

Transformaciones productivas e impacto en los perfiles de enfermedad en la Orinoquía colombiana

Productive changes and their impact in the public health profiles of colombian Orinoquia

Mudanças produtivas e seu impacto nos perfis de doenças na Orinoquia colombiana

Diana Rodríguez Triana¹
 Sara Pérez Sáenz²

Fecha de recepción: 12 febrero de 2017
 Fecha de aceptación: 26 de marzo de 2017

RESUMEN

Los determinantes sociales de la salud explican la interrelación entre el entorno, el sistema económico, las relaciones y otras condiciones que influyen la salud de los individuos. Los perfiles de enfermedad se encuentran ligados a las condiciones del entorno, razón por la cual conocer las enfermedades más recurrentes en una región puede ayudar a comprender cuáles condiciones del medio se relacionan con el estado de salud de una población. En el presente trabajo se realizó una revisión de fuentes secundarias sobre los perfiles de enfermedad en los departamentos de Arauca, Casanare, Meta y Vichada y sus variaciones entre el 2000 y el 2014. Al mismo tiempo se realizó una búsqueda sobre las modificaciones productivas en los mismos departamentos y alteraciones ambientales que estas generan. Se identificaron las enfermedades con mayor incidencia en dichos departamentos, información que fue clasificada para su análisis. Las enfermedades con ocurrencias más altas en la región fueron las prevenibles. Las modificaciones de las tasas de enfermedad a través del tiempo indican que existen posibilidades de promover medidas, con las poblaciones afectadas, de apropiación del conocimiento con el fin de concientizar sobre la influencia de las condiciones del entorno en los individuos y la colectividad. Así, la educación y estrategias de promoción de la salud y prevención pueden ser enfocadas en incrementar la conciencia sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos sobre la salud para así generar modificaciones en los hábitos y estilos de vida desde la acción colectiva.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud, entorno, Orinoquía, morbilidad, mortalidad.

Cómo citar este artículo: Rodríguez Triana, D., Pérez Sáenz, S. (2017). Transformaciones productivas e impacto en los perfiles de enfermedad en la Orinoquía colombiana. *Revista Finnova*, 3(5), 71 - 87.

1 MSc. Desarrollo Sostenible, Esp. Gestión Regional del Desarrollo.

2 R.N. Especialista en Salud Mental, Especialista Gobierno y Gestión Pública Territorial, Catedrática Facultad de Ciencias de la Salud. UNILLANOS.

ABSTRACT

Social determinants of health explain the relationship among the environment, economic system and other factors that influence people health. The disease profiles are related with the environment, this condition permits to know the most common diseases in a region and to comprehend the health condition in a specific population. This document reviews secondary information about disease profiles and their variations, between 2000 and 2014, in four states of Colombia: Arauca, Casanare, Meta and Vichada. At the same time, was conducted a research about productive transformations and their environmental effects in the four states. The information was analyzed and it permitted identify that preventable diseases are most common in those states. Through the time was possible to identify rate disease variations, for this reason, promoting knowledge appropriation among affected populations can conscientize them about the influence of environment conditions and colectivity. Finally, education and health promotion and prevention strategies can manage to increase consciousness about social, environmental and economic determinants of health to transform habits and lifestyles around colective action.

Keywords: Social determinants of health, environment, Orinoquia, mortality, morbidity.

RESUMO

Os determinantes sociais da saúde explicam a inter-relação entre o entorno, o sistema econômico, as relações e outras condições que influenciam a saúde dos indivíduos. O perfil das doenças encontram-se ligados as condições do entorno, assim conhecer as doenças mais recorrentes numa região pode contribuir para entender quaição as condições do meio que influenciam a saúde de uma população. No presente artigo foi realizada uma revisão de fontes secundárias sobre os perfis de doenças nos estados de Arauca, Casanare, Meta e Vichada, assim como as variações para os anos 2000 até 2014. Também foi realizada uma pesquisa das mudanças produtivas nos mesmos departamentos, bem como, as alterações ambientais geradas por essas transformações. Foram identificadas as doenças com maior incidência nesses estados e as informações encaminhadas para análises. As doenças com maior presença foram as preveníveis. As variações achadas nas taxas de enfermidades através do tempo indicam a possibilidade de desenvolver ações com as comunidades afetadas para diminuí-las. A apropriação do conhecimento apresenta-se como uma oportunidade de conscientizar sobre as relações, influência do entorno dos indivíduos e a coletividade. Portanto, a educação e estratégias de promoção da saúde e prevenção de enfermidades podem ser focadas no incremento da consciência acerca dos determinantes sociais, ambientais e econômicos da saúde, e assim gerar mudanças nos hábitos e formas de vida, uma vez que seja considerada a ação coletiva.

Palavras chave: Determinantes sociais da saúde, entorno, Orinoquia, morbidade, mortalidade.

Introducción

La Orinoquía es una extensa región natural compartida por Venezuela y Colombia. En Colombia representa el 30.4% del territorio nacional equivalentes a 347,165 km² (Correa, et. al, 2005). Agrupa a los departamentos de Arauca, Casanare, Meta y Vichada (mapa 1) (Viloria de la Hoz, 2009) y cuenta con una población de 1.478.000 de habitantes (Benavides, sf). Esta región sobresale por su riqueza hídrica, su importancia histórica como medio de comunicación y de transporte nacional e internacional, y su diversidad cultural, de paisajes y ecosistemas terrestres y acuáticos que albergan distintas formas de vida (Paredes y Hernández, 2013). Además, es considerada como una zona de ampliación de la frontera de desarrollo, a partir de sus potenciales energéticos, agroindustriales, turísticos y localización estratégica entre el Atlántico y Pacífico (Conpes, 2014).

La región de la Orinoquía en 2007 contribuyó con el 5.5% del PIB (Benavides, sf), en 2014 un promedio de los departamentos que la conforman permite identificar que contribuyó con el 1,35% del PIB (DANE,

2014). La participación en dicho indicador ha variado pues durante la década de los 80's Benavides (sf) afirma que la actividad agropecuaria dominaba en la región, no obstante, a finales de la década de los 90's las dinámicas económicas y productivas del país se transformaron enfocándose en la extracción del petróleo y formas productivas agroindustriales. Las transformaciones fueron diferentes en cada departamento ya que en la década de los 80's los departamentos de Casanare y Arauca fueron considerados como petroleros, por otro lado, Meta y Vichada se enfocaron, principalmente, en el sector de servicios (Viloria de la Hoz, 2009).

Las transformaciones productivas tienen una gran influencia sobre las dinámicas sociales y ambientales. De acuerdo con Göbel (2015), el extractivismo es una actividad económica que no se puede desarrollar sin producir impactos sociales, ambientales y económicos, muchos de ellos irreversibles. De otro lado, en 1948 la OMS definió la salud como estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Posteriormente, en 1986 la misma institución resalta la importancia de la educación y las políticas públicas para generar cambios en la salud. Seguido el informe Brundtland y las consecuentes discusiones sobre el desarrollo sostenible posibilitaron evidenciar la estrecha relación de la salud con el ambiente (Forget y Lebel 2001).



Mapa 1. Región de la Orinoquía: sus departamentos y ciudades capitales. Tomado de Viloria de la Hoz (2009).

Los cambios del concepto han permitido reconocer que existen estrechas relaciones entre los factores ambientales, sociales, económicos que a su vez influyen el bienestar y la salud. Así surge el concepto de los determinantes sociales de la salud el cual explica que la distribución de poder, renta,

bienes y servicios, global y local, así como las visibles circunstancias de las personas como el acceso al cuidado de la salud, educación, condiciones de trabajo y descanso, las condiciones de vivienda, las diferencias entre las comunidades rurales y urbanas influyen las condiciones de salud de las personas

y sus consecuencias (OMS, 2010). Este concepto explica además que existen determinantes estructurales e intermediarios, los primeros, son aquellos que generan o fortalecen la estratificación de la sociedad y definen la posición socioeconómica de las personas, estos moldean la salud de un grupo de salud con base en su localización en las estructuras de poder, prestigio y acceso a recursos. Los segundos, determinan las diferencias en exposición y vulnerabilidad a las condiciones de amenazas para la salud, las principales categorías son la vivienda, relaciones, soporte social, comportamiento, confianza y la estructura del sistema de salud (OMS, sf).

Las anteriores consideraciones y cambios del concepto permitieron, también, que 2010 por medio de la Declaración Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas la intersectorialidad fuera considerada necesaria para la formulación de políticas y programas ya que el cuidado de la salud no es sólo responsabilidad del individuo y su comportamiento, sino de diferentes niveles de organización (OMS, 2010). Nutbeam (2000) afirma que la educación en salud ha sido considerada de forma limitada para mejorar el conocimiento, creencias, cambios de comportamientos entre otros en las poblaciones, razón por la cual la promoción de la salud y la promoción de la enfermedad debe considerar estrategias que propendan por incrementar la conciencia sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud para generar acciones colectivas. Esta consideración es relevante una vez que se admite que la educación puede realizar transformaciones sociales, sin embargo, la misma debe responder a las necesidades del contexto y, además, propender por soluciones integradoras y no individuales. Las anteriores perspectivas son útiles una vez que, en el contexto de la Orinoquía, es posible afirmar que los determinantes estructurales e intermediarios de las poblaciones que allí habían se han modificado a través del tiempo y han influenciado directamente los perfiles de enfermedad de las poblaciones.

El presente trabajo tiene por objetivo evidenciar la interrelación existente entre los determinantes sociales de la salud y los cambios en los perfiles de enfermedad de las poblaciones de la Orinoquía colombiana en el periodo comprendido entre 2000 y

2015. Dado que las principales enfermedades presentes en la región son aquellas que son prevenibles, su identificación e interrelación con los determinantes sociales de la salud podrán generar alternativas para ser abordadas en un trabajo articulado entre el sector educativo y el sector de salud. Para abordar dichos objetivos y contribuir con el establecimiento de un esquema de las principales enfermedades que afectan la población de la Orinoquía y su relación con la modificación del entorno, el presente trabajo se dividirá en cinco partes, la primera describe la metodología, la segunda enfocada a los perfiles de enfermedad durante el periodo 2000-2014; la tercera, identificar las condiciones los cambios de las actividades productivas de la región (1980-2015); la cuarta, las implicaciones de los cambios productivos sobre el entorno, seguido de la discusión y una última parte destinada a las conclusiones.

Metodología

Se realizó una búsqueda de literatura en los sitios web de organismos gubernamentales, no gubernamentales y otras agencias relacionadas con la investigación. Se consideraron artículos científicos, libros, revisiones, documentos técnicos de entidades oficiales y documentos legislativos. Seguido se seleccionaron las enfermedades que presentaban mayores índices de ocurrencia entre los años 2000-2014 en los departamentos de Arauca, Casanare, Meta y Vichada, para lo cual fueron revisados los informes ASIS de cada uno de los departamentos en cada uno de los años mencionados. Finalmente fueron elaboradas tablas y figuras para analizar y presentar los datos obtenidos durante el periodo seleccionado.

Resultados

Perfiles de enfermedad en la región de Orinoquía

Los perfiles de enfermedades se encuentran ligados a las condiciones del entorno de los individuos. Merchan (2014) afirma que las precarias condiciones de servicios y el menor nivel de educación, inciden en el estado de salud, esto unido a la presencia del conflicto armado y la violencia son

los factores que determinan una menor esperanza de vida para los habitantes rurales. En Colombia, el escenario de los servicios ofrecidos a las comunidades rurales es limitado, la infraestructura a nivel de servicios en el área rural es precaria y ha estado relacionada con las políticas desiguales que se manifiestan en una trampa de la pobreza a nivel rural, en donde el nivel de educación básico, sin acceso a servicios de salud y en algunos casos sin vivienda o con precarias condiciones (Parra-Peña, et al., 2013; Ocampo, 2014).

La región de la Orinoquía no está exenta de las condiciones de precariedad en la oferta de servicios para sus poblaciones, razón por la cual algunas condiciones como calidad de agua se puede ver afectada dado que solo el 56% del área rural cuenta con sistema de acueducto y 12% alcantarillado (Ministerio de Salud, 2013). Si bien en el periodo comprendido entre 2000 y 2014 los índices de algunas enfermedades se han modificado a nivel nacional, así como

la oferta de servicios para las poblaciones, resulta relevante identificar cuáles son las principales causas de mortalidad y morbilidad en la región y algunas variaciones en diferentes periodos de tiempo. En la Figura 1 es posible identificar las principales causas de mortalidad de la población de la Orinoquía colombiana.

• **Indicadores de mortalidad**

En la Figura 1 se evidencia que las principales causas de mortalidad en la región se relacionan con: las externas, las del sistema circulatorio y demás causas. La mortalidad varía por departamento siendo Arauca, Meta y Casanare los departamentos con mayor incidencia de estas causas. A continuación, se presentarán cada una de las causas de mortalidad antes presentadas y las variaciones de las mismas en un periodo de 14 años. Las figuras comparan las tasas entre los departamentos que conforman la región.

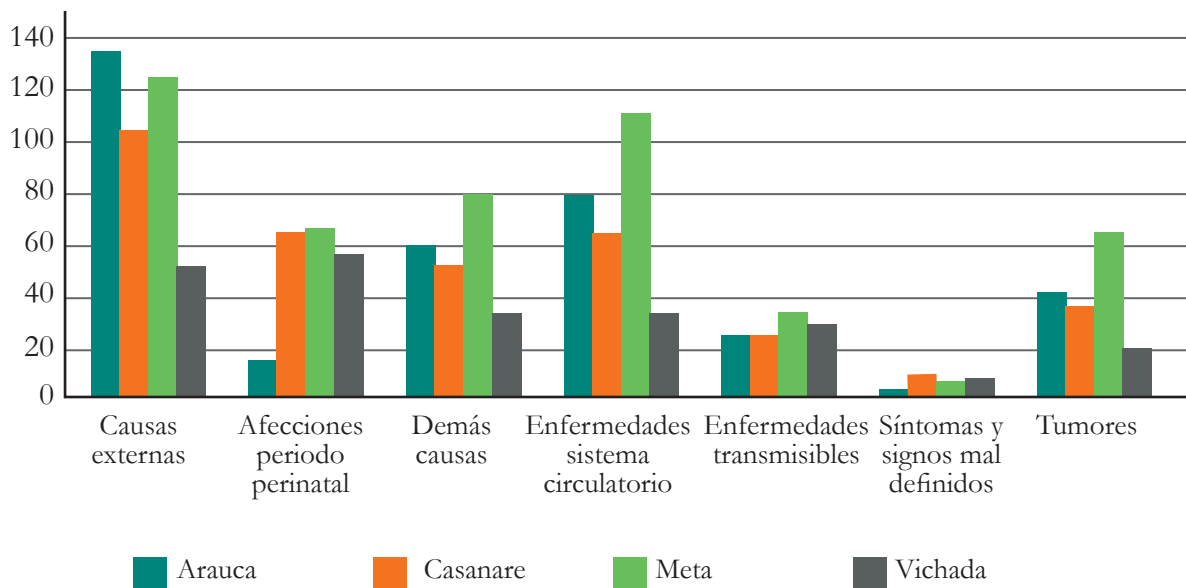


Figura 1. Tasa promedio de las principales causas de mortalidad en el periodo 2000-2014 por departamento.

En la Figura 2 es posible apreciar que en 2009 se presentaron el mayor número de muertes por afecciones causadas en el periodo perinatal en los

cuatro departamentos de la región. Se evidencia que las muertes por estas causas han disminuido a través del tiempo en la región.

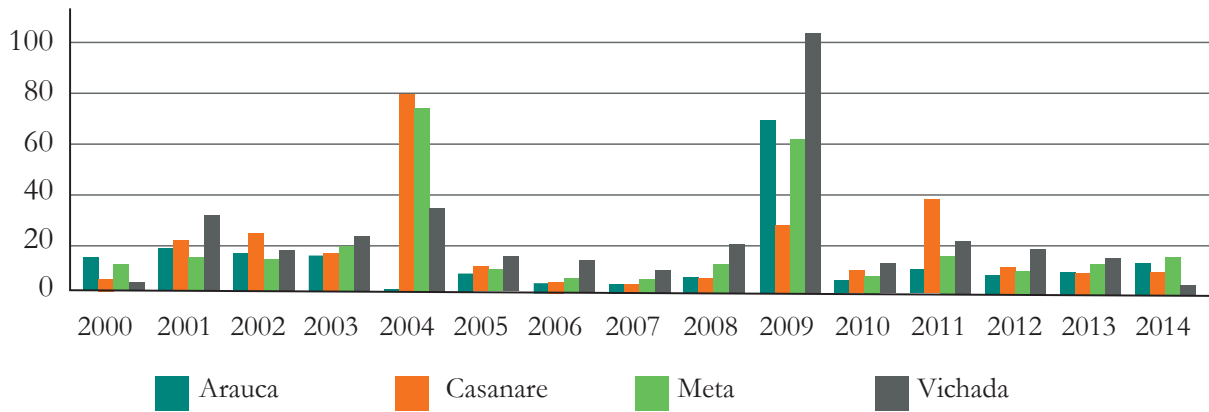


Figura 2. Tasas de muerte generadas por afecciones generadas en el periodo perinatal.

Las causas externas son predominantes en la región. A través del tiempo se evidencia una disminución, no obstante, el periodo comprendido entre

2004 y 2008 presentan el mayor número de muertes asociadas a estas causas (Figura 3).

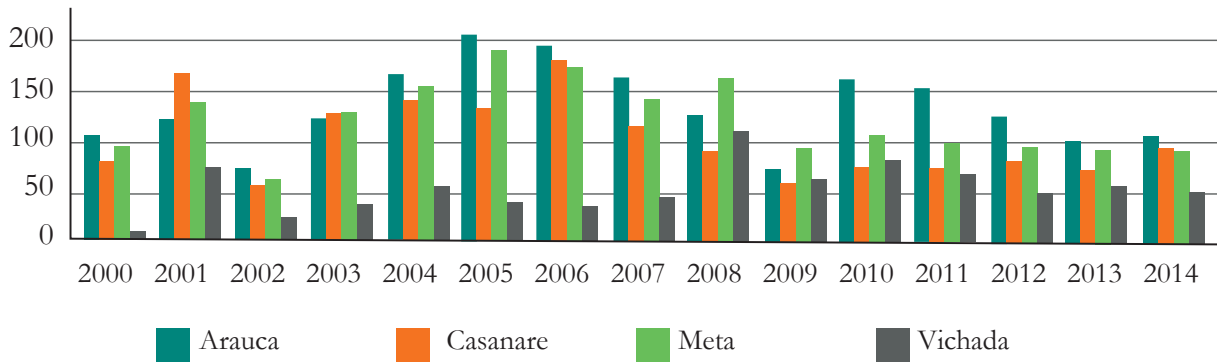


Figura 3. Tasas de muerte generadas por causas externas.

La Figura 4 permite evidenciar que el departamento del Meta es el que registra decesos por esta

causa a través del tiempo. En el año 2009 se presentó el mayor número de muertes por esta en la región.

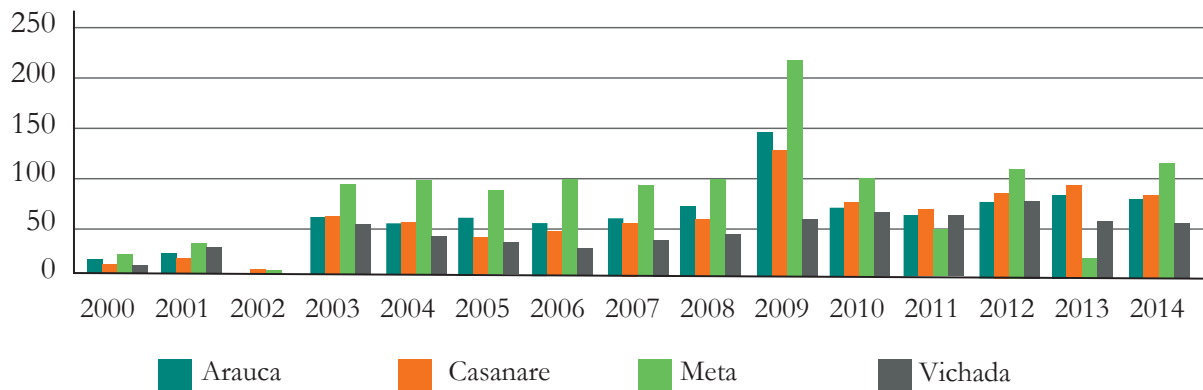


Figura 4. Tasas de muerte generadas por demás causas.

En la Figura 5 es posible evidenciar que las enfermedades del sistema circulatorio son un problema generalizado en la región. Además, el departamento

del Meta registra el mayor número de muertes por esta causa a través del tiempo.

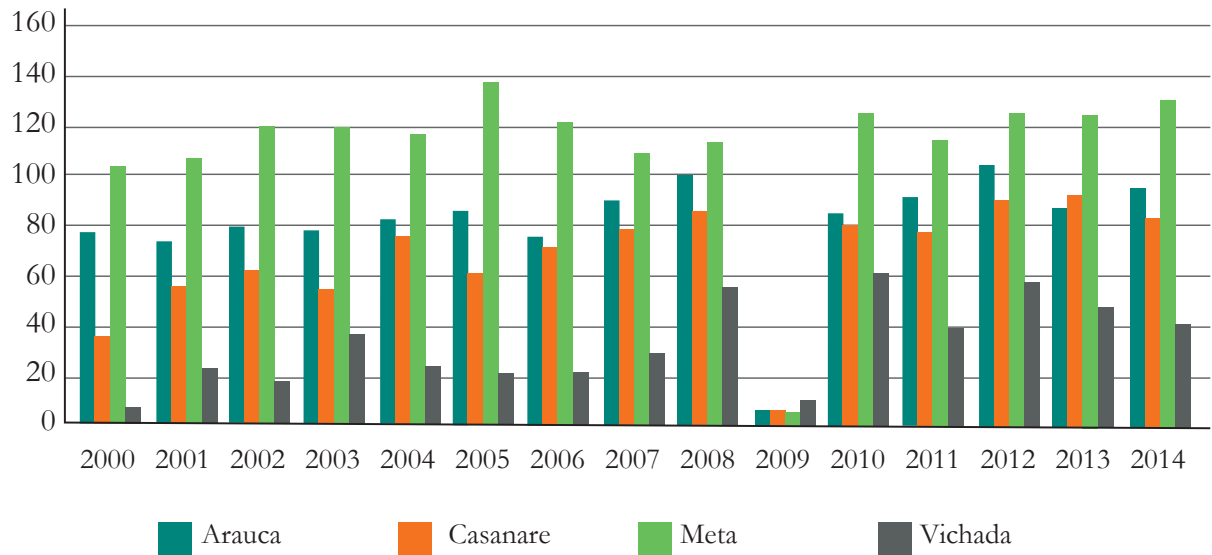


Figura 5. Tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio.

De acuerdo a la Figura 6, las enfermedades transmisibles son predominantes en todos los departamentos de la región. Es de resaltar que en

2009 el departamento del Vichada registró un pico de muertes.

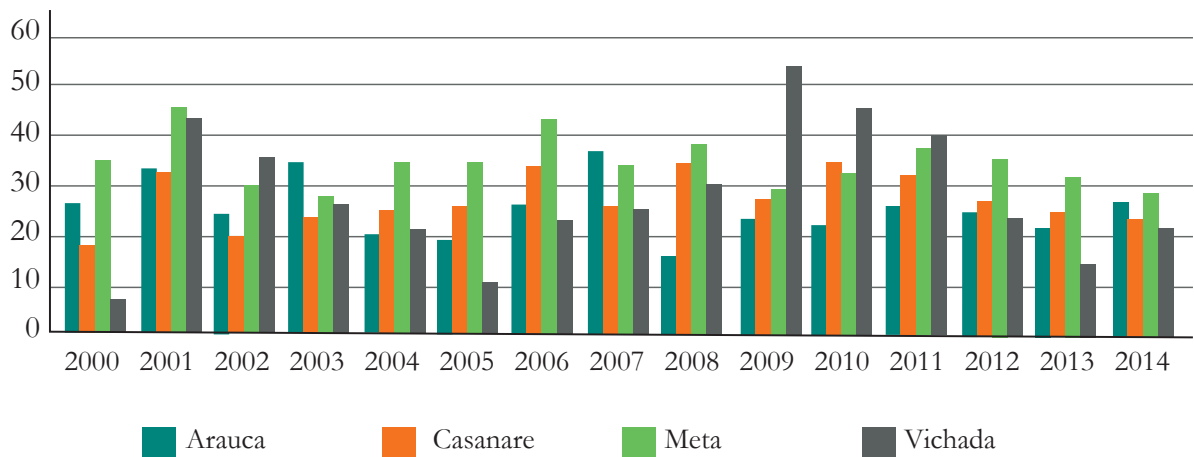


Figura 6. Tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles.

Es posible evidenciar en la Figura 7 que en el año 2000 y 2004, los departamentos de Casanare y Vichada respectivamente, presentaron una tasa elevada de mortalidad por estas causas. Si bien se

evidencia disminución en todos los departamentos, en el periodo comprendido entre 2012 y 2014 se evidencia que en el Casanare se registró aumento de estas causas de muerte.

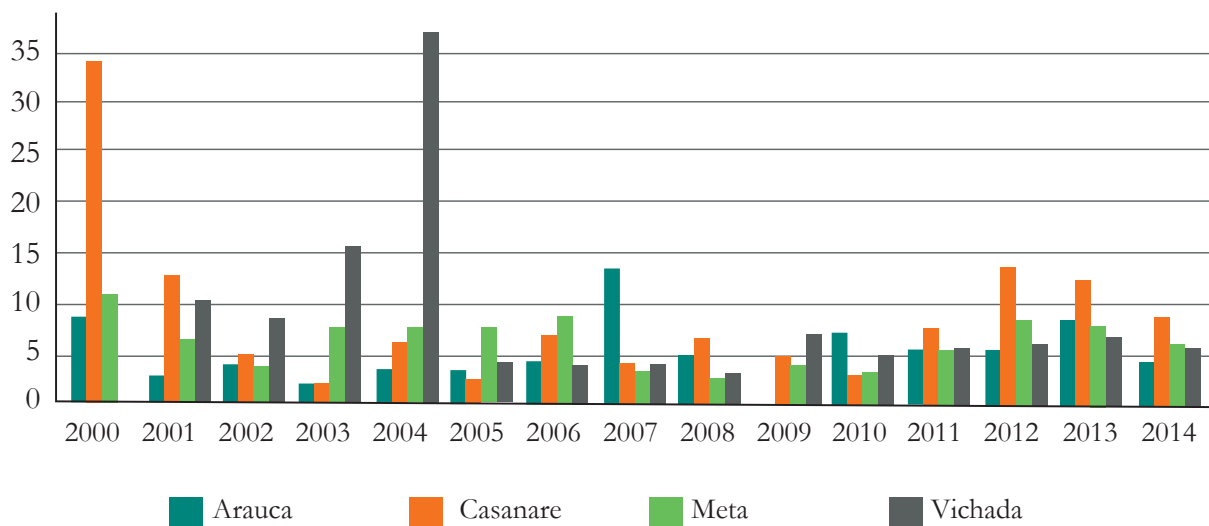


Figura 7. Tasas de mortalidad por síntomas y signos mal definidos.

La Figura 8 permite evidenciar que el Meta, Casanare y Arauca presentan el mayor número de causas de muerte por tumores en la región. Se observa también un aumento de muertes a través del tiempo por esta causa. Basado en la información de las figuras anteriores es posible realizar algunas relaciones de la presencia o aumento de las mismas con las modificaciones del entorno. Por ejemplo, el aumento de las muertes causadas por causas externas puede estar relacionado con un aumento de la violencia causado por el conflicto armado en el

periodo comprendido entre 2005 y 2009. De acuerdo con la SNAIPD (2010) los departamentos de Caquetá, Meta y Arauca se encuentran dentro de los 20 departamentos más expulsores del país y, además, entre el 2001 y 2008 el número de desplazados aumentó en estos departamentos.

Con relación al aumento de las enfermedades transmisibles, es posible relacionar el aumento de las actividades productivas como el cultivo de palma y la deforestación o disminución de la biodiversidad.

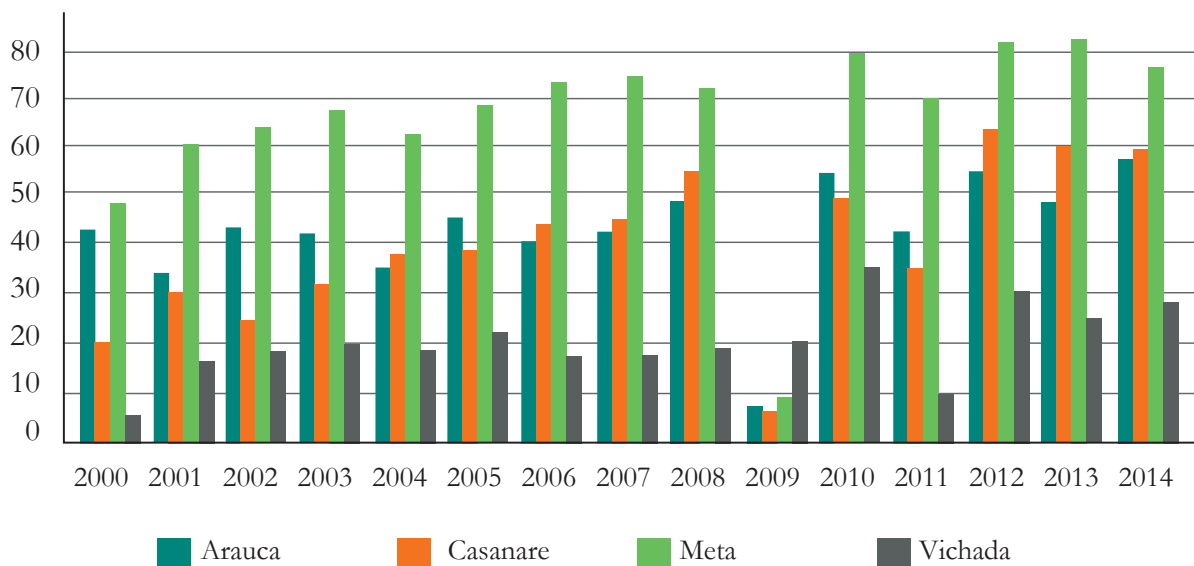


Figura 8. Tasas de mortalidad por tumores.

Lo anterior al considerar que los procesos de intensificación productiva demandan grandes áreas de cultivo y, por lo tanto, expansión de la frontera agrícola con la consecuente alteración de ciclos ecológicos y dinámicas de transmisión de enfermedades y enfermedades transmitidas por vectores (ETV).

• **Indicadores de morbilidad**

Con relación a los indicadores de morbilidad, se agruparon las ETV, las inmunoprevenibles, la sífilis y

el VIH-Sida. En la tabla 1 se presentan las variaciones anuales de morbilidad de las enfermedades transmitidas por vectores. En la misma es posible identificar que la mayoría de las ETV han disminuido, sin embargo, el dengue clásico se presenta durante todo el periodo analizado con picos en algunos años, además, los datos indican que en 2014 se registraron desde 578,5 hasta 1303,4 casos en el año 2014. Por otro lado, la incidencia de malaria ha disminuido, aunque Vichada registra el mayor número de casos.

Tabla 1.
Morbilidad de enfermedades transmitidas por vectores en la región de la Orinoquía (2000-2014)

Transmitidas por vectores	Departamento	2000	2001	2002	2003	2004	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dengue clásico	Arauca	405,10	288,50	1355,00	831,40	817,52	705,58	440,78	787,91	1647,06	134,00	322,64	578,50
	Casanare	91,20	105,80	163,60	182,80	828,82	1047,26	615,38	1521,90	938,79	373,00	866,03	1303,40
	Meta	36,70	131,30	201,80	178,90	494,36	221,27	369,40	382,21	850,28	399,00	913,63	1116,00
	Vichada	3,70	3,60	93,80	1,10	187,55	1532,08	519,53	219,32	1376,67	1,08	390,54	898,10
Dengue hemorrágico	Arauca	1,70	36,60	152,80	5,10	1,51	4,19	7,41	43,07	54,23	12,20	20,88	55,96
	Casanare	4,00	0,40	23,40	7,90	21,18	37,51	7,23	128,65	61,56	17,50	7,31	9,19
	Meta	3,50	8,40	175,30	4,40	9,75	5,30	0,65	27,83	66,62	10,80	4,85	6,31
	Vichada	0,00	1,20	0,00	0,00	7,21	18,02	36,82	15,67	38,24	25,80	3,55	16,57
Malaria Falciparum	Arauca	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
	Casanare	6,50	13,00	2,55	0,80	0,10	0,02	0,02	0,04	0,02	0,03	0,00	0,00
	Meta	246,90	348,00	8,74	616,20	9,30	2,27	1,33	0,72	0,82	0,44	0,15	0,04
	Vichada	567,80	1034,80	8,24	669,60	23,46	7,67	2,51	4,16	4,22	0,41	0,58	0,86
Malaria Vivax	Arauca	430,60	231,20	4,11	1,40	11,26	2,51	0,21	0,12	0,06	0,02	0,03	0,01
	Casanare	28,50	29,50	0,26	7,40	1,14	0,12	0,09	0,10	0,12	1,15	0,02	0,02
	Meta	403,50	675,60	23,88	2102,00	26,85	6,07	4,54	3,18	2,34	0,78	0,53	0,28
	Vichada	1529,40	961,70	13,20	1391,60	54,62	16,02	16,38	19,92	8,40	2,02	4,03	4,19

Fuente. Documentos ASIS de cada uno de los departamentos entre 2000-2014.

La tabla 2 evidencia datos de morbilidad de enfermedades inmunoprevenibles de la región entre 2000-2014. La información permite afirmar que la hepatitis B y la tuberculosis (TBC) en todas sus formas son las enfermedades que se presentan anualmente en la región y, aunque en algunos años se evidencia disminución en los indicadores, no es una tendencia evidente para la TBC. Es de resaltar que el número de casos asociados a la tosferina ha aumentado en los dos últimos años.

Con relación a la sífilis y el VIH-sida, en la región la morbilidad de estas enfermedades fue alta en 2003 a partir de este año los indicadores evidencian su disminución, aunque en los departamentos del Meta y Casanare se presentan en 2014 un aumento en el número de casos. Al considerar que las ETV, las enfermedades inmunoprevenibles, sífilis y VIH-Sida son susceptibles de ser controladas con estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es posible afirmar que la educación y vacunaciones son mecanismos que han

permitido disminuir la presencia de las mismas. Sin embargo, el aumento de algunas de estas enfermedades en los últimos años o el continuo registro de

casos sugieren la necesidad de realizar intervenciones que posibiliten la disminución y erradicación de estas enfermedades.

Tabla 2.
Morbilidad de enfermedades inmunoprevenibles en la región de la Orinoquía (2000-2014)

Inmuno-prevenibles	Departamento	2000	2001	2002	2003	2004	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hepatitis B	Arauca	34,90	22,90	14,90	2,10	0,76	4,25	4,97	7,36	14,54	11,60	7,89	3,90
	Casanare	2,20	2,50	0,70	3,50	1,06	3,65	4,47	34,11	4,30	3,60	7,89	5,80
	Meta	2,00	1,60	0,90	0,70	1,48	2,12	2,51	3,52	3,79	5,70	4,30	5,00
	Vichada	2,50	2,40	10,40	6,40	7,66	3,49	6,62	12,89	6,28	1,50	2,99	7,30
Meningitis Haem	Arauca	1,70	1,20	1,20	0,10	0,76	0,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Casanare	1,40	0,00	0,00	0,20	0,00	0,33	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	0,00
	Meta	0,60	0,10	0,30	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00
Parálisis flácida	Vichada	0,00	0,00	0,00	2,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Arauca	1,10	1,10	3,20	0,00	2,02	0,97	6,35	2,11	1,05	2,09	1,04	0,00
	Casanare	1,00	0,00	2,80	0,80	0,00	0,85	0,00	0,94	1,87	0,94	1,04	SD
Rubeola	Meta	0,40	1,20	0,30	0,40	0,77	1,51	3,47	2,68	1,90	1,51	1,12	SD
	Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	2,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	SD
	Arauca	0,90	2,00	1,60	1,20	1,13	1,70	1,66	1,64	3,23	2,79	1,97	0,00
Sarampión	Casanare	4,30	0,00	0,00	0,80	0,32	1,33	0,64	0,63	0,61	2,11	1,97	0,00
	Meta	0,30	1,00	0,60	0,40	0,27	0,63	0,00	0,00	0,92	0,79	0,33	0,00
	Vichada	2,5	1,20	3,50	0,00	0,00	0,00	1,65	0,00	3,14	0,00	0,00	0,00
TBC todas sus formas	Arauca	0,90	0,00	0,00	10,70	0,38	2,55	3,31	1,23	3,23	2,79	5,13	0,00
	Casanare	1,10	0,00	0,00	5,20	0,32	1,99	0,64	0,94	1,23	2,11	5,13	0,00
	Meta	1,00	0,00	0,00	1,20	0,13	1,62	0,96	0,35	0,92	1,13	0,77	0,00
Tétanos neón	Vichada	1,20	0,00	0,00	0,00	1,09	3,49	0,00	17,72	1,57	1,53	0,00	0,00
	Arauca	31,50	43,30	39,00	21,40	34,73	43,78	28,58	36,40	35,95	22,35	24,06	40,93
	Casanare	23,10	28,00	29,00	31,40	17,48	36,50	21,38	34,11	29,79	22,91	31,67	32,26
Tosferina	Meta	15,30	40,50	15,30	47,30	29,05	50,47	36,15	40,32	44,32	34,54	42,68	42,60
	Vichada	21,10	8,40	27,80	70,40	15,32	40,09	47,98	32,22	56,54	24,51	11,96	18,96
	Arauca	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tosferina	Casanare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Meta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tosferina	Arauca	0,00	0,00	0,00	0,10	1,13	0,00	2,94	8,59	2,83	3,59	42,37	27,26
	Casanare	4,70	0,40	0,00	0,90	0,65	0,50	0,00	0,63	0,61	0,94	42,37	36,21
	Meta	0,30	0,40	0,40	0,30	0,00	0,00	1,13	0,00	0,46	0,56	44,91	33,64
	Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	2,19	0,00	109,08	0,00	0,00	0,00	73,00	164,30

Fuente. Documentos ASIS de cada uno de los departamentos entre 2000-2014.

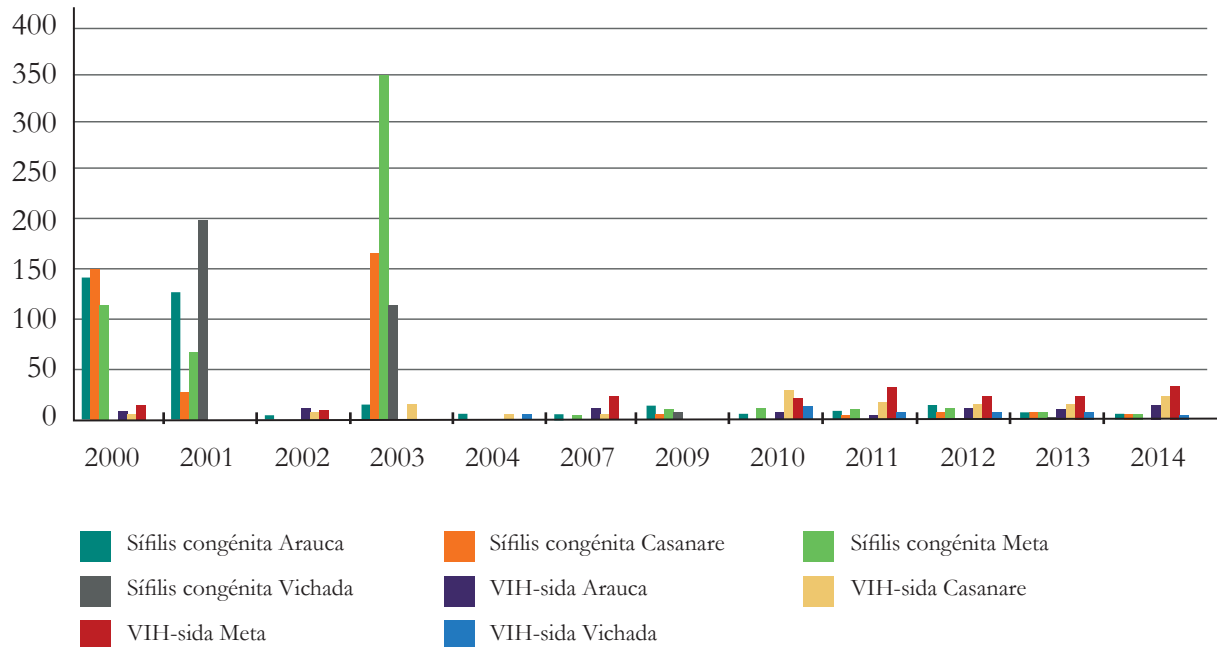


Figura 9. Morbilidad causada por Sífilis y VIH-sida en la región de la Orinoquía.

Cambios en las actividades productivas de la región de la Orinoquía (1980-2015)

Durante la década de los 80's las actividades de la región estuvieron vinculadas a las actividades agropecuarias en las que destacan la ganadería y el cultivo de arroz. Durante la década de los noventas las dichas actividades se mantuvieron, sin embargo, aumentó la explotación de petróleo y sus derivados como el gas. Los cambios de las actividades productivas se presentaron en respuesta a las dinámicas del nivel nacional. Es así como se evidenció una tendencia de intensificación de la agricultura y, consecuentemente, el aumento de cultivos permanentes y disminución de los transitorios. Particularmente para el caso de la Orinoquía se registró aumentos de los cultivos de palma de aceite. A su vez la ganadería extensiva, actividad que ha caracterizado la región, ha presentado comportamiento variable dado que algunos periodos han disminuido, sin embargo, a partir de este periodo se ha mantenido en aumento. Así, en 2008 el Meta registró el primer lugar de hato ganadero departamental (Benavides, sf.).

En la tabla 3 se evidencian los cambios en el PIB de cada uno de los departamentos de la región y el comportamiento de las actividades productivas. En ella es posible identificar que existe una dinámica que tradicionalmente se sustentó en una economía de agricultura tecnificada; de ganadería extensiva en las zonas de sabana, y de cultivos transitorios y permanentes en el piedemonte. No obstante, con el tiempo, las explotaciones petroleras han representado la fuente principal de sus exportaciones e ingresos, especialmente para los departamentos del Meta y Casanare (Paredes y Hernández, 2013). Los cambios han sido registrados principalmente en los departamentos de Meta y Casanare, dado que la explotación de petróleo ha presentado auges y disminuciones que impactan directamente en las restantes actividades económicas desarrolladas por la población. Además, estos dos departamentos ocupan el segundo y tercer lugar en la producción departamental de arroz.

Tabla 3.

Tasas del crecimiento promedio del PIB por departamento de la Orinoquía y principales actividades productivas

Década	Arauca	Meta	Casanare	Vichada
1981-1990			0	
(Tasas de crecimiento promedio del PIB) y comportamiento de las principales actividades productivas	1,62	-Act. Agropecuarias (base de la economía)	-Sector secundario (principal actividad) -Act. agropecuarias	0 -Sector primario (base economía)
			1,67	
1991-2000				
(Tasas de crecimiento promedio del PIB) y comportamiento de las principales actividades productivas	- Act. Petrolera (aumentó)	1,89 -Act. Agropecuarias -Sector secundario (aumentó)	-Act. Petrolera (aumentó) -Act. Agropecuarias -Sector terciario (aumentó)	0,08 -Sector primario (base economía)
	2,5		2,04	
2001-2010				
(Tasas de crecimiento promedio del PIB) y comportamiento de las principales actividades productivas	-Cultivos de palma (aumentaron) -Ganado bovino (aumentó) -Producción petrolera (aumentó) -Sector terciario (disminuyó)		-Act. Petrolera (disminuyó) -Act. Agropecuaria (disminuyó) -Cultivos de palma (aumentaron)	0,07 -Diversificación de actividades (principalmente agrícolas y pecuarias con alguna influencia del sector de servicios)

Sector primario incluye las actividades agropecuarias, silvicultura y pesca (la minería y el petróleo hacen parte del sector primario sin embargo para este estudio se indicaron en forma específica). Sector secundario incluye la construcción, industria manufacturera, electricidad, gas y agua. Sector terciario se refiere a actividades de comercio, servicios y transporte.

Fuente. Paredes y Hernández, 2013.

En la tabla 4 es posible apreciar las principales actividades de cada uno de los departamentos de la región al PIB específicamente para el año 2007. En ella se evidencia que, por ejemplo, en Vichada las actividades del sector primario continúan siendo las principales, seguido de los servicios y el comercio. Por otro lado, en Arauca la actividad de explotación de petróleo y el sector primario son las más relevantes. Al considerar los datos anteriores es evidente que el cambio de composición de la economía

regional fue del todo relevante, al pasar de una actividad eminentemente agrícola y ganadera, a una de minería intensiva, basada en la explotación de crudo y gas natural, cuyo promedio anual de participación aumentó de 22,1% en la década de 1990 a 46,3% en la de 2000 (Paredes y Hernández, 2013). También se puede evidenciar que, si bien las actividades agropecuarias se mantienen, la extracción petrolera ha generado cambios que pueden ser evidenciados en el crecimiento de otros sectores como el terciario.

Tabla 4.
 Porcentajes del PIB de cada gran rama de actividad económica (corriente 2007\$) por departamento en la Orinoquía

Rama	Meta	Casanare	Arauca	Vichada	Colombia
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	15,91	6,57	23,25	49,11	10,32
Minería	16,94	73,80	38,84	0,16	6,34
Industria	6,75	2,17	4,55	6,53	14,58
Servicios públicos	9,16	2,62	5,13	4,98	11,33
Construcción	10,12	3,88	3,73	3,51	7,56
Comercio, hoteles y restaurantes	13,04	3,77	5,95	7,05	10,95
Intermediación financiera y actividades inmobiliarias, empresariales y alquiler	3,82	1,66	2,54	1,68	9,70
Administración pública e impuestos	15,87	2,76	8,06	13,48	10,45
Educación, salud, servicios comunitarios y domésticos	8,39	2,77	7,95	13,50	18,77

Fuente. Benavides, J. (sf)

Implicaciones de los cambios productivos en el entorno

Los cambios en las actividades económicas responden a políticas públicas y destinación de recursos para cumplir con metas de desarrollo. Dichos cambios generan impactos en aspectos tanto económicos como sociales y ambientales. En la Orinoquía estas variaciones se han presentado por la intensificación de cultivos y la producción petrolera principalmente, problemas que se describirán a continuación. Con relación al primer problema se ha afirmado que entre 2001-2005 el 24,8% del área sembrada con palma de aceite en el departamento del Meta correspondía a áreas con bosques nativos y cuerpos de agua (MAVDT, 2008 citado por GEF, BID otros, 2013). Los cultivos como el de palma de aceite son realizados en grandes extensiones. Vilorria (2009) afirma que este cultivo genera 0.16 empleos por hectárea, a su vez, se afirma que genera dos efectos negativos principales: i) la ocupación de nuevas tierras para el cultivo, y ii) la implementación de prácticas agrícolas inadecuadas en las plantaciones (GEF, BID otros, 2013).

Específicamente para los segundos efectos negativos se afirma que se genera erosión, compactación del suelo, contaminación hídrica y del suelo por uso de insumos químicos y desechos sólidos, alteración de fuentes de agua, alteración de

actividad biológica y contaminación por efluentes (MAVDT, 2008 citado por GEF, BID otros, 2013). Lo anterior conlleva a una degradación de la base productiva natural en dichas zonas, así como al fraccionamiento de la integridad ecológica y funcionalidad de los ecosistemas naturales.

Por otro lado, con relación a los aspectos socioeconómicos se ha afirmado que la intensificación de la producción acentúa la polarización socioeconómica y técnica de la producción, el carácter imitativo y dependiente del modelo (uso alto de insumos y agroquímicos). Por lo tanto, al no resolver los problemas básicos del desarrollo se concentra el ingreso, se restringe la demanda interna de productos agrícolas, se incrementa la pobreza rural, aumenta la dependencia tecnológica y alimentaria (Academia y sector rural, 2004). Todo lo anterior influencia la calidad de vida de las poblaciones dependientes de los sistemas productivos.

Con relación a la explotación petrolera se ha afirmado que esta implica valorización de ciertos bienes y servicios ambientales del ecosistema y la desvalorización de otros, así como invisibilización de bienes y servicios ambientales que son extraídos junto con el producto deseado (por ejemplo, el agua y la funcionalidad de esta para el ecosistema) (Göbel, 2015). Por su parte, Bonilla (2015) asegura que se ha demostrado la existencia de una correlación entre

el incremento de explosiones y la contaminación de reservas de agua en aquellos espacios ambientales cercanos a yacimientos donde se ha implementado el uso de agua a presión para extraer hidrocarburos. Específicamente con relación a los contaminantes se ha afirmado que estos pueden ser: químicos, sonoros y lumínicos; también se presenta deforestación causada por la instalación de infraestructura, construcción de campamentos y apertura de carreteras (Trujillo, 2013). Las anteriores alteraciones conllevan a la modificación de la estabilidad ecosistémica afectando fauna y flora silvestre y, con ello, los recursos disponibles para las poblaciones que dependen de estos. Por otro lado, a nivel institucional Niño (2015) afirma que existe una relación negativa entre las regalías y las instituciones. Así, es posible considerar que los municipios que tienen mayores ingresos por regalías presentan un deterioro en las instituciones las cuales influyen la calidad de vida de las poblaciones. Complementariamente, se ha afirmado que en el área de influencia de los proyectos petroleros no se generan mayores coberturas en servicios públicos y no mejora los indicadores de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) (Dureau y Flórez, 1999, citado por Trujillo, 2015) y en otros casos modifican la estructura social y cultural de las comunidades nativas (Bustamante y Jarrín, 2004, citado por Trujillo, 2015).

Los modelos productivos, que han sido la base económica de la Orinoquía, son estructuras que generan diversos impactos sociales, ambientales y económicos. Considerando que la salud se encuentra estrechamente ligada a estas variables, es importante identificar cuáles son las principales causas que generan los sistemas productivos y que pueden ser abordadas para disminuir los impactos negativos sobre los perfiles de las enfermedades que afectan a las comunidades. Además, se convierte en una oportunidad para definir cuáles son las estrategias institucionales y educativas más adecuadas para generar resultados positivos.

Discusión

La medición del estado de salud de una población es fundamental en las intervenciones y monitoreo de la salud pública, dado que esta es causa y

consecuencia de las dinámicas demográficas, económicas y sociales de una población y sus interacciones (Acosta, 2014). En este trabajo se quiere aclarar que no se puede inferir directamente que exista una relación entre los perfiles de enfermedad y las transformaciones económicas, sin embargo, los resultados de las tablas y Figuras presentadas anteriormente permiten establecer algunas conexiones lo cual es útil para realizar ejercicios académicos diferentes y que contribuyan con soluciones innovadoras. En el ejercicio aquí realizado fue posible identificar que las principales causas de mortalidad y morbilidad en la región de la Orinoquía se relacionan con enfermedades prevenibles. Para iniciar, la mortalidad se presenta principalmente por las causas externas, enfermedades del sistema circulatorio y demás causas, las cuales son susceptibles de ser disminuidas al realizar procesos adecuados de promoción de la salud.

A su vez, la mortalidad causada por afecciones en el periodo perinatal indica la importancia de realizar una mejor oferta de servicios de salud para las comunidades. En las regiones de Colombia es posible encontrar debilidad institucional y, por lo tanto, servicios de calidad para la población. Ramírez et al. (2014) afirman que dadas las barreras de acceso reveladas y las condiciones de atención en zonas rurales, se debe concentrar en acercar la oferta y desarrollar modelos de atención y organización institucional alternativos. De esta forma contribuir a la disminución de la mortalidad, relacionada con el periodo perinatal, sugiere el fortalecimiento de tanto de las estrategias de prevención como de las institucionales.

Al considerar las restantes causas de mortalidad en la región es importante recordar las transformaciones que se han realizado a los sistemas productivos y en las dinámicas económicas. Las principales han estado relacionadas con la intensificación de los cultivos de palma, las prácticas agrícolas y pecuarias y la intensificación de la explotación petrolera, las cuales emplean sustancias o prácticas que resultan nocivas para el entorno. Es así como, por ejemplo, el deterioro de las fuentes hídricas causado por estas sustancias conlleva a la suspensión del servicio de acueducto en los municipios perturbando la calidad de vida de las poblaciones afectadas y aumentando los riesgos para su salud.

Con relación a la morbilidad en la región son las ETV las que generan las principales afecciones en la población. La dinámica de incidencia de estas enfermedades indica la posibilidad de realizar intervenciones y controles sobre el entorno para disminuir la afectación en los humanos. Al mismo tiempo, demandan que las poblaciones conozcan los ciclos de las enfermedades y los efectos que sus decisiones tienen sobre la presencia o no de la enfermedad. De acuerdo con Ramírez et al., (2014), las características de dispersión y epidemiológicas de las comunidades rurales exigen que el componente de atención primaria y preventiva en salud sea muy relevante, además, el sistema de salud debe buscar aproximarse activamente a las personas y comunidades, para prevenir y anticiparse a situaciones críticas de salud. Por lo tanto, solo a través de estas intervenciones, tanto de los individuos como de las instituciones, es posible generar capacidades y oportunidades para influenciar los determinantes sociales de la salud y modificar las influencias negativas sobre las poblaciones.

En el periodo de tiempo estudiado se han observado variaciones positivas en los indicadores de morbilidad y mortalidad, no obstante, garantizar las condiciones adecuadas de salud para las poblaciones implica reconocer que la historia del país en el sector rural se ha caracterizado por un problema de exclusión social y productiva. Las transformaciones de los modelos productivos influenciaron el manejo de los recursos del entorno ya que los cultivos permanentes y monocultivos desencadenan en abarcar grandes áreas geográficas, disminuir la biodiversidad del entorno y, por lo tanto, transformar el paisaje natural. Estas alteraciones tienen implicaciones que no son percibidas inmediatamente, tanto por el medio como por las poblaciones que se encuentran en él, sin embargo, a largo plazo generan alteraciones que pueden demandar mayores recursos para ser prevenidas.

Revisar las variaciones de los perfiles de enfermedad a través del tiempo, junto con las transformaciones productivas de la región puede contribuir a evidenciar interrelaciones entre estos dos componentes. Además, al considerar que las enfermedades que generan mayores problemas en la región son aquellas que pueden ser controladas con estrategias

educativas es evidente que existen oportunidades de aumentar la conciencia de las poblaciones afectadas sobre los determinantes sociales de la salud y, de esta forma, proponer el desarrollo de acciones colectivas dando otra perspectiva a las propuestas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Conclusiones

Las estrechas relaciones que se establecen entre el entorno y los individuos permite entender por qué los determinantes sociales de la salud han sido tan estudiados a nivel mundial. Las principales causas de enfermedad en la región de la Orinoquía se relacionan con enfermedades que pueden ser evitadas, es decir, al realizar modificaciones de comportamientos, actividades y acciones de cada uno de los individuos que se encuentran expuestos y, también, del Estado. En el caso particular de las poblaciones afectadas promover medidas de apropiación de conocimiento sobre su realidad y de cómo se pueden disminuir los riesgos sobre su salud, posibilita la oportunidad de generar alternativas de educación puesto que no todos los actores podrán modificar los patrones productivos o económicos, pero sí pueden generar cambios en sus hábitos y estilos de vida, así mismo en la comprensión sobre, cómo las dinámicas intrínsecas contribuyen de manera tanto positiva como negativa en generar bienestar y calidad de vida en las poblaciones del territorio de la Orinoquía.

Bibliografía

Acosta, K. (2014). La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional, Banco de la República, Núm.213, diciembre. Consultado el 18 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_213.pdf

Benavides, J. (sf). El desarrollo económico de la Orinoquía, como aprendizaje y construcción de instituciones. CAF-FEDESARROLLO. Consultado el 18 de mayo de 2016. Disponible en: <https://www.caf.com/media/3783/desarrolloOrinoquia.pdf>

Bonilla, J. (2013). Política extraccionista de hidrocarburos en Colombia y Ecuador: Crítica desde

el análisis del posdesarrollo. *Análisis Político*, No. 83, enero-abril, pg.32-43. Consultado el 1 de junio de 2016 en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anpol/v28n83/v28n83a04.pdf>

Brundtland, G., Khalid, M., Agnelli, S., Al-athel, S., Chidzero, B., Fadika, L. & Singh, M. (1987). *Our common future* (\`brundtlandreport\`).

Cega(1998). Del proteccionismo a la apertura ¿el camino a la modernización agropecuaria? Centro de Estudios Ganaderos y Agrícolas- Misión Rural.

CONPES 3707 (2014). Política para el desarrollo integral de la Orinoquía: altillanura- Fase I. DNP, consultado el 1 de junio de 2016 en: <http://portal-territorial.gov.co/apc-aa-files/40743db9e8588852c19cb285e420affe/3797.pdf>

Correa H. D, Ruíz, S. L. y Arévalo, L. M. (eds) (2005). Plan de acción en biodiversidad de la cuenca del Orinoco – Colombia / 2005 - 2015 – Propuesta Técnica. Bogotá D.C.: CorpOrinoquía, Cormacarena, I.A.v.H, Unitrópico, Fundación Omacha, Fundación Horizonte Verde, Universidad Javeriana, Unillanos, WWF - Colombia, GTZ – Colombia. 273 p. Consultado el 25 de mayo de 2016 en: <https://www.cbd.int/doc/world/co/co-nbsap-oth-es.pdf>

DANE (2014). Cuentas Anuales Departamentales-Colombia Producto Interno Bruto (2014) preliminar. Consultado el 18 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/departamentales/B_2005/Bol_dp-tal_2014pre.pdf

DANE (2005). Resultados Censo 2005. Consultado el 18 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>.

Forget, G, Lebel J. (2001) *Anecosystem approach to human health*. *International Journal of Occupational and Environmental Health*.7(2):3-38.

GEF, BID, IAvH, Fedepalma, Cenipalma, WWF (2013). Síntesis del Proyecto GEF, Conservación de la Biodiversidad en las Zonas de Cultivos de Palma. Consultado el 25 el mayo de 2016 en: http://web.fedepalma.org/sites/default/files/files/Fedepalma/2013-05_S%C3%ADntesisProyectoGEF.pdf

Göbel, B. (2015). Extractivismo y desigualdades sociales. *Iberoamericana*; 15(58); 161-165.

IGAC s.f. Consultado el 18 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.igac.gov.co/wps/wcm/connect/d2be2400457c3e11b9d6bf543564456d/un+mapa.pdf?MOD=AJPERES>

Merchan, C.A. (2014) Sector rural colombiano: dinámica laboral y opciones de afiliación a la seguridad social. *Archivos de Economía*. Dirección de Estudios Económicos. Documento 410. [Acceso 11 de agosto de 2015]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/410.pdf>

MINISTERIO DE LA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2000-2014). Análisis de la situación de salud Meta. Dirección de epidemiología y demografía.

MINISTERIO DE LA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2000-2014). Análisis de la situación de salud Arauca. Dirección de epidemiología y demografía.

MINISTERIO DE LA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2000-2014). Análisis de la situación de salud Casanare. Dirección de epidemiología y demografía.

MINISTERIO DE LA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2000-2014). Análisis de la situación de salud Vichada. Dirección de epidemiología y demografía.

Nutbeam, D. (2000). *Healthliteracy as a publichealthgoal: a challengeforcontemporaryhealtheducation and Communicationsstrategiesintothe 21st Century*. HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL. Oxford UniversityPress 2000, Vol.5. No. 3.

Ocampo, J.A. (2014) Misión Rural: una nueva ruta para el desarrollo del campo colombiano. *Revista Javeriana*; 809: 15-19.

OMS (2010). Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. 2010. [Acceso 1 de septiembre de 2015]. Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

OMS (2010). Equity, Social Determinants and PublicHealthProgrammes. Geneva: WHO.

OMS (sf). (2012) Healthdeterminants and inequalities. [Acceso 1 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=en#ref13

PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ramírez C, Pardo R, Acosta L, Uribe J. (2015) Bienes y servicios públicos sociales en la zona rural de Colombia: brechas y políticas públicas. [Acceso 21 de enero de 2016]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38948/S1500725_es.pdf?sequence=4

repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38948/S1500725_es.pdf?sequence=4

SNAIPD (2010). Informe del gobierno nacional a la corte constitucional sobre la superación del estado de cosas inconstitucional declarado mediante sentencia T-25 de 2004. Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada.

Trujillo, H. (2015). Principio de precaución: una aproximación para la Amazonía colombiana. Universidad de San Buenaventura. Bogotá. Consultado el 1 de junio de 2016 en: <file:///Users/Diana/Downloads/2003-4395-1-SM.pdf>

Viloriade la Hoz, J. (2009) Geografía económica de la Orinoquía. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Banco de la República. Consultado el 10 de abril de 2016 en: <http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/DTSER-113.pdf>