

Informe de la visita realizada al Departamento de La Guajira entre los días 4 y 5 de febrero de 2016

Mario Hernández-Álvarez¹ y Ximena Pachón-Castrillón²

Presentación

Por solicitud del Secretario de Salud del Departamento de La Guajira, doctor Stevenson Marulanda, se llevó a cabo la visita de acompañamiento para el análisis de la grave situación de salud y nutrición que se ha venido registrando en esa región, en especial, en el último año. Por parte de la Academia Nacional de Medicina, asistieron los doctores Juan Mendoza Vega, Presidente, y Germán Gamarra, Secretario. Por parte de la Universidad Nacional asistieron la profesora Ximena Pachón, del Departamento de Antropología de la Facultad de Ciencias Humanas, y el profesor Mario Hernández, del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina y coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública.

A continuación, se presenta el informe sobre la visita de quienes participamos en representación de la Universidad Nacional de Colombia, en tres secciones: una síntesis de las actividades realizadas seguida de las conclusiones preliminares y una propuesta de recomendaciones en varias temporalidades y líneas de acción.

Síntesis de actividades realizadas

La visita se llevó a cabo en dos momentos:

1. Sesión de presentación de informes de diferentes instancias de gobierno y académicas sobre la situación de salud y calidad de vida en el Departamento.
2. Visita de campo a una de las rancherías del municipio de Manaure.

Presentación de la situación de salud en el Departamento

El día jueves 4 de febrero en horas de la tarde, en el auditorio del Centro Cultural de Riohacha, se realizaron las siguientes presentaciones:

1. Mauricio Ramírez, Secretario de Planeación del Departamento: sobre la visión general de la situación demográfica, nutricional y sanitaria del Departamento.
2. Carlos Acosta Medina, Director de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de La Guajira (AESEGUA): sobre la situación de la red hospitalaria pública del Departamento.

¹ Médico, Bioeticista, Doctor en Historia. Profesor del Departamento de Salud Pública, Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

² Antropóloga, DEA en Antropología, Etnología y Etnografía. Profesora del Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

3. Nidia McDaniel, funcionaria de la Secretaría Departamental de Salud de La Guajira: a propósito de la situación financiera de los hospitales públicos (ESE) del Departamento.
4. Wilder Guerra, Antropólogo y Gerente del Banco de la República en Riohacha: a propósito de la cultura Wayuu en el largo plazo y en la coyuntura crítica actual.
5. Alicia Soto Contreras, referente de salud infantil de la Secretaría Departamental de Salud de La Guajira: sobre las coberturas de vacunación de la población infantil del Departamento.
6. Martha Sabino, de la División de Aseguramiento de la Secretaría Departamental de Salud de La Guajira: acerca de la situación del aseguramiento en salud en el Departamento.
7. Stevenson Marulanda, Secretario Departamental de Salud de La Guajira: sobre las potencialidades del Decreto 2561 de 2014, por el cual se define el modelo de aseguramiento para la población del Departamento de la Guainía y las posibilidades de su aplicación en el caso de La Guajira.

Las presentaciones de estos funcionarios permitieron formular un balance de la situación general del Departamento en materia de calidad de vida y salud, una reflexión sobre la causalidad profunda que la genera y una aproximación al estado actual del sistema de seguridad social en salud para responder a esta crisis.

Visita a la ranchería de Calatainsumana del municipio de Manaure

En la mañana del viernes 5 de febrero, se realizó un acompañamiento a la caravana que haría la entrega de alimentos y agua potable a la población de la ranchería Calatainsumana, en la sabana central del municipio de Manaure, por parte de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres

(UGRD) y de la Presidencia de la República, en coordinación con la Gobernación del Departamento. Esta visita permitió apreciar en terreno algunos aspectos sobre el impacto de la prolongada sequía en estas zonas del Departamento, en especial, en lo respectivo a la situación nutricional y de salud de la población. Además permitió entrar en contacto con algunos líderes de las comunidades afectadas.

Síntesis de conclusiones preliminares

Tanto los aportes de los funcionarios como la visita de campo y las conversaciones con algunos líderes de las comunidades permitieron construir una visión preliminar sobre la crítica situación por la que pasa la población materno-infantil del Departamento y la compleja causalidad que la sustenta, con el fin de proponer un ordenamiento inicial de la acción para responder a esta crisis de manera institucional, participativa y coordinada.

La situación puede analizarse en dos grandes ámbitos: el primero es el marco general de las condiciones de vida, desde el punto de vista material, cultural, económico y político. El segundo es la respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) frente a la grave situación de salud que afronta la población.

Marco general de condiciones de vida

El Departamento de La Guajira no es homogéneo. Se reconocen tres grandes áreas entre las cuales existen profundas diferencias: la Baja Guajira, la Media Guajira y la Alta Guajira. La Baja Guajira es la más cercana a las estibaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta y cuenta con condiciones físicas y económicas similares a toda la sabana vallenata, se encuentra urbanizada y tiene una cultura compartida con el del Departamento

del Cesar. Allí se encuentran los municipios de: La Jagua del Pilar, Urumita, Villa Nueva, El Molino, San Juan del Cesar, Fonseca y Distracción. La Media Guajira incluye los municipios de: Dibulla, Riohacha, Hatonuevo, Albania y Barrancas y cuenta con una población con mayor capacidad económica, dotaciones urbanas mejores y recursos e instituciones estatales. La Alta Guajira constituye el área más amplia, desértica, en peor condición y con la presencia mayoritaria de la etnia Wayuu e incluye los municipios de: Maicao, Manaure y Uribia, este último con una extensión mayor a la de departamentos como Atlántico y Quindío.

En La Guajira, habitan siete etnias de las cuales la más numerosa es la Wayuu con cerca de 270.000 personas. Esta etnia habita el territorio desde antes de la conquista y vive el desierto como ninguna otra. Era reconocida antes de la República como la «Nación Guajira» por parte de los pueblos del Caribe y tenía relaciones comerciales con varios de ellos. Los wayuu han vivido en el desierto con todas las calamidades y la escasez que esto implica. Si hoy se encuentran en condiciones extremadamente precarias, se debe a los cambios profundos en el clima y en el territorio que los ha sometido a las más extremas exigencias. Entre ellas, el cambio climático y el fenómeno de El Niño que han generado un verano de tres años en la Media y la Alta Guajira y una menor disponibilidad de agua, en los últimos años, relacionada también con la decisión de la desviación del río Ranchería y la construcción de la Represa El Cercado en la Baja Guajira. Construcción con impactos aún poco estudiados desde el punto de vista ambiental y humano en toda la región.

Si bien estas condiciones han afectado a casi toda la península, no todas las familias han sido impactadas de la misma manera. La estructura social de la etnia Wayuu consiste en familias extensas que configuran

clanes matrilineales, con jerarquías y diferencias muy profundas que se conservan en el tiempo. Las castas inferiores que tradicionalmente han accedido a pocos medios hoy son las más golpeadas por la situación extrema de la sequía. De manera que, cualquier respuesta focalizada debe partir del conocimiento de esta estructura clánica y de la identificación de cuáles familias están en peor condición.

Sin duda alguna, los saberes ancestrales de los Wayuu, como lo mostró en detalle el antropólogo Wilder Guerra, permitirían recuperar prácticas relacionadas con el manejo del agua, con la agricultura en el desierto, con las alternativas pastoriles y con la mejor utilización de los beneficios del mar para construir un modelo innovador de soberanía alimentaria. Este saber está en peligro y no ha sido suficientemente considerado en la comprensión de la problemática actual.

Si tal soberanía se ha perdido y está generando desnutrición crónica y muertes en la población infantil y materna de las comunidades Wayuu, no es por supuestas negligencias y rechazos culturales de ellas a las intervenciones del Estado o de organizaciones occidentales. Por el contrario, se deriva de la conjunción de procesos que producen y reproducen la exclusión sistemática y la precariedad en el largo plazo, sin dejar oportunidad alguna para acudir a los saberes ancestrales para superarlas.

En síntesis y a partir de los aportes de la corta visita, se pueden mencionar los siguientes procesos que, en todo caso, habrá que profundizar para su comprensión:

1. Se detecta el escaso reconocimiento de la población por parte del Estado y el subregistro de los afectados en situaciones de máxima precariedad. Esto ocurre tanto por la ausencia de un censo real de la población rural de la Media y la Alta Guajira, como por la falta de registro de

casos de morbimortalidad que no llegan a los servicios de salud. En la microfocalización realizada entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Gobernación, se encontró que casi todos los indicadores se duplican en la realidad respecto de la información oficial del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y del Ministerio de Salud y Protección Social. Por ejemplo, se reporta un 55% de personas con DNT crónica en niños y niñas menores de cinco años, 14,5% de partos de bajo peso al nacer en Manaure. Eso indica la desnutrición de las madres, mortalidad infantil de 54,26x 1.000 nv en Manaure y 53,81 en Uribia, mortalidad materna de 212x 100.000 nv en promedio, la más alta del país, pero con extremos de más de 600x 100.000 nv en Manaure y en Uribia.

2. Hay ocupación del territorio en un modelo de alta dispersión de familias extensas y clanes. La Gobernación ha identificado 22.037 puntos poblados en Uribia y 7.743 en Manaure. No se trata de poblaciones, sino de puntos en los que se encuentran entre una y diez viviendas que van conformando muchas 'rancherías' dispersas, lo que dificulta sin duda cualquier respuesta institucional del Estado.
3. Las conexiones entre estos puntos poblados se han hecho a través de trochas consuetudinarias que constituyen una red de 26.528 km en condiciones muy precarias, de manera que en invierno son prácticamente intransitables. Esta situación dificulta la salida de las personas en situación de emergencia, tanto como la entrada de cualquier apoyo o servicio de atención oportuna.
4. Las viviendas son en su mayoría de bareque, material que sin duda es mucho más adaptado al desierto que cualquier otro, pero que debido a la extensión del tiempo de sequía, han comenzado a deshacerse, sin que se implemente

todavía alternativa alguna. Esta situación ha afectado mucho más a las familias de las castas inferiores de la etnia.

5. La escasez de agua y de alimentos es estacional. En invierno se producen suficientes alimentos para la subsistencia y para el intercambio. En la coyuntura actual, se prolongó demasiado el verano. El problema de la escasez de agua se resolvía con los jagüeyes (ojos de agua) y con algunos de los 200 pozos construidos en la década del cincuenta del siglo XX, pero estas alternativas han sido superadas en la sequía actual. El gobierno nacional avanza en la recuperación de varios de estos pozos, pero según la perspectiva de los funcionarios de la Gobernación, este esfuerzo es aún insuficiente.
6. Se presenta dependencia alimentaria y comercial de la Alta Guajira respecto de la economía venezolana. Las fuentes de trabajo ligadas al comercio legal e ilegal y la diferencia de precios en los alimentos, el combustible y otros elementos entre Venezuela y Colombia habían facilitado la superación de la precariedad en la Alta Guajira. El cambio de las condiciones de ese país y el cierre de la frontera ha puesto en evidencia la falta de fuentes de trabajo, la pérdida progresiva de la soberanía alimentaria del pueblo Wayuu y la ausencia crónica del Estado colombiano. La frontera ha dividido a un pueblo que por siglos ha compartido los territorios colombiano y venezolano desde la península de La Guajira hasta el Golfo de Maracaibo, sin opción alguna de sobrevivencia.
7. La corrupción público-privada ocupa un lugar, pero no parece ser la única ni la más importante explicación de la situación. Se trata de una lógica de configuración del sistema político entre sectores clientelistas de los partidos tradicionales que se disputan los recursos y las instancias de gobierno o de representación y los contratos público-privados en los que opera

el Estado desde la reforma de los años noventa. Por ese motivo se ha dejado de lado a la mayoría de la población, tanto respecto de las decisiones como de los escasos mecanismos de redistribución de la riqueza. Es posible que esta lógica sea más intensa en La Guajira, pero existe en todo el territorio nacional en mayor o menor proporción y constituye un problema estructural del sistema político y del Estado colombiano.

8. Ciertas características de la etnia Wayuu no han sido reconocidas a la hora de establecer relaciones con diferentes instancias del Estado:
 - La organización social y política es descentralizada debido a que la representación se basa en la organización familiar matrilineal, pero con liderazgo patriarcal, limitado a la ranchería, la fuente de agua y el cementerio. Esto hace que no existan líderes con representación única a la hora de tomar decisiones participativas con las comunidades.
 - Tiene una justicia consuetudinaria de tipo restaurativo y no punitivo, de manera que importa más el daño que resulta de una acción y su restauración, que la identificación de la intención y la imposición de cárcel u otras penas al individuo. Esta labor la lleva a cabo el *palabrero*, quien ejerce una autoridad fundamental para la cohesión social y la superación de conflictos.
 - Tienen una forma de ocupación del territorio vinculada a las huellas de los ancestros (cronotopos). Esto hace que el ordenamiento territorial tenga una lógica relacional y temporal que responde a criterios de 'precedencia' de los antepasados, 'adyacencia' de los recursos y 'subsistencia' frente a la precariedad.
9. Más del 60% del territorio de La Guajira corresponde a resguardos de propiedad colectiva de comunidades indígenas. Cualquier solución que

se proponga para mejorar la productividad y la soberanía alimentaria debe contar con este hecho y asumirlo como una enorme potencialidad, más que como un obstáculo. La lógica de propiedad privada en este territorio sería contraria a la historia de sus etnias y sería más problemática que benéfica para estos pueblos.

La respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la región

La comunidad Wayuu tiene recursos y saberes que les han permitido resolver la mayoría de los problemas cotidianos de salud, pero estas capacidades han sido desbordadas por la situación actual. Frente a esta calamidad sobreviniente, que se suma a precariedades acumuladas, la respuesta institucional en salud ha sido totalmente insuficiente e inadecuada. Los principales aspectos que se articulan para explicar esta profunda deficiencia son:

1. De la red hospitalaria

- El desfinanciamiento progresivo de la red hospitalaria pública (16 Empresas Sociales del Estado-ESE), la institucionalidad es llamada a responder en primera instancia a las necesidades de las comunidades más afectadas. Este desfinanciamiento se basa en dos asuntos articulados: por un lado, la transformación de los recursos de oferta para población no asegurada hacia el subsidio a la demanda a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado de manera intempestiva en 2014; por otro, la brecha creciente entre la cartera de los hospitales con las EPS y otros pagadores y los recaudos o ingresos reales en los últimos años. Por estas vías, se ha acumulado un déficit operacional de 31.089 millones de pesos. En estas condiciones, la red hospitalaria presenta una gran obsolescencia

tecnológica que obliga a la remisión de casos de media y alta complejidad que deberían ser atendidos en el Departamento.

- Se presenta ausencia de una articulación en red de las ESE, a pesar de haberse elaborado una propuesta específica desde los mismos hospitales. Predomina una lógica de competencia individualista entre prestadores públicos y privados que no responde al concepto de red ajustada a necesidades epidemiológicas y demográficas. Entre tanto, ha proliferado la oferta privada de los servicios más rentables y desarticulados en los centros urbanos.
- Hay 'tercerización' de la prestación de los servicios más rentables de algunas ESE en condiciones desfavorables, así como problemas de gestión y de facturación.
- Se manifiesta la ausencia de una relación estratégica entre las ESE y las alcaldías, de manera que los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) se convierten en cargas más que en soluciones.
- Existe un ejercicio de la posición dominante de las EPS, por medio de la cual ofrecen tarifas insuficientes para prestar servicios como la vacunación para una población tan dispersa. En promedio, se pagan \$280 por vacuna aplicada, lo cual resulta absolutamente insuficiente.

2. De las EPS

- Hay una proliferación irresponsable y sin control alguno de EPS. Existen 17 EPS en la actualidad, pero en su mayoría desconocen a su población afiliada. La afiliación se produce de manera formal a través de cédulas presentadas por algún líder de los grupos familiares. Esto implica que muchas de estas EPS reciben el pago anual por cada filiado (Unidad de Pago por Capitación-UPC), pero no responden por la prestación de los servicios.

- La fragmentación de la afiliación en el interior de las familias extensas promueve que sus miembros puedan estar afiliados a tres o cuatro EPS diferentes.
- Se reporta una inconsistencia en las bases de datos oficiales de afiliación que reportan una cobertura cercana al 100%, mientras en la información del Departamento y la microfocalización se encuentra una cobertura máxima de 91,7%. En el Régimen Subsidiado, se reportan 727.560 afiliados, de los cuales 346.000 son indígenas, pero el acceso efectivo a los servicios es desproporcionadamente bajo.
- Se presenta la ausencia de un modelo de atención con enfoque diferencial que responda a las necesidades, a la cultura y a las condiciones de vida de la comunidad. Esta deficiencia no se reduce al asunto de contar o no con un traductor en los servicios. Por ejemplo, en el momento en que se requieren remisiones a prestadores de mayor complejidad en otras ciudades, el paciente es llevado por la familia, pero esta no recibe apoyo alguno, de manera que termina acudiendo a la caridad para subsistir en un contexto totalmente extraño.
- Se detecta la inviabilidad práctica del modelo de aseguramiento con competencia regulada en un territorio de ocupación compleja y con población altamente dispersa.

3. De los entes territoriales

- Los entes territoriales no cuentan con la gobernabilidad necesaria para orientar a los actores del sistema de salud hacia la satisfacción de las necesidades de la población.
- La desarticulación entre los entes territoriales el sector salud y otros sectores del Estado, como bienestar familiar, infraestructura y educación, se opone al propósito de construir un modelo de atención apropiado.

Recomendaciones

La complejidad de la situación presentada de manera sucinta en la sección anterior obliga a construir un plan estratégico de intervención con componentes de cumplimiento proyectados a corto, mediano y largo plazo; en líneas de acción bien definidas y articuladas. Es claro que en este sentido avanzan los esfuerzos de la Gobernación y de las entidades reunidas en la Sala de Crisis que se ha establecido recientemente, de manera que las siguientes recomendaciones intentan contribuir a la construcción de dicho plan desde los aportes que podría hacer la Universidad Nacional de Colombia.

En este sentido, se proponen tres ejes de intervención que requerirían grupos de trabajo específicos para desarrollar en detalle las propuestas o proyectos correspondientes: primero, medidas de corto plazo pensadas en un esquema de atención de la emergencia humanitaria que significa la coyuntura actual de desnutrición y muerte de la población infantil; segundo, medidas de mediano plazo que permitan articular los esfuerzos y responsabilidades de diferentes sectores para afrontar causas estructurales de la precariedad acumulada en la región; tercero, medidas específicas del sector salud que permitan adecuar la respuesta institucional del sistema a las necesidades específicas de la población de La Guajira. A continuación se esbozan los componentes de estas tres líneas de acción.

Acciones para la atención de la emergencia humanitaria

Las magnitudes y la temporalidad de la situación de morbilidad infantil que se ha constatado en el último año deben conducir a la declaración de una emergencia sanitaria en el Departamento de La Guajira, a partir de la cual se pueda estructurar un plan de respuestas coordinadas frente a la

emergencia humanitaria que esta situación implica. Este plan podría ser construido en el seno de la Sala de Crisis establecida por la Gobernación, con base en los avances logrados hasta el momento con la participación de la UGRD y con el apoyo del Centro de Estudios para la Prevención de Desastres (CEPREVE) de la Universidad Nacional de Colombia, dirigido por el profesor Omar Agudelo, de la Facultad de Medicina.

En este sentido, una focalización de intervenciones de asistencia y mitigación que tenga en cuenta la localización de las familias pertenecientes a las castas inferiores de la etnia Wayuu, acudiendo al conocimiento de los sus líderes, con seguridad tendría efectos importantes en el corto plazo.

Proyecto de intervención intersectorial con recursos de Regalías

Entre los años 2014 y 2015, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia coordinó la respuesta institucional al llamado de las autoridades territoriales para elaborar un proyecto de inversión con recursos del Sistema General de Regalías (SGR) para afrontar el problema crónico de la morbilidad materna e infantil en el Departamento. Este esfuerzo podría ser la base para la formulación de un proyecto más amplio, con perspectiva intersectorial, que permita afrontar simultáneamente problemas como la disponibilidad de agua potable, el saneamiento básico, la soberanía alimentaria, la mejoramiento de vías, la incorporación de energías limpias, las fuentes de trabajo, la productividad local mejorada con recursos legales como la declaración de la reserva de pesca artesanal y el desarrollo de un modelo de atención en salud con enfoque diferencial, todo ello con la participación de las comunidades y la recuperación de sus saberes ancestrales, en perspectiva de innovación y de desarrollo autónomo.

En este sentido, existen acumulados en varias unidades académicas y grupos de investigación de la Universidad en temas como soberanía alimentaria (Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional-OBSAN, Facultad de Medicina), potabilización de agua (Grupo de investigación Región y Territorio del Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales – IEPRI), energías limpias (grupos de investigación de las Facultades de Ingeniería y Enfermería), lingüística y saberes ancestrales (Facultad de Ciencias Humanas), territorialidad y ambiente (Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales), vivienda y hábitat (Facultad de Artes), entre otros.

En las conversaciones con los delegados de la Academia Nacional de Medicina, surgió la idea de proponer un modelo de servicio social obligatorio para recién egresados de diferentes disciplinas y profesiones de las universidades, no sólo del área de la salud, comenzando por la Universidad Nacional de Colombia, como talento humano de apoyo al desarrollo de las iniciativas intersectoriales que se requieren, como las señaladas en el marco de un amplio proyecto de inversión territorial con recursos del SGR, o incluso, en la fase de atención de la emergencia.

Diseño y desarrollo de un modelo especial de seguridad social en salud para el Departamento de La Guajira

Es evidente que el modelo de aseguramiento con competencia regulada no está respondiendo a las necesidades de atención de una población con las particularidades de la de La Guajira, como se ha demostrado en otras regiones con características similares. El reconocimiento de esta situación ha venido generando una normatividad especial que puede servir de base para la elaboración de una propuesta de ordenamiento del sistema de seguridad

social en salud más apropiado a las necesidades de la población del Departamento.

En tal sentido se orientan el artículo 79 sobre «financiación de la prestación del servicio en zonas alejadas» de la Ley 1438 de 2011, el Decreto Reglamentario No. 2561 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social que establece los criterios para el desarrollo de un modelo de aseguramiento especial para el Departamento de Guainía y, más recientemente, la Ley Estatutaria en Salud No. 1751 de 2015 en su artículo 24, que establece el «deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas» por parte del Estado. En particular, este último establece:

El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.

Sin duda alguna, el Departamento de La Guajira, en especial en el área rural donde se encuentra el 80% de su población, presenta las condiciones definidas en esta normatividad. En este sentido, se podrían explorar a profundidad por lo menos dos opciones:

1. La conformación de un fondo público territorial, con fuerte control social y auditoría externa, que permita integrar los recursos destinados a la atención individual de los dos regímenes y los recursos del PIC, con el fin de organizar un modelo de atención con enfoque diferencial e intercultural para las poblaciones rurales y

urbanas del Departamento, con una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y enfoque familiar y comunitario, redes integradas de servicios de salud con relaciones de complementariedad entre prestadores públicos y privados, equipos de salud interdisciplinarios, intra y extramurales altamente resolutivos, formación pertinente de trabajadores y profesionales de la salud y un fuerte componente de participación de las mismas comunidades.

2. El diseño y desarrollo de un modelo de contratación especial del Departamento con una o dos EPS que cumplan con términos de referencia muy precisos en los que se establezcan las características, compromisos e indicadores de

un modelo integrado de atención con enfoque diferencial y las especificaciones señaladas en la opción anterior.

Como se puede apreciar, cada una de estas líneas de acción requiere un desarrollo detallado por parte de grupos de trabajo de la Universidad y de otras instituciones colaboradoras, con el aval y la participación del Departamento de La Guajira y del Gobierno Nacional. En tal sentido, estaremos atentos a las decisiones que se adopten en las instancias institucionales correspondientes para aportar nuestra colaboración, conscientes de que la situación de La Guajira es un asunto de interés nacional.

Bogotá, DC, 10 de febrero de 2016.