índice de pobreza multidimensional global era de 45,89% y el índice de condiciones de vida podía acercarse a la cifra global de la subregión Macarena-Guaviare que para el año 2014 era de 52,8. file:///Users/rrvegaromero/Downloads/PNN_AMEM_12_08_2013.pdf

Materiales		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
Madera pulida/ Pre-fabricada	Recuento	25	10	35
	% dentro de Organización	4,0%	2,5%	3,4%
Guadua, caña esterilla, otro	Recuento	1	0	1
	% dentro de Organización	0,2%	0,0%	0,1%
Zinc, tela, lona, cartón y desechos	Recuento	12	3	15
	% dentro de Organización	1,9%	0,8%	1,5%
NI	Recuento	8	9	17
	% dentro de Organización	1,3%	2,3%	1,7%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Es notorio, además, el uso de madera burda en los pisos, principalmente en las veredas de Corpoayarí (43%) donde se observan proporciones superiores al promedio del área (41,7%). Aproximadamente una de cada tres viviendas tiene piso de cemento o gravilla, y una proporción importante tiene piso de tierra (15,5%) (Ver tabla N° 8).

Tabla N° 8. Material principal de los pisos por Organización

Materiales		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo	Recuento	10	4	14
	% dentro de Organización	1,6%	1,0%	1,4%
Cemento/Gravilla	Recuento	213	152	365
	% dentro de Organización	34,1%	38,1%	35,7%
Madera pulida	Recuento	18	10	28
	% dentro de Organización	2,9%	2,5%	2,7%
Mármol	Recuento	1	2	3
	% dentro de Organización	0,2%	0,5%	0,3%
Madera burda	Recuento	269	158	427
	% dentro de Organización	43,1%	39,6%	41,7%

Materiales		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
Tierra, arena	Recuento	100	59	159
	% dentro de Organización	16,0%	14,8%	15,5%
NI	Recuento	13	14	27
	% dentro de Organización	2,1%	3,5%	2,6%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Aproximadamente la mitad de los hogares (44,8% a 59,9%) refiere mal estado de las viviendas en cuanto a presencia de humedades, goteras y grietas, en menor propor-

ción fallas en tuberías y desagües (18,2%), siendo la situación peor en Corpoayarí con respecto a Asopeproc (Ver tabla N° 9).

Tabla N° 9. Calidad de la vivienda según Organización

Problema		Organización					
		Asopeproc		Corpoayarí		Total	
		n.	%	n	%	n	%
Hay humedades	Si	156	39,1%	302	48,4%	458	44,8%
	No	234	58,6%	308	49,4%	542	53,0%
	No Informa	9	2,3%	14	2,2%	23	2,2%
Hay goteras	Si	216	54,1%	397	63,6%	613	59,9%
	No	176	44,1%	218	34,9%	394	38,5%
	No Informa	7	1,8%	9	1,4%	16	1,6%
Hay grietas	Si	181	45,4%	282	45,2%	463	45,3%
	No	209	52,4%	330	52,9%	539	52,7%
	No Informa	9	2,3%	12	1,9%	21	2,1%
Fallas tubería y desagües	Si	68	17,0%	118	18,9%	186	18,2%
	No	295	73,9%	468	75,0%	763	74,6%
	No Informa	36	9,0%	38	6,1%	74	7,2%
Grietas en piso	Si	172	43,1%	333	53,4%	505	49,4%
	No	213	53,4%	278	44,6%	491	48,0%
	No Informa	14	3,5%	13	2,1%	27	2,6%
Cielo raso y tejas mal estado	Si	134	33,6%	267	42,8%	401	39,2%
	No	248	62,2%	341	54,6%	589	57,6%
	No Informa	17	4,3%	16	2,6%	33	3,2%
Ventilación escasa	Si	92	23,1%	118	18,9%	210	20,5%
	No	298	74,7%	490	78,5%	788	77,0%
	No Informa	9	2,3%	16	2,6%	25	2,4%

Plan Comunitario de Salud Rural de la Población de los Territorios
entre los Municipios de La Macarena y San Vicente del Caguán, 2019-2030

Problema		Organización					
		Asopeproc		Corpoayari		Total	
		n	%	n	%	n	%
Inundaciones	Si	73	18,3%	86	13,8%	159	15,5%
	No	318	79,7%	528	84,6%	846	82,7%
	No Informa	8	2,0%	10	1,6%	18	1,8%
Derrumbes	Si	28	7,0%	25	4,0%	53	5,2%
	No	365	91,5%	586	93,9%	951	93,0%
	No Informa	6	1,5%	13	2,1%	19	1,9%
Peligro Incendio	Si	160	40,0%	209	33,5%	369	36,1%
	No	233	58,4%	404	64,7%	637	62,3%
	No Informa	6	1,5%	11	1,8%	17	1,7%
Hay depósitos de productos agrícolas y comida para animales	Si	107	26,8%	153	24,5%	260	25,4%
	No	286	71,7%	455	72,9%	741	72,4%
	No Informa	6	1,5%	16	2,6%	22	2,2%
Hay llantas y frascos que acumulan agua	Si	38	9,5%	92	14,7%	130	12,7%
	No	354	88,7%	521	83,5%	875	85,5%
	No Informa	7	1,8%	11	1,8%	18	1,8%
Taller de procesamiento de animales	Si	27	6,8%	40	6,4%	67	6,5%
	No	361	90,5%	571	91,5%	932	91,1%
	No Informa	11	2,8%	13	2,1%	24	2,3%
Herramientas trabajo-corto-punzantes	Si	227	56,9%	307	49,2%	534	52,2%
	No	169	42,4%	307	49,2%	476	46,5%
	No Informa	3	0,8%	10	1,6%	13	1,3%
Hay fertilizantes, agroquímicos y pesticidas	Si	112	28,1%	205	32,9%	317	31,0%
	No	281	70,4%	405	64,9%	686	67,1%
	No Informa	6	1,5%	14	2,2%	20	2,0%
Hay comején	Si	163	40,9%	327	52,4%	490	47,9%
	No	230	57,6%	285	45,7%	515	50,3%
	No Informa	6	1,5%	12	1,9%	18	1,7%
Substancias inflamables	Si	176	44,1%	286	45,8%	462	45,2%
	No	216	54,1%	328	52,6%	544	53,2%
	No Informa	7	1,8%	10	1,6%	17	1,7%
Hay venenos	Si	133	33,3%	279	44,7%	412	40,3%
	No	259	64,9%	334	53,5%	593	58,0%
	No Informa	7	1,8%	11	1,8%	18	1,8%
Total		399	100,0%	624	100,0%	1023	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Dominan las viviendas con techos de zinc (92,5%) con menor proporción de techos de palma (6%) (Ver tabla N° 10).

Tabla N° 10. Material Principal de los techos por Organización

Material		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
Teja de barro	Recuento	2	0	2
	% dentro de Organización	0,3%	0,0%	0,2%
Teja de zinc	Recuento	579	367	946
	% dentro de Organización	92,8%	92,0%	92,5%
Teja Eternit o Eterplast	Recuento	0	1	1
	% dentro de Organización	0,0%	0,3%	0,1%
Palma	Recuento	34	28	62
	% dentro de Organización	5,4%	7,0%	6,1%
Otro	Recuento	3	0	3
	% dentro de Organización	0,5%	0,0%	0,3%
NI	Recuento	6	3	9
	% dentro de Organización	1,0%	0,8%	0,9%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

De otra parte, con respecto a la ocupación de las viviendas, del total de encuestados se infiere que la media de hogares por vivienda es 1,12; la media de personas por hogar es 3,66; y se utilizan dos cuartos para dormir, siendo este promedio mayor en

Corpoayarí donde de cada cuatro cuartos se utilizan dos para dormir; el nivel medio de hacinamiento es 1,8 personas por cuarto (ver tabla N° 11), lo cual indica que, según los estándares internacionales, puede considerarse que no hay hacinamiento.

Tabla N° 11. Niveles de hacinamiento según Organización

Variable	Personas	Habitaciones	Dormitorios	Hacinamiento
Educación	3745	3897	2141	1,75
Edad	3788			1,77
Otro	3687			1,72

Corpoayari

Variable	Personas	Habitaciones	Dormitorios	Hacinamiento
Educación	2355	2449	1319	1,79
Edad	2327			1,76
Otro	2268			1,72

Asopeproc

Variable	Personas	Habitaciones	Dormitorios	Hacinamiento
Educación	1390	1538	822	1,69
Edad	1461			1,78
Otro	1419			1,73

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Con respecto al sistema de protección contra plagas, predomina el uso del toldillo (95%), el uso de mallas es prácticamente inexistente (3%), y en una de cada tres viviendas se practica la fumigación (Ver tabla N° 12).

Tabla N° 12. Sistema de protección contra plagas según Organización

Protecciones		Organización					
		Corpoayari		Asopeproc		Total	
		n	%	n	%	n	%
Se protege con toldillos	Si	589	0,95%	381	0,95%	970	0,95%
	No	29	0,05%	10	0,03%	39	0,04%
	No Informa	5	0,01%	8	0,02%	13	0,01%
		623		399		1022	
Se protege con mallas	Si	14	0,02%	16	0,04%	30	0,03%
	No	563	0,90%	226	0,57%	789	0,77%
	No Informa	47	0,08%	157	0,39%	204	0,20%
		624		399		1023	
Fumiga con insecticidas y plaguicidas	Si	227	0,36%	136	0,34%	363	0,35%
	No	347	0,56%	138	0,35%	485	0,47%
	No Informa	50	0,08%	125	0,31%	175	0,17%
		624		399		1023	

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

La gran mayoría de las viviendas tiene una cocina exclusiva para preparar alimentos (91%), y una buena parte de las cocinas está ubicada dentro de la vivienda (87%); no se observan diferencias significativas entre

las organizaciones Asopeproc y Corpoayarí respecto al promedio del área estudiada (ver tabla N° 13). Cerca de la mitad de los hogares cocinan con leña (47%) y la otra mitad con gas (44%).¹⁶

Tabla N° 13. Tenencia de cocina, ubicación y combustible por Organización

Cocina, ubicación, combustible		Organización					
		Corpoayarí		Asopeproc		Total	
		n	%	n	%	n	%
Cocina exclusiva para alimentos	Si	572	0,92	360	0,90	932	0,91
	No	21	0,03	12	0,03	33	0,03
	No Informa	31	0,05	27	0,07	58	0,06
	Total	624		399		1023	
Ubicada dentro de la vivienda	Si	550	0,88	342	0,86	892	0,87
	No	62	0,10	55	0,14	117	0,11
	No Informa	12	0,02	2	0,01	14	0,01
	Total	624		399		1023	
Combustible para cocinar	Leña	295	0,47	183	0,46	478	0,47
	Gas	258	0,41	191	0,48	449	0,44
	Gasolina	2	0,00	2	0,01	4	0,00
	No Informa	69	0,11	23	0,06	92	0,09
	Total	624		399		1023	

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Las soluciones sobre acceso al agua, alcantarillado, manejo de basuras y de desechos domésticos están basadas en métodos artesanales como aljibes, letrinas o tasas sanitarias conectadas a pozos sépticos de carácter familiar, incidiendo esta situación negativamente en las condiciones de salubridad de las viviendas y las comunidades. Los resultados de la encuesta comunitaria nos muestran que el acceso al agua para actividad productiva es directo de la fuente (58%), notoriamente más en Asopeproc (66%) con respecto a Corpoayarí (53%), con

mayores diferencias al acceso al agua entre el invierno y el verano en Corpoayarí. Muy poco utilizan sistemas de distrito de riego (2%) o represa (7%).

En cuanto al agua para preparar alimentos, generalmente tienen como fuentes el acarreo desde ríos (28,6%), los pozos con bomba (25,6%) o sin bomba (20,1%), el agua lluvia (13,7%) y, en menor medida, los acueductos veredales/comunales (3%) o públicos (1%). Ver tabla N° 14.

16. Lo que ha tenido consecuencias en la percepción de salud de los habitantes al referir problemas como “Dolor en el pecho y dificultades respiratorias, molestias en la vista a causa del humo generado en la quema de la leña y alteraciones en la tensión después de cocinar” (Colciencias/PNUD, 2019, p. 104).

Tabla N° 14. Fuentes de agua para preparar alimentos por Organización

			Organización		Total
			Corpoayarí	Asopeproc	
Fuente agua alimentación	Acueducto Público	Recuento	0	10	10
		% de la col	COL	2,5%	1,0%
	Acueducto veredal /Comunal	Recuento	0	31	31
		% de la col	0,0%	7,8%	3,0%
	Agua Lluvia	Recuento	95	45	140
		% de la col	15,2%	11,3%	13,7%
	Acarreo desde Pozo sin bomba	Recuento	152	54	206
		% de la col	24,4%	13,5%	20,1%
	Acarreo desde Pozo con bomba	Recuento	161	101	262
		% de la col	25,8%	25,3%	25,6%
	Acarreo desde Río	Recuento	162	131	293
		% de la col	26,0%	32,8%	28,6%
	Acarreo desde Pila Pública	Recuento	0	0	0
		% de la col	0,0%	0,0%	0,0%
	Acarreo desde Carro Tanque	Recuento	0	0	0
		% de la col	0,0%	0,0%	0,0%
	Agua embotellada	Recuento	1	0	1
		% de la col	,2%	0,0%	,1%
	Otro	Recuento	8	17	25
		% de la col	1,3%	4,3%	2,4%
No Informa	Recuento	45	10	55	
	% de la col	7,2%	2,5%	5,4%	
Total	Recuento	624	399	1023	
	% de la col	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

La mayor parte del agua la almacenan en recipientes (25%) o tanques plásticos (53,7%) y en menor medida en tanques de concreto (7,4%), ollas con tapa (3,6%), canecas de lata (1,2%) y ollas sin tapa (0,6%). Ver tabla N° 15.

Tabla N° 15. Tipos de recipientes donde se almacena el agua por Organización

			Organización		Total
			Corpoayarí	Asopeproc	
Recipiente almacena agua	Olla con Tapa	Recuento	27	10	37
		% de la col	4,3%	2,5%	3,6%
	Olla sin Tapa	Recuento	3	3	6
		% de la col	,5%	,8%	,6%
	Recipiente Plástico	Recuento	170	87	257
		% de la col	27,2%	21,8%	25,1%
	Tanque de Concreto	Recuento	47	29	76
		% de la col	7,5%	7,3%	7,4%
	Tanque Plástico	Recuento	315	234	549
		% de la col	50,5%	58,6%	53,7%
	Caneca de Lata	Recuento	2	10	12
		% de la col	,3%	2,5%	1,2%
Otro	Recuento	7	8	15	
	% de la col	1,1%	2,0%	1,5%	
Recipiente almacena agua	Sin Información	Recuento	53	18	71
		% de la col	8,5%	4,5%	6,9%
	Total	Recuento	624	399	1023
		% de la col	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Del total de hogares, la gran mayoría carece de alcantarillado, sólo el 4,8% conecta el inodoro a alcantarillado y los demás generalmente manifiestan conexión del mismo a un pozo séptico (66%); hacen sus

necesidades a campo abierto el 23,5% de los hogares; usan letrina/hoyo el 2,5%; baño seco o inodoro sin conexión el 1%. Ver tabla N° 16.

Tabla N° 16. Servicio Sanitario según Organización

Servicio Sanitario		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
Inodoro al alcantarillado	Recuento	22	27	49
	% dentro de Organización	3,5%	6,8%	4,8%
Inodoro a pozo séptico	Recuento	414	261	675
	% dentro de Organización	66,3%	65,4%	66,0%
Inodoro sin conexión	Recuento	9	1	10
	% dentro de Organización	1,4%	0,3%	1,0%
Letrina/Hoyo	Recuento	4	22	26
	% dentro de Organización	0,6%	5,5%	2,5%

Servicio Sanitario		Organización		Total
		Corpoayari	Asopeproc	
Baño seco	Recuento	7	3	10
	% dentro de Organización	1,1%	0,8%	1,0%
Campo Abierto /No tiene	Recuento	161	79	240
	% dentro de Organización	25,8%	19,8%	23,5%
Sin Información	Recuento	7	6	13
	% dentro de Organización	1,1%	1,5%	1,3%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Indicativo de la anterior situación es que el 60,7% de los hogares tenga el sanitario ubicado fuera de la vivienda pero en la finca, y sólo el 19,3% lo tenga dentro de la vivienda (Ver tabla N° 17).

Tabla N° 17. Ubicación del Sanitario según Organización

Servicio Sanitario		Organización		Total
		Corpoayari	Asopeproc	
Dentro de la vivienda	Recuento	115	82	197
	% dentro de Organización	18,4%	20,6%	19,3%
Fuera de la vivienda pero en la finca	Recuento	363	258	621
	% dentro de Organización	58,2%	64,7%	60,7%
Fuera de vivienda y finca	Recuento	8	6	14
	% dentro de Organización	1,3%	1,5%	1,4%
No Informa	Recuento	138	53	191
	% dentro de Organización	22,1%	13,3%	18,7%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

También, que aún un 61,3% de los hogares use el lavadero de ropas como lavamanos, el 16,7% use el lavaplatos para el lavado de manos, y que el 6,4% tenga el lavamanos conectado a red junto al inodoro (Ver tabla N° 18).

Tabla N° 18. Existencia de lavamanos según Organización

Tipo Lavamanos		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
Lavamanos conectado a red junto al inodoro	Recuento	40	25	65
	% dentro de Organización	6,4%	6,3%	6,4%
Balde o taza junto al inodoro	Recuento	33	14	47
	% dentro de Organización	5,3%	3,5%	4,6%
Lavadero de ropas se usa como lavamanos	Recuento	372	255	627
	% dentro de Organización	59,6%	63,9%	61,3%
Lavaplatos se usa para el lavado de manos	Recuento	94	77	171
	% dentro de Organización	15,1%	19,3%	16,7%
Un punto de llave en el patio fuera de la vivienda	Recuento	13	9	22
	% dentro de Organización	2,1%	2,3%	2,2%
No hay lugar para lavamanos	Recuento	37	5	42
	% dentro de Organización	5,9%	1,3%	4,1%
Otro	Recuento	7	9	16
	% dentro de Organización	1,1%	2,3%	1,6%
Tipo Lavamanos		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
No Informa	Recuento	28	5	33
	% dentro de Organización	4,5%	1,3%	3,2%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Igualmente, en cuanto a la eliminación de basuras, el 36,2% de los hogares la quema, el 22% la entierra, en el 16,4% de los casos la recoge un servicio informal como la zorra o

carreta, y sólo en el 1,7% la recoge el servicio formal de aseo, mientras el resto de la población la tira a un lote, al patio, a una zanja o a un río, caño o laguna (Ver tabla N° 19).

Tabla N° 19. Eliminación de basuras según Organización

Formas de eliminación		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
La recogen los servicios de aseo	Recuento	8	9	17
	% dentro de Organización	1,3%	2,3%	1,7%
La tiran al rio, caño, laguna	Recuento	10	3	13
	% dentro de Organización	1,6%	0,8%	1,3%
La tiran a un lote, patio, zanja	Recuento	45	49	94
	% dentro de Organización	7,2%	12,3%	9,2%
La queman	Recuento	253	117	370
	% dentro de Organización	40,5%	29,3%	36,2%
La entierran	Recuento	134	93	227
	% dentro de Organización	21,5%	23,3%	22,2%
La recoge un servicio informal (zorra, carreta)	Recuento	107	61	168
	% dentro de Organización	17,1%	15,3%	16,4%
Otro	Recuento	20	49	69
	% dentro de Organización	3,2%	12,3%	6,7%
No Informa	Recuento	47	18	65
	% dentro de Organización	7,5%	4,5%	6,4%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

En estas condiciones no se percibe que haya cultura de reciclaje, medida al menos en términos de clasificación de las basuras, pues sólo el 33,9% de los hogares en promedio lo hace (Ver tabla N° 20); y de la basura

clasificada, los tipos que más se seleccionan son desechos (24%), vidrio (21%), plástico (18%), papel (17%), pilas y baterías (18%), entre otros (Ver tabla N° 21).

Tabla N° 20. Clasificación de la basura según organización

Clasifica basura		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
SI	Recuento	209	138	347
	% dentro de Organización	33,5%	34,6%	33,9%
No	Recuento	398	237	635
	% dentro de Organización	63,8%	59,4%	62,1%
No Informa	Recuento	17	24	41
	% dentro de Organización	2,7%	6,0%	4,0%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Tabla N° 21. Tipo de Basuras que se clasifica según Organización

Productos		Organización					
		Corpoayarí		Asopeproc		Total	
		Recuento	% columnas- total por producto	Recuento	% columnas- total por producto	Recuento	% columnas- total por producto
Selecciona desechos	SI	166	27%	84	21%	250	24%
	No	148	24%	135	34%	283	28%
	No Informa	310	50%	180	45%	490	48%
	Subtotal	624	100%	399	100%	1023	100%
Selecciona vidrio	SI	130	21%	89	22%	219	21%
	No	146	23%	119	30%	265	26%
	No Informa	348	56%	191	48%	539	53%
	Subtotal	624	100%	399	100%	1023	100%
Selecciona papel	SI	108	17%	66	17%	174	17%
	No	159	25%	131	33%	290	28%
	No Informa	357	57%	202	51%	559	55%
	Subtotal	624	100%	399	100%	1023	100%
Selecciona pilas y baterías	SI	64	10%	55	14%	119	12%
	No	172	28%	132	33%	304	30%
	No Informa	388	62%	212	53%	600	59%
	Subtotal	624	100%	399	100%	1023	100%
Selecciona plástico	SI	118	19%	70	19%	188	18%
	No	151	24%	129	32%	280	27%
	No Informa	355	57%	200	50%	555	54%
	Subtotal	624	100%	399	100%	1023	100%

Productos		Organización					
		Corpoayará		Asopeproc		Total	
		Recuento	% columnas- total por producto	Recuento	% columnas- total por producto	Recuento	% columnas- total por producto
Selecciona medicamentos	SI	45	7%	24	6%	69	7%
	No	180	29%	148	37%	328	32%
	No Informa	399	64%	227	57%	626	61%
	Subtotal	624	100%	399	100%	1023	100%
Selecciona envases metálicos	SI	58	9%	42	11%	100	10%
	No	171	27%	138	35%	309	30%
	No Informa	395	63%	219	55%	614	60%
	Subtotal	624	100%	399	100%	1023	100%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

La comunidad es consciente que el agua que consumen –procedente de manantiales, ríos y aljibes– no es potable¹⁷, y a pesar de ello no la hierven ni la tratan con algún método de potabilización familiar. Los pozos sépticos no son construidos con especificaciones técnicas adecuadas y generalmente se encuentran muy cerca de los tanques que almacenan agua para el consumo doméstico.

Tampoco las familias e instituciones cubren o lavan adecuadamente los tanques de almacenamiento del agua, ni realizan otros procesos de gestión ambiental como recolección apropiada y cubrimiento de desechos sólidos y recipientes abandonados, ni retiran los recipientes con agua donde alojan plantas ornamentales o silvestres en sitios ubicados cerca a los domicilios, por lo que es frecuente ver en ellos el crecimiento de larvas que posteriormente se transforman en los mosquitos y moscas que como vectores afectan la salud de los habi-

tantes con los brotes frecuentes de Dengue, Chikungunya, Zika, Paludismo y Diarrea, entre otros. De otra parte, los mataderos de sacrificio de animales para carne de consumo humano tampoco están higiénicamente construidos ni sanitariamente manejados.¹⁸

A pesar de que en las entrevistas las comunidades no siempre diferencian entre los conceptos malnutrición y desnutrición, y de que este es un territorio rico en disponibilidad de alimentos como carne, leche y sus derivados, así como en huevo, arroz, plátano, yuca, pescado y chontaduro, entre otros, se observa muy poca oferta de frutas y verduras, y se encuentran casos de desnutrición y obesidad frecuentes. Ello no sólo tiene que ver con los hábitos de consumo de alimentos sino también con la carencia de agua potable, saneamiento básico y falta de programas de apoyo a la diversificación en la producción alimentaria.¹⁹

17. Una muestra de calidad del agua en las veredas Playa Rica, Potras Quebradón, Las Nieves, el ETCR Urías Rondón y el asentamiento indígena Embera-Chamí, en el territorio de Corpoayará, mostró presencia de bacterias coliformes como la *Escherichia Coli* (Colciencias/PNUD 2019).

18. Relatorías de Talleres con comunidades de Ascal-G, febrero 28 al 2 de marzo del año 2019; Taller con familias del cabildo indígena Embera-chamí, Maloca en territorio de la vereda Playa Rica, septiembre 18 de 2018; Notas de Campo de Villamizar, La Cristalina, junio de 2017.

19. Relatorías de los talleres con dirigentes de Ascal-G en las veredas Samaria, El Rubí y San Juan de Losada, febrero 28 a marzo 2 de 2019; igualmente taller con el cabildo Embera-Chamí en Playa Rica, 18 de septiembre de 2018.

Con respecto a logros educativos, el nivel preescolar apenas lo alcanza el 6% de las personas, la primaria completa solamente la cursa el 14%, primaria y secundaria incom-

pleta el 25% y 24% respectivamente, secundaria completa el 14%, y educación técnica y profesional el 4% y 1% respectivamente.²⁰ (Ver tabla N° 22)

Tabla N° 22. Nivel Educativo según Organización

Nivel Educativo	Organización					
	Corpoayarí	%	Asopeproc	%	Total	%
Ninguna	259	11	120	9	379	10
Preescolar	163	7	75	5	238	6
Primaria Completa	331	14	212	15	543	14
Primaria Incompleta	580	25	364	26	944	25
Secundaria Incompleta	538	23	351	25	889	24
Secundaria Completa	354	15	182	13	536	14
Técnica	98	4	67	5	165	4
Profesional	21	1	9	1	30	1
Otro nivel	11	0	10	1	21	1
Total	2355	100	1390	100	3745	100

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

De otra parte, el mal estado de las vías hace que la cantidad de polvo que se esparce por el tráfico vehicular o de animales, particularmente en época de verano, genere enfermedades respiratorias agudas, como lo han referido los campesinos en las visitas de campo en el territorio de las organizaciones sociales. En la vereda La Cristalina, por ejemplo, los campesinos y campesinas han denunciado la falta de vías de acceso y la ausencia de puentes en ríos grandes como el Losada, o en los pequeños y medianos caños que surcan el territorio en varias direcciones; los puentes actualmente existentes han sido construidos con madera por las propias comunidades y exponen a las mismas a accidentes frecuentes por su mal estado o falta de capacidad para soportar el peso y tipo de tráfico a que ahora son sometidos (Ver Ilustración N° 8).

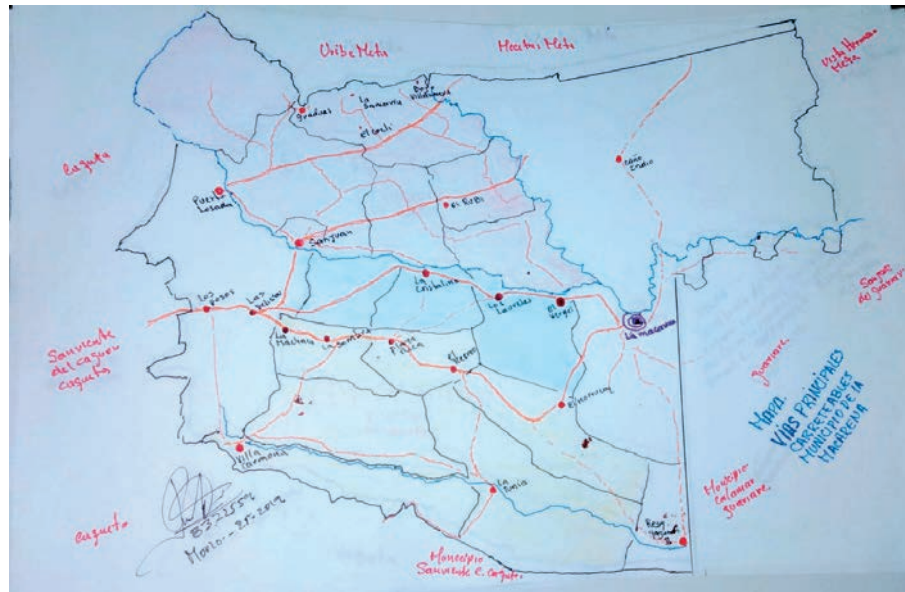
Condiciones ambientales

Las fumigaciones del gobiernos de los Estados Unidos y de Colombia con agentes biológicos y químicos como el hongo *Fusarium Oxysporum* y el herbicida Glifosato en algunas áreas del territorio, para la erradicación de cultivos de coca, si bien se hicieron principalmente entre el año 1998 y el 2002 en el marco del Plan Colombia, han producido efectos agudos y crónicos en la salud de las personas, el ambiente y los cultivos, que pueden percibirse hasta el presente. Entre esos efectos, los pobladores del territorio se refieren a lesiones dermatológicas, abortos y malformaciones fetales, así como a la contaminación de fuentes hídricas y a la afectación de cultivos tradicionales de pan coger.

Como se sabe, la región del AMEM también está amenazada por crecientes procesos

20. En educación, por ejemplo, las tasas de cobertura en La Macarena en el 2016 fueron generalmente bajas: transición, 32,98; primaria, 56,93; secundaria, 38,05; media, 17,49; y básica 47,09. La tasa de cobertura neta en educación fue de 17,42 en transición; 43,51 en primaria; 27, 9 en secundaria; 10,81 en media; y 41,77 en básica. https://intranet.meta.gov.co/secciones_archivos/597-72514.pdf

Ilustración N° 8. Red de vías carreteables en los territorios

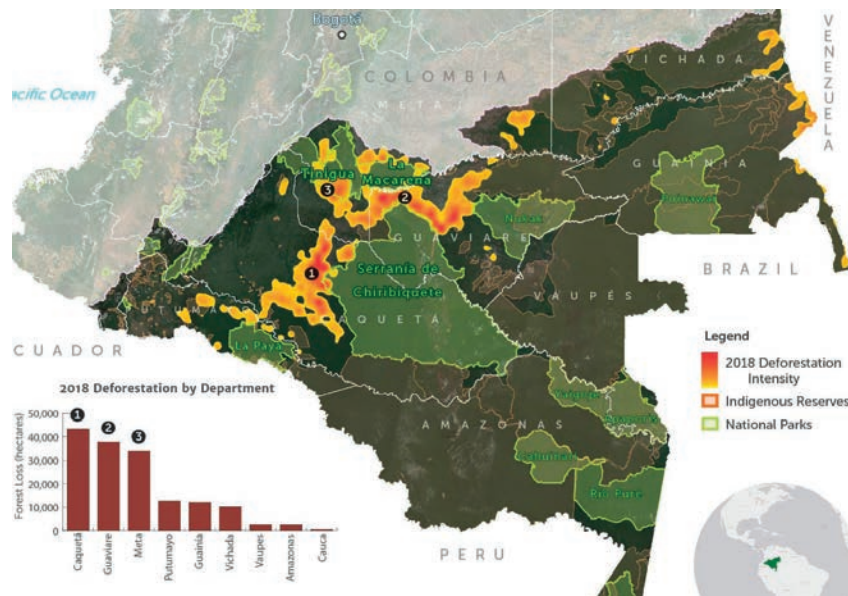


Fuente: elaborado por Gustavo Pérez, dirigente de Corpoayari.

económicos de extracción de combustibles fósiles y recursos mineros del subsuelo; por grandes plantaciones agroindustriales y monocultivos; por el socoleo, tumba y quema de bosques para cultivos de hoja de coca y ganadería extensiva; y por proyectos forestales e hidrobiológicos a gran escala. Esta dinámica económica se acompaña de los procesos de pequeña y mediana producción tradicional o ancestral de tipo indígena, afro y colono-campesina. Esta dinámica económica de potrerización, ampliación de

la frontera agrícola y fragmentación ecosistémica del territorio a gran escala, tiene en riesgo la estabilidad de los ecosistemas naturales como los bosques de galería, las fuentes de agua, los humedales, morichales y la biodiversidad. El impacto negativo de la deforestación de los años recientes en las condiciones de vida de las comunidades, en la economía campesina de subsistencia, en la biodiversidad y en las zonas de reservas naturales, viene siendo dramático (Ver Ilustración N° 9 y 10).

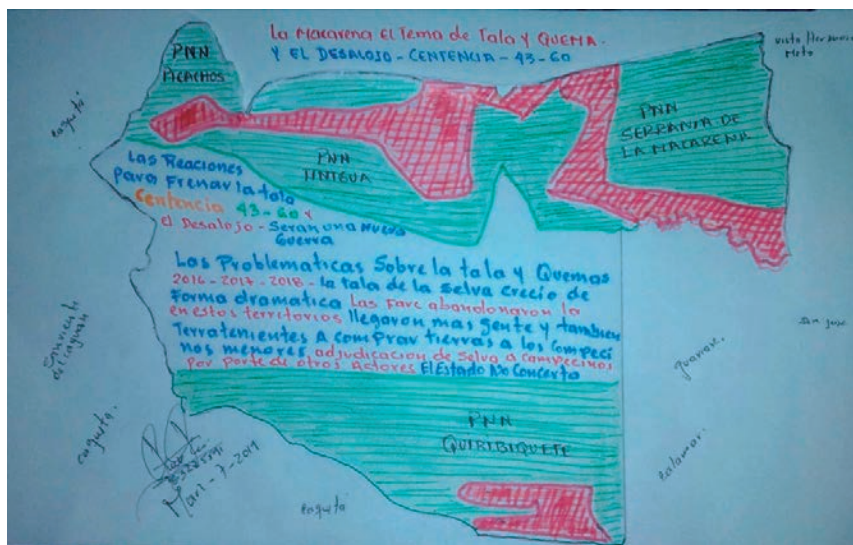
Ilustración N° 9. Procesos de deforestación aledaños a La Macarena



Fuente: AMEM - La Macarena, 2018

Ilustración N° 10

Corredores de tala y quema de bosques en los territorios de La Macarena - Meta



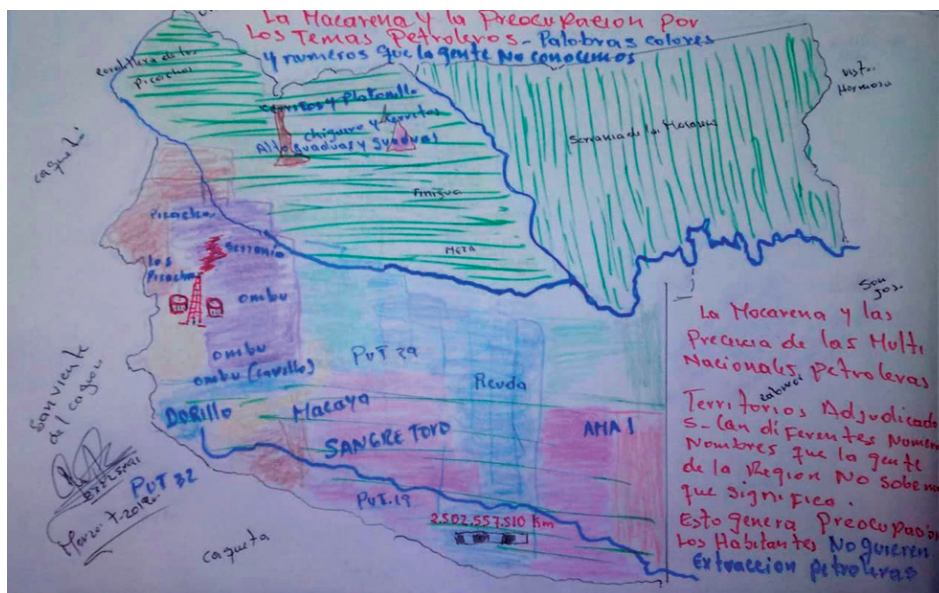
Fuente: elaborado por Gustavo Pérez, dirigente de Corpoয়ারী.

Se conoce que como consecuencia de la pérdida del control militar del territorio por parte de las FARC-EP al hacer dejación de las armas en el contexto del Acuerdo de Paz, y de las nuevas dinámicas oportunistas de colonización y de exploración petrolera por alrededor de siete multinacionales, desde el 2016 se ha acentuado el proceso de deforestación, quema y tala de la selva para la agroindustria, la expansión de pastizales para la ganadería, la extracción de hidrocar-

buros y la minería (Ver Ilustración N° 11), o simplemente, para el acaparamiento de tierras. La deforestación ha intensificado la depredación de la naturaleza y no se evidencia control estatal efectivo para frenarla, pues en gran medida tales procesos son consonantes con los planes de desarrollo, integración y expansión del Estado-nación (Betancourt, Hurtado, Porto-Gonçalves, 2015, p. 23-38).

Ilustración N° 11

Zonas de exploración petrolera y minera en los territorios de La Macarena - Meta

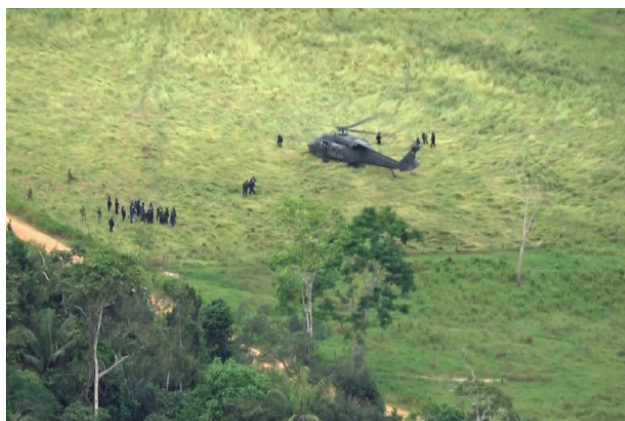


Fuente: elaborado por Gustavo Pérez, dirigente de Corpoয়ারী.

Además de la alteración de la salud de las estructuras ecológicas fundamentales, de la pérdida de biodiversidad y del cambio de los ciclos de lluvias, también se percibe daño directo de la salud humana, pues estas prácticas aumentaron en su momento los problemas respiratorios, de salud mental e infecciosos, al generar estrés y ansiedad, y facilitar el contacto humano con vectores y agentes patógenos selváticos cuya propagación se extendió a los territorios.

También se arriesga la soberanía alimentaria y la seguridad nutricional en la medida en que la reducción de la franja de economía campesina por la ampliación inconsulta de los parques nacionales, la expansión de la extracción de recursos del subsuelo, la agroindustria y la expulsión de las familias campesinas de la tierra, amenaza reducir la producción agropecuaria de subsistencia (Ver Ilustración. N° 12)

Ilustración N° 12 Acción policial de desalojo de campesinos en los Picachos



Fuente: El Espectador. Las preguntas incómodas por el “Operativo Picachos”. 7 de noviembre del 2018

Condiciones de trabajo

En cuanto a las condiciones de trabajo, los campesinos manifiestan inconformidad por la falta de protección con respecto al daño ambiental consecuencia de la actividad agropecuaria basada en la deforestación incontrolada, la contaminación de las aguas de ríos y quebradas, las fumigaciones con glifosato y las dinámicas hogareñas de las familias.

Los accidentes de trabajo son frecuentes en los coteros, aserradores, vaqueros y campesinos por el uso sin medidas de seguridad de las guadañas y motosierras, que les han producido amputaciones y otras lesiones accidentales; y las enfermedades profesionales y zoo-nóticas como la brucelosis y la encefalitis equina, entre otras, están relacionadas con el ordeño y manejo del ganado y otros animales.

El sistema de protección de riesgos laborales, componente del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), tiene muy poca o ninguna cobertura entre los trabajadores de estos territorios, pues el contenido de sus políticas ha sido excluyente.

Condiciones de vida de las comunidades indígenas

De otra parte, aunque no se hizo un diagnóstico específico de las condiciones de vida de todas las comunidades indígenas del territorio, se puede percibir que por los pocos ingresos que obtienen, y por la ausencia de programas públicos de apoyo alimentario, pasan hambre aunque no hayan presentado muertes por esta causa entre humanos pero sí en animales como los perros; refieren que se han sentido desamparados, sin satisfac-

ción de sus necesidades básicas de salud, educación, vivienda, acceso a agua potable, saneamiento, entre otros.

Para sobrevivir usan arrendar a ganaderos el pasto de sus tierras, cuando las tienen, a un monto aproximado de 7 mil pesos por cabeza de ganado pastada; algunos, por temporadas, cultivan yuca, arroz, maíz y caña; otros trabajan como jornaleros cogiendo maíz y guadañando, y las mujeres trabajan en los oficios domésticos de la casa y en la cría de gallinas. Entre ellos está pro-

hibida la cacería de especies animales del territorio.

El proceso de paz les ha impactado negativamente porque no los dejan tumbar árboles y tampoco han logrado conseguir insumos para labrar la tierra, aunque están dispuestos a aceptar pago por el cuidado de la naturaleza. Los ancianos reciben 60 mil pesos de subsidio del Estado cada 2 meses en la cabecera municipal de La Macarena, pero el costo del viaje para recogerlo consume gran parte del mismo.²¹

21. Taller realizado en la vereda Playa Rica, Maloka de varias familias Embera-chamí, 18 de septiembre de 2018.

Cobertura de salud y acceso a la atención de salud

Los excombatiente de las FARC-EP que estuvieron en la antigua ZVTN Urías Rondón, refieren que en todos los sitios donde tuvieron la oportunidad de trasegar como guerrilleros durante los muchos años de guerra en que participaron, percibieron la falta de disponibilidad de servicios para la atención en salud de la población del territorio, la carencia de medicamentos, equipamiento, personal de salud y otros insumos necesarios para procedimientos diagnósticos, tratamientos y actividades de prevención; igualmente, fueron testigos de las persistentes barreras para el acceso a la atención por las grandes distancias que debían recorrer los pacientes entre sus hogares y las instituciones de salud a las que debían acudir para los tratamientos, los altos costos del transporte terrestre, fluvial y aéreo que debían pagar, y la falta de dinero de las familias para pagar el alojamiento, la alimentación y cubrir otros gastos de los pacientes y acompañantes cuando éstos eran remitidos fuera del territorio²².

Del mismo modo, denunciaron la inequidad en el acceso a la atención en salud pues, según ellos, quienes contaban con más recursos eran atendidos en mejores condicio-

nes: al pequeño campesino y al indígena, por ejemplo, se les dificultaba el acceso a un sistema de salud digno y era a quienes más les golpeaba la escases y falta de medicamentos. Al firmarse el acuerdo final de paz, las gentes de La Macarena tenían la esperanza de que muchas de estas carencias fuesen superadas en cumplimiento del punto uno del acuerdo sobre reforma rural integral. Sin embargo, ello no ha sido así.

En lo que sigue de este documento describiremos la cobertura de salud y el acceso a la atención de salud, entendiendo por cobertura la capacidad del sistema para responder a las necesidades de salud en infraestructura, equipamiento, recurso humano y financiero, y por acceso la oportunidad que debe tener cada persona y/o comunidad de usar los servicios y gozar de las acciones del sistema cuando las necesitan.

Capacidad de cobertura de las instituciones de salud

La capacidad física en infraestructura y equipamiento de la Red de Centros de Salud para La Paz, que debe cubrir todo el municipio de La Macarena, se ha instalado principalmente en la cabecera municipal,

22. Notas de campo de Vega R derivadas del taller con excombatientes de las FARC realizado en junio de 2017 en el hoy ETCR Urías Rondón.

con ausencia de efectiva cobertura de ésta en las zonas rurales donde vive la gran mayoría de la población. La infraestructura y el equipamiento se concentra en tres puntos de atención: el de la cabecera municipal, el de San Juan de Losada y el provisional del ETCR Urías Rondón en la vereda Playa Rica. La infraestructura y dotación de estas instituciones es la típica de centros de atención de primer nivel de baja resolutivez en promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad.²³

En su conjunto, la Red de Centros de Salud para la Paz dispone de 3 consultorios de medicina general, 2 de odontología, 3 de promoción y prevención, 2 unidades de odontología fijas y 4 portátiles, 1 camilla de urgencias y otra de observación, una sala con 1 equipo de rayos X, 3 ambulancias básicas, 10 camas para hospitalización (1 pediátrica, 1 para hombres, 3 para mujeres, 4 obstétricas y 1 para aislados) y 1 laboratorio clínico. De acuerdo con los indicadores que relacionan este recurso con la población que debe ser cubierta, en el 2015 esta red de centros de salud disponía de 0,12 ambulancias básicas por 1000 habitantes, ninguna ambulancia medicalizada, 0,12 camas de adultos por 1000 habitantes, ninguna cama de cuidados intensivos, ninguna cama de cuidado intermedio y 0,37 camas por 1000 mil habitantes, siendo de los más bajos indicadores de la región y de la nación.²⁴

En general, en todo el territorio municipal hay 16 instalaciones de servicios de salud, de las cuales cinco están abiertas y 11 cerradas, en buen estado físico están cinco, en regular estado físico 5, y en mal estado físico 6. Con respecto a la disponibilidad de equipamiento, hay 8 instalaciones que lo tienen

en buen o regular estado, y 8 que no tienen ninguno (Ver Ilustración N° 13 y tabla N° 23). El cierre, deterioro de la infraestructura, ausencia o mal estado del equipamiento y la falta de insumos, se da principalmente en los puestos de salud construidos por las comunidades, con la participación del Estado o con apoyo de organismos internacionales, que alguna vez funcionaron en las veredas o en los centros poblados.²⁵

Con respecto a la fuerza de trabajo en salud, en la Red de Centros de Salud para La Paz hay 29 personas que hacen labores científico-técnicas, de las cuales 7 son médicos generales, 2 odontólogos, 2 enfermeras profesionales, 12 enfermeras auxiliares, 1 bacteriólogo, 1 auxiliar de laboratorio, 1 regente de farmacia, 1 técnico en rayos X y 1 conductor. Del total de este personal, 5 tiene contrato permanente (de planta), 16 contrato por prestación de servicios (inestable) y 8 contratos como rurales (servicio social obligatorio) (Departamento del Meta, Gobernación del Meta, ESE Departamental Solución Salud del Meta, 2019). De lo anterior se desprende que en el municipio de La Macarena hay aproximadamente un médico por cada 5.000 personas (cuando de acuerdo a la OMS debe ser al menos 1/1.000), una enfermera profesional por cada 18.000, un odontólogo por cada 18.000, una auxiliar de enfermería por cada 3.000 y ningún promotor de salud institucionalmente formado, aceptado y vinculado. Esta deficiente relación de fuerza de trabajo de salud/población se agrava considerando que este recurso se concentra en la cabecera municipal y el altísimo grado de dispersión de la población en el territorio, lo que dificulta la llegada de pacientes al casco urbano y el alcance de las actividades del personal.

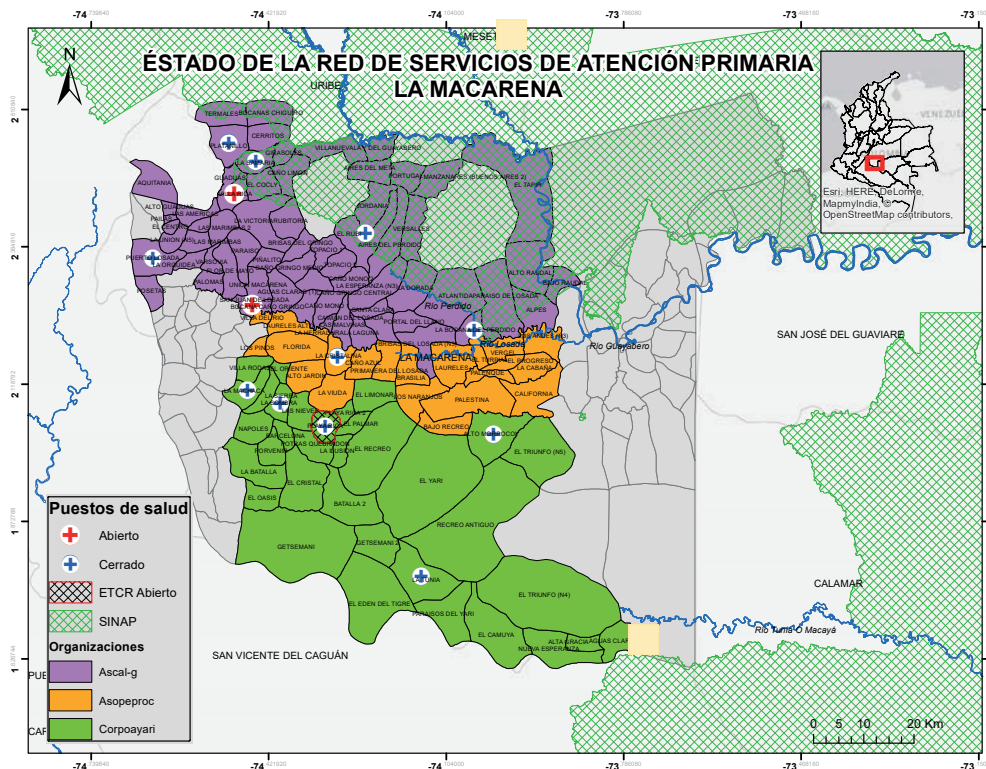
23. Observación del equipo de trabajo en recorrido de la red de centros de salud en todo el proceso de trabajo de campo desde el año 2017 al 2019.

24. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud -ASIS-, La Macarena, 2015

25. Claudia Rojas y Román Vega. Talleres con las comunidades de los centros poblados Alto Morrocoy, Playa Rica, La Cristalina del Losada, La Tunia y La Sombra entre los días 14 y 22 de septiembre de 2018; Román Vega, Sara Londoño y Laura Escobar. Talleres con las comunidades en los centros poblados Samaria, El Rubí y San Juan de Losada, 28 de febrero al 2 de marzo de 2019.

Ilustración N° 13

Mapa que muestra el estado de funcionamiento de los puestos de salud de los territorios en la zona rural de La Macarena - Meta



Fuente: Cartografía social elaborada con la participación de comunidades de los territorios

Tabla N° 23. Estado de la red de centros y puestos de salud en La Macarena - Meta, 2019

Tipo y ubicación institución	Funcionamiento		Estado Físico			Equipamiento		Cantidad personal asistencial
	Abierto	Cerrado	Bueno	Regular	Malo	Con Equip.	Sin Equip	
CS, La Macarena	Abierto		Bueno			Si, bueno		7 Méd., 2 Odont. 2 Enf., 1 Bact, 7 Aux. Enf.
CS San Juan de Losada, Meta	Abierto		Bueno			Si, bueno		1 aux. Enf.
PS San Juan de Losada, Caquetá	Abierto			Regular		Si, Regular		1 Aux. Enf.
PS ETCR, Playa Rica	Abierto		Bueno			Si, bueno		1Aux. Enf., 1 Méd. c/ 15 días
PS Alto Morrocroy		Cerrado			Malo		No	0
PS La Tunia		Cerrado		Regular		Si, Regular		0
PS comunitario Playa Rica		Cerrado			Malo		No	0
PS La Cristalina		Cerrado		Regular		Si, Regular		0
PS La Sombra		Cerrado	Bueno			Si		0
PS La Machaca		Cerrado			Malo		No	0

Tipo y ubicación institución	Funcionamiento		Estado Físico			Equipamiento		Cantidad personal asistencial
	Abierto	Cerrado	Bueno	Regular	Malo	Con Equip.	Sin Equip	
PS Samaria		Cerrado			Malo		No	0
PS El Rubí		Cerrado		Regular			No	0
PS Villa Rica	Abierto		Bueno			Si		1 Aux. Enf.
PS Platanillo		Cerrado			Malo		No	0
PS Puerto Lozada		Cerrado		Regular			No	0
PS Bocanas del Perdido		Cerrado			Malo		No	0
Total	5	11	5	5	6	8	8	29

Fuente: Trabajo de campo del proyecto MSP y Red Universidades SaludPaz, 2018-2019. Elaboración propia.

Dado que la mayoría de la fuerza de trabajo misional de salud está contratada bajo las modalidades de prestación de servicios (OPS) y servicio social obligatorio (rural), es frecuente la inestabilidad laboral debido a la altísima rotación que propicia el tener bajos salarios y la ausencia de prestaciones sociales, lo cual afecta la capacidad resolutive de la atención y la duración y calidad del vínculo entre el proveedor de los servicios y las personas, familias y comunidades del territorio. Además, este es un personal generalista sin adecuada formación para las necesidades de salud del territorio que realiza sus actividades en la sede de la cabecera municipal de la red de centros de salud esperando que los pacientes lleguen a sus consultorios para las consultas asistenciales y de promoción y prevención sin importar la distancia que tengan que recorrer las personas que demandan atención. Se ha informado también que algunos de estos profesionales y personal auxiliar de salud han renunciado a su trabajo por supuestas amenazas o por temor a hacer actividades extramurales tipo brigadas en lugares del territorio donde se informa que se han presentado o pueden presentarse acciones violentas²⁶.

Con respecto a la disponibilidad de fuerza de trabajo de salud en el área rural, desde hace 20 años algunos de los territorios de las organizaciones sociales no cuentan con médicos; por ejemplo, aunque el puesto de salud de la Cristalina del Losada debería atender al menos 850 familias (por lo menos 2.975 personas) de 21 veredas de 3 núcleos de la organización, además de que se está cayendo porque su infraestructura no tiene mantenimiento adecuado, no cuenta con equipamiento ni insumos médicos ni odontológicos aceptables, sólo funciona cuatro meses al año, y cuenta con una auxiliar de enfermería que hace actividades de vacunación cuando es contratada.

Los habitantes de estos territorios no confían en las enfermeras auxiliares que trabajan en los pocos puestos de salud abiertos, porque las ven como agentes externos y en razón del casi nulo trabajo comunitario que realizan, lo cual genera poca adherencia. Por otro lado, a pesar de que en el pasado tuvieron promotores de salud formados y procedentes de sus comunidades, estos nunca fueron contratados para prestar el servicio y perdieron su habilidades o abandonaron el territorio.²⁷

26. Entrevista con Alba Lucero Martínez, directora de la Red de Centros de Salud para la Paz, cabecera municipal La Macarena, septiembre 14 de 2018.

27. Notas de Campo de Laura Villamizar, La Cristalina, junio del 2017; Informe de Paola Andrea González Gutiérrez sobre Capacitación de trabajadores comunitarios de salud en La Macarena, noviembre 3 al 8 de diciembre de 2018.

En búsqueda de una salida comunitaria ante el abandono del Estado y las fallas del sistema de salud, se inició en noviembre del año 2018 un proceso de entrenamiento de promotores de salubridad rural con base en una iniciativa surgida de las propias comunidades y puesta en práctica con el apoyo del Movimiento para la Salud de los Pueblos (PHM,) bajo este proyecto. La jornada ha permitido entrenar alrededor de 80 trabajadores comunitarios de salud seleccionados por las propias veredas en la perspectiva de avanzar en la implementación de un proyecto de autogestión comunitaria integral de la salud (Ver tabla N° 24). De estos trabajadores 9 se han entrenado en Asopeproc, 36 en Corpoayarí y 3 en Ascal-G. Las personas provenían de 34 veredas, de las cuales 6 veredas son Asopeproc, 19 de Corpoayarí y 9 de Ascal-G; de éstos promotores, 3 procedían de los asentamientos in-

dígenas Embera-chamí (2) y Nasa Chxachxa (1), y uno del ETCR Urías Rondón (Ver tabla N° 24).

Avanzar en la perspectiva de un proceso comunitario de autogestión integral de salud, implicará profundizar la generación de capacidades de estos promotores y de los integrantes de los Comités de Salud, cubriendo todas las veredas del territorio y mejorando el contenido de su entrenamiento, formándolos en trabajo en equipo para que constituyan comités de trabajo por organización social, núcleos y veredas, y puedan así desarrollar planes de acción por cada uno de los territorios de salud de las organizaciones sociales, microterritorios de salud por núcleos y veredas, en los temas prioritarios que constituyan desafíos para la salud de la comunidad.

Tabla N° 24. Promotores de salubridad rural entrenados, 2018-2019

Territorio según Organización	Cantidad	Número de veredas	Cantidad por cabildo	Número de Cabildos	Cantidad por ETCR	Fecha de entrenamiento	Total
Asopeproc	9	6				7-12 Nov 2018	9
Corpoayarí	36	19	3	2 (Embera-Chamí y Nasa Chxachxa)	1	21Oct-7Dic 2018	36
Ascal-G	35	9				14Mar-X 2019	35
Total	80	34	3	2	1		80

Fuente: trabajo de campo del proyecto MSP y Red Universidades SaludPaz, 2018-2019. Elaboración propia.

El personal asistencial del puesto de salud del ETCR Urías Rondón y el del puesto de salud de San Juan de Losada, podría apoyar de modo efectivo la atención en salud de los habitantes de las veredas a su alrededor. Sin embargo, el primero cuenta sólo con un médico que atiende intramuralmente cada 15 días por tres días, una auxiliar de enfermería y una ambulancia básica.

El segundo, más o menos bien equipado, en ocasiones cuenta con un auxiliar de enfermería que realiza actividades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), y con

un médico que atiende parcialmente a la población 8 días al mes, debido a que Asmetsalud, la EPS a la cual está afiliada la mayoría de la misma, contrata la prestación de los servicios de atención primaria con el Hospital San Rafael de San Vicente del Caguán, ubicado a más de 2 horas de distancia de las veredas, pero no con la ESE Solución Salud del Meta, al cual pertenece este puesto de salud. El Hospital San Rafael del municipio de San Vicente del Caguán sólo tiene en San Juan de Losada un servicio de salud precario en una casa arrenda, atendido por una auxiliar de enfermería.

En los pueblos indígenas la situación es aún peor. Aunque en la comunidad Embera-chamí para la atención en salud propia alguna vez tuvieron dos parteras, ahora los partos son atendidos por las abuelas, y aunque aún disponen de un Jaibaná, esta es una persona mayor que ha perdido el dominio de los espíritus y no puede ejercer su actividad como curandero del grupo. La secretaría de salud de Villavicencio les ha apoyado con recursos para traer otro Jaibaná al territorio, pero les hacen falta los útiles para el ritual (pagan 1 millón de pesos por su traída). Situación similar a la de los Embera-chamí viven las otras comunidades indígenas del territorio. La pérdida de su recurso humano ancestral viene llevando a una pérdida progresiva de los conocimientos y prácticas tradicionales, ancestrales y naturales en salud.

Con respecto a la capacidad técnico-administrativa de las instituciones de salud, se observan deficiencias similares. El recurso humano administrativo, que es mayor en cantidad al misional (45 en total), también concentra sus actividades en la sede de la cabecera municipal de la Red de Centros de Salud para la Paz del municipio, desentendiéndose de gestionar las instituciones en las zonas rurales. Por lo demás, su capacidad de gestión es limitada; igualmente, se sostiene que se vive una crisis fiscal pero no se conoce cuánto es el presupuesto; las decisiones sobre asignación de recursos, nombramiento de personal y programación de actividades del PIC se toman en la ESE Solución Salud del Departamento del Meta y no hay coordinación con el departamento del Caquetá para la atención de los lugares en litigio.²⁸

A nivel de la alcaldía del municipio, las dificultades e incapacidades administrativas,

fiscales y de planificación, son similares a las de la Red de Centros de Salud para la Paz. El incumplimiento de las metas de los planes de desarrollo, la baja cobertura de los servicios sociales y de salud, las deficiencias de infraestructura, de personal y de recursos tecnológicos e informativos para implementar, evaluar el impacto de los planes, programas y proyectos, así como para dialogar, incluir y facilitar la participación de las comunidades locales y propiciar la concertación con estas, han sido claramente documentadas (Cordepaz, 2012, p. 120-124).

Para el sector salud, la alcaldía municipal maneja actualmente entre 1.3 a 1.4 mil millones de pesos recibidos por transferencias del Sistema General de Participación. Con estos recursos pagan las actividades del Centro de Salud local, mediante convenio con el Hospital Departamental del Meta. Sin embargo, no tienen capacidad de asignación de recursos en infraestructura ni en equipamiento, aunque sí en contratos por prestación de servicios. Las decisiones fundamentales en el manejo y asignación de los recursos las toma el departamento a través de la ESE Solución Salud. Lo anterior es debido a que La Macarena es un municipio con descentralización de categoría 6, es decir, aunque puede financiar proyectos de inversión y gastos de financiamiento, no tiene capacidad de pago de servicios de deudas permitidas por la ley; de otra parte, no hay en el municipio un hospital de primer nivel de atención con autonomía administrativa, sino un Centro de Salud dependiente del hospital departamental del Meta.²⁹

En la explicación del cierre o precario funcionamiento de los centros y puestos de salud, del deterioro de su infraestructura física, y de la falta de equipamiento y de re-

28. Entrevista con Alba Lucero Martínez, directora de la Red de Centros de Salud para la Paz, cabecera municipal de La Macarena, septiembre 14 de 2018.

29. Entrevista con César Augusto Díaz Vallejo, secretario de hacienda de la Alcaldía Municipal La Macarena, septiembre 14 de 2018.

curso humano, convergen muchos factores, entre otros, los que tienen que ver con los conflictos del territorio, como lo veremos más adelante en la sección sobre influencia de los conflictos en la territorialización de la salud. Sin embargo, la crisis de cobertura institucional es debida, en gran parte, al énfasis que el gobierno hace en medidas de reducción del gasto de los hospitales, y al ejercicio de control de costos que las EPS imponen en su propio beneficio y por encima de su obligación de atender las necesidades de salud de la población que tienen afiliada.

Así, por ejemplo, hace 10 años el personal de salud que atendía en los puestos de salud de las veredas, y el equipamiento que éstos tenían, comenzó a ser progresivamente retirado de los mismos, con el beneplácito de la Superintendencia Nacional de Salud, como medida para enfrentar el alto riesgo financiero en que se encontraba la hoy ESE Hospital San Rafael de San Vicente del Caguán, a la cual pertenecen varios de los puestos de salud mencionados.

Simultáneamente, la EPS Asmetsalud cambió el método de pago por eventos de la prestación de los servicios, que incentivaba a la ESE Hospital San Rafael a llevar los servicios a las comunidades para obtener más ingresos, por el método de pago por capitación mediante el cual la EPS paga una suma fija de 13 mil pesos por persona afiliada a la ESE. Con este nuevo método de pago, la EPS no incentiva la obtención de ingresos por la prestación de los servicios del hospital a las comunidades, sino el control de costos de éste en beneficio de él mismo y de la EPS. Esta misma situación vive hoy la ESE Solución Salud del Departamento del Meta, a la que pertenecen otros de los

centros y puestos de salud de los territorios de La Macarena, y las medidas aplicadas para enfrentar la crisis financiera en que se encuentra, son similares a las que aplicó la ESE de San Vicente del Caguán para salir de ella.

Si bien con esas medidas de manejo del riesgo los hospitales públicos pueden solventar en parte sus crisis financieras³⁰, y las EPS extraer rentas de los fondos públicos de salud, sin embargo, es el derecho a la atención de las necesidades de salud de las personas de los territorios, el que se viola de forma flagrante y sistemática³¹ a expensas de la solución de tales crisis y de la sostenibilidad financiera de las EPS.

Hay allí una contradicción que debe ser resuelta con otra visión del funcionamiento y del sentido de los fines del sistema de salud, que permita colocar el derecho a la atención de las personas por encima de la rentabilidad financiera de hospitales y de las EPS, aspecto este último que ha sido convertido en un fetiche económico que no deja ver el sentido humano y pro equidad que debe guiar los sistemas de salud.

Acceso a la atención en salud

En esta sección nos referiremos a la cobertura de afiliación al SGSSS, al uso de los servicios de salud, a la accesibilidad geográfica por territorios de salud y a la integración de redes de atención.

Coberturas de afiliación

Según los registros oficiales de información, la cobertura de afiliación del aseguramiento en salud en el municipio de La Macarena está en el 25,6%. Según esta información, la mayoría de la población (74,6%), especialmente la de la zona rural dispersa, pareciera

30. En entrevista con personal directivo de las ESE se no ha informado que gran parte de la crisis financiera de esos hospitales es debida a las millonarias deudas de las EPS. Mucha de la deuda es irrecuperable porque algunas de las EPS, como Caprecom, han quebrado, o dejado de operar en los territorios si pagar lo adeudado como en el caso de Coomeva.

31. Esta misma situación de cierre de puestos de salud se presenta en el territorio de la Zona de Reserva Campesina del Pato Balsillas los cuales también pertenecen a la ESE San Rafael de San Vicente del Caguán en el Caquetá.

no estar afiliada al SGSSS³². Sin embargo, los resultados de la encuesta comunitaria muestran una mayor cobertura del SGSSS en los territorios de Corpoayarí y Asopeproc porque un 83,5% manifiesta estar afiliado, un 13,4% no y 3,1% no informa (ver tabla N° 25).

Tabla N° 25. Afiliación al sistema salud según Organización

Afiliación Salud		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
Si	Recuento	512	342	854
	% dentro de organización	82,1%	85,7%	83,5%
No	Recuento	98	39	137
	% dentro de organización	15,7%	9,8%	13,4%
No informa	Recuento	14	18	32
	% dentro de organización	2,2%	4,5%	3,1%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Con respecto a la afiliación por regímenes del SGSSS, el 77,8% de la población estaría en el régimen subsidiado, el 5% en el contributivo, el 0,4% en regímenes especiales pero el 16,8% no informa (Ver tabla N° 26). Son cotizantes al régimen contributivo el 4,1%, beneficiarios el 22,1% y el 73,8% no informa.

Tabla N° 26. Afiliación por regímenes según Organización

Sistema Salud		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
Contributivo	Recuento	30	21	51
	% dentro de organización	4,8%	5,3%	5,0%
Subsidiado	Recuento	478	318	796
	% dentro de organización	76,6%	79,7%	77,8%
Regímenes especiales	Recuento	2	2	4
	% dentro de organización	0,3%	0,5%	0,4%
No informa	Recuento	114	58	172
	% dentro de organización	18,3%	14,5%	16,8%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

32. En el caso del aseguramiento en salud, si la mayor parte de la población del municipio y de los territorios estuviera afiliada al régimen subsidiado, generalmente a la EPS Capital Salud en la zona más cercana a la cabecera municipal de La Macarena en el departamento del Meta, y a la EPS Asmetsalud en la zona más cercana a San Vicente del Caguán en el Departamento del Caquetá, la información aportada por el Sispro y por el Sondeo aplicado por este proyecto no se corresponderían. Infortunadamente en ninguna de las dos fuentes de información se reconoce la cantidad de población afiliada a Asmetsalud. En el territorio de Ascal-G, por ejemplo, se dice que gran parte de la población está afiliada a la EPS Asmetsalud y en mucho menor proporción a la EPS Capital Salud y a la Nueva EPS. Por ejemplo, según el presidente de la JAC de San Juan de Losada, en esta área hay aproximadamente 2600 personas afiliadas al sistema de salud del departamento Caquetá, y sólo 1080 personas estarían afiliadas en el departamento del Meta.

Se aducen como principales razones para la no afiliación la falta de dinero (5,1%), los muchos trámites (3,6%), falta de interés o descuido (1,5%), la espera de la encuesta Sisben (1,3%), pero la gran mayoría (85,7%) no informa (Ver tabla N° 27).

Tabla N° 27. Razón no afiliación al Sistema de Salud según Organización

Razón		Organización		Total
		Corpoayará	Asopeproc	
Falta dinero	Recuento	40	12	52
	% dentro de organización	6,4%	3,0%	5,1%
Muchos trámites	Recuento	25	12	37
	% dentro de organización	4,0%	3,0%	3,6%
No le interesa/ descuido	Recuento	12	3	15
	% dentro de organización	1,9%	0,8%	1,5%
No sabe que debe afiliarse	Recuento	1	0	1
	% dentro de organización	0,2%	0,0%	0,1%
No esta vinculado laboralmente	Recuento	1	0	1
	% dentro de organización	0,2%	0,0%	0,1%
Espera la encuesta SISBEN	Recuento	4	9	13
	% dentro de organización	0,6%	2,3%	1,3%
No sabe como afiliarse	Recuento	6	0	6
	% dentro de organización	1,0%	0,0%	0,6%
Lo desvincularon del SISBEN	Recuento	3	4	7
	% dentro de organización	0,5%	1,0%	0,7%
Perdió el trabajo	Recuento	2	0	2
	% dentro de organización	0,3%	0,0%	0,2%
Otro	Recuento	9	3	12
	% dentro de organización	1,4%	0,8%	1,2%
No Informa	Recuento	521	356	877
	% dentro de organización	83,5%	89,2%	85,7%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Con respecto a la cobertura de aplicación de la encuesta Sisben, que es la que habilita para afiliación al régimen subsidiado del SGSSS, el 85,7% de los encuestados dice tener aplicada la encuesta Sisben, un 12,2% informa que no la tiene, y el 2.1% no informa (Ver tabla N° 28).

Tabla N° 28. Cobertura Aplicación Sisben

Sisben	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	877	85,7	85,7
No	125	12,2	12,2
NI	21	2,1	2,1
Total	1023	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Según el nivel de Sisben que dicen tener las personas, el 67,8% sería Sisben nivel 1, el 2% Sisben nivel 2 y 0,4% Sisben nivel 3, pero el 29,8% no informa (Ver tabla N° 29). Esta percepción es coherente con el alto porcentaje de afiliación de la población al régimen subsidiado de salud.

**Tabla N° 29.
Nivel del Sisben
de la Población del Territorio**

Nivel Sisben	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1	694	67,8	67,8
2	20	2,0	2,0
3	4	0,4	0,4
NI	305	29,8	29,8
Total	1023	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Utilización de los servicios

En cuanto a la utilización de los servicios de salud, aunque la información para el conjunto del municipio no es adecuada, las respuestas dadas en la encuesta de condiciones de vida y salud con respecto al uso de los servicios de salud cuando se sienten enfermos, indica que en estos territorios las personas muy poco utilizan los servicios y los profesionales del sistema de salud occidental y que, dado ello, frecuentemente acuden a los remedios caseros, a la compra de drogas en las farmacias o se auto-medican, en general como consecuencia de la existencia de barreras de acceso, o por la inexistencia de servicios, como lo mostramos anteriormente.

Las conductas de uso de servicios de las personas cuando se sintieron enfermas fueron las siguientes: usó remedios caseros el 21%, acudió a una droguería el 13%, se auto-medició el 8%, acudió a un centro de salud el 8%, acudió a un médico tradicional el 2%, no hizo nada el 1% y no informa el 46% (Ver tabla N° 30).

Las razones más frecuentes por las que la población no consulta en el centro o puesto de salud, son las siguientes: está muy lejos 23,1%, falta dinero 14,3%, no lo consideró necesario 9,3%, muchos trámites 5,8%, no le han resuelto los problemas de salud 2,2%, otro 1,9%, la cita se la dieron para mucho después 1,2%, no le gusta como lo tratan 1,1%, no sabe donde acudir 0,5% y no informa 40,9% (ver tabla N° 31).

Tabla N° 30.
Conductas de uso de servicios de las personas con problemas de salud recientes

Lugar	Organización					
	Corpoayará	%	Asopeproc	%	Total	%
Acudió a Centro de Salud	150	8	81	0,07	231	8
Acudió a Curandero	1	0	0	0,00	1	0
Acudió a Médico Tradicional	49	3	26	0,02	75	2
Acudió a Remedios Caseros	303	16	345	0,29	648	21
Acudió a Droguería	244	13	165	0,14	409	13
Se automedicó	168	9	82	0,07	250	08
No Hizo Nada	22	1	8	0,01	30	1
Otro	4	0	0	0,00	4	0
NI	931	50	490	0,41	1421	46
Total	1872	100	1197	1	3069	100

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Tabla N° 31.
Razones por las que no acude al Centro de Salud según Organización

Razón	Organización		Total	
	Corpoayará	Asopeproc		
Falta dinero	Recuento	96	50	146
	% dentro de Organización	15,4%	12,5%	14,3%
Requiere muchos trámites	Recuento	32	27	59
	% dentro de Organización	5,1%	6,8%	5,8%
No lo consideró necesario	Recuento	52	43	95
	% dentro de Organización	8,3%	10,8%	9,3%
Está muy lejos	Recuento	156	80	236
	% dentro de Organización	25,0%	20,1%	23,1%
La cita se le dieron para mucho después	Recuento	4	8	12
	% dentro de Organización	0,6%	2,0%	1,2%
No le han resuelto los problemas de salud	Recuento	6	16	22
	% dentro de Organización	1,0%	4,0%	2,2%
No le gusta como lo tratan	Recuento	6	5	11
	% dentro de Organización	1,0%	1,3%	1,1%
No sabe donde acudir	Recuento	3	2	5
	% dentro de Organización	0,5%	0,5%	0,5%

Razón		Organización		Total
		Corpoayari	Asopeproc	
Otro	Recuento	18	1	19
	% dentro de Organización	2,9%	0,3%	1,9%
No Informa	Recuento	251	167	418
	% dentro de Organización	40,2%	41,9%	40,9%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Esta baja utilización del sistema oficial de atención en salud cuando se necesita, puede explicarse por la escasa cobertura del mismo y por las barreras de accesibilidad de todo tipo. Muchas de las personas cuando enferman no consultan al médico debido a las distancias, los altos costos de transporte o porque no hay médicos o no los atienden, y terminan auto-medicándose con la “Tripleta” (mezcla de los medica-

mentos dexametasona, diclofenaco y otro que no recuerdan), consultando a vecinos o comprando medicamentos sin prescripción médica en las droguerías.³³ Cuando lo necesitan, el médico general lo usa el 40,3% (Ver tabla N° 32), el médico especialista el 1,7% (Ver tabla N° 33), el odontólogo el 26,8%, el médico alternativo el 2,2%, pero los porcentajes de no información son superiores al 50%.

Tabla N° 32. Uso de Médico General por Organización

Médico General		Organización		Total
		Corpoayari	Asopeproc	
SI	Recuento	264	148	412
	% dentro de Organización	42,3%	37,1%	40,3%
No	Recuento	29	33	62
	% dentro de Organización	4,6%	8,3%	6,1%
No Informa	Recuento	331	218	549
	% dentro de Organización	53,0%	54,6%	53,7%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

33. Román Vega, Sara Londoño y Laura Escobar. Talleres con dirigentes comunales de diversos núcleos en las veredas Samaria, El Rubí y San Juan de Lozada, febrero 28, marzo 1 y 2, 2019.

Tabla N° 33. Uso de Médico especialista por Organización

Médico Especialista		Organización		Total
		Corpoayarí	Asopeproc	
SI	Recuento	14	3	17
	% dentro de Organización	2,2%	0,8%	1,7%
No	Recuento	41	41	82
	% dentro de Organización	6,6%	10,3%	8,0%
No Informa	Recuento	569	355	924
	% dentro de Organización	91,2%	89,0%	90,3%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

En lo que hace a la utilización de servicios para la prevención de las enfermedades en el año 2015, de los 16 municipios del Meta clasificados por el gobierno en condición de postconflicto, el de La Macarena fue uno de los que tuvo mayor necesidad de cobertura de vacunación para todos los biológicos con respecto a Bogotá y a la nación, y fue uno de los que estuvo en mayor déficit con respecto a Bogotá y a la nación en lo que hace a producción de actividades preventivas no relacionadas con vacunación y consultas médicas (MSPS, 2017).

La cobertura de vacunación reportada en La Macarena para el año 2016 fue de 32,7 para tuberculosis, de 66,6 para difteria y tétano, de 59,7 para polio y de 77,4 para triple viral³⁴, muy por debajo de los estándares internacionales de utilidad para evitar casos de enfermedades prevenibles por estos biológicos. Igualmente, el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal fue de 76,59% en el 2013 (EEVV- Dane 2013); y son escasas las actividades de control de vectores, de promoción de acceso a agua potable y de saneamiento básico.

Accesibilidad geográfica y redes integradas de atención

La alta dispersión de la población en el territorio, que es de 3 personas por km², hace que las distancias que tienen que recorrer los pacientes entre los hogares y los centros y puestos de salud del área para recibir atención cuando la necesitan, oscile entre 10 minutos y 3 horas en moto, medio éste de transporte más frecuentemente usado (61,6%), seguido del transporte público (28,8%) (Datos de la Encuesta comunitaria de salud y condiciones de vida del territorio, 2018). El 45,5% de la población refiere que gasta más de dos horas para llegar al puesto o centro de salud, el 27,8% gasta de una a dos horas y sólo el 6,7% menos de media hora, siendo la situación peor entre los asociados a Corpoayarí con respecto a los asociados a Asopeproc (ver tabla N° 34). La distancia transportándose en vehículo automotor entre el Centro de Salud de la cabecera municipal de La Macarena (Meta) y el Hospital San Rafael de primer nivel de atención en San Vicente del Caguán (Cauquetá) oscila entre cinco a seis horas, lo que hace muy difícil para los habitantes de la

34. Revisar en http://intranet.meta.gov.co/secciones_archivos/597-72514.pdf

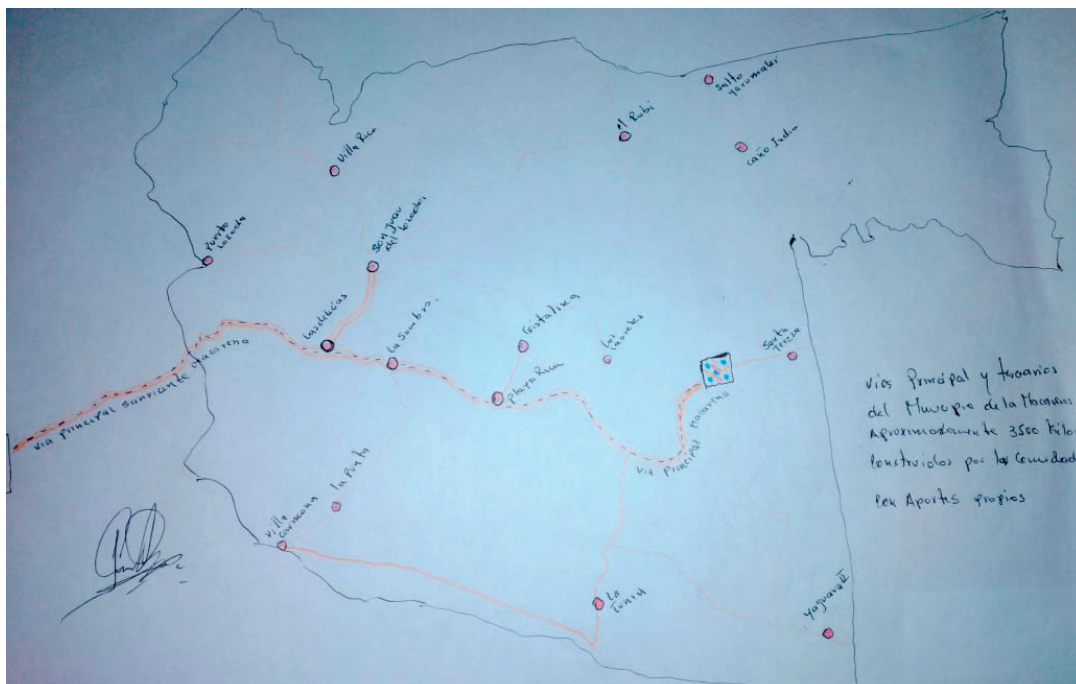
mayoría de las veredas, viajar desde éstas para situaciones de emergencia o seguimiento permanente de enfermedades o de otras necesidades de atención de salud (Ver Ilustración N° 14).

Tabla N° 34. Tiempo al Centro de Salud según Organización

Tiempo-Rangos		Organización		Total
		Corpoayari	Asopeproc	
Menos de media hora	Recuento	62	7	69
	% dentro de Organización	9,9%	1,8%	6,7%
De media hora a una hora	Recuento	83	105	188
	% dentro de Organización	13,3%	26,3%	18,4%
De una a dos horas	Recuento	143	141	284
	% dentro de Organización	22,9%	35,3%	27,8%
Más de 2 horas	Recuento	323	142	465
	% dentro de Organización	51,8%	35,6%	45,5%
No informa	Recuento	13	4	17
	% dentro de Organización	2,1%	1,0%	1,7%
Total	Recuento	624	399	1023
	% dentro de Organización	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida y salud del territorio, 2018. Elaboración propia.

Ilustración N° 14.
Vía carretable entre Hospital ESE San Rafael
San Vicente del Caguán-Caquetá y Centro de Salud de La Macarena-Meta



Fuente: cartografía elaborada por Gustavo Pérez, dirigente de Corpoayari.

Territorios de salud

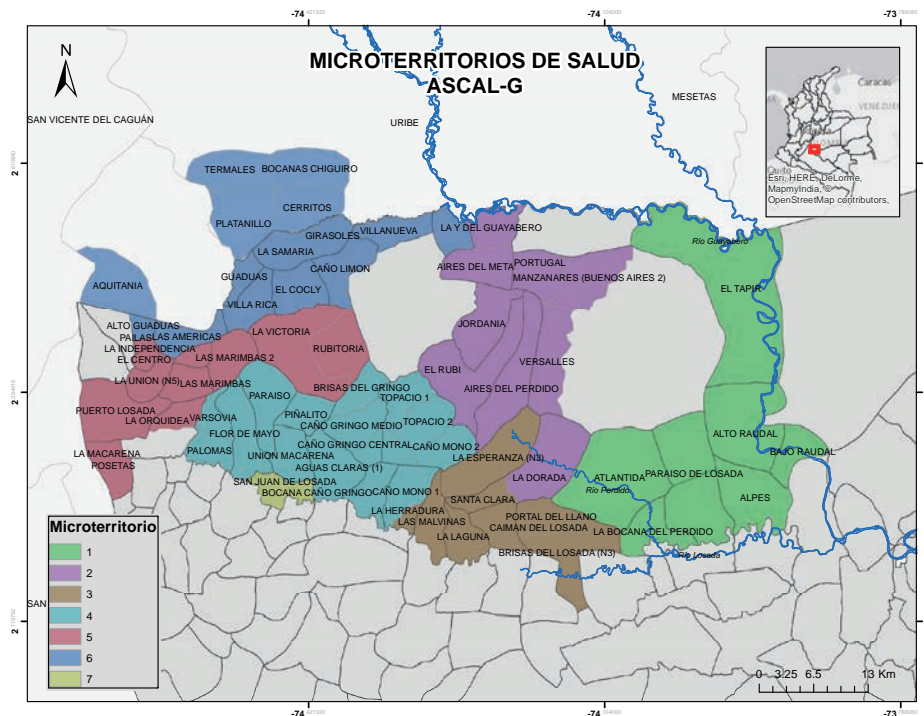
Como se describió antes en la sección sobre “territorios de las organizaciones sociales”, en la experiencia histórica de las comunidades rurales de La Macarena se ha venido estructurando una territorialización que, construida desde las tradiciones de la colonización campesina e indígena del territorio, ha buscado resolver los problemas de acceso y uso de la tierra, de relacionamiento con la naturaleza, de seguridad y desarrollo económico y social, a partir de un ordenamiento territorial regulado por las comunidades a través de sus organizaciones sociales. Los territorios ordenados por área de influencia de las organizaciones campesinas Asopeproc, Ascal-G y Corpoayarí, las organizaciones indígenas y de mujeres, son espacios físicos y sociales cuya estructura social, distribución de bienes, recursos y servicios entre agentes sociales, e identidades culturales, socioambientales y políticas, son funcionales a la implementación del Acuerdo de Paz y, como tal, a la constitución de territorios y microterritorios de salud como propuesta de ordenamiento territorial comunitario de la salud.

La forma de ordenamiento por territorios y microterritorios de salud podría ayudar a implementar un modo de autogestión comunitaria integral de la salud, a dar respuesta de proximidad a las necesidades de salud de las comunidades de las veredas y núcleos de veredas a través de sus planes

de vida, facilitar el trabajo de los equipos de salud, enfrentar los problemas de barreras de accesibilidad geográfica a la atención en salud, favorecer la soberanía alimentaria y el cuidado de la naturaleza, y desplegar a escala geográfica la organización y extensión de la cobertura de la Atención Primaria en Salud en el territorio (ver Ilustraciones N° 15, 16 y 17).

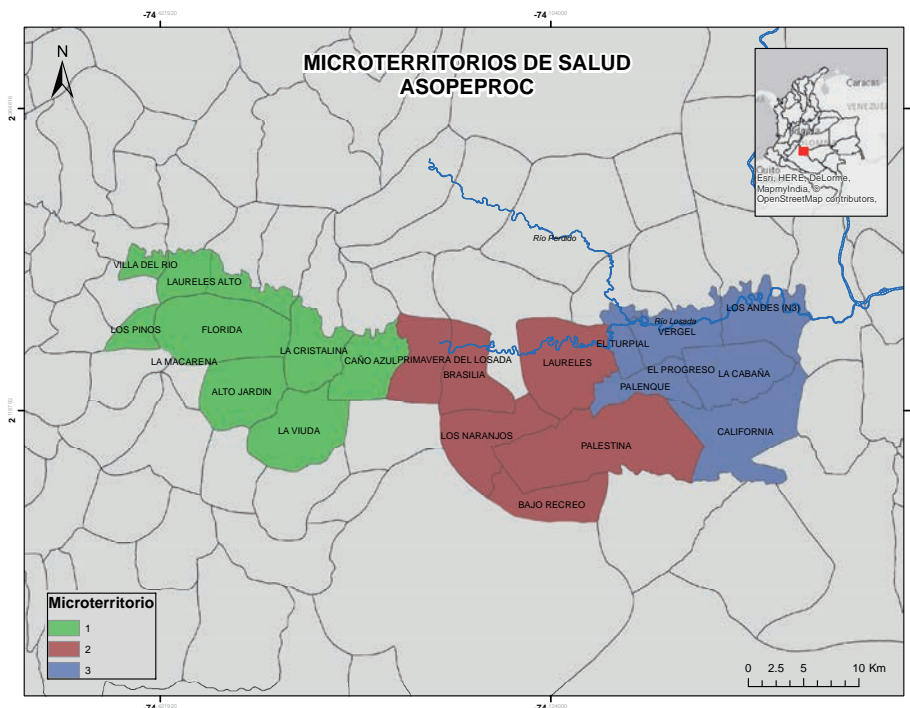
En el trabajo realizado con las organizaciones sociales y las comunidades pudimos identificar 3 grandes territorios de salud, y por lo menos 13 microterritorios de salud a ellos articulados. Entre los territorios de salud tenemos: primero, el territorio de Corpoayarí, integrado por los seis núcleos en que se organiza la corporación y por cuatro microterritorios de salud alrededor de los puestos de salud de Alto Morrocoy, La Tunia, La Sombra y Playa Rica (Ver Ilustración N° 17). Segundo, el territorio de salud de Asopeproc, constituido por tres núcleos que en su conjunto hasta ahora constituyen un solo microterritorio de salud alrededor del centro de salud de La Cristalina del Losada (Ver Ilustración N° 16). Por último, el territorio de salud de Ascal-G, constituido por siete núcleos que se organizan en siete microterritorios de salud alrededor de los puestos de salud de San Juan de Losada, Puerto Losada, Samaria, El Rubí, Villa Rica y Platanillo (Ver Ilustraciones N° 15).

Ilustración N° 15. Territorio y microterritorios de salud de Ascal-G según ordenamiento territorial por núcleos



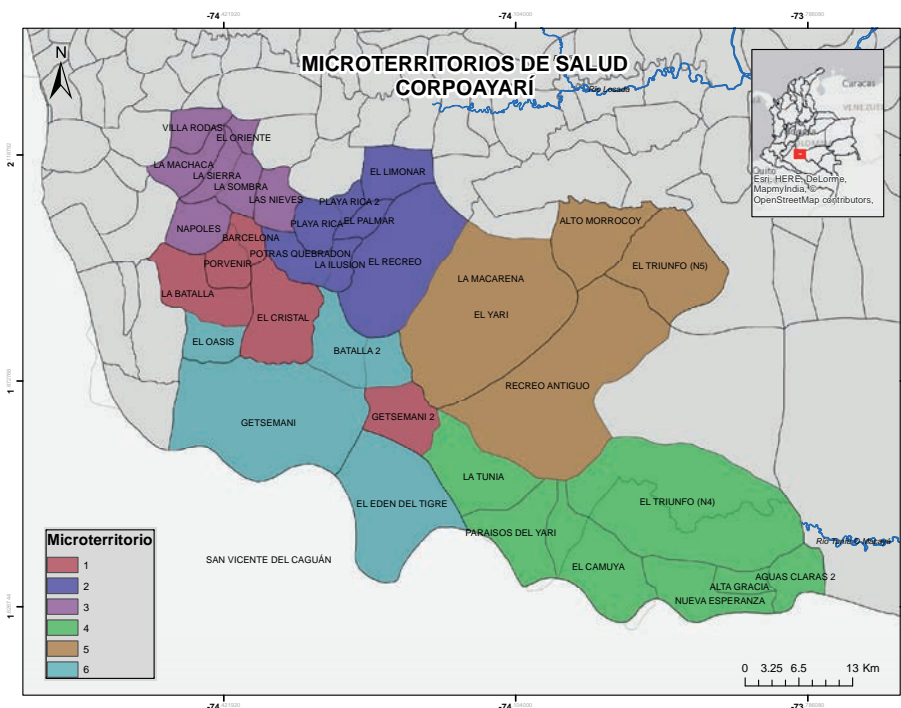
Fuente: Cartografía social elaborada con la participación de comunidades de los territorios

Ilustración N° 16. Territorio y microterritorios de salud de Asopeproc según ordenamiento territorial por núcleos



Fuente: Cartografía social elaborada con la participación de comunidades de los territorios

Ilustración N° 17. Territorio y microterritorios de salud de Corpoayari según ordenamiento territorial por núcleos



Fuente: Cartografía social elaborada con la participación de comunidades de los territorios

La anterior territorialización de la salud, sin embargo, aún no ha sido tomada en cuenta por los gobiernos territoriales ni por las instituciones del sector salud (EPS y prestadores de servicios de salud) para organizar de manera más equitativa, integral y efectiva la red de atención en salud en esta zona rural dispersa.

Situación de la red de salud por territorios y microterritorios

En el trabajo realizado con las organizaciones sociales pudimos mapear la situación de los 3 territorios y de sus microterritorios de salud:

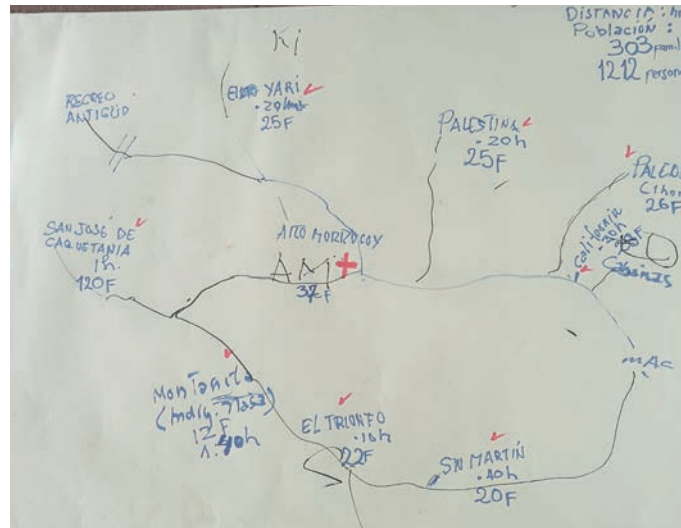
Territorio de salud de Corpoayari. Está integrado por cuatro posibles microterritorios de salud: Alto Morrocoy, La Tunia, La Sombra y Playa Rica.

Microterritorio de salud Alto Morrocoy. Aunque el puesto de salud está cerrado y en pésimo estado físico, sin equipamiento ni

personal de salud, la reunión de dirigentes de las JAC de las veredas aledañas reconoce la necesidad de la existencia de un microterritorio de salud alrededor del puesto de salud de Alto Morrocoy. Del mismo formarían parte 9 veredas (Alto Yari, Alto Morrocoy, California, El Triunfo, Montañita, Palenque, Palestina, San José de Caquetania y San Martín) con un total estimado de 315 familias y 1260 personas (4 por familia). Las distancias entre las veredas y el puesto de salud oscila entre 30 minutos y 2 horas en moto (Ver Ilustración N° 18).

Microterritorio de salud La Tunia (San José de Caquetania). Está situado alrededor del Puesto de Salud San José de Caquetania ubicado en la vereda La Tunia. Este puesto está cerrado, en mal estado de equipamiento y en regular estado de infraestructura física. Ocasionalmente atiende una auxiliar de enfermería que no tiene ningún vínculo efectivo con la comunidad. El microterritorio de salud estaría constituido por las veredas La Tunia, Recreo Antiguo, El triunfo,

Ilustración N° 18. Microterritorio de salud Alto Morrocoy



Fuente: Cartografía social elaborada por las comunidades del territorio

Paraíso del Yarí (aunque les queda más cerca ir a la vereda Las Damas), El Camuya, Nueva Esperanza (aunque les queda más cerca ir a Ciudad Yarí o a San Vicente del Caguán), Aguas Claras y Alta Gracia.

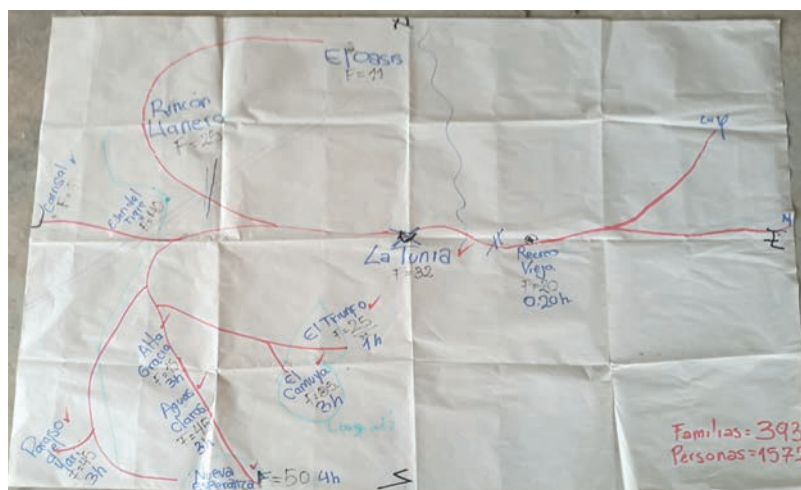
El microterritorio de salud cubriría un total aproximado de 393 familias con aproximadamente 1572 personas, y una distancia entre veredas que oscila entre los 20 minutos y cuatro horas en moto (Ver ilustración N° 19).

Microterritorio de salud La Sombra. Se organizaría alrededor de los puestos de sa-

lud de La Sombra, en buen estado, y La Machaca, cerrado y en mal estado. Incluiría 3 núcleos de Corpoয়ারী (los números 1, 3 y 6), un total de 17 veredas y la parcialidad indígena Nasa-Cxhacxa.

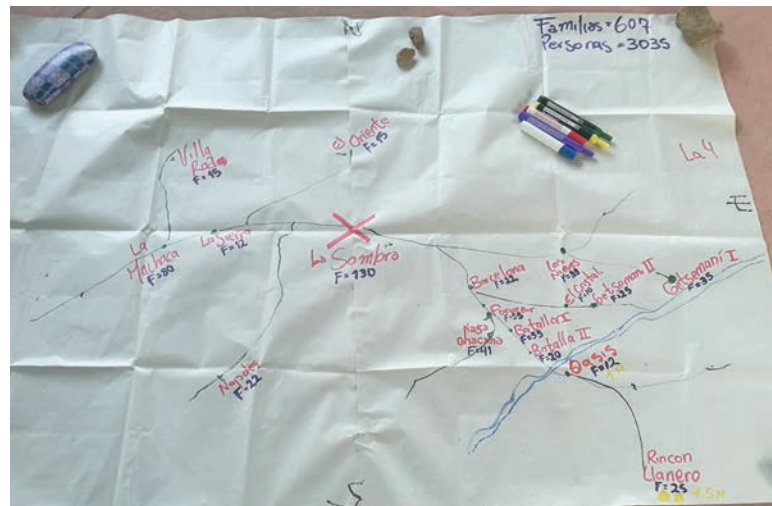
Cubriría un total de 607 familias con aproximadamente 3035 personas (familia x5). La vereda más cercana al puesto de salud de La sombra es Las Nieves, a 10 minutos. Las veredas más lejanas a La Sombra son Rincón Llanero en el Caquetá y Edén del Tigre Sector Alto en el Meta, a 1 hora treinta mi-

Ilustración N° 19. Microterritorio de salud La Tunia



Fuente: Cartografía social elaborada por las comunidades del territorio

Ilustración N° 20. Microterritorio de salud La Sombra



Fuente: Cartografía social elaborada por las comunidades del territorio

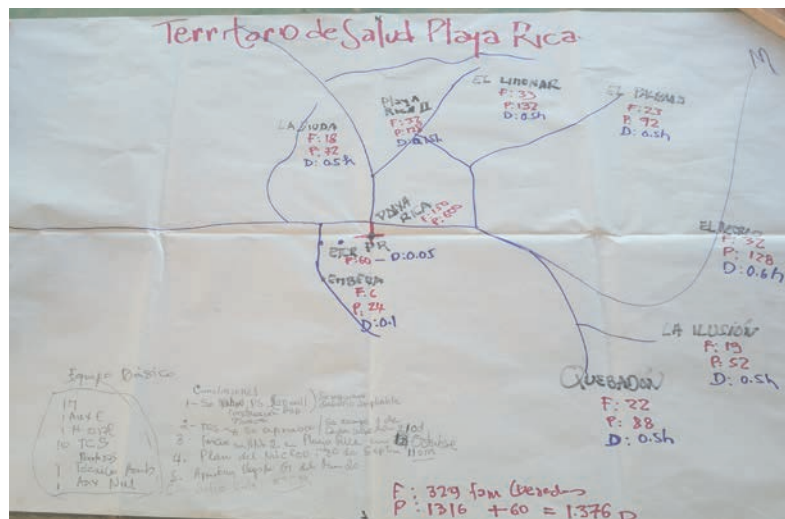
nutos (Ver ilustración N° 20). Dada la cantidad de familias y la existencia del puesto de salud de La Macha, se debería discutir cómo quedarían en últimas delimitados los microterritorios, cuáles serían las veredas que los integrarían y dónde estarían ubicados los puestos de salud de referencia.

Microterritorio de Salud Playa Rica. Corresponde a las veredas del núcleo 2 de Corpoayarí, e incluye parte del cabildo Embera-chamí y el ETCR Urías Rondón. Se construiría alrededor de los puestos de salud de

Playa Rica, cerrado y en mal estado pero en proceso de reconstrucción por la comunidad, y el del ETCR, en funcionamiento pero provisional, y también ubicado en Playa Rica.

Estaría integrado por las veredas Playa Rica, Playa Rica II, La Viuda, Potras Quebradón, La Ilusión, El Limonar, El Recreo, el Palmar II, el ETCR Urías Rondón y el cabildo Embera-Chamí. Incluiría un total de 329 familias, contenidas las 12 Embera-Chahmí que habitan esta parte del territorio, más los

Ilustración N° 21. Microterritorio de salud Playa Rica



Fuente: Cartografía social elaborada por las comunidades del territorio

integrantes del ETCR (60 personas al momento), para un total de población de 1376 personas (Fam x4). La distancia entre las veredas y el puesto de salud en Playa Rica oscila entre los 15 y los 40 minutos (Ver ilustración N° 21).

Es de anotar que el cabildo Embera-Chamí está conformado por aproximadamente 25 familias, aproximadamente 72 personas, esparcidas en todo el territorio de La Macarena, especialmente en las veredas Laureles (5 familias), La Julia (3 familias), Playa Rica (6 familias), La Viuda (6 familias), Caño Azul (4 familias), La Macarena (1 familia), para un total de 25 familias. De las anteriores, las de Playa Rica y La Viuda corresponden a este territorio.

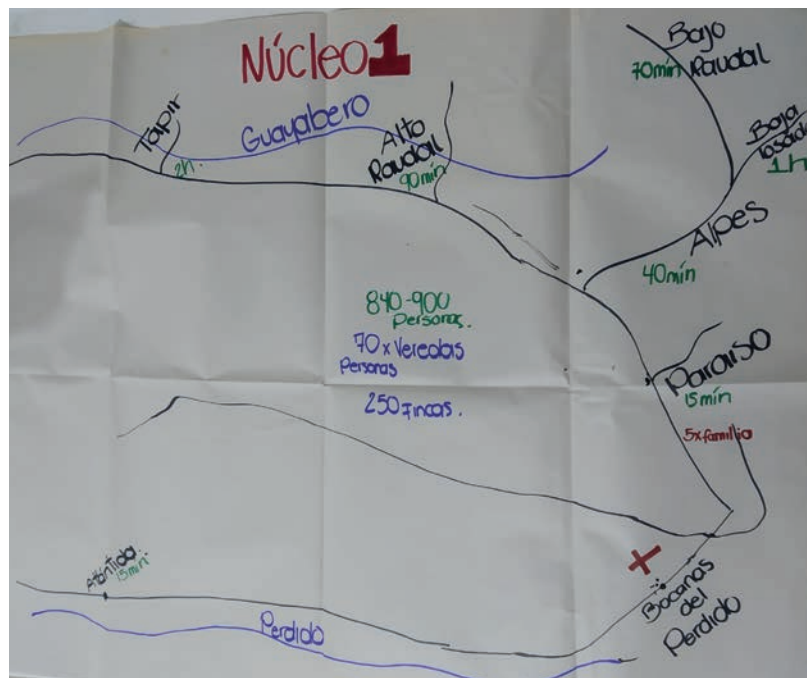
Territorio de salud de Asopeproc. Está constituido provisionalmente por un solo microterritorio de salud alrededor del centro de salud de La Cristalina del Losada. Este centro se encuentra en buen estado pero en funcionamiento parcial, ya que sólo cuenta con una auxiliar de enfermería que la ESE Hospital San Rafael del Caquetá contrata 4

meses al año para actividades de vacunación en las diferentes veredas del territorio. Incluye las 21 veredas de los 3 núcleos de Asopeproc, entre ellas La Cristalina, Palestina, La Viuda (parte del Caquetá), Los Pinos, Bajo Recreo, Los Andes, Laureles, El Vergel, Brasilia, Caño Azul, Alto Jardín, Alto Laurel, La Primavera, Los Naranjos, Villa del Río, El Palenque, El Turpial, California, El progreso, La Cabaña, entre otras. De este territorio no se hizo mapa pero queda claro que debe reterritorializarse en tres microterritorios de salud por la cantidad de veredas que lo integran y la ausencia de otros puestos de salud (Ver Ilustración N° 16).

Territorios de salud de Ascal-G. Este es el más grande territorio de salud de la zona rural de La Macarena. Está Constituido por 7 núcleos que constituyen 7 microterritorios de salud.

Microterritorio de salud Núcleo 1. Está constituido por 8 veredas alrededor de la vereda Bocanas del Perdido: Tapir, Alto Raudal, Bajo Raudal, Bajo Losada, Alpes, Paraíso, Atlántida y Bocanas del Perdido.

Ilustración N° 22.
Microterritorio de salud del Núcleo 1

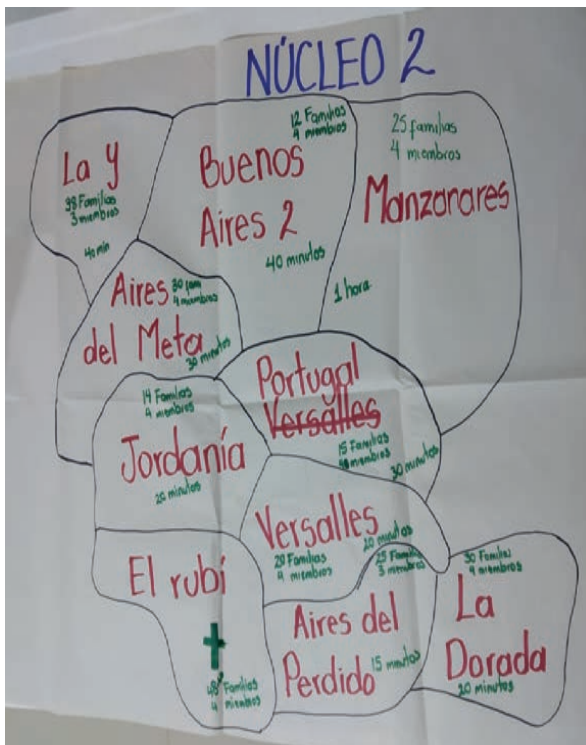


Fuente: Cartografía social elaborada por las comunidades del territorio

Cubriría una población de entre 840 a 900 personas, con un promedio de 70 personas por vereda y de 3-4 miembros por familia. La vereda más cercana al puesto de salud es Atlántida a 0,25 horas de Bocanas del Perdido, y la más distante es Tapir a 2 horas (Ver ilustración N° 22). No existe un Puesto de salud sino un lote para su construcción.

Microterritorio de salud Núcleo 2. Está conformado por 10 veredas: Aires del Meta, Aires del Perdido, El Rubí, Jordania, La Y del Guayabero, La Dorada, Manzanares, Buenos Aires 2, Portugal y Versalles. Según la comunidad, en el núcleo habitan entre 900 a 1200 personas, con un promedio de 25 familias por vereda y de 4 miembros por familia. La vereda más cercana al puesto de salud de El Rubí es Aires del Perdido a 0,25 horas y la más distante Manzanares, a una hora (Ver ilustración N° 23). El Puesto de Salud de El Rubí se caracteriza por una infraestructura en regular estado, cerrada y sin equipamiento.

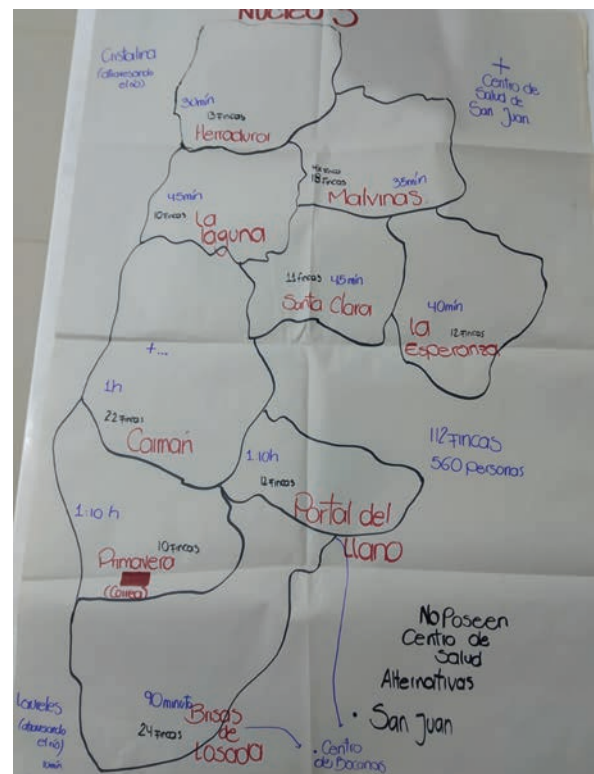
Ilustración N° 23.
Microterritorio de salud del Núcleo 2



Fuente: Cartografía social elaborada por las comunidades del territorio

Microterritorio de salud Núcleo 3. Lo conformarán 9 veredas: Brisas de Losada, Caimán, Herradura, La Esperanza, La Laguna, La Primavera, Malvinas, Portal del Llano y Santa Clara. Según la comunidad allí habitan alrededor de 590 personas, con un promedio de 16 familias por vereda y de 4 miembros por familia. Este núcleo no cuenta con un puesto de salud de referencia, pero tendría dos alternativas posibles: primero, incluirse en el microterritorio del puesto de salud de la vereda Cristalina del Losada en Asopeproc, sin embargo, dado que se debe cruzar el río Losada no es posible llegar a éste lugar en invierno; segundo, hacer parte del microterritorio de salud del núcleo 7, que tiene un centro de salud en San Juan de Losada. Desde este lugar la vereda del núcleo 3 más cercana es Herradura a 0.5 horas y la más distante Brisas de Losada a 1.5 horas (Ver Ilustración N° 24).

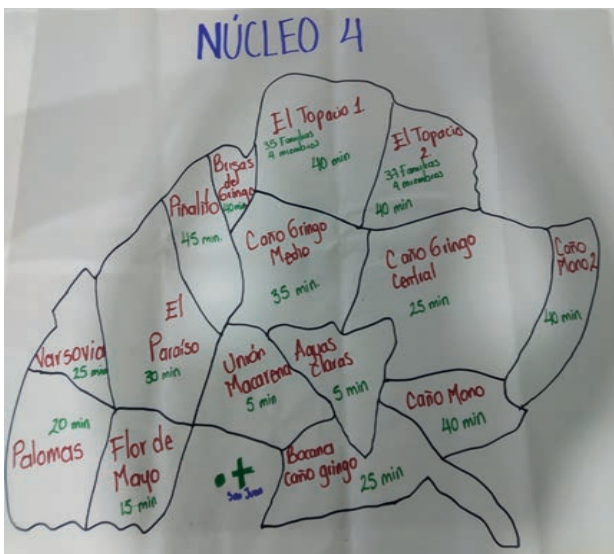
Ilustración N° 24.
Microterritorio de salud Núcleo 3



Fuente: Cartografía social elaborada por las comunidades del territorio

Microterritorio de salud Núcleo 4. Estará conformado por 15 veredas: Aguas Claras, Bocana Caño Gringo, Brisas del Gringo, Caño Gringo Medio, Caño Mono 1, Caño Mono 2, Caño Gringo Central, El Paraiso, El Topacio 1, Topacio 2, Flor de Mayo, Palmas, Piñalito, Unión Macarena y Varsovia. Solo se tiene un aproximado del número de familias del Topacio 1 (35) y Topacio 2 (37) de 4 miembros promedio. Este núcleo no cuenta con puesto de salud pero también está cerca del centro de salud de San Juan de Losada, al cual se tarda cinco minutos desde las veredas Unión Macarena y Aguas Claras, y 45 minutos desde Piñalito, que es la vereda más distante (Ver Ilustración N° 25).

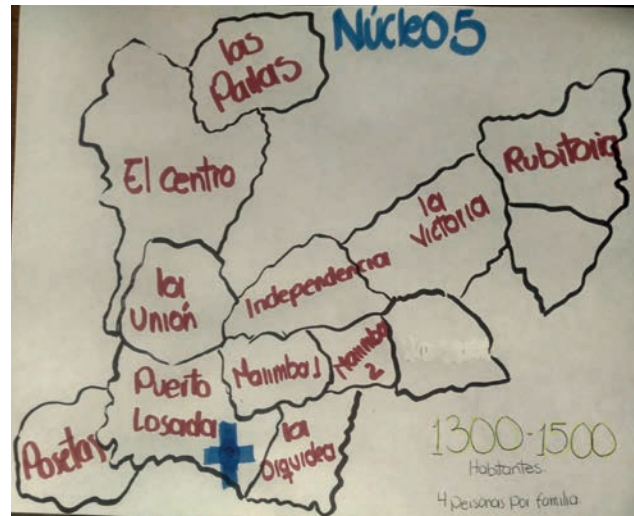
Ilustración N° 25.
Microterritorio de salud Núcleo 4



Fuente: cartografía social elaborada por las comunidades del territorio

Microterritorio de salud Núcleo 5. Estará conformado por 11 veredas: Posetas, El Centro, Independencia, La Orquídea, La Unión, La Victoria, Las Pailas, Marimbas 1, Marimbas 2, Puerto Losada y Rubitoria. Allí habitan entre 1300 a 1500 personas. El núcleo cuenta con un puesto de salud en Puerto Losada, que está cerrado. La vereda más cercana es Marimba 1, a 20 minutos y, la más distante es Las Pailas, a una hora (Ver ilustración N° 26).

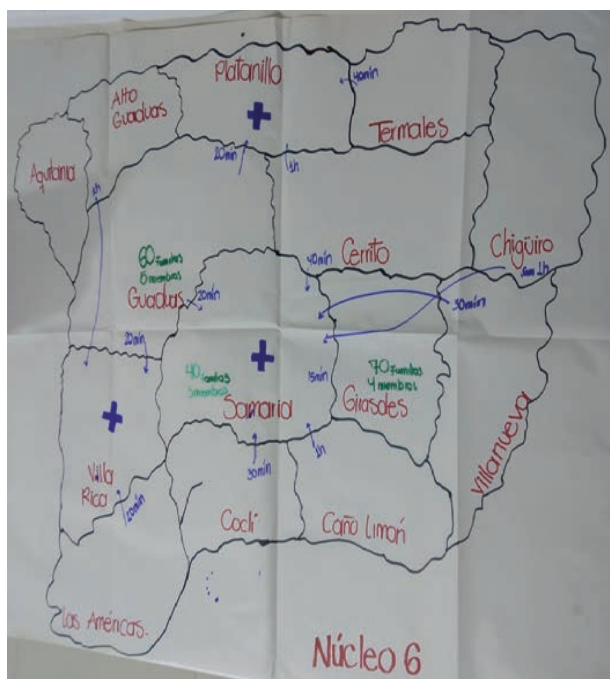
Ilustración N° 26.
Microterritorio de salud Núcleo 5



Fuente: cartografía social elaborada por las comunidades del territorio

Microterritorio de salud Núcleo 6. Lo conformarán 14 veredas: Aquitania, Alto Guaduas, Guaduas, Platanillo, Termales, Cerrito, Chigüiro, Villa Rica, Samaria, Girasoles, Villanueva, Las Américas, Coclí y Caño Limón. Debido a que no asistieron representantes de todas las veredas, sólo se tiene un aproximado del número de habitantes de las veredas Guaduas (60 familias), Samaria (40 familias) y Girasoles (70 familias), con 4 miembros por familia promedio. El núcleo cuenta con 3 puestos de salud: uno en Platanillo, cerrado, otro en Villarica, abierto con una auxiliar de enfermería, y otro en Samaria, cerrado. Las veredas aledañas al puesto de salud de Platanillo, que se encuentra en zona de parque nacional natural, son Termales, Cerrito, Guaduas, Alto Guaduas y Aquitania; al Puesto de salud de Villa Rica son aledañas las veredas Alto Guaduas, Guaduas, Aquitania y Las Américas; y al puesto de salud de Samaria lo son Coclí, Caño Limón, Girasoles, Villanueva y Chigüiro. En cuanto a la duración de llegada al puesto de salud de Samaria, la vereda más cercana queda a 20 minutos y la más distante a una hora (Ver ilustración N° 27).

Ilustración N° 27.
Microterritorio de salud de salud Núcleo 6

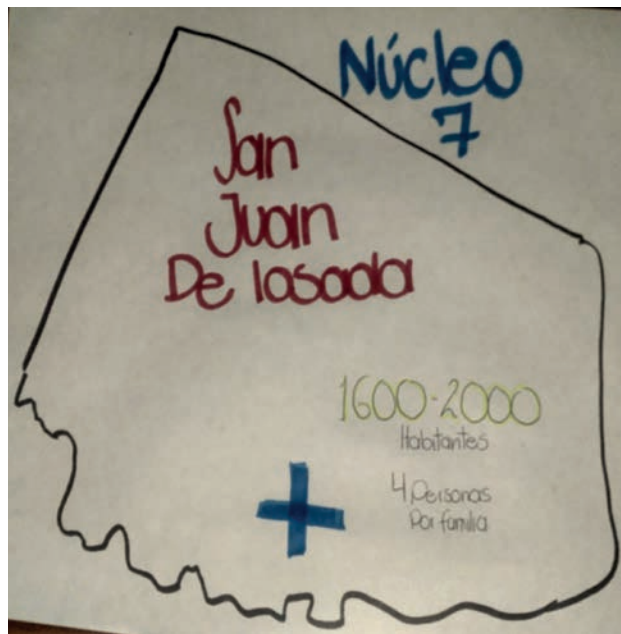


Fuente: Cartografía social elaborada por las comunidades del territorio

Microterritorio de salud Núcleo 7. Corresponde al centro poblado San Juan de Losada. Allí habitan entre 1600 a 2000 personas, en promedio 4 personas por familia. Este núcleo cuenta con un Centro de salud (San Juan de Losada) perteneciente al departamento del Meta, y un puesto de salud que funciona en una casa arrendada por parte del Caquetá. Ambos puntos de salud están abiertos y disponen de un auxiliar de enfermería cada uno, pero éstos no se encuentran de manera permanente ni coordinan entre sí sus actividades. San Juan se encuentra dividido en 7 sectores, todos cercanos a los puntos de salud.

Sin embargo, las mayores dificultades para la organización de la red de servicios de salud en el territorio de Ascal-G se deben a la disputa por permanecer en el territorio entre las comunidades y Parques Nacionales. Teniendo en cuenta la información registrada en el Plan de Desarrollo Sostenible ZRC Losada Guayabero 2015-2030, y como se observa en la tabla N° 35, se establece lo siguiente:

Ilustración N° 28.
Microterritorio de salud de San Juan de Losada



Fuente: Cartografía social elaborada por las comunidades del territorio

En el núcleo número 1, la vereda Bocanas del perdido, lugar donde se espera construir un puesto de salud, se encuentra al parecer parcialmente dentro de un Parque Nacional Natural; por lo tanto, se debe confirmar con información de Parques Nacionales Naturales (PNN) si la ubicación del suelo donado por la comunidad para un puesto de salud está efectivamente dentro de esta área. De ser así, se deben evaluar otras alternativas, entre ellas, el desplazamiento de la población cuando requiera atención en salud a otro microterritorio, ya que las otras seis veredas también se encuentran parcial o totalmente dentro de PNN.

En el núcleo 2, la vereda El Rubí, lugar donde se espera rehabilitar la estructura del puesto de salud allí ubicado, al parecer se encuentra parcialmente dentro de PNN; por ello se debe confirmar si la ubicación del predio cae dentro de esta área. De ser así se deben evaluar otras alternativas para esta y las otras nueve veredas. La única vereda que no tiene información de ubicación en parques es Brisas del Guayabero, pero su

Tabla N° 35.
**Ubicación de los puestos de salud en territorio de Ascal-G
con respecto a Parques Nacionales**

Territorio de salud	Microterritorio de salud	Núcleo al que corresponde	Vereda en la que estará ubicado el centro, puesto o casa de salud	Ubicación con respecto a Parque Nacionales Naturales		
				NA	PA	CA
ASCAL-G	Tipo A	7	San Juan de Losada	X		
	Tipo B	1	Bocanas del perdido		X	
		2	El Ruby		X	
		3	Caimán	X		
		5	Puerto Losada	X		
		6	Samaria		X	
			Platanillo			X
	Villa Rica		X			
	Tipo C	4	Gringo Central	X		

NA: No se encuentra dentro de algún Parque Natural Nacional

PA: Parcialmente adentro de algún Parque Natural Nacional

CA: Completamente adentro de algún Parque Natural Nacional

ubicación geográfica no facilita el acceso a todas las veredas del microterritorio, por lo cual se deben evaluar otras alternativas.

En el núcleo 3, la vereda Caimán no se encuentra dentro de zona de parques, por lo tanto continúa como posible lugar para construir allí un puesto de salud; sin embargo, se debe escoger con la comunidad un suelo con las condiciones de propiedad y topográficas para poder realizar la obra.

En el núcleo 4, la vereda Gringo Central no se encuentra dentro de la zona de parques, por lo tanto continúa como posible lugar para construir allí una casa de promotores pero falta especificar con la comunidad el suelo donde se debería realizar la obra.

En el núcleo 5, la vereda Puerto Losada no se encuentra dentro de zona de parques, por lo que se mantiene en firme la sugerencia de rehabilitación de la estructura del puesto de salud que allí se encuentra, quedando pendiente establecer la propiedad del suelo.

En el núcleo 6, la vereda Platanillo se encuentran completamente, y Samaria parcialmente, dentro de parques; como alternativa se puede rehabilitar la estructura física del puesto de salud de Villa Rica y, establecer con la comunidad, alternativas que faciliten el acceso a los servicios de salud para los habitantes de las veredas Platanillo, Alto Guaduas, Guaduas, Termales, Bocanas del Chigüiro, en otros microterritorios, o la construcción de otro posible puesto de salud en Aquitania. Se requiere un mapeo con las comunidades de este microterritorio para establecer la cantidad de habitantes, el grado de dispersión de la población, la distancia entre veredas y la posibilidad de un suelo para la construcción.

Del núcleo 7, la vereda San Juan de Losada no se encuentra dentro de zona de parques por lo que continúa en pie su ampliación y transformación en centro de salud.

De lo anterior se desprende que se debe revisar: 1) la constitución del microterritorio

de salud de San Juan de Losada y la posible integración al mismo de los núcleos 3 y 4, aledaños y sin puesto de salud; 2) precisar la organización de la red en el microterritorio de salud donde existen 3 puestos de salud, los de Platanillo, Samaria y Villa Rica, para delimitar la organización alrededor de cada uno de los 3 puestos de salud; 3) precisar la ubicación de los puntos de prestación de servicios de salud teniendo en cuenta la disputa con parques nacionales; 4) redefinir el microterritorio de salud de La Cristalina del Losada, con 21 veredas y un solo puesto de salud; 5) redefinir el microterritorio de salud de La Sombra y el posible de La Machaca con dos puestos de salud y alrededor de 17 veredas pero sin claros límites entre ellos; 6) redefinir el microterritorio de salud de Alto Morrocoy y La Tunia por los posibles traslapes de veredas entre ellos y el microterritorio de Asopeproc alrededor de la Cristalina del Losada; y 7) se debe precisar la cantidad de población por cada microterritorio de salud y acordar si cada núcleo debe constituir o no un microterritorio de salud.

En cuanto a la integración de la red de atención del territorio con otros niveles de atención por fuera del mismo, la Red de Centros de Salud para la Paz se enlaza con un hospital público de segundo nivel en Granada y con otro de tercer nivel en Villavicencio. Sin embargo, las distancias, el costo del transporte en avión, y las demoras en las autorizaciones de remisiones por parte de las EPS, impiden a los pacientes el uso oportuno de los mismos cuando los necesitan. Muchas pacientes en el territorio tampoco tienen fácil acceso a especialistas porque el pago del pasaje para llegar hasta ellos es muy costoso. Además, no hay medios especiales garantizados de transporte de pacientes, y en épocas de confrontación armada desde las 4 p.m., no se les puede sacar del territorio así se estén muriendo. La población de la cabecera municipal de La Macarena se ha movilizadado en las calles por la construcción de un hospital de segundo nivel en el territorio aunque hasta ahora parece una utopía inalcanzable.

Influencia de los conflictos en la territorialización de la salud

Además de la alta dispersión de la población en el territorio y de la influencia desterritorializante de la racionalidad de mercado del sistema de salud oficial, otras dificultades para la territorialización de la salud, han corrido por cuenta de las disputas entre las comunidades campesinas e indígenas, y entre éstas y el Estado, alrededor de la ocupación de las zonas de parques nacionales y de reservas forestales, y por causa del diferendo fronterizo entre los departamentos del Meta, el Caquetá y el Guaviare.

La creación de Parques nacionales naturales (Sierra de La Macarena, Tinigua, Sumapaz y Cordillera de los Picachos) y áreas de distritos integrados “sin tener en cuenta los habitantes de esta región”³⁵, ha influido en las dificultades para la construcción y sostenibilidad de instituciones de salud donde ha habido asentamientos campesinos. La constitución de tales espacios desde 1989, ha convertido en ilegales a las veredas que desde antes de su creación estaban ubicadas en dichos territorios. Según Rincón García (2018, p. 78), “a mediados de la década del 2000 se contaban en el interior del parque

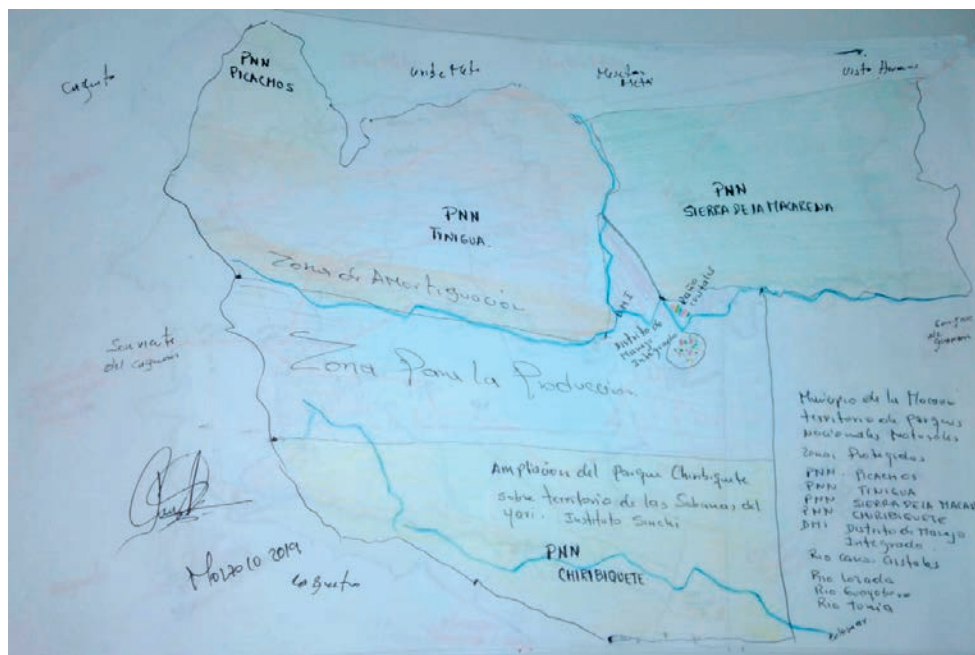
cerca de veinte veredas constituidas...” (Ver Ilustración N° 29).

La creación de los parques nacionales naturales y de las áreas de distritos integrados, al ilegalizar veredas incluidas como La Samaria y Platanillo, o parcialmente incluida como El Rubí, ha llevado al cierre de los puestos de salud construidos por las comunidades en esos territorios sin que se vislumbre ninguna intención del gobierno en abrirlos, sobre todo ante la negación de legalizar la Zona de Reserva Campesina Losada-Guayabero, propuesta por Ascal-G. Es probable que el cierre de estos puestos de salud se explique por la negativa del Estado a invertir en capacidades de cobertura (infraestructura física, tecnología y recurso humano) por considerarlas en condiciones de ilegalidad dada su ubicación parcial o completa en un parque nacional (ver Incoder, Parques Nacionales Naturales y Ascal-G, 2015, p. 32-34) (Incoder, Parques Nacionales Naturales y Ascal-G, 2015, p. 32-34). Esta situación también impediría la inversión de recursos para la recuperación de tales puntos de atención en el marco de la implementación de los acuerdos de paz.

35. Acuerdo de Visión Compartida del Territorio de La Macarena (Meta, Colombia). Documento firmado el 5 de Abril del 2018 por los dirigentes de las organizaciones sociales del territorio en La Cristalina del Losada, municipio de La Macarena.

Ilustración N° 29.

Parques naturales nacionales y territorios de las organizaciones sociales



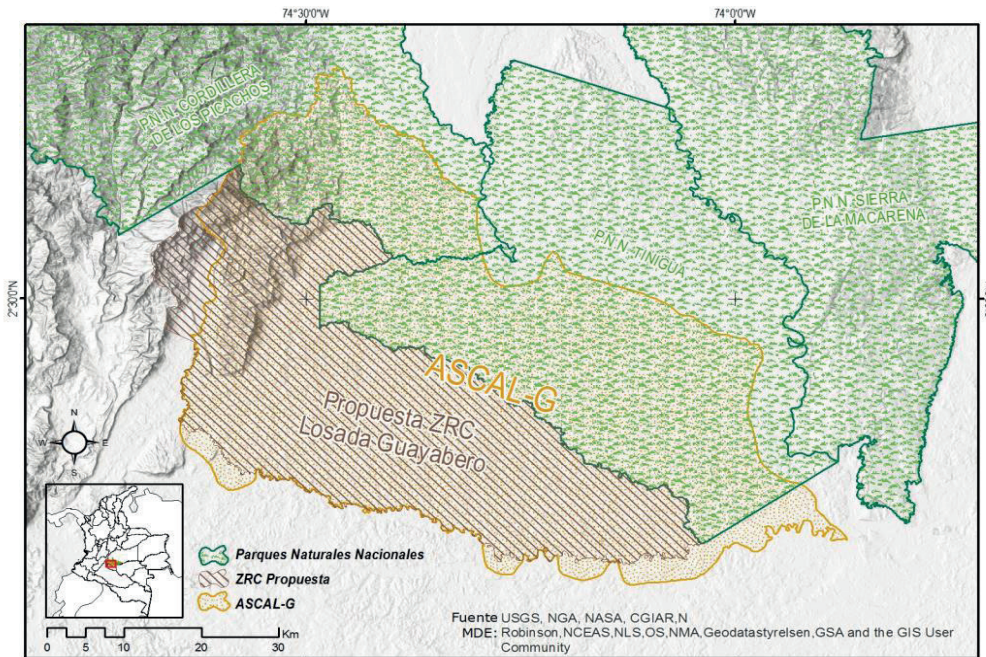
Fuente: elaborado por Gustavo Pérez, dirigente de Corpoayará.

Como alternativa a la expulsión de los parques y distritos integrados, a través de Ascal-G las comunidades han impulsado, desde el año 2011, la construcción de la Zona de Reserva Campesina Losada Guayabero con una extensión de 164.661 hectáreas, 46 veredas y 7 núcleos (Ver Ilustración N° 30). La zona es una estrategia para la defensa del territorio, la regulación de la concentración de la propiedad de la tierra y su uso, la protección frente a empresas extractoras de recursos del subsuelo y el desplazamiento forzado. A su vez, para lograr el buen vi-

vir de las comunidades y amortiguar el impacto ambiental que la ocupación desordenada del territorio viene teniendo en los Parques Nacionales Tinigua y Cordillera de los Picachos (Incoder, Parques Nacionales Naturales y Ascal-G, 2015, p. 37)³⁶. Ante la negativa del gobierno a su aprobación con distintas excusas, las comunidades han decidido constituirse en “Zona de Reserva Campesina de “hecho”, bajo la convicción de que son “un semillero de paz para una nueva Colombia” (Incoder, Parques Nacionales Naturales y Ascal-G, 2015, p. 3).

36. Acuerdo de Visión Compartida del Territorio de La Macarena (Meta, Colombia). Documento firmado el 5 de Abril del 2018 por los dirigentes de las organizaciones sociales del territorio en La Cristalina del Losada, municipio de La Macarena, p. 14.

Ilustración N° 30. Zona de Reserva Campesina Losada Guayabero

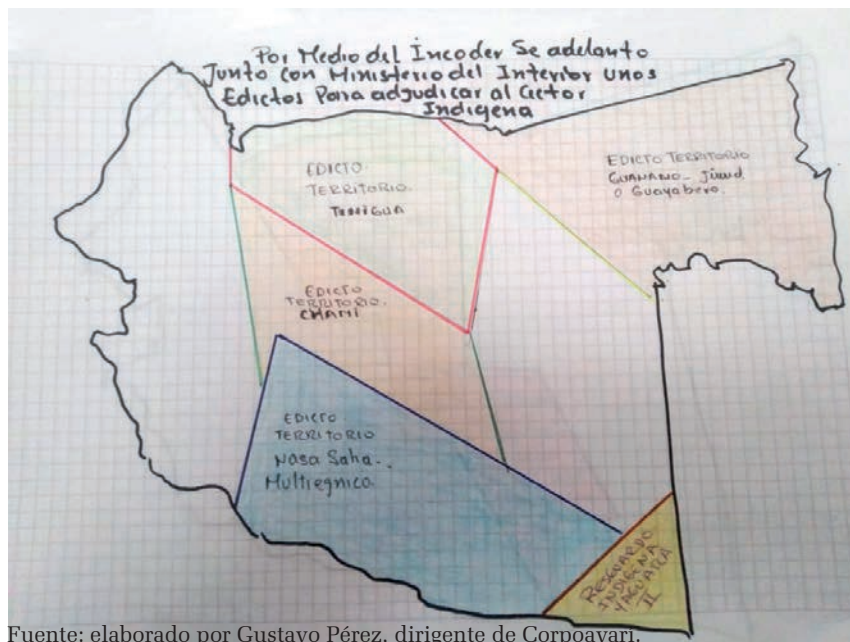


Fuente: tomado de Incoder, Parques Nacionales Naturales y Ascal-G, 2015. Plan de Desarrollo Sostenible ZRC Losada Guayabero, p. 31

Así mismo, las decisiones del Estado a través de varios Edictos del Instituto Colombiano de Desarrollo Rural (INCODER) y del Ministerio del Interior sobre delimitación de los territorios de las comunidades indígenas Embera-Chamí, Nasa-Cxhacxha, Tinigua y Resguardo Jaguará II, entre otros, ha genera-

do conflictos entre estas comunidades y las colono-campesinas, porque tales decisiones fueron también adoptadas sin propiciar un diálogo y acuerdo entre las partes, creando así incertidumbres sobre la histórica ocupación de los territorios y la territorialización de la salud (Ver Ilustración N° 31).

Ilustración N° 31. Territorios Indígenas por Edictos del Incoder



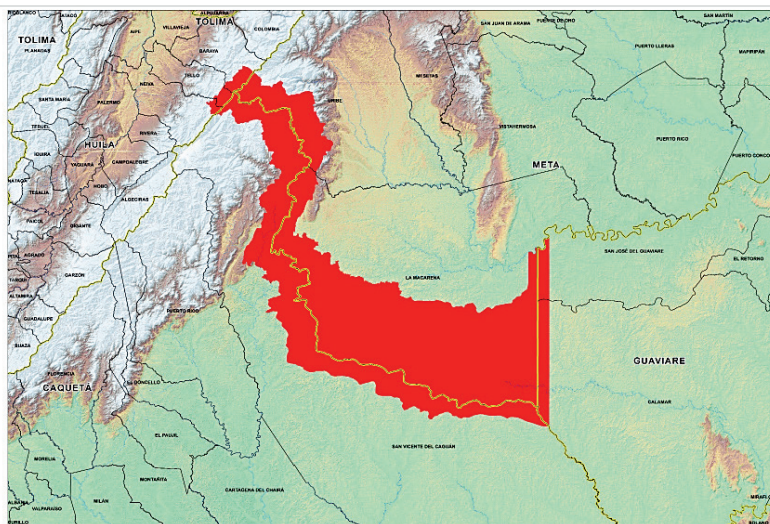
Fuente: elaborado por Gustavo Pérez, dirigente de Corpoayari.

De otra parte, el diferendo fronterizo entre el Departamento del Meta y el del Caquetá, al cual se suman las élites políticas del Guaviare y el Huila (Ver Ilustración N° 32), ha mantenido una situación ambigua para la salud y bienestar social de las comunidades, por el limbo creado en el cumplimiento de las competencias entre el Meta, el Guaviare y el Caquetá en materia de datos de población, coberturas de programas de salud y educación, transferencias de recursos, entre otros.

Si bien ese conflicto tiene que ver con las formas de apropiación del territorio derivadas de los procesos de colonización, los orígenes mayoritariamente metenses y caquetenses de las poblaciones migrantes en el territorio, el desarrollo de actividades de explotación de petróleo, la apropiación

privada de grandes extensiones de tierra al terminar los ciclos móviles de colonización ligados a la extracción de caucho, madera y coca y, en relación con ello, la expansión de los hatos ganaderos de los terratenientes de territorios circunvecinos; también lo explica la conflictiva relación político-clientelar entre los varones electorales del territorio y los intereses económicos interrelacionados de grandes ganaderos y transnacionales con respecto a la apropiación privada de las regalías, la titulación de tierras, la explotación de recursos del subsuelo, y el tamaño en disputa de la población certificada para justificar los montos de las transferencias de recursos de la nación a los municipios y la pesca de votos a través del Sisben (Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales) en cada proceso electoral³⁷.

Ilustración N° 32. Zona de litigio fronterizo entre Caquetá, Meta, Guaviare y Huila



Fuente: IGAC 2018. Memorias primer Foro Nacional Trazando Territorios de Paz. Colombia: una sola casa. Bogotá: IGAC, 2018

Siendo el Sisben la base para identificar y seleccionar a las personas con derecho a la afiliación al régimen subsidiado y a ser beneficiarios de otros programas sociales, el conflicto entre los departamentos del Meta y el Caquetá se ha extendido a una disputa

por el control de su aplicación y posterior uso de sus resultados para escoger a la población sin capacidad de pago receptora de los recursos de transferencia del Sistema General de Participación (SGP) (García Rincón, 2018, p. 116). El conflicto fronterizo

37. Desde el año 2012, el Caquetá ha acusado al Meta de haberle arrebatado más de 10 mil km² de su territorio. Ver García Rincón JJ, 2018. La gente de la Macarena. Odecofi-Cinep, Bogotá abril del 2018, p. 50 y 104-105-

entre el Meta y el Caquetá y su influencia sobre la gestión del registro, información y organización de la aplicación territorial del Sisben, es una fuente más de barreras económicas de acceso a la atención en salud en el territorio. Ello debido a que, si bien una parte de la población por razones históricas de migración e identidad regional se siente del Caquetá y otra del Meta, según su ubicación puede resultar más cercano para ellas acudir a veces a La Macarena y otras a San Vicente del Caguán o a Florencia para ciertas atenciones en salud. Lo real es que dado que una parte de la población se encuentra mayoritariamente afiliada a la EPS Asmet-salud, que opera en el Caquetá, y gran parte de la otra a la EPS Capital Salud, que opera en el Meta y Bogotá, se genera un problema de portabilidad del aseguramiento que impide lograr acceso sin restricciones económicas a los servicios de una institución prestadora de los mismos sin importar donde resida cada núcleo familiar y sus beneficiarios.³⁸

Además del conflicto socio-ambiental y del litigio fronterizo, hay que tener en cuenta que La Macarena ha sido uno de los municipios de la región que más ha sufrido históricamente la confrontación bélica entre las Fuerzas Armadas del Estado (FFAA), los grupos paramilitares y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC-EP). La guerra allí desarrollada por más de 5 décadas se recrudeció en el marco de la ocupación militar del territorio por las fuerzas armadas mediante el Plan Colombia (2000), el Plan Patriota (2004-2006) y el Plan Integral de Consolidación de La Macarena (2007), implementados por el gobierno de Colombia con el apoyo de los Estados Unidos de América para combatir los cultivos de uso ilícito y a la insurgencia luego de terminados los infructuosos diálogos de paz de El Caguán entre 1998 y el 2002.

La guerra no sólo ha dejado miles de víctimas entre desplazados, homicidios y desaparecidos, sino que ha influido en la situación de pobreza de las comunidades y la falta de apoyo estatal para el crecimiento económico, el progreso social y la convivencia pacífica. Las peripecias que durante la guerra tuvo que vivir la población de los territorios en materia de salud tuvieron que ver con el control de acceso de medicamentos, bloqueo de ingreso de alimentos, guerra biológica, introducción de microchips en el cuerpo de guerrilleros heridos y el uso de censos demográficos y de estudios epidemiológicos como instrumentos de control e inteligencia por parte de las FFAA (Orjuela 2017). Igualmente, la guerra ha incidido en el debilitamiento del tejido y la solidaridad social, por los odios acumulados, la estigmatización de los habitantes del territorio y el miedo generado (Espinosa N, (2003)). Es con base en lo anterior que se ha construido el temor de los funcionarios de salud para planificar y ejecutar acciones de cobertura y acceso en salud. Ello porque, dado cierto grado de control social y territorial guerrillero, los funcionarios públicos aducen, en particular el personal de salud, que se enfrentaban a restricciones para acceder a los territorios, ejecutar las actividades y cumplir con la misión médica, por los riesgos para sus vidas y por las posibles penalizaciones legales si osaban establecer acuerdos con los actores armados de la insurgencia para poder dar respuesta a las necesidades de atención de la población (Orjuela J., 2017; Rincón García 2018, p. 116-117).

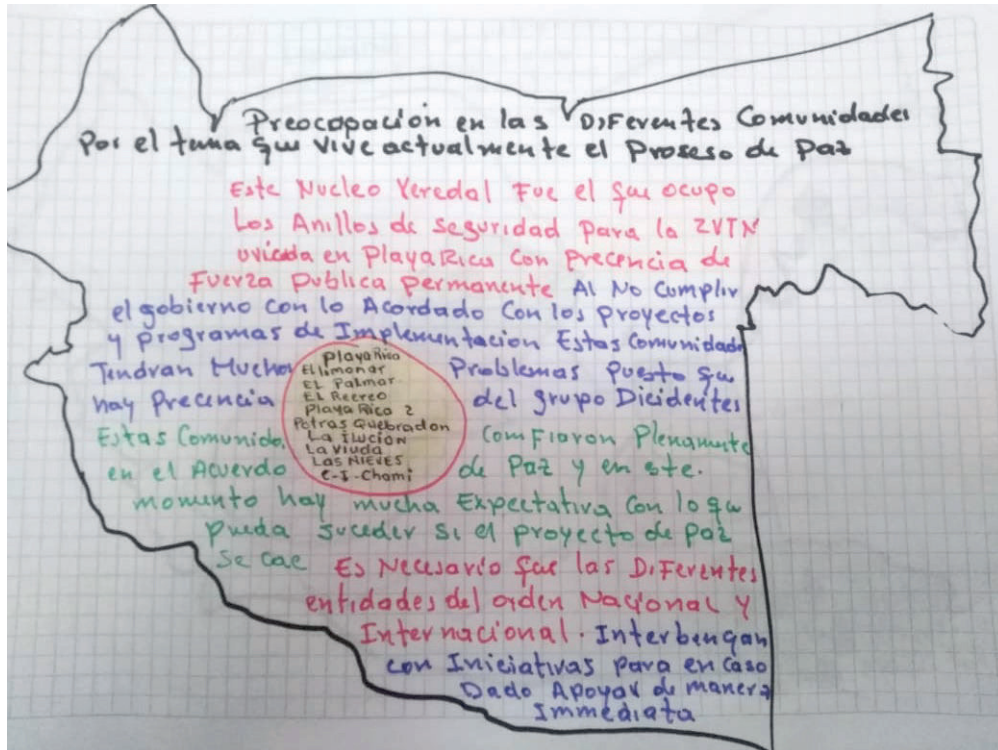
En las anteriores condiciones se da una especie de impacto negativo combinado entre el conflicto socio-ambiental, el litigio fronterizo, el conflicto armado y la estigmatización como “guerrillera” de la población asentada en los territorios de las organizaciones sociales de este estudio (Rincón

38. Ver Decreto 1683 del 2013 <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/portabilidad-usuarios-acceder-servicios-salud.aspx>

García 2018, p. 116-117), que ha ayudado a mantener esta crisis crónica de la salud del territorio, a dificultar la territorialización social de la salud y la integración de la red de atención, a justificar la no inversión del Estado y a impedir la ejecución de proyectos por parte de las comunidades. A pesar

del acuerdo de paz firmado entre el Estado colombiano y las FARC-EP, el conflicto socio-ambiental, armado y el diferendo fronterizo continúan (Ver Ilustración N° 33) y, con ello, la violación persistente de los derechos humanos, entre ellos el de la salud.

Ilustración N° 33. Las preocupaciones por el resurgimiento de la guerra



Fuente: elaborado por Gustavo Pérez, dirigente de Corpoayari.

Modelos de atención en los territorios

Los modelos de atención en salud de los territorios, si bien aún mantienen rasgos de los saberes y prácticas tradicionales de las comunidades de colono-campesinos e indígenas, han estado marcados por la influencia de la medicina de guerra de los ejércitos en conflicto y por la lógica organizativa de mercado del sistema de salud del Estado.

Las comunidades colono-campesinas recuerdan que con su saber y práctica en salud han enfrentado diferentes dolencias, por ejemplo: han usado el agua con limoncito biche para el dolor de cabeza, el agua de orégano y prontoalivio para el malestar del periodo menstrual en las mujeres y, para la diarrea, el agua de varitas de la cáscara del palo de guayaba cortadas hacia arriba y preparada con canela.³⁹ El sistema de salud propio de los Embera-Chamí, se apoya en el Jaibaná, el trabajo con yagé, plantas naturales y los espíritus del cielo, el sol y la luna. Para los Nasa Çxhãcxha, la salud parte del diálogo entre saberes y prácticas ancestrales con los de la medicina occidental. Pues, según observan, “los males que no atiende una, los atiende la otra”.

En el Esquema de ordenamiento territorial (EOT), se intentó incluir el saber ancestral en la planificación municipal, pero su implementación no ha sido efectiva. Tanto los saberes indígenas como campesinos, y su relación intercultural con el saber occidental, se han visto afectados por la ausencia de un modelo de atención en salud oficial adecuado a las realidades del territorio, y por la falta de apoyo del Estado en reconocimiento, preservación y protección de los saberes propios. “El campesino y el indígena no deben perder sus saberes, y esta puede ser una oportunidad para recuperarlos,” nos dice uno de los líderes indígenas del territorio.⁴⁰

Desde el sistema de salud oficial, el modelo de atención para la población rural ha estado fundado en brigadas de salud, lo que ha sido más notorio en los últimos años como consecuencia de la ausencia de presupuesto para el financiamiento de las actividades del plan de intervenciones colectivas y del plan de beneficios del aseguramiento, todo lo cual ha hecho que se recurra a la práctica de brigadas esporádicas planificadas desde

39. Reunión con campesinos en la sede de Corpoয়ারী en preparación de la participación en la formulación del PCSR, Playa Rica, abril del 2019.

40. Relatoría de John Giraldo, ETCR Urías Rondón. Entrevista a un líder indígena Nasa-Cxhacxha, Playa Rica, Marzo 16 del 2019.

el Hospital departamental, generalmente con recursos de salud pública.

Un problema que contribuye a la segmentación y fragmentación de la atención es el comportamiento de la contratación de los prestadores por parte de las entidades aseguradoras. En entrevista con el entonces director del Centro de Salud de La Macarena en el año 2016,⁴¹ éste explicaba que la población que acude a consulta en el puesto de salud de San Juan de Losada a cargo del Meta, está afiliada a Asmetsalud en el Caquetá, entidad ésta que recibe el dinero por cada afiliado y contrata la prestación de los servicios con el Hospital San Rafael en San Vicente, de modo que el Puesto de Salud de San Juan no recibe ningún ingreso de esta EPS ni del Hospital San Rafael de San Vicente por la atención de sus pacientes.

Así las cosas, cuando los pacientes demandan consultas se les atiende, pero éstas no pueden ser facturadas a Asmetsalud. Además, no pueden utilizar medicamentos porque los tendrían que pagar de su bolsillo los médicos que los formulen, o de lo contrario legalmente estarían incurriendo en una situación de detrimento patrimonial. Si bien de acuerdo con la ESE Departamental del Meta Solución Salud (Departamento del Meta, gobernación del Meta, ESE Departamental Solución Salud del Meta, 2019), se hace suministro de medicamentos desde el centro de salud de La Macarena a los afiliados de las EPS cuando su atención es contratada con el hospital, en la atención extramural que se hace en la zona rural los medicamentos son entregados solamente cuando las brigadas de salud son previamente informadas y aprobadas por la respectiva EPS a la que los atendidos están afiliados; pero estas brigadas, además de esporádicas, tampoco cubren todo el territorio.

Ante el abandono de la salud por parte del Estado, la única esperanza de las comunidades en los momentos más duros de la confrontación armada en los territorios fue, por un lado, la llegada de brigadas de salud por parte de las Fuerzas Militares (FFMM) a través de las acciones cívico-militares desarrolladas en el marco de sus planes de guerra; por otro, las campañas de salud desarrolladas desde los frentes de guerra de las FARC-EP, con su propio personal y recursos de salud, para atender a sus integrantes y a los pobladores de la región donde actuaban (Orjuela, 2017).

Las brigadas realizadas por las FFAA partían de la racionalidad de guerra contrainsurgente contenida en los planes de acción y consolidación integral, sucesivamente diseñados desde la doctrina militar de los Estados Unidos, que incluye el componente social de las llamadas jornadas de apoyo al desarrollo como complemento de las acciones militares, entre ellas las brigadas de salud. El objetivo de estas brigadas ha sido estabilizar y consolidar los avances militares y garantizar seguridad a las tropas ganando la confianza de la población y haciendo control social e inteligencia militar. Las brigadas, que se hacían cada seis meses o cada año en varios de los municipios del Meta, incluida la cabecera municipal de La Macarena, se caracterizaban por asistencia médica, odontológica y de enfermería de baja, mediana y alta complejidad, y entrega de medicamentos, con personal aerotransportado desde distintos lugares del país. Dado su carácter externo,⁴² transitorio y puntual, a cargo de una fuerza que se comportaba como un ocupante subordinante de las propias instituciones de salud del Estado en el territorio, en función de sus objetivos y estrategias militares (Orjuela, 2017), de ellas no quedó ningún saldo en construcción de

41. Ver además, Hospital de primer nivel que en el 2012 fue degradado a Centro de Salud (Orjuela, 2017).

42. Como señala Orjuela (2017), muchas de estas brigadas se planificaban en la embajada de los estados Unidos y en los comandos de los cuarteles militares e involucraban a personal de salud externo al territorio y a las autoridades civiles y sanitarias locales en función de los objetivos tácticos y estratégicos de guerra determinados en tales espacios.

infraestructura, dotación en equipos, formación en recurso humano y desarrollo de capacidades comunitarias o institucionales que ayudaran a transformar las condiciones de salud de la población de manera sostenible y perdurable.

Con respecto a la práctica del “brigadismo” de las fuerzas armadas, uno de los líderes comunitarios expresó:

“Nunca estuve de acuerdo con las brigadas de salud, porque uno que padece esa situación se da cuenta. En el caso de (un lugar) murieron cinco personas por falta de primeros auxilios en un año: son índices muy altos. Una vez un militar nos satanizaba por oponernos a esas brigadas, pero nosotros nos oponemos, primero, porque el costo que cobran es muy alto y, segundo, porque es sólo un día para atender a una cantidad de gente. Entonces, cuando le calzaban la muela a una persona, era una sola muela y era de afán y al otro día eso se caía. O sea, las cosas mal hechas. La salud debe ser algo digno y que se garantice para el campesino, y éste es el momento para que planteemos propuestas sobre el proyecto de salud” (EA, abril 17 del 2019).

La práctica de brigadas de salud, que se diseñaban para cumplir objetivos militares y no para ejecutar los programas de salud del Estado, es la que ha reemplazado el enfoque extramural de atención integral que debería ser parte de la actividad regular y permanente del personal de salud de los centros de salud de La Macarena. Estas racionalidades y prácticas militares han contribuido a crear una cultura del “brigadismo” asistencialista que ha permeado a las instituciones de salud del Estado y a las EPS en el territorio, impidiéndoles ser eficaces y efectivas en sus respuestas a las necesidades, expectativas y demandas de salud de las comunidades, postrándolas en el inmovilismo y la precariedad.

Los servicios de tratamiento y prevención de enfermedades en clínicas clandestinas y con unidades extramurales, creados por

las FARC-EP a partir de su VIII Conferencia en 1993, así como la formación de personal propio en medicina, enfermería y odontología para desempeñar tales actividades, no surgieron como una estrategia de guerra para ganarse la población sino como una necesidad propia de sobrevivencia. Ante la inexistencia de un sistema de salud del Estado en los territorios, estas actividades fueron puestas solidariamente al servicio de la población asentada en los mismos lugares donde operaba la guerrilla, a través de campañas de salud.

Según Orjuela (2017, p. 61), así surgió un modelo de salud caracterizado por tres aspectos:

“por nacer en medio de las necesidades de la guerra, por proveer atención en los lugares donde el Estado nunca ha estado, y por construir en la práctica la alternativa del sistema de salud de aseguramiento individual de racionalidad mercantil por uno solidario y comunitario que se expresa en los diversos relatos de los excombatientes.” Este modelo brindaba “atención ... a la población civil sin ningún costo económico, pero con la intención de generar lazos de solidaridad de las comunidades rurales con su proyecto político” (Orjuela, 2017, p. 51 y 52).

Las brigadas de salud, que denominaban “campañas de salud”, eran planificadas desde el mando guerrillero, o desde sus equipos de salud, a partir del conocimiento previo de las necesidades de salud de la población civil del territorio (un “censo” de las necesidades según los relatos) y del estudio de la situación militar en terreno. Entre los servicios que prestaban a través de las campañas estaban los “de medicina general, odontología, cirugía, planificación familiar, promoción de la salud y prevención de la enfermedad” (Orjuela, 2017, p. 61). A diferencia de las FFMM, las FARC-EP hacía seguimiento de los resultados de las actividades realizadas en la medida en que el personal de salud propio vivía en los mismos territorios de la población atendida.

Capacidades de las comunidades para afrontar la situación

Las organizaciones sociales de estos territorios, históricamente han sabido resistir y soportar los golpes recibidos y salvaguardarse en las difíciles situaciones del conflicto socioambiental y armado, y frente al abandono del Estado que han padecido. Pero al tiempo, han podido recuperarse simbólicamente, social, política y productivamente frente al daño que se les ha infringido; y han podido hacer, con sus propios esfuerzos, recursos y normas de convivencia, transformaciones en sus espacios sociales, en sus vidas y en sus relaciones humanas y con la naturaleza. Sin embargo, más que de pobreza material, aún carecen de suficientes capacidades para conocer, gestionar, mantener, recuperar y transformar sus condiciones de vida y de trabajo; para promocionar la salud, prevenir la enfermedad y comprender las causas estructurales de las limitaciones del sistema de salud oficial; ejercer un mejor liderazgo, coordinar sus actividades, resolver conflictos y tomar decisiones para impulsar los procesos de abogacía y negociación en las nuevas condiciones de construcción de paz.

Como señalamos antes, los indígenas y campesinos han venido perdiendo sus saberes y prácticas en salud. En el caso de las mujeres, aunque han venido avanzando en su

proceso organizativo, aún desconocen muchos de sus derechos propios para acceder a oportunidades en beneficio de sí mismas y de sus comunidades, y carecen de suficientes capacidades organizativas, de comunicación y movilización para promover la equidad de género, el goce de sus derechos sexuales y reproductivos, y para desarrollar estrategias de afrontamiento de la violencia intrafamiliar y de la violencia de género. Por su parte, las organizaciones de los excombatientes, en medio de las limitaciones de la implementación del Acuerdo de Paz, también requieren seguir mejorando sus capacidades para la reincorporación a la vida civil, acceder a los derechos sociales, asumir sus deberes ciudadanos, afrontar las afectaciones psicosociales dejadas por la guerra, y aportar a la reconciliación y al bienestar de la comunidad en el territorio.

En cada una de las 125 JAC que constituyen las asociaciones campesinas debe existir un Comité de Salud; sin embargo, aunque sus responsables han sido nombrados, no son activos. Así por ejemplo, en el caso de Ascal-G, aunque existen los comités de salud por vereda sin embargo son los que “menos funcionan”⁴³. En el proceso de organización y capacitación de los Comités de Salud, se han observado deficientes capacidades

43. Talleres con dirigentes comunales de diversos núcleos en las veredas Samaria, El Rubí y San Juan de Lozada, febrero 28, marzo 1 y 2, 2019.

para agenciar la estrategia de Atención Primaria en Salud, para diversificar las formas de organización comunitaria según las necesidades y para comunicarse y fortalecer la acción de las comunidades ante las instituciones.

Ilustración N° 34.
Mujer con plantas medicinales
en San Juan de Losada



Fuente: foto del equipo de trabajo.

Ello a pesar de que el uso de sus estructuras organizativas, conocimientos, prácticas comunitarias ancestrales y normas de convivencia, les han permitido construir acuerdos colectivos para la preservación de los bosques, la fauna y los nacaderos y corrientes de agua en medio de la actividad productiva, así como para el pago y uso de tributos voluntarios para la construcción y mantenimiento de carreteras, puentes, alcantarillas y otros servicios de la comunidad, entre ellos algunos puestos de salud comunitarios.

La base organizativa de este sistema de organización comunitaria, son las juntas de acción comunal, las asociaciones entre ellas, las organizaciones de mujeres e indígenas, y los comités de convivencia. Con ellas han regulado el tránsito del extractivismo maderero y aserrador, propio del ciclo de colonización de los primeros tiempos, a la producción agropecuaria basada en asentamientos campesinos permanentes. Han regulado la apropiación privada del suelo, delimitado los espacios comunes, ordenado y gestionado el territorio, negociado con las instituciones del Estado los linderos de los parques, la construcción de obras de infraestructura y los planes de desarrollo y ordenamiento territorial, como las zonas de reserva campesina (García Rincón, 2018). En los talleres sobre formulación del PCSR los participantes han dado fe de este proceso de sedenterización y de la ausencia de una estrategia de organización comunitaria relacionada con la salud:

“De los primeros que entramos, unos entraron a la explotación de madera solamente y otros entramos pensando en hacer finca; entonces, algunos nos quedamos y otros hicieron el daño de la madera y se fueron. Eso en el comienzo, porque más adelante aparecieron apogeos como la coca y la ganadería. Vivimos amañados, sin salud, pero amañados”⁴⁴.

Para las condiciones actuales, caracterizadas por una combinación de oportunidades de paz y de amenaza de recrudescimiento de la guerra, estas comunidades y sus organizaciones han logrado un acumulado histórico de experiencias de resiliencia que, si desarrolladas y fortalecidas, podrían convertirse en una ventaja para resistir de nuevo, hacer reconocer y preservar sus logros, reorientar y redefinir su futuro y, particularmente, para desarrollar una nueva experiencia de gestión y promoción comunitaria de la salud ante la debilidad de las instituciones estatales del sector.

44. Líder comunitario, abril 17 del 2019.

Síntesis del problema

Las fallas en garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para el cumplimiento de las actividades de prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación y promoción de la salud, son responsabilidad del Estado y de las EPS a las que la población se afilia. Ello se debe en parte, a la insuficiencia de recursos y a la inadecuada planeación de las actividades por parte del departamento y del municipio; a la falta de regulación adecuada de los contratos de prestación de servicios entre aseguradores y prestadores por parte de la nación; y, en general, al modelo de mercado privatizado del SGSSS del país, donde las aseguradoras y los prestadores privados y públicos de servicios no encuentran rentable invertir recursos en territorios rurales de población pobre altamente dispersa y de difícil acceso.

Las condiciones de vida analizadas indican muy bajos niveles de acceso a la educación y de logros educativos, escasa cobertura de los servicios de alcantarillado, acueductos y de recolección y eliminación de basuras; las soluciones sobre acceso al agua y su potabilización, manejo de excretas, basuras y desechos domésticos, están basadas en métodos artesanales desarrollados por las familias y la comunidad; los servicios para el lavado de manos son de usos múltiples; a pesar de que no hay hacinamiento, las viviendas generalmente presentan hume-

dades, goteras, grietas y daño de tuberías y desagües.

Las condiciones de empleo y trabajo muestran que la mayor parte del trabajo es por cuenta propia y que se carece de adecuada protección social frente a riesgos relacionados con accidentes de trabajo y enfermedades laborales. Es un hecho la amenaza que para la sobrevivencia de la riqueza biológica vegetal, animal y de otros organismos, ejercen las actividades de deforestación, turismo, aumento de la cantidad de animales domésticos y manejo de las riveras de los ríos y de las fuentes de agua.

El estado de salud percibido de la población es generalmente precario, siendo las enfermedades infecciosas y crónicas, la malnutrición, los problemas de violencia intrafamiliar y de género y los homicidios, los predominantes. Las personas muy poco utilizan los servicios del sistema de salud occidental y los ancestrales cuando se sienten enfermos; frecuentemente acuden a los remedios caseros, a la compra de drogas medicamente no prescritas en las farmacias, o se auto-medican; ello debido a la existencia de barreras principalmente geográficas, de transporte, administrativas y monetarias para acceder a la atención.

Los resultados muestran serios déficits institucionales para la atención integral de las

necesidades de salud en cuanto a tratamiento, rehabilitación y prevención de enfermedades, y en lo referente a la promoción de la salud. Se observan condiciones deficitarias para generar una cobertura de salud integral, oportuna y de calidad, especialmente en los niveles de prevención y promoción, porque algunas de las enfermedades evitables y prevenibles tienen una alta incidencia en el municipio, y las capacidades en recurso humano, físico, tecno-científica y tecno-administrativo, programas de salud pública, entre otros, son deficientes o ausentes.

La alta dispersión de la población en la zona rural, la insuficiente cobertura de afiliación al SGSSS, la oferta deficiente de servicios de atención primaria, generalmente concentrada en las cabeceras municipales de los territorios, supone serios desafíos para el acceso económico, geográfico, cultural y administrativo a los servicios de salud en general, especialmente a los materno infantiles y de adultos.

Como causas de los anteriores problemas se encuentran la inoperancia del modelo de aseguramiento social rural; un modelo de atención centrado en el hospital, en la enfermedad y en el brigadismo asistencialista; la falta de una financiación suficiente y equitativa de la red de atención y de los programas de salud pública; la débil capacidad de gestión y de información institucional; el centralismo del manejo de los recursos y de la toma de decisiones; la falta de una clara delimitación de los territorios de salud; la precaria gobernanza del sistema de salud como un todo; la escasa cultura comunitaria sobre el cuidado de su salud, y su débil participación en atención y gestión integral de la salud del territorio; la ausencia de un enfoque intercultural, de género, étnico y generacional; y la ausencia de acción intersectorial por la salud.

Como fenómenos de fondo que explican las causas del problema anteriormente descrito señalamos la débil presencia en los territorios del Estado con políticas públicas socia-

les y de salud que garanticen los derechos de las personas, las familias y las comunidades; la larga duración de un conflicto armado en el que el Estado priorizó la inversión de los recursos públicos en la guerra más que en responder a las necesidades de las comunidades, y convirtió a la salud pública en componente de las estrategias bélicas de las partes en confrontación; el litigio fronterizo no resuelto entre los departamentos del Meta, el Caquetá y el Guaviare, que ha creado un limbo de competencias para responder a las necesidades de las comunidades en ciertas zonas del territorio; el conflicto socio-ambiental de delimitación de los parques nacionales naturales y de las zonas de reserva forestal que, al no propiciar la participación de las comunidades con sus propuestas, ha generado incertidumbres sobre las responsabilidades del Estado y de las mismas comunidades en los territorios, paralizando sus competencias en salud; y, por último, la persistencia de un modelo de desarrollo desigual, fundado en la destrucción de los recursos naturales, el no reconocimiento y legalización de las propiedades campesinas e indígenas, la no inversión en infraestructura y servicios públicos, la falta de apoyo técnico y financiero y la persistencia de políticas públicas sociales y de salud que esperan que el mercado resuelva lo que el Estado no ha querido asumir como su obligación en materia de derechos sociales, económicos y culturales.

La experiencia del trabajo desarrollado hasta ahora, nos ha permitido nombrar el problema como la existencia de **un estado de cosas inconstitucional en el territorio** de las familias, comunidades y organizaciones sociales de la zona rural del municipio de La Macarena, por la violación masiva, sistemática, generalizada y estructural del derecho fundamental a la salud. Este estado de cosas no parece corresponder solamente, como siempre se plantea desde la corriente convencional de la economía de la salud, a una imposibilidad de operación de un mercado peculiar de aseguramiento y presta-

ción de servicios de salud en zonas rurales dispersas y de difícil acceso. Tampoco parece corresponder solamente a la ineficacia del Estado para regular tal mercado, ni a la incapacidad de las instituciones públicas de salud para dar respuesta a necesidades determinadas por la presunta pobreza o desidia de las comunidades.

En este estado de cosas también está influyendo el desconocimiento de las realidades, limitaciones y potencialidades de las poblaciones y territorios rurales relacionadas con las circunstancias históricas y características del proceso de ocupación del territorio, de persistencia de múltiples conflictos y

violencias, y la emergencia, en esas condiciones, de una cultura institucional del cuidado de la salud ligada al brigadismo, propia de entidades que responden a las necesidades y demandas de salud de una población generalizando el enfoque de jornadas transitorias y esporádicas de atención para poblaciones vulnerables asentadas en territorios exóticos y de difícil acceso.

Consideramos que al nombrar el problema como un **estado de cosas inconstitucional**, no sólo condensamos lo que hemos descrito en este documento, sino que abrimos la puerta para comenzar el proceso de su solución.

Plan Comunitario de Salud Rural

P C S R

La siguiente es la estructura del Plan Comunitario de Salud Rural (PCSR). Se construye como guía para facilitar la comprensión de la relación entre los elementos que integran el PCSR, como son el enfoque, los principios, el objetivo general, los ejes estratégicos y sus objetivos específicos, y para guiar las acciones que deben desarrollar las comunidades en su materialización.

El PCSR se orienta por los siguientes enfoques, valores, principios, objetivos y ejes estratégicos:

Enfoques

Enfoque poblacional. Reconoce como sujeto social y político del PCSR a los pueblos campesinos, mujeres, excombatientes, indígenas y afrodescendientes, asentados en el territorio rural entre los municipios de La Macarena en el Meta y San Vicente del Caguán en el Caquetá, víctimas del conflicto armado interno, del litigio fronterizo y socioambiental y del abandono del Estado. Todas las acciones del plan deben impactar a todos los grupos sociales de las poblaciones, no solo a unas pocas familias, considerando las identidades culturales, de clase, género y generación, específicas de cada uno de ellos.

Enfoque de buen vivir. Las comunidades y organizaciones sociales del territorio buscan establecer una relación interdependiente y armoniosa entre la sociedad y la naturaleza, que reconozca a “la naturaleza y a la vida animal como sujeto de derechos”. Desde el Plan Comunitario de Salud Rural se busca contribuir a una comprensión del desarrollo con enfoque territorial y sostenible, es decir, en la que el logro de la salud para todos y todas aporte a proteger la vida de las poblaciones, los animales, los ecosistemas y la madre tierra, con base en un enfoque de determinación social de la salud, comunitario, territorial, transectorial, de

atención integral e integrada, diferencial, intercultural y de participación vinculante.

Enfoque de determinación social de la salud. Permite identificar, analizar e intervenir, desde una perspectiva de Atención Primaria de Salud Integral, los procesos y relaciones de poder, explotación, discriminación y subyugación entre los grupos sociales por su condición de clase, étnica, de identidad sexual y de género, para transformar los modos de vivir, mejorar la salud y eliminar las desigualdades injustas en salud. Esos procesos y relaciones explican la exposición diferencial a los riesgos y las desigualdades injustas en salud que se dan en y entre los pueblos por condiciones socioeconómicas y sociodemográficas, teniendo en cuenta el contexto histórico social, económico, político, cultural y ambiental en que estos viven en los territorios.

Enfoque comunitario. Parte de reconocer que no puede lograrse una vida y salud plena sin convivir en comunidad, ya que esta es la base de la organización social de los pueblos, del procesamiento de su vida cultural, política, social, económica e ideológica; es el espacio en donde se construyen y materializan los sueños de la vida en común y el respeto por la naturaleza; y en donde surgen las condiciones del bienestar, solidaridad, participación activa y autogestión colectiva; y el diálogo y consenso necesarios para la consecución y mantenimiento del buen vivir comunitario.

Enfoque territorial. El territorio es el espacio físico y social concreto que las personas sienten como propio, construido a partir de un proceso de territorialización en el marco de una territorialidad entendida como conjunto de relaciones y acciones que llevan a cabo las personas a reivindicar su poder sobre el territorio; es el espacio en el cual se construyen y expresan las culturas, saberes, diversidad e historicidad de los pueblos. Se aspira que el territorio sea sin fronteras ni barreras de acceso a los servicios sociales y de salud por conflictos limítrofes, distancias geográficas o diferendos ambientales, y sea ordenado como territorios de salud a partir de la experiencia propia de las comunidades y organizaciones sociales.

Enfoque transectorial. Se entiende como un abordaje situado y transdisciplinar del territorio y de la definición de los problemas y acciones en salud, que reconoce y tiene en cuenta la participación vinculante de los diferentes actores y sectores del Estado y la sociedad, en un marco de diálogo de saberes y relaciones de poder horizontales para garantizar el derecho universal a la salud integral.

Enfoque de atención integral e integrada. Es el desarrollo de acciones integrales de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación que desarrollan el Estado, el sector salud y demás espacios personales, familiares y comunitarios de los territorios en los que tiene lugar la vida cotidiana. Incluye la organización articulada de la respuesta de la red de prestación de servicios de salud desde su nivel primario al terciario de atención, en función de garantizar una respuesta coordinada, continua y permanente a las necesidades de salud de las personas, sus familias y las comunidades.

Enfoque diferencial. Parte de reconocer la diversidad humana para interpretar y formular las acciones de respuesta del Estado y de la sociedad a las necesidades y aspiraciones diferenciales de género, étnicas, de

generación y funcionales en salud de las las personas, familias y comunidades en orden a garantizar equidad y dignidad en el cuidado de la salud. Implica intervenciones diferenciadas por pueblos y territorios, acordes a la cosmovisión y prácticas de cada uno, y con instituciones flexibles, adaptables a la diversidad cultural, económica y social de cada pueblo y del territorio.

Enfoque intercultural. Se entiende como el reconocimiento, respeto, y protección de las diferencias etnoculturales propias de los pueblos y comunidades del territorio, de sus costumbres, saberes y prácticas, que expresan la necesidad de propiciar el diálogo entre ellas y la cultura occidental, para el mutuo beneficio y aprendizaje de sus experiencias, el logro de la justicia territorial, y para guiar conjuntamente la definición y puesta en práctica de las acciones acordadas en el PCSR.

Enfoque de participación social vinculante. Promueve una participación directa, activa e incluyente de cada campesino, mujer, indígena, miembro de la comunidad y sus organizaciones sociales, fortaleciendo así su autonomía, autoresponsabilidad y libre determinación, y su papel social y político en la toma de decisiones desde los territorios, logrando de este modo un proceso de empoderamiento progresivo para una construcción colectiva de la salud, su autogestión comunitaria y el control social en un marco de exigencia y práctica de democracia con justicia social.

Valores y Principios

Derecho a la salud. Es un derecho humano fundamental, inseparable del derecho a la vida e interdependiente de otros derechos económicos, sociales, ambientales, políticos y culturales; reconoce la diversidad cultural, étnica, de género y generación de la población; los riesgos y derechos derivados de ser el territorio y los distintos grupos de la población víctimas del conflicto armado padecido por más de cincuenta años; y re-

quiere de acciones afirmativas y diferencias de respuesta por parte del Estado y de la sociedad. El estado está obligado a respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud, y los pueblos a exigirlo por los medios disponibles en cada nación y a nivel internacional.

Derecho a la paz democrática. Se refiere, por un lado, al reconocimiento de que una vida sin guerras injustas ni violencias es un requisito indispensable para garantizar el derecho al buen vivir. Es un derecho y un deber de obligatorio cumplimiento como lo establecen las Naciones Unidas, la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 22 y los acuerdos de paz firmados entre las FARC-EP y el Estado colombiano. Por otro lado, reconoce que la paz, para ser democrática, debe incluir la justicia social, económica, ambiental y cultural, y articular la democracia representativa con la participativa.

Vida Digna. Hace referencia al reconocimiento de la existencia y disfrute de los medios, conocimientos, tecnologías y condiciones materiales y espirituales, para que los seres humanos puedan desarrollar proyectos de vida que reconozcan e integren su diversidad, satisfagan sus necesidades y anhelos, tengan en cuenta sus capacidades y permitan el logro y goce efectivo de sus derechos.

Libertad. Entendida como la autonomía de individuos y colectivos para elegir y desarrollar sus proyectos de vida. Implica capacidad para tomar decisiones, para movilizarse y expresarse, para reconocer a los otros y sus saberes, sin estar subordinados a la voluntad de otros, pero teniendo en cuenta el marco de oportunidades que debe prodigar la sociedad.

Igualdad. Se entiende como la materialización de las condiciones y dotaciones que deben tener los seres humanos para su adecuado desarrollo individual y colectivo, que se traducen en acciones afirmativas que habiliten a todos por igual, sin restricciones asociadas a ninguna condición.

Equidad. Orientada a eliminar o disminuir las desigualdades evitables e injustas, sociales y de salud, entre los grupos sociales; a garantizar igualdad de condiciones para el acceso a los servicios de salud y a otros medios esenciales para la salud y su utilización según necesidad; y a propiciar políticas progresivas de financiamiento de la salud y de asignación de los recursos teniendo en cuenta las diferentes necesidades de los pueblos en su territorios.

Solidaridad. Hace referencia a la ayuda mutua y cooperación entre instituciones, sectores y comunidades para el logro de metas que no pueden alcanzarse de manera individual. Tiene que ver con la posibilidad de un desarrollo basado en la justicia social desde una perspectiva individual y colectiva.

Universalidad. Se refiere a la cobertura universal de salud y al acceso universal a la salud, en condiciones de igualdad, equidad, solidaridad e interculturalidad.

Calidad. Es el resultado de la operación adecuada de los anteriores principios, además de las características de accesibilidad, oportunidad y aceptabilidad propias de los servicios de salud.

Eficiencia. Asignación suficiente y uso adecuado de los recursos para el desarrollo de la política y de los servicios de salud.

Objetivo General

Promover el mejoramiento de las condiciones de vida, trabajo, comunitarias, ambientales y de coexistencia en armonía con la naturaleza de los pueblos asentados en el territorio ubicado entre los municipios de La Macarena y San Vicente del Caguán; para materializar sus sueños de lograr una vida saludable sin incurrir en gastos que empobrezcan sus hogares; mediante el respeto, protección y garantía del derecho universal a una salud integral, solidaria,

equitativa, intercultural y participativa; con una cobertura integral, territorial, personal, familiar y comunitaria de los servicios de salud; sin fronteras ni barreras para el acceso a la atención en salud; en el marco de la implementación de los Acuerdos de Paz, el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), los Planes Territoriales de Salud (PTS) y los Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial (PEDET).

Ilustración N° 35.
Formulando el PCSR en la Maloka de los Embera-Chamí en Playa Rica



Fuente: Foto tomada por el equipo de trabajo

Ejes Estratégicos

El Plan se fundamenta en los siguientes cinco ejes estratégicos para lograr su objetivo general:

- Creación por parte del Estado, y con el apoyo de las organizaciones sociales y de las comunidades, de condiciones que permitan a la población del territorio acceder sin fronteras ni barreras, y en condiciones de equidad, a servicios, programas y proyectos de salud integrales, de calidad y con cobertura para todos;
- Impulso a la construcción de un modelo comunitario de atención primaria en salud integral y de gestión participativa por territorios, centrado en las personas, las familias y las comunidades;
- Valoración, protección, rescate y puesta en práctica de formas autogestivas de producción de conocimientos y procedimientos ancestrales y locales sobre salud e incorporación de otras terapias alternativas;
- Promoción de acciones intersectoriales y transectoriales para mejorar el bienestar social y garantizar la coexistencia en armonía de las comunidades con la naturaleza, mediante la coordinación y cooperación entre las instituciones del Estado y la comunidad; y,
- Construcción de un sujeto social y político por el derecho a la salud integral y logro del reconocimiento del derecho de las comunidades y de las organizaciones sociales a participar en forma vinculante en las decisiones, gestión, veeduría y control de los servicios y acciones de salud de sus territorios.

Eje Estratégico I: Logremos cobertura y acceso a la salud sin fronteras ni barreras de acceso

El eje I tendrá los siguientes componentes y objetivos específicos.

Componentes

El eje estratégico I incluye dos componentes: uno de Cobertura territorial y poblacional de salud y otro de Acceso universal a la salud.

Componente de cobertura territorial y poblacional de salud

Los objetivos específicos del componente de cobertura de salud son los siguientes:

1. Ampliar y fortalecer la infraestructura física de la Red de centros de salud para la paz del municipio de La Macarena y, particularmente, de los territorios rurales de las organizaciones sociales, para constituir una red prestadora de servicios de atención primaria de salud adecuada a las necesidades de atención integral e integrada de las poblaciones del territorio.
2. Dotar la infraestructura física de la red de salud del territorio con el equipamiento y la tecnología necesaria para prestar servicios resolutivos e interculturales de atención de salud.
3. Garantizar la cantidad de recurso humano administrativo, logístico y misional necesario, con las calidades técnico-científicas y humanas, y una distribución equitativa por territorios y micro-territorios, para cubrir las necesidades de atención primaria en salud integral e intercultural de las poblaciones de los territorios.
4. Convertir el centro de salud de la cabecera municipal de La Macarena en un hospital de segundo nivel resolutivo, apoyado por servicios especializados de Telesalud y con capacidad para investigar y atender las enfermedades tropicales endémicas en el territorio.
5. Exigir al Estado (nación, departamentos y municipios) la asignación de los recursos financieros necesarios para la inversión

en infraestructura física, recurso humano y la dotación en equipamiento de las instituciones prestadoras de servicios de atención primaria de salud del territorio

Acciones en infraestructura física:

- Se realizarán obras de rehabilitación de la infraestructura física de 4 puestos de salud ubicados en el territorio de Corpoayarí (La Tunia, Alto Morrocoy, La Sombra y La Machaca), de 4 puestos de salud ubicados en el territorio de Ascal-G (El Rubí, Samaria, Puerto Losada y Villa Rica); y debe ser reconstruido el puesto de salud ubicado en el territorio de Ascal G (Platanillo). Se deberá construir un nuevo puesto de salud en el territorio de Corpoayarí (Yaguará), dos nuevos puestos de salud en el territorio de Acal-G (Bocanas del Perdido y Caimán en el núcleo 3), y un nuevo puesto de salud en el territorio de Asopeproc (Laureles).
- El puesto de salud ubicado en el territorio de Asopeproc (La Cristalina) será rehabilitado y transformado en un centro de salud; el puesto de salud de San Juan de Losada en territorio de Ascal-G será ampliado y transformado en centro de salud; y el puesto de salud ubicado en el territorio de Corpoayarí (Playa Rica) será reconstruido y transformado en centro de salud.
- En aquellos núcleos de veredas donde no queden centros o puestos de salud se construirán casas de la salud.

- Toda la infraestructura rehabilitada, reconstruida, transformada o construida como nueva permitirá articulación intercultural entre la práctica médica occidental, la tradicional ancestral y la complementaria según las características étnicas de las comunidades del territorio, y se adecuará a las exigencias de la orientación centrada en la persona, la familia y la comunitaria del modelo de atención primaria en salud.
- Se pondrán al día con respecto a la legalización de la propiedad del suelo y la definición sobre la legalidad de la ubicación con respecto a parques nacionales de los sitios donde se propone rehabilitar o construir nuevos puestos, centros y casas de salud, en particular en los siguientes casos: Samaria (suelo comunidad cedido al estado pero en zona de reserva), Villa Rica (suelo de la comunidad), Plataniillo (zona de reserva), Bocanas del Perdido (tienen suelo para un puesto de salud pero está en zona de reserva), El Rubí (zona de parque), San Juan (suelo del municipio), Puerto Lozada (no se conoce la propiedad del suelo ni el material en que está hecho), Laureles (hay un lote de la JAC aunque con un documento “falso” de venta, pueden conseguir otro), La Cristalina (de la comunidad, se comprometen buscar los papeles), Vergel (conseguirán terreno para la casa de salud), Playa Rica, Morrocroy, La Tunia, entre otros.

Acciones en equipamiento:

- Todos los puestos de salud (13 en total) tendrán la dotación necesaria para el trabajo de auxiliares de enfermería y promotores de salud; igualmente deberán permitir la realización de consultas médicas y odontológicas extramurales periódicas.
- Los Centros de salud (3 en total) serán dotados para prestar servicios de medicina general, enfermería, odontología y farmacia, resaltando que en el centro de salud de San Juan de Lozada se dotarán 2 consultorios de cada uno de los servicios anteriores, uno para psicología, un laboratorio clínico básico y un servicio de urgencias para observación 24 horas.
- Cada uno de los centros de salud tendrá una ambulancia y un vehículo para transporte de los equipos de salud a las consultas extramurales en los puestos y casas de salud.
- Se construirá una red de comunicaciones basada en las nuevas tecnologías que permita enlazar los equipos de salud con las necesidades de las comunidades y viceversa, resolver las demandas de atención mediante citas oportunas y coordinar la referencia y contra-referencia de casos.
- Sin excepción, todo tipo de infraestructura tendrá el equipamiento que le permita realizar las actividades de prevención y promoción a través de personal auxiliar y de promotores de salud, y aquel para garantizar el enfoque intercultural.

Acciones en recurso humano:

- Todas las veredas tendrán un promotor de salud, con excepción de San Juan de Lozada donde habrá 4 dada la cantidad de población de este centro poblado; todos los puestos de salud tendrán una auxiliar de enfermería; todos los centros de salud contarán con un médico, una enfermera, un odontólogo, una auxiliar de enfermería, un auxiliar de odontología, un técnico de farmacia, un conductor de ambulancia y otro conductor del vehículo de transporte del equipo de salud de cada uno de los centros de salud para las consultas extramurales. El centro de salud de San Juan de Lozada deberá tener el doble del personal misional anterior además de un psicólogo y un bacteriólogo.
- Se garantizará la cohabitación de prácticas entre el personal de salud de la medicina occidental y el de los prestadores

de servicios de medicina ancestral (parteras, curanderos, yerberos, guías espirituales).

- Se procurará la capacitación continua de todo el personal de salud de la red de atención y su adecuación a las exigencias de la atención primaria en salud integral e intercultural.

Acciones en el Centro de Salud de La Macarena:

- Se ampliarán las capacidades físicas, de dotación y recurso humano del Centro de Salud de La Macarena hasta convertirlo en un hospital de segundo nivel con, por lo menos, servicios de pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía general; se montará un programa de Telesalud y otro de investigación, formación y control en las enfermedades tropicales endémicas en el territorio.
- Así mismo, en el Hospital de La Macarena se constituirá un equipo de salud complementario e interdisciplinar para actividades extramurales regulares de apoyo a los centros y puestos de salud de salud del territorio rural, que incluirá médico, odontólogo, enfermera, psicólogo, nutricionista, trabajador social, fisioterapeuta e ingeniero sanitario.

Acciones en financiamiento:

- Se exigirá a las respectivas autoridades departamentales y municipales del Meta y el Caquetá el fortalecimiento de la inversión de recursos procedentes del Sistema General de Participación y de rentas cedidas de acuerdo a las necesidades de infraestructura, equipamiento y tecnología para poner en operación el PCSR de los territorios.
- Se exigirá a las EPS y a los responsables de los programas de salud pública, que la contratación de la prestación de los servicios respectivos de atención se haga con el hospital, centros, puestos y casas

de salud del territorio, para garantizar su sostenibilidad financiera en gastos de funcionamiento.

- Se formularán proyectos para presentar a donantes externos (por ejemplo, embajadas de Noruega, Suiza, España, Gran Bretaña, universidades, Médicos del Mundo, Cruz Roja, entre otros) desde la organización de promotores y comités de salud, con el objetivo de fortalecer y completar la inversión en infraestructura, dotación, tecnología, transporte, red de comunicación, programas de salud pública, capacitación de promotores y comités de salud, y para la organización y fortalecimiento de la gestión de la asociación o cooperativa de promotores y comités de salud que se decida crear.

Componente de acceso universal a la salud

Los objetivos específicos del componente de acceso a la salud son los siguientes:

1. Superar las barreras económicas para el acceso a la atención.
2. Superar las barreras geográficas para el acceso a la atención.
3. Superar las barreras organizativas/administrativas para el acceso a la atención.
4. Superar las barreras culturales para el acceso a la atención.
5. Fortalecer las acciones de salud pública en el territorio.

Acciones para superar barreras económicas:

- Se desarrollará una campaña de sisbenización y de afiliación al SGSSS según la cercanía y deseo de cada persona.
- Lograr que todas las personas sisbenizadas se afilien al régimen subsidiado y reciban otros beneficios de programas sociales.

- Se solicitará que las citas para la atención en los centros de salud sea posible por internet y que desde los centros de salud se tramiten directamente las citas de cada persona para su atención en otros niveles de complejidad cuando sean remitidos.
- Garantizar que al territorio de salud de cada organización social, llegue periódicamente y de forma regular el equipo complementario de apoyo del hospital (hoy Centro de Salud) de la Macarena o del hospital de San Vicente del Caguán, constituido por médico, odontólogo, trabajadora social, psicólogo, nutricionista, enfermera, ingeniero sanitario, chofer.

Acciones para superar las barreras geográficas y organizativas:

- Constituir el área de influencia territorial de cada organización social (Ascal-G, Asopeproc y Corpoayarí) en un territorio de salud, y cada uno de los núcleos de cada organización en un microterritorio de salud, para efectos de acercar la atención a las personas, familias y comunidades.
- Clasificar los microterritorios de salud en tipo A, tipo B y tipo C, según la cantidad de población a cargo por cada equipo de salud, el grado de dispersión de la población y la distancia entre las veredas que los constituyen y el centro, puesto o casa de salud⁴⁵.
- Lograr que en cada microterritorio de salud el recurso humano se organice por equipos de salud: i) Equipo de salud tipo A integrado por un médico, un odontólogo, un/a auxiliar de enfermería y de odontología y un promotor/a de salud por cada vereda integrante del área de influencia de este tipo de microterritorio de salud⁴⁶; ii) Equipo de salud tipo B constituido por una auxiliar de enfermería y los promotores de salud de las veredas integrantes del microterritorio de salud; y iii) un equipo de salud tipo C conformado por los promotores de salud de las veredas del área de influencia del respectivo microterritorio de salud.
- Desarrollar convenios de coordinación, cooperación y complementariedad para la atención en salud de toda la población del territorio entre los servicios de los hospitales públicos de la Macarena y San Vicente del Caguán, y sus respectivas ESE departamentales, buscando garantizar acceso a la atención de salud sin fronteras geográficas de toda la población en áreas de litigio.
- Lograr un acuerdo entre las organizaciones sociales del territorio, las EPS que afilian la población del régimen subsidiado (Capital Salud y Asmetsalud, entre otras) y el gobierno, para evitar que la actual forma de aseguramiento de la población del territorio en el SGSSS, y las formas de contratación de las EPS con los prestadores de los servicios de salud, introduzcan barreras de acceso económicas, geográficas, administrativas/organizativas y culturales a la atención de la población, y garanticen oportunidad en las citas, continuidad y calidad de la atención. Ello mientras se adoptan decisiones más efectivas de política pública que eviten la mercantilización del aseguramiento y de la atención en salud.
- Realizar reuniones entre las organizaciones sociales y las alcaldías de La Macare-

45. Nota: Un Microterritorio tipo A es el que en su núcleo dispone de un centro de salud; un Microterritorio de salud tipo B es el que en su núcleo dispone de un puesto de salud y un Microterritorio tipo C es el en su núcleo sólo dispone de una casa de salud

46. Como promotoras de salud pueden actuar las parteras reconocidas de cada vereda, los curanderos y yerbateros formados para tal fin.

na y la de San Vicente, el Centro de salud de la Macarena, la ESE Solución Salud Meta, la ESE departamental del Caquetá y el Hospital de San Vicente, para definir cómo armonizar el PCSR con los planes territoriales de salud, municipales y departamentales, en materia de inversiones en infraestructura, equipamiento y nombramiento de recurso humano, sisbenización y afiliación al SGSSS, acciones en organización de los microterritorios y equipos de salud, acceso a la atención sin fronteras, entre otros.

- Acordar con las comunidades indígenas del territorio el diseño de un programa intercultural basado en el SISPI (Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural) que evite barreras culturales de acceso de esta población a la atención en el sistema de salud occidental y garantice el fortalecimiento y desarrollo del sistema propio de salud.

Acciones para fortalecer los programas de salud pública en el territorio:

- Lograr que las alcaldías municipales, a través de las secretarías de salud y los hospitales encargados de desarrollar las acciones de salud pública conjuntamente con los equipos de atención primaria de salud de los territorios, microterritorios y otros sectores de la sociedad, planifiquen y ejecuten los siguientes programas básicos de salud pública: educación en salud; fomento del acceso al agua potable y saneamiento básico; promoción de la disponibilidad de alimentos saludables y de nutrición adecuada; salud sexual y reproductiva, atención materno infantil y planificación familiar; prevención y control de la violencia basada en género e intrafamiliar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de enfermeda-

des infecciosas endémicas del territorio; prevención y control de enfermedades crónicas; prevención y control en salud mental; prevención y tratamiento de enfermedades comunes; atención de las necesidades de salud de las personas en situación de discapacidad; rehabilitación basada en comunidad; promoción de la paz y la reconciliación entre los actores el territorio; cuidado de los ecosistemas y la madre tierra; y entrega en el territorio de los medicamentos esenciales relacionados con la atención primaria en salud y salud pública.

- Lograr que el análisis de la situación de salud, la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de resultados de las acciones de los programas de salud pública se haga desde los territorios y cuente con la participación de los comités y promotores de salud de los mismos.

Acciones varias:

- Buscar el documento sobre los PDETS de la reunión de Villavicencio para armonizar el PCSR, lo mismo que se buscará participar en la formulación de los Plan territoriales de salud de La Macarena y San Vicente (responsables: Corpoayarí, Asopeproc y Acal-G)
- Organizar el núcleo N° 1 de Ascal G (para que exista el microterritorio y se puedan formar promotores y comités de salud)
- Definir y delimitar bien las funciones de los promotores y comités de salud para que no se generen confusiones entre ellos y se posibilite su complementariedad
- Se propone que una primera fase de ejecución del PCSR sea hasta finales del 2020 cuando se deberá hacer una primera evaluación de su ejecución.

Ilustración N° 36. Formulando el PCSR en San Juan de Losada



Fuente: foto tomada por el equipo de trabajo

Eje Estratégico II: Construyamos atención y gestión integral en salud

Componentes

El eje estratégico II tendrá dos componentes: uno de Modelo de atención primaria integral en salud y otro de Gestión integral en salud con sus respectivos objetivos específicos. , que se divide a su vez, en 2 subcomponentes: uno institucional y otro comunitario.

Componente de Modelo de Atención Primaria Integral en Salud

Los objetivos específicos del componente de modelo de Atención Primaria Integral en Salud son los siguientes:

1. Diseñar un modelo de atención integral e intercultural en salud orientado en la persona, la familia, la comunidad y el ambiente.
2. Organizar el modelo de atención en salud por territorios y microterritorios de salud (tipo A, tipo B y tipo C).
3. Conformar equipos interdisciplinarios de salud de acuerdo con la organización de los territorios y microterritorios de salud del modelo de atención.
4. Garantizar que cada equipo básico de salud tipo A, tipo B y tipo C tenga a su cargo la atención integral de la población del respectivo microterritorio de salud con base en el estudio de sus necesidades de salud y la planificación de las acciones de respuesta.
5. Garantizar que los equipos básicos y los equipos complementarios realicen acciones extramurales regulares de atención

- de salud a los respectivos microterritorios de salud.
6. Exigir a las autoridades de salud del nivel local, departamental y nacional una clara especificación de la integración de la Red Integrada de Atención en Salud y de sus respectivas rutas de atención.
 7. Crear en el Hospital de La Macarena un programa piloto de servicios de telegerencia (digitalización de historias clínicas, estudios y otros), teleducación (espacios de capacitación al personal médico), televigilancia (vigilancia epidemiológica y respuesta inmediata) y telemedicina (asistencia médica especializada en zonas rurales en tiempo real).
 8. Desarrollar en el Hospital de La Macarena un centro de estudios en enfermedades tropicales en alianza con el Programa de Estudios y Control de Enfermedades Tropicales (PECET) de la Universidad de Antioquia.
 9. Comprometer al gobierno, las autoridades y actores del sector salud en el diseño e implementación del modelo de Atención Primaria Integral e Intercultural en Salud.

Acciones para implementar el modelo de atención en salud:

Tabla N° 36.
Tipos de microterritorios de salud por núcleos y ubicación de punto de atención en salud

Territorio de salud	Microterritorio de salud	Núcleo al que corresponde	Vereda en la que estará ubicado el centro, puesto o casa de salud
ASCAL-G	Tipo A	7	San Juan de Losada
	Tipo B	1	Bocanas del perdido
		2	El Ruby
		3	Caimán
		5	Puerto Losada
		6	Samaria
			Platanillo
Tipo C	4	Gringo Central	
CORPOAYARÍ	Tipo A	2	Playa Rica
	Tipo B o Tipo C (Por definir)	1	Por definir
		3	La Sombra
			La Machaca
		4	La Tunia
		5	Alto Morrocroy
		6	Por definir
No hace parte de Corpoayarí pero se consideró integrarlo en la territorialización		Yaguará II	

Territorio de salud	Microterritorio de salud	Núcleo al que corresponde	Vereda en la que estará ubicado el centro, puesto o casa de salud
ASOPEPROC	Tipo A	1	La Cristalina del Losada
	Tipo B	2	Laureles
	Tipo C	3	El Vergel

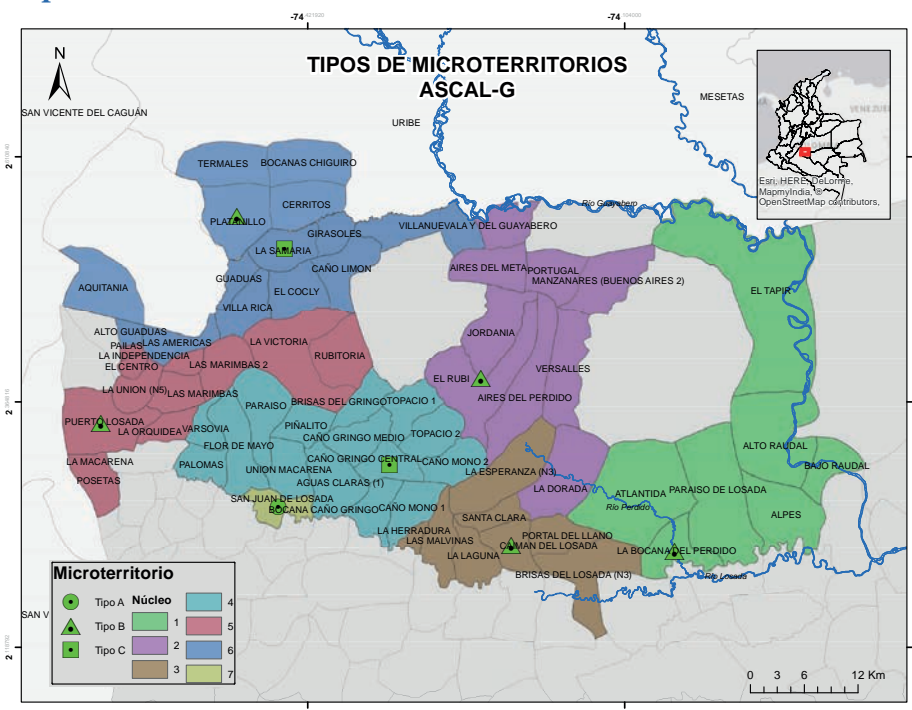
Fuente: Elaboración Propia, 2019.

- Se desarrollará un modelo que garantice la atención en salud de toda la población residente en el territorio rural, con un enfoque intercultural y articulado con la normatividad del país.
- Se conformarán 3 territorios de salud correspondientes a las áreas delimitadas en las 3 organizaciones campesinas (ASCAL-G, CORPOAYARÍ y ASOPEPROC), que a su vez estarán conformados por microterritorios de salud que correspon-

den a los núcleos de cada organización (7 en ASCAL-G, 6 en CORPOAYARÍ y 3 en ASOPEPROC).

- Se clasificarán por tipos los microterritorios de salud, dependiendo de la cantidad de habitantes y el grado de dispersión de la población y distancia entre veredas, así como de la infraestructura, dotación y recurso humano de la institución de referencia que se disponga en cada núcleo (Ver Tabla N° 36 e Ilustraciones N° 37, Y y Z).

Ilustración N° 37. Tipos de microterritorios de salud en el territorio de Ascal-G.



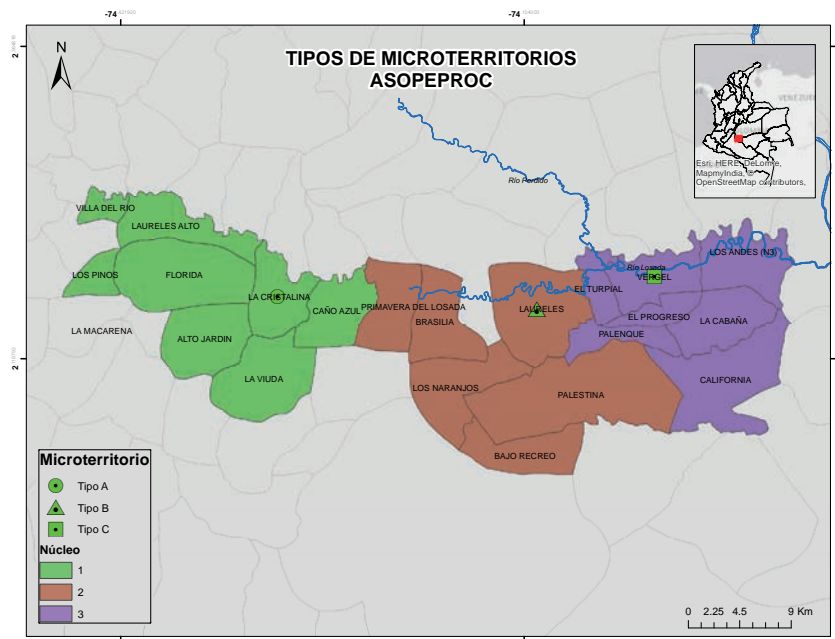
Fuente: cartografía social elaborada con la participación de las comunidades de los territorios

- En este sentido, se configurarán 3 microterritorios tipo A, los cuales contarán con centros de salud y su respectivo equipo básico de salud tipo A; los microterritorios tipo B contarán con puestos de salud y su respectivo equipo básico de salud tipo B y; los microterritorios tipo C contarán con una casa de salud en la que se reunirán los promotores de salud de las veredas pertenecientes al microterritorio.

Los promotores de salud de cada vereda de los microterritorios tipo A y tipo B se reunirán en los correspondientes centros o puestos de salud de su microterritorio. La constitución del equipo interdisciplinario tipo A y tipo B se mencionan en el Eje Estratégico I. Se resalta que esta territorialización de salud está sujeta a ajustes con la comunidad debido a que, para

la construcción de la infraestructura, en algunas veredas aún no se cuenta con la documentación de la propiedad de los predios y otras se encuentran ubicadas en la zona de parques naturales. (Pendiente definir el número de microterritorios tipo B y tipo C dependiendo de la clasificación de los núcleos en CORPOA-YARÍ).

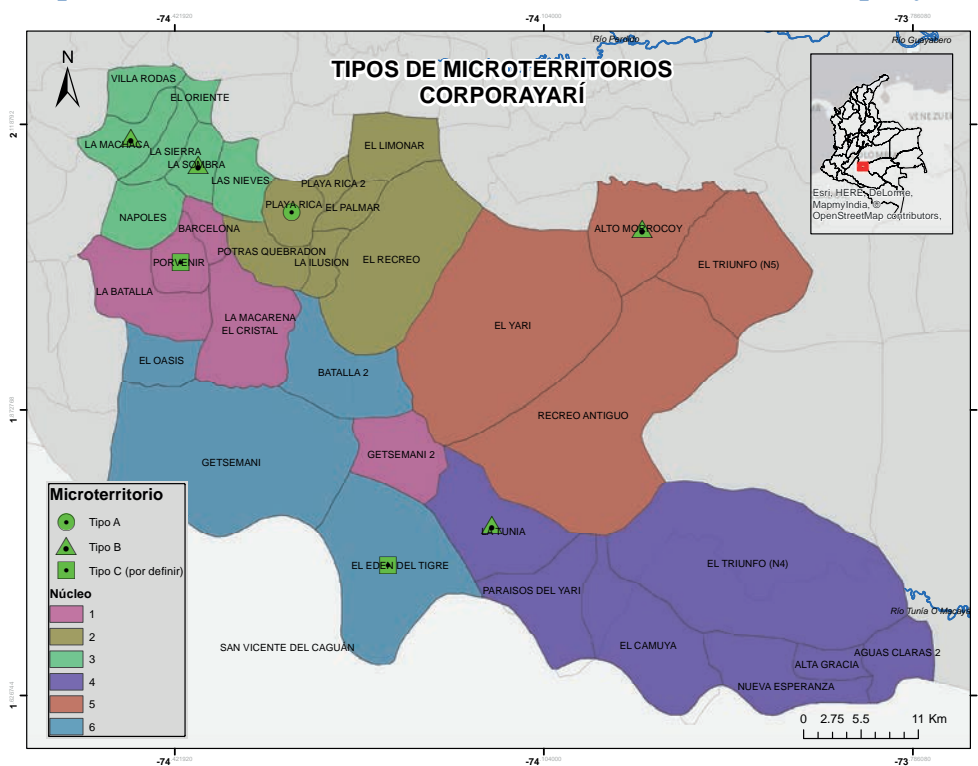
Ilustración N° 38. Tipos de microterritorios de salud en el territorio de Asopeproc



Fuente: Cartografía social elaborada con la participación de comunidades de los territorios

- Existirá un equipo complementario encargado de los 3 territorios de salud y equipos de salud comunitarios con promotores de salud por cada microterritorio de salud, que se desplazarán periódicamente a las veredas pertenecientes al área de influencia de los microterritorios; asimismo, se dispondrá de 3 psicólogos, 1 por cada territorio de salud, que realicen consultas y seguimiento en los colegios, teniendo en cuenta la falta de atención psicosocial a niños y adolescentes, referida por la comunidad.
- Se articulará el modelo de atención con la Red Integrada de Atención de Salud, adaptando las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) a las particularidades del territorio, con el apoyo del Estado, implementando RIAS específicas para la prevención y tratamiento de enfermedades transmitidas por vectores; accidentes y enfermedades laborales; prevención y detección temprana de enfermedades de transmisión sexual y; salud de la mujer y atención de la gestante (siendo estos prioritarios para la comunidad). Se propone que las RIAS sean apoyadas por las diferentes asociaciones campesinas, de mujeres y de jóvenes pertenecientes a los territorios de salud.
- Se mejorará la cobertura de internet para implementar efectivamente el programa de Telesalud y se solicitará a las EPS generar una plataforma virtual para el

Ilustración N° 39. Tipos de microterritorios de salud en el territorio de Corpoayarí



Fuente: cartografía social elaborada con la participación de comunidades de los territorios

agendamiento de citas y seguimiento de las condiciones de salud.

Componente de Gestión integral en salud

Subcomponente institucional

Los objetivos específicos del subcomponente son los siguientes:

1. Promover el desarrollo de capacidades de gestión territorializada de la salud entre las instituciones relacionadas con el territorio y las comunidades, fortaleciendo los vínculos entre el modelo de atención y gestión comunitaria en salud y el modelo institucional.
2. Promover ante el gobierno local y departamental, las autoridades de salud y organizaciones nacionales e internacionales, el mejoramiento y apoyo financiero al modelo de atención en salud, la integración de los fondos de salud individuales y colectivos y su asignación equitativa a

la oferta según las necesidades por territorios.

3. Impulsar la contratación de todo el personal de salud, incentivando su estabilidad, garantías laborales y condiciones de trabajo óptimas.
4. Impulsar el fortalecimiento de capacidades e incentivos al recurso humano vinculado, de acuerdo con las exigencias del modelo de atención primaria integral de salud y aplicar incentivos a la permanencia y resultados de trabajo.
5. Fortalecer las capacidades de planificación de las acciones por territorios y microterritorios de salud de las instituciones, equipos multidisciplinares, equipos de promotores y comités de salud.
6. Crear un sistema de información para la gestión comunitaria y territorial del modelo de atención en salud que ayude a la planificación de las acciones de salud y su seguimiento y evaluación.

Acciones para el subcomponente institucional:

- Se mejorará la contratación y remuneración del personal de salud, tanto el actualmente vinculado como los que se requieren vincular a futuro, por lo que se propone la generación de contratos laborales a término indefinido y no por prestación de servicios, con salarios acordes a los cargos y actividades que desempeñen.

Subcomponente comunitario:

Los objetivos específicos del subcomponente son los siguientes:

1. Promover la autogestión intercultural y comunitaria de la salud, generando capacidades entre las comunidades para la gestión comunitaria de los territorios y microterritorios de salud.
2. Propiciar la constitución y el desarrollo de capacidades de los comités de salud.
3. Fortalecer las capacidades de gestión, trabajo en equipo y atención de los promotores de salubridad rural.
4. Impulsar la alianza con las universidades de la Red Salud-Paz, la Cruz Roja y el Movimiento para la Salud de los Pueblos para la asesoría del diseño e implementación del modelo de atención y gestión comunitaria de la salud, el desarrollo de proyectos de inversión, la asistencia y la formación de capacidades del personal comunitario de salud.

Acciones para el subcomponente comunitario:

- Se constituirá una organización conjunta (cooperativa o asociación comunitaria de salud) de promotores de salud y comités de salud de los tres territorios de las organizaciones sociales (Corpoayará, Asopeproc y Ascal-G), para que ayude a la coordinación, planificación, contrata-

ción, capacitación, desarrollo de proyectos, consecución de recursos, ejecución y control de las acciones de atención primaria en salud en el territorio. Esta organización estará bajo la supervisión de las organizaciones sociales del territorio y de las comunidades de origen de los promotores y comités de salud a quienes rendirán cuenta de sus actividades.

- Se creará una campaña para concientizar a la comunidad de la importancia de la exigencia del derecho a la salud y la implementación del PCSR.
- Se fortalecerán los comités de salud existentes y se constituirán los comités de salud de las Juntas de Acción Comunal restantes (la comunidad propone que los promotores de salud sean integrantes de los comités, para fomentar el empoderamiento en salud y el sentido de pertenencia).
- Se continuará el proceso de capacitación de promotores de salud y se vincularán nuevos promotores en las veredas donde no existan.
- Se generará un manual de funciones para los promotores de salud y para los comités de salud con el fin de definir responsabilidades y competencias, siendo una de ellas las acciones de control y vigilancia epidemiológica por cada microterritorio y territorio de salud, realizando una vinculación directa con el centro de estudios en enfermedades tropicales (la comunidad propuso eliminar el objetivo específico correspondiente a la creación de comités de control y vigilancia epidemiológica y plantearlo como una función de comités y promotores de salud).
- Se harán cartillas de difusión que socialicen temas de interés comunitario en salud, con la participación de la comunidad y de los promotores y comités de salud.

Eje Estratégico III: Desarrollemos saberes ancestrales y alternativos

Componentes

El eje estratégico III tendrá un componente con sus objetivos específicos: componente de medicinas ancestrales y alternativas.

Componente de medicinas ancestrales y alternativas

Los objetivos específicos de este componente son los siguientes:

1. Fortalecer el recurso humano propio.
2. Incluir los conocimientos y prácticas ancestrales y alternativas en el modelo comunitario e institucional de salud.
3. Impulsar la organización del sistema intercultural de salud propio.
4. Promover el desarrollo de proyectos de producción de plantas y hierbas medicinales.

Acciones para fortalecer el recurso humano propio:

- Se identificarán las personas con el conocimiento en medicina ancestral y alternativa en el territorio.
- Se generarán espacios para que las personas con estos conocimientos en medicina ancestral y alternativa puedan capacitar a las demás personas en el territorio.
- Se propiciará un “Encuentro de Sabedoras y Sabedores” que permita el diálogo, el intercambio y el aprendizaje en torno a la medicina ancestral y alternativa.
- Se gestionará la certificación, homologación y validación de los conocimientos en medicina ancestral y alternativa.
- Se construirá un diccionario botánico de la región, en el cual se identifiquen los

nombres de las plantas y sus usos medicinales.

Acciones para incluir los conocimientos y prácticas ancestrales y alternativas en el modelo comunitario e institucional de salud:

- Se integrará a las personas con conocimientos ancestrales y alternativos en los Comités de Salud de las respectivas veredas.
- Se recopilarán los saberes ancestrales y alternativos a través de cartillas, videos, grabaciones, etc., para que puedan ser transmitidos a las generaciones actuales y futuras dentro y fuera del territorio, y promocionados en los centros y puestos de salud.
- Se incluirá en el equipo de los centros y puestos de salud, a una persona con conocimientos certificados en medicina ancestral y alternativa.
- Se conformarán en los espacios comunes, escuelas, colegios, fincas y en las viviendas huertos comunitarios con hierbas y plantas medicinales.
- Se aprovecharán las horas sociales de los colegios para que se generen diálogos sobre la medicina ancestral y alternativa, y para que los/as estudiantes apoyen los huertos caseros.
- Se incluirá dentro de la ruta de atención el nivel de medicina ancestral y alternativa, pues la mayoría de personas en el territorio acuden primero a los “remedios caseros”.
- Se fortalecerá el diálogo entre los comités de salud de las JAC y los comités de salud conformados en los colegios.

Acciones para impulsar la organización del sistema intercultural de salud propio:

- Se constituirá una organización con nombre, logo, etc., y se le definirá un plan de trabajo para que gestione las acciones correspondientes a un sistema intercultural de salud.
- Se fortalecerá el dialogo entre los comités de salud de las JAC y los comités de salud conformados en los colegios.

Acciones para promover el desarrollo de proyectos de producción de plantas y hierbas medicinales:

- Se fortalecerán y ampliarán los programas de plantas aromáticas y medicinales

que se estén desarrollando en el territorio a través de las organizaciones de mujeres y; los programas de huerta casera y jardín botánico promovido por el PENIS, entre otros.

- Se investigará y analizará el mercado de las plantas medicinales para identificar cuáles de las que existen en la región tendrían mayores posibilidades de distribución.
- Se gestionarán capacitaciones para aprender a transformar las plantas medicinales en productos como aceites, pomadas, jarabes etc.

Eje Estratégico IV: Promovamos acciones transectoriales por la salud

El eje estratégico IV tendrá los siguientes componentes y objetivos específicos:

Componentes:

El eje estratégico IV tendrá un componente sobre convivencia con la naturaleza y otro sobre condiciones de vida y trabajo saludables.

Componente de Convivencia con la naturaleza

Los objetivos específicos de este componente son los siguientes:

1. Garantizar convivencia armoniosa con la naturaleza sin tala innecesaria de árboles ni quema de bosques.
2. Preservar y cuidar las especies animales de los territorios.
3. Promover la producción de productos fitosanitarios orgánicos.

Acciones para garantizar convivencia armoniosa con la naturaleza:

Se exigirá el cumplimiento del Punto 1 de la RRI del Acuerdo de Paz de La Habana

Se gestionarán proyectos productivos agrícolas para el mejoramiento de suelos, tecnificación de las actividades mediante maquinaria y tecnologías que faciliten el arado, fertilización, siembra y cosecha, y la implementación de granjas autosostenibles..

Se gestionarán proyectos silvopastoriles para la tecnificación de la actividad ganadera con criterios de sostenibilidad.

Se impulsará y promoverá el uso de energías limpias, como la construcción biodigestores que reemplacen el consumo de leña para las actividades de la cocina.

- Se gestionarán recursos y asistencia técnica para sembrar especies nativas que permitan la recuperación y cuidado de cuencas hidrográficas.
 - Se impulsarán las discusiones entre instituciones y campesinos/as para llegar a acuerdos sobre la problemática ambiental en el territorio.
 - Se adelantarán campañas pedagógicas en las escuelas, colegios y veredas sobre el cuidado ambiental, y sobre el daño que genera la tala y la caza desmedida.
 - Se conformará una veeduría ciudadana para garantizar el mejoramiento físico de las plantas de sacrificio en la zona, y para el control de sus procesos internos, entre ellos el vertimiento de aguas residuales.
3. Procurar seguridad en el trabajo.
 4. Promover el mejoramiento de las viviendas.
 5. Desarrollar acciones de educación en salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención y promoción de la salud en escuelas y colegios.
 6. Fomentar el logro de veredas y centros poblados saludables.
 7. Vías amigables con la salud.

Acciones para preservar y cuidar las especies animales:

- Se adelantarán campañas en educación ambiental, en las cuales se informe sobre las especies nativas en peligro de extinción, y sobre los riesgos de la deforestación y la caza indiscriminada.
- Se establecerán multas desde las JAC para el control de la caza y la pesca.

Acciones para promover la producción de fitosanitarios orgánicos:

- Se gestionarán capacitaciones y asesoría técnica sobre el control biológico de plagas, y sobre la generación de abono orgánico.

Componente de Condiciones de vida y trabajo saludable

Los objetivos específicos de este componente son los siguientes:

1. Promover el acceso a agua potable y saneamiento básico.
2. Impulsar soberanía y seguridad alimentaria.

Acciones para promover el acceso a agua potable y saneamiento básico:

- Se gestionarán capacitaciones a las comunidades en la elaboración, uso y mantenimiento de filtros para tratar el agua en las viviendas.
- Se gestionarán recursos y asesoría técnica para la construcción de sistemas de acueducto y alcantarillado alternativos que permitan tratar el agua potable y residual, con técnicas amigables con la naturaleza; y se identificarán otras alternativas como el aprovechamiento y mejoramiento de aljibes, y de los pozos sépticos para la generación de biodigestores.
- Se gestionará la adecuación de rellenos sanitarios que faciliten la disposición final.
- Se adelantarán campañas de reciclaje y clasificación de residuos sólidos.
- Se adelantarán charlas en la comunidad sobre la problemática de la contaminación del agua.

Acciones para impulsar la soberanía y la seguridad alimentaria:

- Se fomentarán las buenas prácticas para la manipulación y preparación de alimentos.

- Se estimulará nuevas prácticas de consumo basada en la alimentación sana y balanceada, y en el consumo de productos agroecológicos.
- Se establecerá en el territorio un banco de semillas para conservar las especies nativas y medicinales, asegurando la producción de estas especies y el equilibrio en el ecosistema.
- Se conformará un centro de acopio para la comercialización de los productos agrícolas.

Acciones para procurar la seguridad en el trabajo:

- Se garantizará la seguridad en los trabajos de alto riesgo a través de capacitaciones sobre el uso de implementos de protección, y sobre el uso de herramientas como la guadaña y la motosierra, por ejemplo. De igual manera se identificarán las actividades que mayor riesgo pueden presentar en el territorio.
- Se consolidará un seguro para accidente o enfermedades derivadas de las labores de los campesinos, campesino.
- Se impulsará la afiliación al sistema de riesgos laborales del SGSSS para los trabajadores/as del campo.

Acciones para promover el mejoramiento de las viviendas:

- Se impulsará la readecuación y reemplazo de cocinas de leña por energías renovables como la generación de gas a través de biodigestores;
- Se gestionará el cambio de techos con goteras y el reemplazo de pisos de tierra por piso de material.
- Se adecuarán baterías sanitarias.
- Se impulsarán las actividades de mantenimiento de tanques de recolección de agua lluvia instalados en las viviendas.

Acciones para desarrollar colegios y escuelas saludables:

- Se intervendrá en escuelas y colegios para garantizar la instalación y mantenimiento de filtros de tratamiento de agua, baterías sanitarias, la limpieza y mantenimiento de tanques de recolección de agua, el manejo de agua empozada, y el manejo de residuos sólidos.
- Se identificarán los principales factores que afectan la salud de los/as estudiantes en sus áreas de estudio y se generarán las respectivas soluciones.
- Se gestionará la construcción y el mejoramiento de unidades recreativas en colegios y escuelas.
- Se fortalecerán y construirán las bibliotecas en los colegios y escuelas.

Acciones para fomentar el logro de veredas y centros poblados saludables:

- Se desarrollarán campañas para sembrar árboles en espacios públicos.
- Se fortalecerá la convivencia pacífica en la comunidad, y el dialogo afectivo y respetuoso a través de la instalación en lugares públicos de sillas.
- Se gestionará el mantenimiento e instalación del alumbrado público en aquellas zonas donde sea necesario.
- Se gestionará la construcción y el mejoramiento de unidades recreativas, parques y polideportivos, con equipos para el ejercicio según las edades de la población.
- Se gestionarán programas culturales y deportivos como cineforos y aeróbicos.
- Se adelantarán campañas y programas que promuevan la vacunación y esterilización de los animales de compañía.

Acciones para adecuar vías amigables con la salud:

- Se desarrollarán campañas para arborizar las vías.
- Se implementará señalización en las vías.
- Se gestionará maquinaria para garantizar el mejoramiento y mantenimiento de las vías, y su pavimentación para evitar el polvo.
- Exigir al Estado la inversión en la construcción y mantenimiento de las vías en el territorio.

Ilustración N° 40. Formulando el PCSR en Laureles



Fuente: Foto tomada por el equipo de trabajo

Eje Estratégico V: Hagamos participación social y comunitaria vinculante

El eje estratégico V se desarrollará desde una perspectiva diferencial de condición socioeconómica, etnia, género, edad y discapacidad y tendrá un componente con sus respectivos objetivos específicos.

Componentes

Componente de acción colectiva por la salud

Los objetivos específicos de este componente son los siguientes:

1. Impulsar la construcción de un sujeto social y político de la salud.
2. Promover la organización, el fortalecimiento y vinculación en red de los comités de salud.
3. Impulsar la movilización por el derecho a la salud.
4. Contribuir a la reconciliación entre las personas en proceso de reincorporación y las comunidades del territorio.

Acciones para impulsar la construcción de un sujeto social y político de la salud:

- Se gestionarán capacitaciones sobre Derecho a la salud y mecanismos de exigibilidad. Estas capacitaciones también desarrollarán contenidos relacionados con las estrategias de comunicación comunitaria, pedagogía y formulación de proyectos, entre otras temáticas.
- Se impulsará la cátedra de derechos en los colegios, con contenidos y metodologías que faciliten la práctica de los y las estudiantes, y la vinculación de los colegios y escuelas al PCSR.
- Se impulsará la campaña vinculante por la salud del territorio.

- Se buscarán espacios institucionales y departamentales para resolver los conflictos de litigio limítrofe.
- Acciones para promover la organización, el fortalecimiento y la vinculación en red de los comités de salud:
- Se consolidará la caracterización y el censo poblacional.
- Se garantizarán los encuentros de los comités de salud dos veces al año.
- Se gestionará el apoyo externo para el fortalecimiento de las JAC y de sus Comités de Salud.
- Se fortalecerá el apoyo a los territorios y microterritorios de salud.
- Se fortalecerá la organización de los núcleos para que desde allí se apoye la implementación del PCSR a través de la definición y ejecución de acciones conjuntas entre las veredas de cada núcleo, y del intercambio de información y experiencias entre Comités de Salud.
- Se desarrollarán estrategias comunicativas, entre ellas la actualización e instalación de los tableros informativos.
- Se incluirá en la agenda de las reuniones por núcleos un punto para abordar el tema de salud rural a cargo de los Comités de Salud.
- Se conformará un fondo pro-urgencias de salud.

Acciones para impulsar la movilización por el derecho a la salud:

- Se impulsarán movilizaciones y manifestaciones ante instituciones encargadas. Entre esas acciones se tendrá en cuen-

ta mecanismos democráticos de apoyo electoral a quienes se comprometan con la implementación del PCSR y de democracia participativa como los cabildos abiertos, para hacer aprobar el PCSR a nivel municipal y, en conjunto con otros territorios rurales, iniciativas populares legislativas para introducir cambios que faciliten la transformación de la salud rural.

- Se buscará el apoyo de organizaciones defensoras de DD.HH para impulsar la exigibilidad del derecho a la salud en todas sus formas, incluida una exigencia a la Corte Constitucional de declarar el estado de cosas inconstitucional en salud en los territorios rurales de Colombia.
- Se empoderará a las personas, familias y comunidades para la exigibilidad del derecho a la salud y los demás derechos sociales, ambientales, económicos y culturales relacionados con la salud.
- Se impulsará el abordaje estructural e integral de las problemáticas.
- Se fortalecerán los procesos de articulación de las diferentes comunidades y culturas que habitan el territorio.

- Se impulsará la constitución de un Consejo o Mesa Municipal Permanente de Salud con la participación de los distintos actores institucionales, de la sociedad civil, sector privado, ONGs, organizaciones comunitarias, de mujeres, indígenas, entre otras, como espacio para la toma de decisiones, formulación de políticas, planes, programas y proyectos saludables, hace seguimiento de su ejecución y garantizar rendición de cuentas.

Acciones para contribuir a la reconciliación entre las personas en proceso de reincorporación y las comunidades del territorio:

- Se gestionará el reconocimiento de los saberes de los y las excombatientes en salud rural.
- Se adelantarán actividades simbólicas de reconciliación que la apuesten a la reconstrucción de la memoria y del tejido social.
- Se apoyará el proceso que viene desarrollando el ETCR Urías Rondón.

Referencias bibliográficas

- AMEM - Área de Manejo Especial de La Macarena, (2019). Área de Manejo Especial de la Macarena (AMEM). http://www.ame-macarena.org/el_amem.html Consultado el 27 de marzo del 2019.
- Betancourt M, Hurtado LM, Porto-Gonçalves CW, (2015). Tensiones territoriales y políticas públicas de desarrollo en la Amazonia. Buenos Aires, Clacso, abril del 2015.
- Colciencias/PNUD, (2019). Programa de ciencias, tecnología e innovación en comunidades sostenibles para la paz. Documento diagnóstico integral zona de La Macarena. 25 de enero 2019.
- Cordepaz C P, (2012). Ordenamiento Territorial y Ambiental en el Área de Manejo Especial de La Macarena. Bogotá: Dutsche Gesellschaft fur Internationale Zusammenarbeit (GIZ). Citado por García Rincón JJ, 2018. La gente de la Macarena. Odecofi-Cinep, Bogotá abril del 2018
- De Sousa Santos B, (2017). Colombia entre la Paz neoliberal y la Paz democrática. En: Democracia y Transformación Social, a publicar en Bogotá, por Siglo del Hombre, abril 2017.
- Departamento del Meta, Gobernación del Meta, ESE Departamental Solución Salud del Meta, (2019). Informe de Adela Patricia Ruiz Sabogal de las Oficinas de Calidad y Epidemiología, marzo 14 del 2019.
- Espinosa N, (2003). A la otra orilla del rio: la relación de los campesinos y la guerrilla en La Macarena – Meta (Tesis de grado). Bogotá., citado por Rincón García, 2018, p. 117.
- García Rincón JJ, (2018). La gente de la Macarena. Odecofi-Cinep, Bogotá abril del 2018.
- González Gómez LM (2015). El papel de las crónicas misionales coloniales en la configuración de los Llanos Orientales de Colombia y en la producción social de las diferencias. En: Historia y Sociedad, N° 29, Medellín, Colombia, julio-diciembre de 2015, p. 17-42.
- Incoder, Parques Nacionales Naturales y Ascal-G, (2015). Plan de Desarrollo Sostenible ZRC Losada Guayabero.

- MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social, (2017). Dimensionamiento de las necesidades de salud, infraestructura y dotación en los municipios de posconflicto. Bogotá, 2017. Versión borrador
- MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social, (2019). Plan Nacional de Salud Rural. Versión Borrador, marzo de 2019.
- Molano, A., Fajardo, D. y Carrizosa J, (1989). La colonización de la reserva de La Macarena: Yo le digo una de las cosas... Bogotá: Fondo FEN Colombia-Corporación Araracuara.
- OPS/OMS - Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Orjuela J., (2017). La salud pública en el tránsito de la guerra a la construcción de la paz en el municipio de La Macarena. Tesis de Maestría, Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana.
- PHM - People´s Health Movement, (2017). Contributions of Civil Society to the Achievement of Health For All. A summery synthesis of the case of Colombia. Translated by Elis Borde. Edited by Nicholas Bond. Bogotá Colombia, 2017.
- República de Colombia, Departamento del Meta, Municipio La Macarena, Concejo Municipal, (2016). Plan Territorial de Salud 2016-2019. La Macarena Meta Colombia, 2016.