

SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

así vamos en salud

Reporte Anual 2010

Cómo va la salud en Colombia

Retos del sistema de salud
Experiencias valiosas para mejorar la salud materna



Fundación Corona



Fundación Saldarriga Concha



EL TIEMPO
CASA EDITORIAL

COLECCIÓN:

TENDENCIAS DE LA SALUD EN COLOMBIA

SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

así vamos en salud

Reporte Anual 2010

Cómo va la salud en Colombia

Retos del sistema de salud

Experiencias valiosas para
mejorar la salud materna



Fundación corona



Fundación Saldarriga Concha



Fundación Santa Fe de Bogotá
Fundación Antonio Restrepo Barco
Fundación Corona
Fundación Éxito
Fundación Saldarriaga Concha
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
Universidad de Antioquia
Universidad ICESI
Casa Editorial El Tiempo

Reporte Anual 2010

Documento elaborado por:

Adriana Pulido
Coordinadora

Diana Rocío Higuera
Investigadora asistente

Marta Cecilia Jaramillo
Profesora de la Universidad ICESI

Yezid Navas
Pasante Universidad de los Andes

Colaboradores en redacción y textos:

Carlos Alberto Díaz
Claudia Castaño Serrato

Revisión técnica:

Fundación Santa Fe de Bogotá
Gabriel Carrasquilla
Juan Carlos Correa Senior
Elizabeth Borrero Roldán
Kenny Trujillo Restrepo
Gina Arocha Zuluaga
Omaira Rojas Benavides
Patricia Farías Jimenez

Universidad del Rosario
Catalina Latorre

Amparo Susana Mogollón Pérez

Universidad de Antioquia
Carlos Castro Hoyos

Fundación Éxito
Sara Mendez
Margarita Martínez

Editor:

José Miguel Hernández

Fotografías:

Enviadas por los diferentes proyectos

Diseño y diagramación:

Victoria Eugenia Peters R.
Daniel Alberto Fajardo B.

Impresión:

Gráficas Gilpor Ltda.
ISBN: 978-958-96648-7-2
Bogotá, D.C., Colombia, agosto 2011

COMITÉ DIRECTIVO

Juan Pablo Uribe
Director General, Fundación Santa Fe de Bogotá.

Gabriel Carrasquilla
Director, Centro de Estudios e Investigaciones en Salud
Fundación Santa Fe de Bogotá.

Mario Gómez Jiménez
Director Social, Fundación Antonio Restrepo Barco.

Ana Mercedes Botero
Directora Ejecutiva, Fundación Corona.

Germán Jaramillo Villegas
Director Ejecutivo, Fundación Éxito

Soraya Montoya
Directora Ejecutiva, Fundación Saldarriaga Concha.

Álvaro Cardona
Decano, Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia.

Hernán Jaramillo
Decano, Facultad de Economía
Universidad del Rosario.

Héctor Ochoa
Decano, Facultad de Administración
Universidad ICESI.

Diana Cerón
Directora de Responsabilidad Social
Casa Editorial El Tiempo.

COMITÉ TÉCNICO

Gabriel Carrasquilla Gutiérrez
Director del Centro de Estudios e Investigaciones en Salud- CEIS
Fundación Santa Fe de Bogotá.

Henry Mauricio Gallardo Lozano
Director de Gestión Integral Corporativa
Fundación Santa Fe de Bogotá.

Juan Carlos Correa Senior
Director de Salud Comunitaria
Fundación Santa Fe de Bogotá.

Carlos Castro Hoyos
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia.

Catalina Latorre
Directora Departamento de Salud Pública y Gestión en Salud,
Universidad del Rosario.

Marta Cecilia Jaramillo
Directora Programa Salud
Universidad ICESI.

Ximena Dueñas
Directora del Observatorio de Políticas Públicas
Universidad ICESI.

Margarita Martínez Alférez
Coordinadora de Proyectos
Fundación Antonio Restrepo Barco.

Marta Lucía de la Cruz Federici
Jefe del área de Gestión Local y Comunitaria
Fundación Corona.

Norma Sánchez
Asistente de la Dirección Ejecutiva y Planeación
Fundación Saldarriaga Concha.

Sara Mendez París
Analista Bogotá
Fundación Éxito.

EQUIPO DE TRABAJO

Adriana Cristina Pulido
Coordinadora de “Así Vamos en Salud”

Diana Higuera Mendieta
Investigadora asistente

Contenido

	Página
Presentación	
Presentamos Nuestro Reporte Anual 2010	
Nuevos avances y, al tiempo, nuevos retos como observatorio	8
Saludo Editorial	
Balance 2010: La salud como derecho fundamental, a la orden del día	10
Resumen de actividades	
<i>"Así Vamos en Salud"</i> , 2010	13
Capítulo 1	
Indicadores de seguimiento al sector salud	15
Capítulo 2	
Foro año 2010	
El sistema de salud en Colombia:	
Balance 2002-2010 y desafíos para el nuevo gobierno	67
Capítulo 3	
Experiencias valiosas	
Aportes del sector salud al mejoramiento de la salud materna	
Ocho experiencias valiosas y un artículo	87

Presentación

PRESENTAMOS NUESTRO REPORTE ANUAL 2010

Nuevos avances y retos como observatorio

En esta oportunidad *Así Vamos en Salud* presenta los indicadores que seguimos como tendencia y nuevos indicadores con hallazgos significativos, en especial en nutrición infantil y salud materna, identifica vacíos y problemas en la información de temas prioritarios para que Colombia pueda alcanzar los ODM y avanzar en el seguimiento a la salud como derecho. Nuestro Foro 2010 ofrece un análisis múltiple del período 2002 – 2010, señala derroteros y compromisos para el nuevo gobierno, y además, se reseña una serie de experiencias valiosas cargadas de lecciones para mejorar la salud materna.

En desarrollo de la colección *Tendencias de la Salud en Colombia*, presentamos el Reporte Anual 2010, un documento que registra nuestra labor como observatorio de la sociedad civil que hace seguimiento y evaluación a un conjunto de indicadores de la salud y de áreas que inciden en la salud, fomenta el debate constructivo y crítico entre los diversos actores responsables del sistema de salud y convoca a instituciones del sector a compartir sus experiencias.

En el primer capítulo, registramos con entusiasmo el seguimiento de nuevos indicadores considerados de gran trascendencia por la información que recogen: cinco indicadores nutricionales que presentan una tendencia negativa en las prácticas alimentarias y que constituyen señales de alarma para los responsables en salud y educación.

También iniciamos el seguimiento de la información financiera y su importancia para comprender la problemática del sistema de salud y la búsqueda alternativas de solución a los problemas estructurales.

En el reporte se incluyen nuevos indicadores en salud infantil y materna, pero se han excluido los indicadores demográficos por no registrar información nueva en 2010.

Es necesario advertir que los vacíos de información ocasionados principalmente por la falta de reporte de los prestadores de salud, la mala calidad de la información y la discontinuidad en el proceso de recolección, obstaculizaron la construcción y el análisis de indicadores como el índice parasitario anual de malaria, la tasa de mortalidad por VIH y algunos indicadores de calidad. De esta forma queda en evidencia el grave problema en la gestión de los sistemas de información del sector salud, una situación que impide la generación de líneas de base, la formulación de metas para los Objetivos de Desarrollo del Milenio y para los planes de salud pública nacional y territoriales, y además obstaculiza el proceso de control, vigilancia e inspección del sector.

En nuestro segundo capítulo, se presenta el resultado del Foro Anual 2010, que en cumplimiento de nuestra misión de hacer seguimiento a las políticas públicas del sector salud, realizó un balance de la gestión del gobierno anterior para el período 2002 – 2010 , para lo que se revisaron los resultados desde múltiples actores del sector –desde las regiones, los gremios, la ciudadanía-, con los aportes de nuestra coordinación y de los investigadores de las universidades vinculadas. Se escucharon los lineamientos estratégicos, los compromisos y metas del nuevo gobierno de parte de la Viceministra de Salud, Dra. Beatriz Londoño. **En el tercer capítulo**, ofrecemos una reseña de las experiencias valiosas seleccionadas en nuestra convocatoria de 2010 sobre la salud materna con el interés de responder a la problemática crucial de mortalidad materna que se presenta en Colombia. Son ocho reseñas que muestran lecciones y caminos importantes desde el trabajo con la familia y la comunidad, hasta el trabajo con los profesionales de la salud en un interesante recorrido por las regiones de Colombia.

Igualmente se incluye un artículo de la Dra. Marta Cecilia Jaramillo, experta en el campo de la salud materna e investigadora de la Universidad Icesi—una de las universidades socias del programa-. Un texto que sirve de contexto a la importancia de la salud materna y como explicación a la problemática nacional.

Con el Reporte Anual se busca dar a los ciudadanos información del contexto nacional y presentarles propuestas para que puedan ser movilizadores de opinión para el mejoramiento de los indicadores del sector.

Desde luego tanto estos indicadores como el conjunto de nuestra información están disponibles en la página web del programa, esperando su consulta y sus aportes.

Germán Jaramillo
Director ejecutivo
Fundación Éxito

Saludo editorial

ASÍ VAMOS EN SALUD PONE DE PRESENTE LA NECESIDAD
DE UNA REVISIÓN DE FONDO DE NUESTRO SISTEMA DE SALUD

Balance 2010: La salud como *derecho* fundamental, a la orden del día

Es tiempo de repensar nuestro paradigma de salud y de generar indicadores adecuados en torno al goce efectivo del derecho a la salud.

El ejercicio que durante el año 2010 realizó *Así Vamos en Salud* permite formular, con base en nuestro quehacer como observatorio de la sociedad civil, tres grandes líneas de acción en torno al derecho a la salud. Los indicadores que presentamos para el año 2010, en varios casos, o no presentan cambios con respecto a los que registramos en nuestro Reporte Anual 2009, o algunos se han agravado. En particular, tres de los indicadores que nuestro país ha acogido como prioridad por ser Objetivos de Desarrollo del Milenio o por estar contenidos en el nuevo Plan Nacional de Desarrollo continúan sin alcanzar los niveles propuestos y no presentan una tendencia favorable:

- ☉ **La salud materna** –y las dimensiones de la salud relacionadas con ella– continúan en grave situación:
 - **La mortalidad materna**, no ha tenido cambios desde el año 2005 y permanece en 73 por 100.000 nacidos vivos, lo que hace prever que no será posible el cumplimiento del ODM de llegar a 45.
 - **La sífilis congénita**, continúa en niveles muy altos (2,56 por 1.000 NV en 2009) si se compara con lo establecido por la Conferencia Sanitaria Panamericana de tener este indicador en 0,5 por 1.000 NV. En particular, consideramos la reducción de la mortalidad materna como un imperativo del sector –de sus instituciones, del gobierno, de las mujeres mismas–. Es por esta razón que en el 2010 propusimos como temática de nuestra convocatoria de experiencias valiosas del sector salud en Colombia, justamente, las relacionadas con la salud materna, de las que en esta edición presentamos las ocho experiencias seleccionadas.
- ☉ **Los indicadores nutricionales y de salud infantil** amenazan el buen desarrollo de los niños colombianos:
 - **El aumento de la prevalencia del bajo peso al nacer** es uno de los indicadores más preocupantes. Este indicador, asociado al acceso y calidad del control prenatal y al estado nutricional materno, merece una atención especial y exige una acción clara para revertir su tendencia.
 - **La disminución de la duración de la lactancia materna exclusiva** indica que se deben revisar las políticas adoptadas en los últimos años en el ámbito laboral y obliga a dar una mirada a la calidad y contenido de la educación del personal de salud y a las prácticas culturales en torno a la lactancia.
- ☉ **Los precursores de enfermedades crónicas no transmisibles** están en aumento:
 - El exceso de peso (obesidad y sobrepeso) presenta prevalencia mayor al 50% en la población colombiana de 18-64 años y la prevalencia de inactividad física en el mismo grupo de edad es también mayor al 50%, por lo que se debe hacer énfasis en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, que no solo conducen a una disminución de las enfermedades crónicas sino que a su vez promueven el bienestar de la población.

Los análisis de *Así Vamos en Salud*, en particular los profundizados en el *Foro 2010 Balance de la salud en Colombia*, ponen de presente tres puntos que es necesario considerar:

- 1 El sentido de un sistema de salud es mejorar la salud de la población mientras que los indicadores muestran que estamos retrocediendo;
- 2 Que es necesario pasar de un “sistema de enfermedad”, de servicios para atender la enfermedad –el POS–, a un sistema de salud, lo cual significa –entre otros reconocimientos– tener un sistema de salud universal para todos, así como poner el énfasis en la labor de promoción y prevención y, en consecuencia, impulsar estilos de vida saludables en la población, por la vía educativa y no por la vía punitiva; y,
- 3 Que el país debe seguir avanzando en abrir la puerta para el reconocimiento del derecho a la salud, tal como lo reconoce la Constitución del 91 y la Corte Constitucional en diversas sentencias, lo cual significa que es preciso comprender que el servicio no es, en sí mismo, el derecho y, por supuesto, que el servicio no conlleva, *per se*, a la salud, entendida –según los convenios internacionales– como un estado completo de bienestar físico, mental, emocional y social.

Los indicadores presentados y el Foro 2010, nos llevan a proponer tres grandes líneas de acción estratégicas a los diversos actores de la salud, a los observatorios de la salud y, por supuesto, a expresar nuestro compromiso para brindar nuestro aporte. Estas líneas de acción son:

- **Una 1ª línea de acción estratégica:** insistir en los tres grupos de retos que como sociedad tenemos frente a la salud, señalados por *Así Vamos en Salud* en su Reporte Anual 2009:
 - Para los responsables –en particular del gobierno y de las EPS y las IPS– de mejorar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Para la ciudadanía y los responsables en el ámbito educativo, cultural y de los medios de comunicación incentivar cambios en los hábitos de vida y la cultura.
 - Para el Estado y la sociedad civil organizada en torno a la deliberación de las reformas estructurales que requiere nuestro sistema de salud.
- **Una 2ª línea de acción estratégica:** desde *Así Vamos en Salud* sugerimos que la reflexión que está presente en la agenda pública en torno a cómo organizar el sistema de salud debe introducir el énfasis en **el reconocimiento de la salud como derecho** en la línea que lo ha venido trabajando la Corte Constitucional, en sus sentencias y en los autos de seguimiento que expide. Este reconocimiento implica que la búsqueda debe orientarnos hacia el diseño de un sistema de la salud y no solo de un sistema basado en servicios. Y reconocer la importancia de la salud como derecho, la salud entendida como un derecho indispensable para el goce y ejercicio de los demás derechos.
- **Y una 3ª línea de acción estratégica,** relacionada con la generación de información y análisis adecuados para la salud. Nuestro reto es avanzar en generar los indicadores del goce efectivo del derecho a la salud.

Desde *Así Vamos en Salud* queremos invitar a toda la sociedad civil y a la ciudadanía a avanzar en el análisis, discusión y enriquecimiento y desarrollo de estas tres grandes líneas de acción estratégicas que, con seguridad, podemos compartir como elementos básicos del compromiso de todos en torno a la salud de nuestra sociedad.

RESUMEN DE ACTIVIDADES

Así Vamos en Salud

SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA, 2010

Mesas de Trabajo

Bogotá

- *Análisis de los Decretos de emergencia social expedidos por el Ministerio de la Protección Social, 2 de febrero, en asocio con Bogotá Como Vamos.*
- *Plan nacional de ciencia y tecnología en salud, contexto y perspectivas y financiamiento de la investigación en salud 1970-2007, 12 de Marzo.*
- *Análisis de las propuestas de salud de las campañas presidenciales 2010 – 2014, 5 de junio.*
- *Análisis de los proyectos de ley de reforma al SGSSS, 24 de Noviembre en asocio con el Observatorio Legislativo de la Universidad del Rosario.*
- *Experiencias valiosas para mejorar la calidad de vida de los colombianos, 30 de Noviembre.*

Cali

- *Simposio Internacional “Los Sistemas de Salud en el Mundo: Éxitos, Fracasos y Lecciones para Colombia”, 13 de Septiembre, en asocio con el Centro de Investigación en Economía de la Salud y la Seguridad Social PROESA y el Observatorio de Políticas Públicas POLIS de la Universidad Icesi.*
- *Tendencias y desafíos de la mortalidad materna e infantil en Cali 1990-2010, frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 31 de agosto; en asocio con Cali Como Vamos.*

Cartagena

- *Construcción de indicadores de salud, para fortalecer el análisis sectorial y optimizar el diseño de políticas públicas, 19 de octubre, en asocio con Cartagena Como Vamos.*

Foro Anual Así Vamos en Salud

- *El sistema de salud en Colombia: Balance 2002-2010 y desafíos para el nuevo gobierno. Perspectiva de los municipios, hospitales, aseguradores y usuarios organizados, 30 septiembre, Bogotá.*



1 Capítulo

Indicadores de seguimiento al sector salud

- 
- I. Estado de salud
 - Salud infantil y materna
 - Estado nutricional
 - Enfermedades crónicas
 - Enfermedades infecciosas
 - Lesiones y violencia
 - II. Servicios de salud
 - III. Calidad
 - IV. Financiamiento

Los indicadores seleccionados para esta edición son los siguientes:

I. Estado de salud

Salud infantil y materna

1. Tasa de mortalidad infantil
2. Tasa de mortalidad en menores de 5 años
3. Razón de mortalidad materna
4. Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años
5. Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años
6. Prevalencia de bajo peso al nacer
7. Mortalidad por tétanos neonatal

Estado nutricional

8. Duración mediana de la lactancia materna exclusiva
9. Prevalencia de desnutrición global y crónica en niños menores de 5 años de edad
10. Estado nutricional de las gestantes por antropometría y prevalencia de anemia en mujeres de 13 a 49 años de edad
11. Prevalencia de obesidad y sobrepeso en personas de 18 a 64 años de edad

Enfermedades crónicas no transmisibles

12. Tasa de mortalidad por *Diabetes Mellitus*
13. Tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas
14. Tasa de mortalidad por cáncer gástrico
15. Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón

Enfermedades infecciosas

16. Casos de dengue clásico y severo confirmados
17. Índice parasitario anual de Malaria
18. Tasa de mortalidad por VIH/SIDA
19. Tasa de mortalidad por tuberculosis

Lesiones y violencia

20. Tasa de homicidios
21. Tasa de accidentes de tránsito

II. Servicios de salud

22. Cobertura de control prenatal

III. Calidad

23. Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año
24. Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino
25. Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada en IPS
26. Oportunidad en la entrega de medicamentos POS

IV. Financiamiento

27. Tendencia de la cartera reportada por IPS en Colombia
28. Evolución de la UPC nominal, pesos corrientes y deflactada por IPC
29. Evolución del IPC y del IPC salud

Indicadores de salud infantil y materna

El avance en los indicadores de salud infantil y materna está relacionado con el mejor nivel de desarrollo de los países y es por esta razón que han sido incluidos dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Para el 2008 en el mundo murieron 8,8 millones de niños menores de cinco años (1) y la mayoría de estas muertes ocurrió en países en vía de desarrollo (2). Respecto a los 12,4 millones de muertes presentadas en 1990 hoy mueren 10.000 niños menos por día, con una tasa de reducción de 2,3% anual desde el año 2000, equivalente a una reducción de 0,9 puntos porcentuales más por año, que en la década de los noventa (1).

Las causas de mortalidad en la infancia continúan siendo prevenibles o tratables. Las cinco más importantes son: neumonía, diarrea, malaria, sarampión y SIDA (3), todas ellas prevenibles (tres de ellas con vacunas). Adicionalmente, la malnutrición aumenta el riesgo de muerte, pudiéndose mejorar el pronóstico de vida de estos niños optimizando las condiciones nutricionales y la disminución de la tasa de bajo peso al nacer, a través del fortalecimiento de los programas para combatir la desnutrición materna y mejorar la lactancia materna (3); y con ello reducir el retraso en el crecimiento (4) (5), anemia infantil (5) (6), y debilidad del sistema inmune (5).

A nivel mundial, se ha estimado que más de 500.000 mujeres mueren cada año. Muchas muertes son prevenibles con intervenciones sencillas, generalmente relacionadas con la calidad en la prestación de los servicios de salud reproductiva, que debería estar orientada a generar una maternidad segura (2).

A continuación, se presentan las tendencias de la mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años, mortalidad materna, mortalidad por enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años; bajo peso al nacer y mortalidad por tétanos neonatal.

Para ver estos y otros indicadores, visite la página: www.asivamosensalud.org.

1. Tasa de mortalidad infantil

Tabla 1

TENDENCIA DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ^P	2010 ^P	2011 ^P
Tasa de Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	19,51	19,59	20,41	19,92	18,05	17,18	16,28	15,91	15,47	15,32	14,72	13,69	13,45	9,34
Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, por encuesta			21					19					18	

^P dato preliminar
Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS).

Gráfica 1

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, COLOMBIA 1998-2011^P

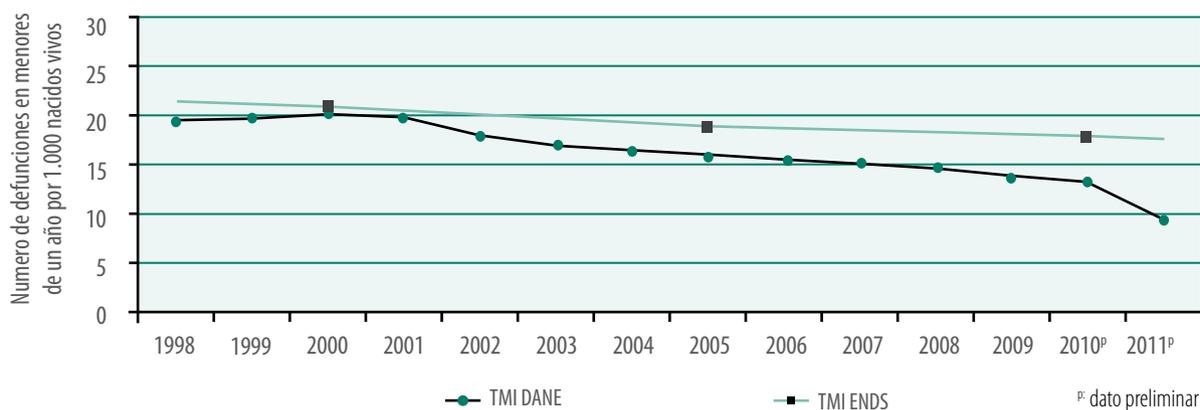


Tabla 1a

MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, COLOMBIA 2009

Departamento	Nacidos Vivos	Defunciones	Tasa
Total Nacional	699.775	9.580	13,69
Guainía	614	29	47,23
Vichada	849	37	43,58
Chocó	5.517	207	37,52
Amazonas	1.276	42	32,92
La Guajira	12.701	265	20,86

Qué dicen estos datos

La disminución de la mortalidad infantil es uno de los ODM. La meta es reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años entre 1990 y 2015. Para el seguimiento a este objetivo se cuenta con dos indicadores: La mortalidad infantil (mortalidad ocurrida antes de cumplir el primer año de vida), la mortalidad en menores de cinco años, la cobertura de vacunación mayor de 85% contra el sarampión y coberturas útiles con DPT (difteria, tétanos y tosferina) (7).

La meta para la mortalidad infantil en Colombia para 2015 se evaluaba de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud. No obstante, el 28 de Marzo del 2010 mediante el CONPES social 140, se modificaron las metas y estrategias de Colombia para el logro de los ODM. Uno de los cambios fue replantear la fuente de información, usando ahora las estadísticas del DANE debido a que tienen mayor periodicidad y corresponden a las muertes registradas en el país. La nueva meta de la mortalidad infantil para el 2015 es de 16.68 muertes por mil nacidos vivos (8).

La mortalidad infantil ha venido disminuyendo de manera progresiva en el país. La línea de base en 1990 fue de 37 muertes por cada mil nacidos vivos, en 2000 estuvo en 20,41 y en 2009 se redujo a 13,69 muertes por cada mil nacidos vivos. Teniendo en cuenta lo anterior, para el 2005 Colombia habría superado la meta de desarrollo del milenio. No obstante, el indicador planteado en el CONPES 140 es la tasa ajustada calculada por el DANE, y a partir de ella el país todavía estaría a cuatro puntos de alcanzar la meta planteada (la tasa reportada para el 2008 es de 20,6 (8)). A pesar de haber superado la meta a nivel nacional, la situación departamental es diferente: solo 18 de los 32 departamentos lograron cumplir con la meta para el 2008.

Los departamentos en los que la situación presenta mayor gravedad son Guainía, Vichada, Chocó, Amazonas y La Guajira con tasas de mortalidad infantil por encima de las 20 muertes de menores de un año por 1.000 nacidos vivos; para los departamentos que tienen las mayores tasas, la mitad más baja es semejante al promedio de la tasa de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe, que está en 22 por mil nacidos vivos y la mitad más alta está por encima de la tasa mundial (47 muertes por cada mil nacidos vivos) según el informe del Estado Mundial de la Infancia 2007 y 2009 (9) (10). Para la ENDS 2010, únicamente 7 departamentos habrían cumplido la meta. Mientras que la Guajira y Chocó exceden las 30 muertes por cada 1000 nacidos vivos (11).

Para los investigadores, la mortalidad infantil evitable está determinada por factores socioeconómicos (determinantes intermedios) como el bajo nivel de ingreso, salario, la educación y el estatus social, que al estar en detrimento conllevan a desnutrición, enfermedades infecciosas y accidentes (determinantes próximos) (12). Las acciones deben ir dirigidas a intervenir los determinantes próximos, tales como el control prenatal temprano y de calidad, la lactancia materna, la vacunación, el acceso a servicios públicos como agua y alcantarillado, que han demostrado tener un resultado eficaz en el control de la mortalidad (13). En Colombia este descenso sostenido podría corresponder a la creación e implementación de políticas públicas de salud, enfocadas a la acción de los determinantes para mejorar las condiciones de salud de los niños, como los Programas de atención a la Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria Aguda, Crecimiento y Desarrollo, Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) con la inclusión reciente de nuevas vacunas y el Plan Nacional de Salud Pública de 2007-2010 (14).

Ficha técnica

Nombre

Tasa de Mortalidad Infantil

Definición

Cociente entre el número de muertes de niños de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos para el mismo año, expresado por 1.000 nacidos vivos para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Metodología de cálculo

Numerador: Número de muertes de niños menores de un año de edad.

Denominador: Total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de Medida: por 1.000 nacidos vivos.

Fuente

Estadísticas vitales, DANE, años 1998-2009 y años 2010-2011 preliminar (p).

2. Tasa de mortalidad en menores de 5 años

Tabla 2

TENDENCIA DE LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

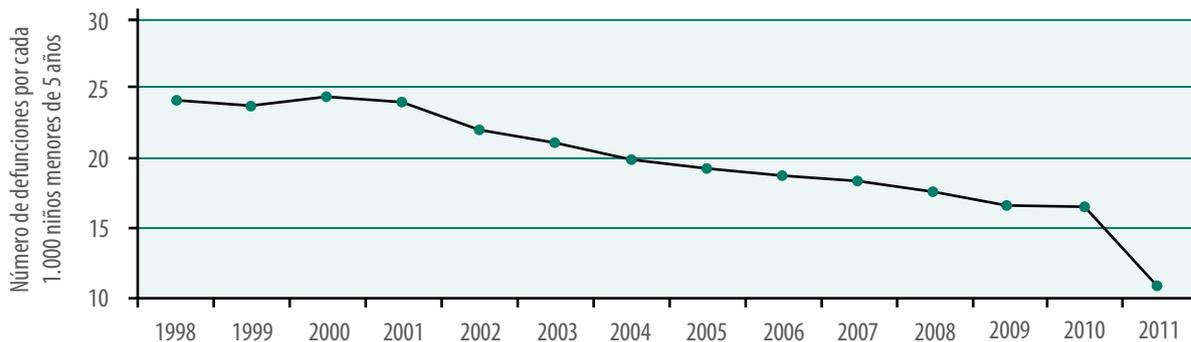
Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ^P	2010 ^P	2011 ^P
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	24,28	23,75	24,56	24,25	22,23	21,17	19,94	19,42	18,86	18,51	17,68	16,63	16,49	10,80

^P dato preliminar

Fuente: DANE.

Gráfica 2

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS, COLOMBIA 1998-2011^P



^P dato preliminar

Tabla 2a

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR 1.000 NACIDOS

VIVOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, COLOMBIA 2009

Departamento	Nacidos vivos	Def. < 5 años	Tasa mort. < 5 años
Total Nacional	699.775	11.637	16,63
Guainía	614	37	60,26
Vichada	849	47	55,36
Chocó	5.517	258	46,76
Amazonas	1.276	51	39,97
La Guajira	12.701	340	26,77

Qué dicen estos datos

En los 10 últimos años ha venido descendiendo la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años en Colombia, para alcanzar una tasa en 2009 de 16.63 muertes por 1.000 nacidos vivos. Esta tasa continúa reduciéndose en los años 2010 y 2011 con los datos preliminares obtenidos por el DANE, a la fecha de elaboración de este informe.

El 83% de la mortalidad en este grupo de edad ocurre en el primer año de vida y tiene que ver con enfermedades asociadas al nacimiento del niño, como malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana (infección diseminada por bacterias). En los niños de un año y hasta antes de cumplir los cinco años, las principales causas se deben a enfermedades prevenibles, como la infección respiratoria aguda, las enfermedades infecciosas intestinales y las causas externas como el ahogamiento, accidentes en el hogar y accidentes de tránsito.

Según los resultados, los investigadores consideramos que los “problemas de salud evitables” en los niños, pueden ser intervenidos con medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, actuando sobre los accidentes y las enfermedades infecciosas principalmente, a través del mejoramiento de la cobertura de vacunación, la educación sobre el lavado de manos que previene infecciones respiratorias agudas y enfermedades infecciosas intestinales (13) (15) y la implementación de medidas de protección para los niños en los automóviles, los hogares, los centros educativos y los lugares de recreación (16).

De acuerdo con las estadísticas sanitarias mundiales de 2009 (17), Colombia con una tasa de 20 muertes por 1.000 NV, estaba por debajo del promedio regional (19 muertes por 1.000 NV) y era superado por los siguientes países suramericanos: Chile (9 por 1.000 NV), Uruguay (16 por 1.000 NV), Argentina (16 por 1.000 NV) y Venezuela (19 por 1.000 NV), igualando a Perú y por debajo de Brasil, Ecuador y Panamá. Las tasas más bajas en este informe para América las tienen Canadá, Cuba, Estados Unidos y Chile, con menos de 10 muertes por 1.000 NV. A nivel departamental, los datos varían significativamente. Las cifras más altas de mortalidad en menores de 5 años se encuentran en los departamentos donde el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas superan el 50% (18), Cauca, Putumayo, Guajira, Guaviare, Amazonas, Vaupés, Chocó, Vichada y Guainía, estando los últimos cuatro en las mayores tasas de mortalidad en menores de 5 años en las últimas series disponibles. El promedio nacional está alrededor de las 16 muertes en menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos (meta para el año 2015). La ENDS muestra que la Guajira y el Chocó tienen la mayor probabilidad de morir con una tasa de 50 y 48 muertes en menores de cinco años por 1.000 NV, de la misma manera aquellas poblaciones que no tienen educación y cuyo nivel de riqueza se encuentra entre bajo y más bajo presentan las tasas más altas (53 y 31 muertes por 1.000 NV respectivamente) (11).

Estos datos siguen siendo un problema para Colombia, puesto que revelan los grandes niveles de inequidad que se viven en el país y son un reto para los gobernantes en el nivel nacional y departamental. Los entes gubernamentales responsables de las políticas sociales y económicas deben fortalecer las estrategias y buscar mejorar las condiciones de vida de los colombianos que no viven en lugares con óptimas condiciones, es decir, que no tienen acceso a agua potable, adecuada disposición de excretas ni acceso universal a educación de calidad (19).

Ficha técnica

Nombre

Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos

Definición

Es el cociente entre el número de muertes de niños menores de 5 años de edad y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos. Expresa la probabilidad que tiene un recién nacido de morir entre el nacimiento y antes de cumplir los 5 años de edad.

Metodología de Cálculo

Numerador: número de muertes ocurridas en un año en población menor de 5 años.

Denominador: total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de medida: por 1.000 nacidos vivos.

Fuente

Estadísticas vitales, DANE, años 1998-2009 y años 2010-2011 preliminar (p).

3. Razón de mortalidad materna

Tabla 3

TENDENCIA DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	104,94	98,58	84,37	77,81	78,69	73,06	75,02	75,57	62,76	72,88

Fuente: DANE.

Gráfica 3

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, COLOMBIA 2000-2009

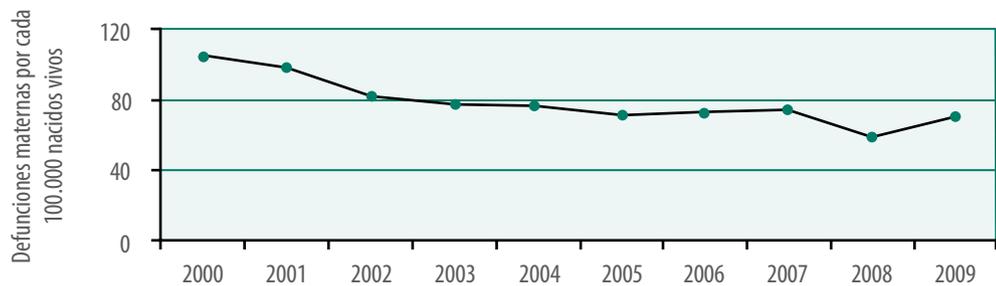


Tabla 3a

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, COLOMBIA 2007, 2008, 2009

Departamento	2007	2008	2009
Total Nacional	75,57	62,76	72,88
Amazonas	152,67	285,31	391,85
Vichada	513,48	0,00	235,57
La Guajira	162,92	101,40	220,46
Guainía	0,00	351,49	162,87
Vaupés	566,04	0,00	161,81

Qué dicen estos datos

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio –ODM– consiste en mejorar la salud materna. Para lograrlo, los países se comprometieron a reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna (MM) en tres cuartas partes. La MM se define como toda muerte ocurrida por causa del embarazo, parto o puerperio, o por complicaciones de alguna enfermedad agravada por el embarazo, que ocurre durante éste, el parto o hasta 6 semanas después de éste. Para el caso de Colombia la meta es reducir a 45 las muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

No se cuenta con datos actualizados, oportunos y confiables de mortalidad materna en el mundo. Actualmente la OMS, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Banco mundial (WB) realizan estimaciones que permiten visualizar que hay significativos logros; sin embargo, la reducción de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) anualmente está por debajo de los 5,5 puntos porcentuales que se requieren para el logro del quinto ODM. Según un estudio que analiza la tendencia de la mortalidad materna entre 1980 y 2008 en 181 países (20), se estima que en 2008 ocurrieron 342.000 muertes a nivel mundial (251 MM por 100.000 NV), comparado con 526.300 en 1980 (422 por 100.000 NV), lo que significa una tasa de disminución anual de 1,5% en este periodo. Para 1990 la RMM en el mundo fue de 320 por 100.000 NV. En cuanto a la tasa de mortalidad materna en países de América Latina, el estudio concluyó que es menor en comparación con África y algunas zonas de Asia, pero considerablemente mayor que en Europa, Australia y Norte América.

El Informe de ODM 2010 (1) en el mundo, muestra que las hemorragias y la hipertensión son las principales causas de mortalidad materna en las regiones en vía de desarrollo y representan la mitad de las muertes de la mujer en embarazo y de las que inician su maternidad. El 18% de las causas son indirectas y el VIH/SIDA cobra importancia a partir de 1990. El 11% de las muertes son por causas directas, ocasionadas por complicaciones del embarazo y del parto (anestesia, obstrucción del parto y cesárea, entre otras), la mayoría evitables a través del acceso a servicios de salud de buena calidad (1).

Según la información reportada por el DANE a junio de 2011, en el año 2009, la razón de mortalidad materna en Colombia fue de 72,88 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que representa una disminución de 40,19% de la mortalidad materna frente al año 2000. Sin embargo, hubo un incremento de casi 10 muertes por 100.000 nacidos vivos frente al año 2008, situación preocupante porque Colombia debería mantener una reducción sostenida para lograr la meta propuesta para el 2015.

Las cifras varían a lo largo del territorio nacional. Los departamentos de Amazonas, Vichada y La Guajira presentan las más altas tasas de mortalidad materna con 391,85, 235,57 y 220,46 muertes por cada 100.000 nacidos vivos respectivamente, mientras que para el 2008, ocho departamentos alcanzaron la meta de 45 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (entre ellos Norte de Santander, Quindío, Meta, Huila, Bogotá y Cundinamarca). Para el 2009 se observa que sólo Quindío, Huila y Arauca logran tasas de mortalidad inferiores a 45 por 100.000 nacidos vivos, siendo los tres departamentos que para este año alcanzan la meta propuesta por los ODM en 2015. A pesar de que Chocó mantiene una tasa de mortalidad materna alta (126,88 muertes por 100.000 NV), presentó una reducción del 50% de las muertes reportadas frente al año 2008.

Ficha técnica

Nombre

Razón de mortalidad materna por 100.000 Nacidos Vivos

Definición

Cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 100.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica, según lo reportado por la autoridad sanitaria nacional.

Metodología de Cálculo

Numerador: número de muertes maternas ocurridas en un año.
Denominador: total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de medida: por 100.000 nacidos vivos.

Fuente

Estadísticas vitales, DANE.

Para el año 2009, en los departamentos con mayores tasas de mortalidad materna, también se encuentra el menor porcentaje de partos institucionales (21) y en la Encuesta de Demografía y Salud realizada en el 2010 (11) se refleja que esos mismos departamentos tenían el porcentaje más alto de mujeres con menos de cuatro controles prenatales por un profesional de la salud (recomendación de OMS y UNICEF) y más bajo porcentaje de partos institucionales, tendencia que se veía desde la pasada encuesta en el 2005 (22).

En las regiones en vía de desarrollo solo acceden a servicios de salud menos de la mitad de las mujeres del área rural; en Asia esta cifra se reduce a solo el 25% de las mujeres en el área rural (1). En Colombia, la ENDS 2010 muestra avances en este tema. El 77% de las mujeres encuestadas iniciaron control prenatal a los 4 meses y la mediana estuvo en 2,7 meses. Se observó también que las mujeres con un mayor nivel de educación y un mayor nivel de riqueza, tenían un número mayor de controles prenatales, siendo el 97% el índice para las mujeres que viven en lugares de mayor riqueza (11). Las mujeres que no tuvieron controles prenatales, según la encuesta, son menores de 20 años y mayores de 34 años con más de tres hijos, residentes en el área rural, sin educación y con un índice de riqueza muy bajo (11). Esto se observa principalmente en Chocó, Vaupés, Vichada y Guainía, donde también hay mayor tasa de mortalidad infantil.

Si bien se presenta una disminución de la mortalidad materna a nivel mundial, en Colombia se debe continuar trabajando en las actividades propuestas en el Plan de Choque para la reducción de la mortalidad materna (23), en el que el Ministerio de la Protección Social establece la reducción de la mortalidad materna como prioridad en salud pública, sin obtener el impacto propuesto. Para reducir la mortalidad materna, así como ocurre en los países que tienen menores posibilidades económicas y de accesibilidad a los servicios de salud que el nuestro, los entes territoriales y el Ministerio de la Protección Social deben fortalecer los programas de atención primaria en salud, fortaleciendo los programas de educación para la salud materna, sexual y reproductiva, la búsqueda activa de población embarazada, identificación de mujeres adolescentes con bajo nivel educativo y no escolarizadas principalmente en zonas rurales. No obstante este proceso requiere involucrar activamente las EPS, exigiéndoles resultados positivos en la población asegurada.

4. Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años

Tabla 4

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR INFECCIONES

RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tasa de mortalidad por Infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años	36,25	32,66	35,98	35,39	27,58	26,48	26,21	25,14	25,99	24,03	20,34	19,12

Fuente: DANE.

Gráfica 4

TASA DE MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE 5 AÑOS, COLOMBIA 1998-2009

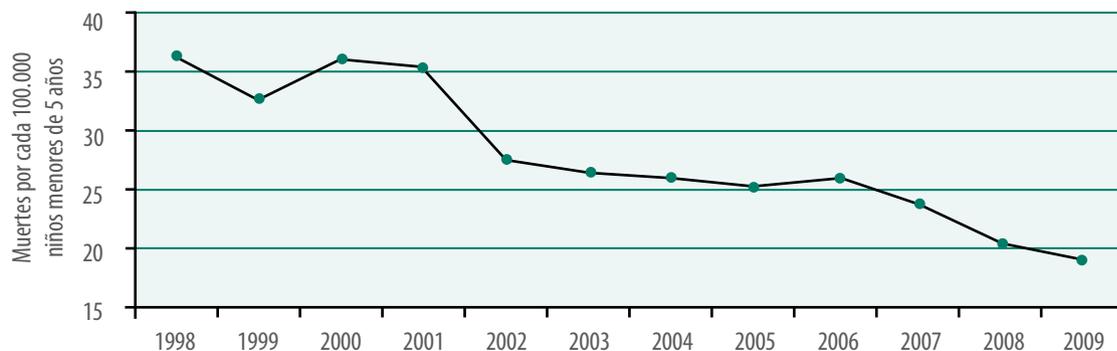


Tabla 4a

TASA DE MORTALIDAD POR IRA POR DEPARTAMENTO, COLOMBIA 2009

Departamento	Población < 5 años	Mortalidad por IRA	Tasa
Total Nacional	4.278.254	818	19,12
Amazonas	43.983	37	84,12
Meta	88.981	35	39,33
Chocó	66.447	26	39,13
Caquetá	53.991	20	37,04
Córdoba	176.336	51	28,92

Qué dicen estos datos

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) comprenden un vasto grupo de enfermedades, incluidas las gripas (24). La neumonía es la enfermedad que causa el mayor número de muertes en los menores de cinco años de edad; anualmente mueren más de 2 millones de niños por esta enfermedad en el mundo, siendo responsable de más muertes que el SIDA, la Malaria y Sarampión juntas (25).

En Colombia para el 2009, el 12,7% de las muertes por IRA sucedieron en menores de 5 años, con un porcentaje mayor en niños (55,25%) que en niñas (44,7%). Como se observa en la gráfica, hay una marcada tendencia al descenso de la mortalidad. Desde 1998 ha habido un descenso de 47%, logrando el valor más bajo en 2009 con 19,12 muertes por 100.000 menores de 5 años. Según estos datos, el 72,4% de los niños son menores de un año. A nivel departamental, el Grupo

Ficha técnica

Nombre

Tasa de Mortalidad por IRA por 100.000 menores de 5 años

Definición

Cociente entre el número de muertes de niños menores de cinco años cuya causa básica de muerte seleccionada fue una enfermedad respiratoria aguda y el número total de población menor de 5 años para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica por 100.000 personas de este grupo de edad.

Metodología de cálculo

Numerador: Número de muertes de niños menores de cinco años cuya causa básica de muerte seleccionada fue una infección respiratoria aguda.

Denominador: Total de población menor de 5 años. Unidad de Medida: Por 100.000

Fuente

DANE.

Amazonas tuvo una tasa 4 veces más alta que la nacional y los departamentos de Meta, Chocó, Caquetá y Córdoba superaron las 30 muertes por 100.000 menores de 5 años.

A partir de febrero de 2010 se incluyó en el Plan Ampliado de Inmunizaciones para niños con bajo peso al nacer y niños con factores de riesgo menores de dos años (26) (35), la vacunación contra el Neumococo, responsable de Neumonías en este grupo de edad. Bogotá (que es la “gran ciudad” que presenta menos proporción de menores de cinco años con IRA, según la ENDS) aplica la vacuna a todos los niños nacidos desde octubre de 2008, sin importar si es de bajo peso o no (27).

La vacuna contra el *Haemophilus Influenzae*, bacteria responsable de la mayoría de los casos de neumonía en el mundo (25), hace parte del esquema de vacunación en Colombia. La ENDS 2010 encontró que la cobertura nacional con tercera dosis de esta vacuna alcanza el 89,1%. Los departamentos donde la cobertura es más baja tienen las más altas tasas de mortalidad, ellos son: La Guajira, Magdalena, Caquetá y Chocó (11).

La ENDS 2010 también investigó acerca de la presencia de síntomas de IRA en las dos semanas anteriores a la encuesta, es decir, la presencia de tos, acompañada de respiración corta y agitada, y fiebre. La prevalencia de síntomas de IRA en menores de cinco años fue del 9% y de éstos solo el 53,2% buscó un tratamiento por un proveedor de salud (4 puntos menos que en la ENDS 2005) (11). Para los departamentos de Vaupés, Vichada (ambos incluidos en el grupo Amazonas) Chocó y Caquetá este porcentaje es menor al 45% y presentan también las tasas de mortalidad más altas en el país, por estas causas. La mayor proporción de síntomas de IRA se presentó en el Atlántico, Bolívar, Amazonas, Córdoba y Chocó. Para las grandes ciudades, en primer lugar está Barranquilla con un 15%, seguido de Medellín con 13%, Cali, 10% y con menor proporción Bogotá con un 5%.

La vacunación y el acceso a servicios de salud son cruciales para la disminución de esta mortalidad (28), la ENDS 2010 encontró que las madres de los niños que buscaron atención médica tienen mayor nivel educativo y donde menos buscaron tratamiento médico es en Vaupés, Vichada y Chocó, dos departamentos del grupo de Amazonia que tuvo la más alta tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años en 2008.

Para impactar este problema se requiere que el Ministerio de la Protección Social en conjunto con las EPS continúe trabajando en aumentar las coberturas de vacunación y que el Ministerio de la Protección Social en conjunto con las sociedades científicas (el primero en su papel de promotor de la salud) realicen investigaciones que permitan determinar los factores que afectan el acceso a los servicios de salud para identificar las prácticas, conocimientos y contextos que presentan las poblaciones más afectadas por esta enfermedad, y que de la misma manera se busquen experiencias valiosas en la reducción de la mortalidad por IRA para evaluar y posteriormente promover su replicabilidad en otras partes del territorio nacional.

5. Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años

Tabla 5

TENDENCIA DE LA TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalidad por EDA por 100.000 niños menores de 5 años	33,76	21,78	22,92	16,76	20,19	20,49	16,4	13,38	11,58	11,78	8,08	7,34

Fuente: DANE.

Gráfica 5

TASA DE MORTALIDAD POR EDA POR 100.000 MENORES DE 5 AÑOS, COLOMBIA 1998-2009

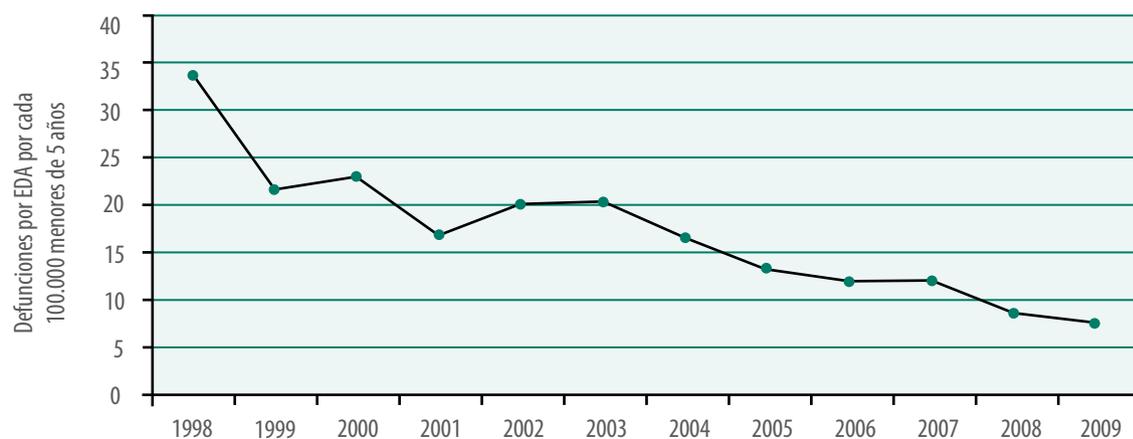


Tabla 5a

MORTALIDAD POR EDA POR DEPARTAMENTO, COLOMBIA 2009

Departamento	Población < 5 años	Mortalidad por EDA	Tasa
Total Nacional	4.278.254	314	7,34
Chocó	66.447	18	27,09
La Guajira	111.534	28	25,10
Grupo Amazonas	43.983	10	22,74
Cauca	130.599	28	21,44
Risaralda	76.870	15	19,51

Qué dicen estos datos

A nivel mundial la diarrea es la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años. Cada año esta enfermedad cobra alrededor de 1,5 millones de vidas (29). La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), está definida como el aumento en la frecuencia y cantidad de deposiciones blandas o líquidas diarias como síntoma de una infección, ya sea viral o bacteriana generalmente adquirida tras el consumo de comidas o bebidas contaminadas. Esta condición genera pérdida de agua y electrolitos (Sodio, Potasio o Cloro) indispensables para el adecuado funcionamiento del cuerpo. De no reponerse estas pérdidas a tiempo, se puede generar deshidratación y en el peor de los casos la muerte.

Colombia tiene una tendencia clara a la disminución de las muertes en menores de cinco años por esta causa. Es así como desde 1998 la tasa de mortalidad por EDA ha disminuido en un 78,25% hasta el 2009 alcanzando para este año una tasa de 7,34 muertes por 100.000 niños menores de cinco años. Países como Perú tuvieron una tasa de mortalidad por EDA de 49,8 para 2004, El Salvador en el 2005 situó la EDA como primera causa de muerte y en Argentina y Chile desde el 2004 no tienen la Diarrea dentro de las primeras causas de mortalidad en menores de 5 años (30). En Colombia, la EDA descendió en los últimos 10 años desde el cuarto al octavo lugar dentro de la mortalidad en este grupo de edad.

Este panorama se distancia de lo que se observa en algunos departamentos, puesto que 6 de ellos doblan las tasas nacionales: Chocó, La Guajira, Grupo Amazonas, Cauca, Risaralda y Cesar (con 27.09, 25.10, 22.74, 21.44, 19.51, 16.19 respectivamente). Nuevamente podemos mostrar aquí las desigualdades e inequidades que existen en el país, pues el panorama nacional no es igual en todos los departamentos. Las regiones más afectadas son la Orinoquia y la Amazonia. La prevalencia es ligeramente más alta en los niños que las niñas y más en la zona rural que en la urbana. La diarrea es menor en poblaciones con mayor educación, mayor condición de riqueza de la madre y cuando la disposición del agua es por tubería, la edad más afectada se encuentra entre los 6 y los 23 meses de edad (1).

En la década de los 80, Colombia tuvo la mayor pendiente de descenso de la EDA mediante la implementación de dos estrategias que generaron el impacto: la utilización de las sales de rehidratación oral (SRO) y/o el uso del suero casero¹ (29), y la ampliación de servicios sanitarios (letrinas y pozos sépticos para el área rural) en las regiones de baja cobertura (31). La ENDS 2010 evaluó el uso de las sales de rehidratación y el conocimiento que los cuidadores tienen sobre estas, el uso del SRO en Colombia alcanzó un 74% en los niños que padecieron diarrea, 4 puntos porcentuales más que en la encuesta de 2005 (11) (22), un porcentaje que a pesar de su aumento sigue siendo muy bajo. En este contexto, y debido a que solamente el 43% de los niños que tuvieron diarrea durante los últimos 5 años fueron llevados a algún servicio de salud (11), es necesario diseñar medidas dirigidas a estimular el conocimiento de las madres y cuidadores sobre las sales de rehidratación oral, especialmente en los departamentos del Vichada, La Guajira, Chocó y Vaupés que cuentan con conocimiento sobre dichos tratamientos inferior al 80% (11).

1 Las sales de rehidratación oral y el suero casero son los que restauran los líquidos y electrolitos que se pierden a través de la diarrea, dependiendo de la frecuencia y cantidad de líquido de las deposiciones (29).

Por otro lado, el suplemento con Zinc durante el episodio diarreico y por 10 días después, es una medida crucial para la disminución de estos episodios y la prevención de eventos futuros (32) (31), a tal grado que desde el 2005 hace parte de los lineamientos para el tratamiento de la diarrea del programa Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia- AIEPI (33). Llama la atención que a pesar de que el suplemento del Zinc hace parte de la más reciente actualización del manual de AIEPI, todavía en proceso de publicación, el suplemento de Zinc no hace parte del POS y que en el mercado colombiano solo se encuentran presentaciones en combinación con otros micronutrientes, lo cual hace difícil la administración de la dosis recomendada.

Las medidas de prevención son un punto importante para la reducción de la mortalidad por EDA, contando con tres estrategias fundamentales: el acceso a servicios públicos de buena calidad, lavado frecuente de las manos principalmente cuando se van a ingerir o preparar alimentos y la vacunación. En cuanto al acceso a servicios públicos tales como acueducto y alcantarillado (32), la situación es preocupante puesto que el 27% de la población continúa sin acueducto y esta cifra continúa aumentando conforme crece la población (11). Las campañas de promoción del lavado de manos han sido lideradas por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente de manera constante, tanto por medios de comunicación como en las comunidades (34). Sólo hasta 2010 la vacuna contra el Rotavirus (virus causante del 40% de las EDA en menores de 5 años), fue incorporada al Plan Ampliado de Inmunizaciones –PAI– en Colombia. La cobertura de vacunación para finales de 2010 fue del 74% en todo el país (26).

Por tal razón *Así Vamos en Salud* considera que es necesario que los entes territoriales trabajen de manera conjunta con las empresas de servicios domiciliarios para fortalecer la cobertura de acueducto en Colombia puesto que es inadmisibles que al 2010 todavía exista población sin acceso al más básico de los servicios públicos. De la misma manera, es necesario que el Ministerio de la Protección Social y las EPS incorporen de manera rápida la vacunación por Rotavirus en sus esquemas de vacunación para que se actúe en concordancia con el PAI aprobado para Colombia.

Ficha técnica

Nombre

Tasa de Mortalidad por EDA por 100.000 menores de 5 años

Definición

Cociente entre el número de muertes de niños menores de cinco años cuya causa básica de muerte seleccionada fue una enfermedad infecciosa intestinal y el número total de población menor de 5 años para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica por 100.000 personas de este grupo de edad

Metodología de Cálculo

Numerador: Número de muertes de niños menores de cinco años cuya causa básica de muerte seleccionada fue una enfermedad infecciosa intestinal.

Denominador: Total de población menor de 5 años. Unidad de Medida: Por 100.000

Fuente

DANE.

6. Prevalencia de bajo peso al nacer

Tabla 6

TENDENCIA DE LA PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Prevalencia de bajo peso al nacer (RN con peso inferior a 2.500 gr) por 100 NV	7,22	7,03	7,33	7,44	7,64	7,75	7,91	8,11	8,44	8,60	8,77	9,02

Fuente: DANE.

Gráfica 6

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER POR 100 NACIDOS VIVOS, COLOMBIA 1998-2009

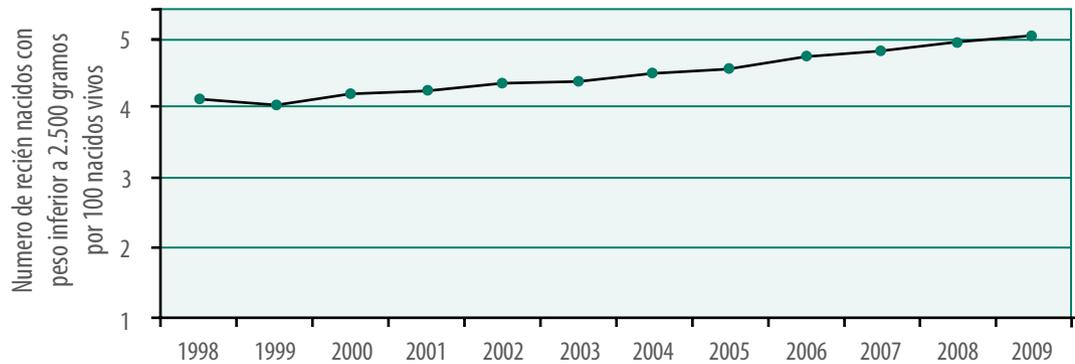


Tabla 6a

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER POR DEPARTAMENTO COLOMBIA 2009

Departamento	Nacidos Vivos	R.N. con peso inferior 2500gr	Prevalencia
Total Nacional	699.775	63.088	9,02
Bogotá, D.C.	115.799	14.878	12,85
Cundinamarca	36.089	3.764	10,43
Chocó	5.517	534	9,68
Antioquia	85.955	8.197	9,54
Boyacá	18.691	1.743	9,33

Qué dicen estos datos

De acuerdo con UNICEF, cada año en el mundo nacen aproximadamente 20 millones de niños con bajo peso (menos de 2,5 kg), lo que corresponde al 14% de todos los nacidos vivos (35), generalmente como consecuencia de una deficiente salud y nutrición de la madre, siendo éste uno de los principales factores de riesgo de muerte neonatal (36). Más del 96% de los casos de bajo peso al nacer ocurren en los países en desarrollo. Las principales causas de bajo peso al nacer son infecciones y anemia que en la mayoría de los casos son consecuencia de desnutrición materna, así como el embarazo adolescente (37), ambos ligados al desarrollo y factores socioeconómicos como el salario y la educación.

Las intervenciones de mayor impacto para reducir el bajo peso al nacer antes de la concepción son: el mejoramiento del estado nutricional de la mujer en edad reproductiva, la educación y el acceso a métodos de planificación familiar para

las poblaciones de alto riesgo (adolescentes, mujeres con enfermedades crónicas o mayores de 40 años). La principal actividad preventiva es el adecuado control prenatal, puesto que se pueden detectar a tiempo y prevenir posibles complicaciones tales como la preeclampsia y la ruptura prematura de membranas que llevan también a bajo peso al nacer por parto prematuro (38).

Según la ENDS 2010, solo se dispone de información sobre el peso del niño en el 76% de los nacimientos; 69% de estos tienen peso adecuado y 7% tienen bajo peso, siendo este un alto subregistro que impide el conocimiento exacto de la realidad del país (11). Llama la atención que a pesar de que el porcentaje de atención del parto va en aumento, no se tiene la misma proporción de niños pesados. Los departamentos donde más niños dejaron de pesarse son Vaupés, Guajira y Guainía, con más del 20% de los niños. Los niños dejan de ser pesados en una mayor proporción en áreas rurales, y cuando las madres son de edad mayor, multíparas, de bajo nivel educativo y alto índice de pobreza (11).

Reducir la incidencia de bajo peso al nacer en un tercio, entre 2000 y 2010 fue una de las principales metas adoptadas por la declaración y plan de acción de las Naciones Unidas "Un Mundo Apropiado para la Infancia". Colombia incluyó en el Plan Nacional de Salud Pública en el primer y segundo objetivo la "mejora de la salud materno infantil" (fortalecimiento a la calidad y cobertura del control prenatal) y la mejoría de la salud sexual y reproductiva (39). Sin embargo los resultados muestran que los esfuerzos no parecen ser suficientes, puesto que la tendencia de la prevalencia del bajo peso al nacer en la última década es ascendente.

En el país, el porcentaje de niños que nacen con bajo peso ha venido en aumento durante los últimos años. En 2000, la prevalencia de bajo peso al nacer fue de 7,33 por cada 100 nacidos vivos, mientras que en 2009 aumentó a 9,02%. Por departamentos hay diferencia, Vaupés, Putumayo, Arauca y Caquetá presentan las menores prevalencias de bajo peso al nacer, mientras que Bogotá, Cundinamarca y Chocó son las regiones con porcentajes más altos: 12,85, 10,43 y 9,68 respectivamente.

Según la ENDS 2010, de los niños que se pudo recolectar información sobre el peso al nacer (es decir que su madre recordaba su peso o tenía el certificado de nacimiento), se evidenció que el bajo peso se presenta con mayor frecuencia en hijos de madres menores de 20 años y mayores de 34 años, primogénitos, de las zonas urbanas, con mayor educación y menor pobreza. De la misma manera, fue más prevalente en Bogotá con 12%, Valle del Cauca sin Cali, ni litoral (10%), las áreas metropolitanas de Barranquilla, Medellín y Cali con un 9%. Estas diferencias no se pueden atribuir únicamente a condiciones socio-demográficas. Un factor que puede contribuir a explicar el incremento, es de tipo estadístico, dado el mejor registro de los procesos de maternidad, teniendo en cuenta que el aumento de los partos institucionales, el fortalecimiento de las redes de información y el aumento en el número de salas de cuidado intensivo neonatal hacen que el registro de dichas entidades aumente. A pesar de esto, hay que reconocer que el subregistro (24%) de niños que no fueron pesados o que sus madres no recuerdan el peso (11) podría indicar que la prevalencia de bajo peso al nacer sea mayor que la reportada en la ENDS.

El comportamiento del bajo peso al nacer en Colombia merece un estudio más detallado por parte de la academia con el fin de conocer los determinantes de este fenómeno y ajustar y fortalecer las políticas públicas para enfrentarlo, dada la gravedad de las implicaciones sobre el desarrollo infantil como la baja talla infantil, alteraciones inmunitarias y deficiencia de hierro, entre otras (4).

Ficha técnica

Nombre

Prevalencia de bajo peso al nacer por 100 Nacidos Vivos

Definición

Número de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos, medido al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida de peso postnatal haya ocurrido; expresado por 100 nacidos vivos, para un año dado.

Metodología de Cálculo

Numerador: número de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gr. Denominador: total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de Medida: por 100 nacidos vivos

Fuente

Estadísticas vitales, DANE.

7. Mortalidad por tétanos neonatal

Tabla 7

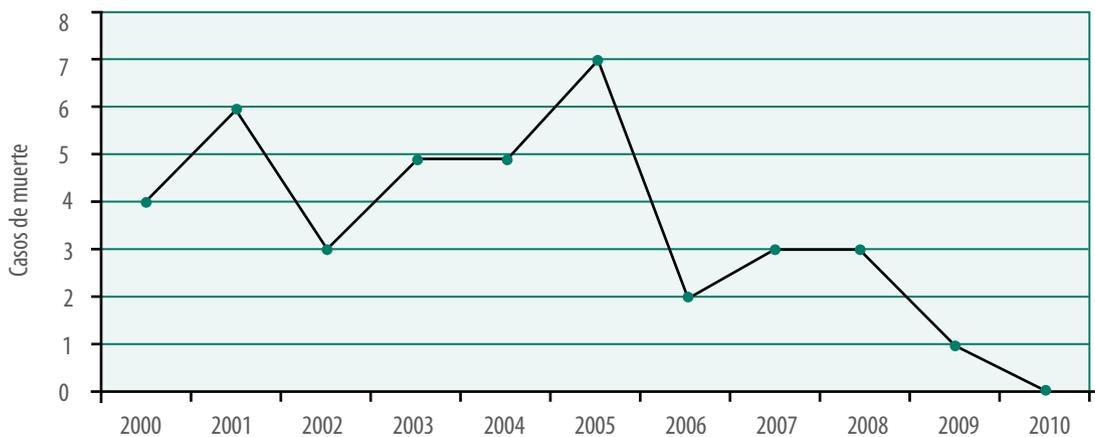
TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR TÉTANOS NEONATAL

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Número de muertes por tétanos neonatal de niños menores de 4 semanas	4	6	3	5	5	7	2	3	3	1	0

Fuente: INS

Gráfica 7

MORTALIDAD POR TÉTANOS NEONATAL, COLOMBIA 2000-2008



Qué dicen estos datos

El tétanos es una infección que se genera como resultado de la exposición de las heridas abiertas a las esporas producidas por la bacteria *Clostridium Tetani*, que se encuentra en los materiales contaminados con materia fecal (40). En el caso del tétanos neonatal, esta infección se produce al momento del parto cuando quien está realizando el corte del cordón umbilical utiliza instrumental contaminado o mediante la impregnación del muñón umbilical con sustancias contaminadas como parte de rituales. Esta infección se caracteriza por ser letal en caso de no recibir atención oportuna (41).

En Colombia se observa una disminución gradual de muertes por esta entidad, llegando al año 2010 a cero muertes y 2 casos, los valores más bajos desde el 2000. Estos dos casos se produjeron en población afro colombiana, procedentes de los departamentos del Cauca y Valle, sin antecedente de vacunación en la madre, cuyos partos fueron domiciliarios con una partera no complementada (no capacitada) (42).

En América Latina, para el año 2009, la Organización Mundial de la Salud reporta que el único país con más casos de tétanos natal que Colombia (4 casos) es Ecuador con 5 casos, seguido de Brasil con tres y Venezuela, Perú, Paraguay, Panamá, Honduras, Guatemala y Bolivia todos con un caso para este año (43).

Hay tres formas de prevenir esta enfermedad y detener la mortalidad por la misma: la primera es generando inmunidad en los recién nacidos y esto solo es posible por medio de la vacunación a la madre (44); la segunda es asegurando un ambiente aséptico al momento del parto de manera que el corte del cordón umbilical se haga con instrumental adecuado y así evitar la entrada de estas esporas por el muñón umbilical; y la última es por medio de educación a la madre para que no se aplique sustancias en el ombligo hasta que éste no sane; de esta manera no se corre el riesgo de infectarlo y hacerlo más propenso a la entrada de estas esporas (45).

En cuanto a estas actividades, la cobertura de partos atendidos por profesionales asciende al 98% (21) y todos los departamentos tienen una cobertura superior al 98% exceptuando Amazonas que se encuentra por debajo con 82% (21). En cuanto a la cobertura de vacunación con toxoide tetánico a las mujeres gestantes, una de cada nueve no recibieron ninguna dosis. No obstante, los departamentos del Valle y Cauca, donde se presentaron los dos únicos casos, presentan coberturas de 83,6 y 81% respectivamente (11). Estas cifras muestran un avance significativo en el control de esta enfermedad. Podemos decir que se ha cumplido la meta propuesta en 1999 para la erradicación del tétanos neonatal. Sin embargo, es necesario que continúen ejerciéndose las actividades arriba mencionadas para sostener el cumplimiento de esta meta.

Ficha técnica

Nombre

Mortalidad por tétanos neonatal

Definición

Número de muertes de niños menores de cuatro semanas cuyos certificados de defunción registran tétanos como causa básica de muerte, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por número de defunciones, según reportado por la autoridad sanitaria nacional.

Metodología de Cálculo

Unidad de medida: Defunciones

Fuente

Instituto Nacional de Salud

Indicadores nutricionales

El estado nutricional es un determinante de la condición en salud de la población (46). La malnutrición (entendida como la desnutrición) y el exceso de peso fueron responsables del 8,6% de las muertes en el mundo para el año 2010, ocupando así el tercer factor de riesgo de muerte a nivel mundial durante ese año (47).

Por un lado, la desnutrición en la niñez se ha asociado a un riesgo elevado de muerte por enfermedades infecciosas (48), bajo desempeño escolar y aumento de la morbilidad infantil. La persistencia de esta condición en mujeres adultas aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y de esta manera se continúa con el círculo de la desnutrición (49).

Por otro lado, el exceso de peso (entendido como el sobrepeso y la obesidad) es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Las dos primeras se encuentran dentro de las principales cinco causas de muerte en Colombia.

Tras la publicación del resumen ejecutivo de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) de 2010, *Así Vamos en Salud* con el apoyo de sus socios ha decidido realizar un análisis sobre algunas de las cifras expuestas en este estudio y hacer una comparación con años anteriores. Entre los indicadores que desarrollaremos están la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 5 años, la prevalencia de obesidad y sobrepeso, y el estado nutricional de las gestantes, entre otros.

8. Duración mediana de la lactancia materna exclusiva

Tabla 8

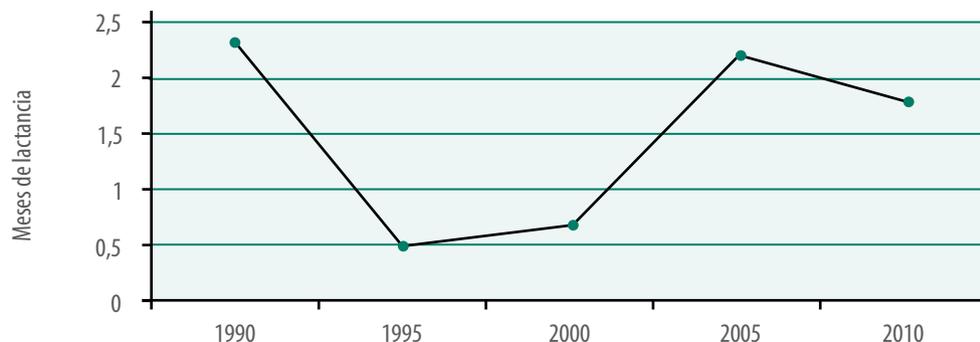
TENDENCIA DE LA DURACIÓN MEDIANA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Indicador	1990	1995	2000	2005	2010
Duración mediana de la lactancia Materna (meses)	2,3	0,5	0,7	2,2	1,8

Fuente: ENDS Profamilia.

Gráfica 8

DURACIÓN MEDIANA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, COLOMBIA 1990- 2010



Qué dicen estos datos

La lactancia materna constituye un pilar en el crecimiento, desarrollo y supervivencia de la niñez (50), teniendo en cuenta que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida se relaciona directamente con el desarrollo del sistema inmune en el recién nacido (51) y un adecuado desempeño escolar. A largo plazo, las personas que de niños recibieron lactancia materna, tienen niveles más bajos de tensión arterial y colesterol (52) así como menor riesgo para obesidad (53), sobrepeso y diabetes tipo 2 en la adultez (50). Dentro de los beneficios de la lactancia materna para la madre está la reducción del riesgo de cáncer de ovario y seno (54) y contribuye al retorno del peso corporal de manera más rápida (50).

En Colombia, la tendencia de la mediana¹ de la duración de la lactancia materna exclusiva ha tenido fluctuaciones a lo largo de los últimos 15 años alcanzando su punto más alto en el 2005 con 2,2 meses de lactancia materna exclusiva. Para el 2010 esta duración ha disminuido a 1,8 meses. Este valor es extremadamente bajo, teniendo en cuenta que la duración de la lactancia materna exclusiva recomendada por la OMS desde 1984 es de 6 meses (50).

Marcadas diferencias se observan a nivel regional, donde las madres de la región Caribe lactaron durante menos de un mes, siendo Barranquilla la subregión en la que las madres tienen una menor duración mediana de lactancia (0,5 meses). Por otro lado, las regiones que más tiempo lactan a sus niños son Orinoquía y Amazonía con 2,9 meses de duración. A su vez, las madres sin educación lactan durante mayor tiempo a sus hijos, mientras que no se observa una relación clara entre el índice de riqueza y la lactancia exclusiva. No obstante, cabe resaltar que estas duraciones son insuficientes para conseguir los beneficios que ofrece la lactancia materna y que el país entero se encuentra en un déficit alarmante en materia de lactancia materna exclusiva.

1 La mediana: nos permite saber que la mitad de las mujeres lactan de manera exclusiva hasta 2,2 meses mientras que la otra mitad lo hacen durante un tiempo superior, lo cual nos permite conocer mejor la distribución de la lactancia materna puesto que en caso de usar el promedio, este podría verse alterado por valores extremos.

Ficha técnica

Nombre

Duración mediana de la lactancia materna exclusiva.

Definición

Punto medio en el número de meses que las mujeres que habían tenido un hijo en los últimos 5 años han proporcionado a sus hijos leche materna de manera exclusiva.

Metodología de cálculo

Es el valor de la variable que deja el mismo número de datos antes y después que él, una vez ordenados el total de datos de la muestra.

De acuerdo con esta definición el conjunto de datos menores o iguales que la mediana representarán el 50% de los datos, y los que sean mayores que la mediana representarán el otro 50% del total de datos de la muestra. Cálculo realizado por Profamilia. Unidad de Medida: Por 100.000.

Fuente
ENDS.

En Colombia, las instituciones de salud que prestan servicios a madres y recién nacidos, trabajan para convertirse en Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia –IAMI– que es una iniciativa liderada por UNICEF y la OMS que promueve la lactancia materna y la atención de calidad a los niños y madres por medio de 10 pasos dirigidos a los ámbitos intra hospitalario y comunitario. Actualmente en Colombia, solo 334 (55) instituciones están certificadas como IAMI de las 51.430 que se encuentran habilitadas para atención materno infantil. Esta cifra es muy deficiente teniendo en cuenta que Colombia adoptó de manera integral este programa desde el año 1991 y que ha constituido una experiencia que ha demostrado ser efectiva en el mejoramiento de la salud materna y de la infancia.

La lactancia materna hace parte de las estrategias para la erradicación del hambre dentro del objetivo 1 de los ODM (7). Adicionalmente, la promoción de la lactancia materna es una de las estrategias para el mejoramiento de la salud infantil y la nutrición del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. También se menciona como uno de los objetivos de dicho Plan el incremento de un mes en la lactancia mediana (39). A pesar de lo anterior, las estrategias encaminadas a promover la lactancia materna exclusiva no fueron efectivas y la meta no se cumplió, teniendo en cuenta el resultado ya mencionado de la ENSIN 2010 en el cual se disminuyó de 2,2 a 1,8 meses la duración mediana de la lactancia materna exclusiva (56).

Sin embargo, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 muestra que el 96% de las madres colombianas iniciaron el amamantamiento en las primeras horas del nacimiento de su hijo, lo cual muestra la existencia de un período sensible de la madre en el que hay mayor disposición para iniciar y mantener esta labor por periodos más largos.

Por lo anterior, *Así Vamos en Salud* recomienda una intensificación de los programas de promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, y una política estatal que promueva y acompañe la lactancia materna en las primeras horas del nacimiento del bebé de manera que la madre reciba una atención y orientación adecuada para no detener la lactancia en periodos tan cortos. Esta política debe estar acompañada del respaldo de las universidades donde se imparte educación a profesionales de la salud de manera que exista sensibilización y capacitación sobre lactancia materna para quienes promueven y acompañan a la madre durante este proceso. Igualmente se requiere una política que promueva la lactancia una vez las madres retornan a sus actividades laborales. Adicionalmente, es importante resaltar la importancia que tiene el fortalecimiento de los mecanismos y estrategias institucionales para ofrecer asesoría, acompañamiento oportuno, pertinente a las madres y familias durante la gestación, el puerperio, además del seguimiento que se requiere para su sostenibilidad, en tanto que la recomendación respecto a la duración total es mínimo de dos años.

De la misma manera, en el contexto del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 – 2020, *Así Vamos en Salud* considera necesaria su divulgación y acompañamiento en todo el país por parte de sus referentes para su implementación, seguimiento y monitoreo, entre los que se encuentran el Ministerio de la Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, los entes territoriales, las entidades educativas de áreas de la salud, entre otras.

9. Prevalencia de desnutrición global y crónica en niños menores de 5 años

Tabla 9

TENDENCIA DE LA PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN GLOBAL Y CRÓNICA MENORES DE 5 AÑOS

Indicador	1990	1995	2000	2005	2010
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años	26,1	19,5	17,9	16	13,2
Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años	8,6	6,9	5,0	5,4	3,4

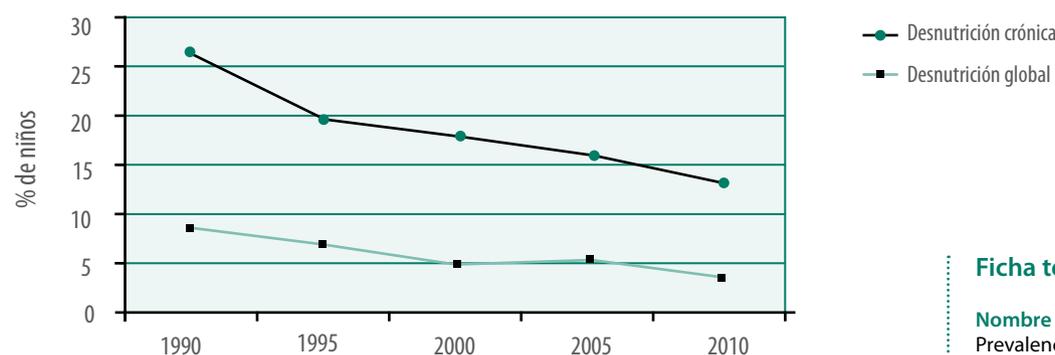
Fuente: ENSIN 2010, ICBF.

Nota: Estas prevalencias se calcularon de acuerdo con los estándares de crecimiento de la OMS.

Gráfica 9

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y GLOBAL

EN MENORES DE 5 AÑOS, COLOMBIA 1990-2010



Qué dicen estos datos

La valoración de la talla para la edad de 2 años es el mejor predictor de capital humano (56). La desnutrición crónica durante los primeros años de vida lleva a perjuicios permanentes que afectan las futuras generaciones (56). La desnutrición infantil se ha asociado en el corto plazo con aumento de la mortalidad, morbilidad y discapacidad, y a largo plazo con bajas habilidades intelectuales, productividad económica, desempeño reproductivo y enfermedades cardiovasculares y metabólicas (57).

Hay tres tipos de indicadores para medir la desnutrición: el bajo peso para la edad o desnutrición global (DG), la desnutrición aguda (DA) y la desnutrición crónica (DC). La DG es el indicador más utilizado y de mayor antigüedad. Es el que se utilizó para la fijación de metas tanto en los ODM como en los distintos programas diseñados para disminuir el hambre en el mundo. No obstante, la DA y la DC proporcionan información más precisa sobre el estado nutricional. El bajo peso para la

Ficha técnica

Nombre

Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años

Definición

Cociente entre el número de muertes de niños menores de cinco años cuya talla para la edad se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar respecto al número total de población, en un determinado país, territorio o área geográfica por 100 personas de este grupo de edad.

Metodología de cálculo

Numerador: Número de muertes de niños menores de cinco años cuya talla para la edad se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar. Denominador: Total de población menor de 5 años. Unidad de Medida: Por 100.

Fuente

ENSIN.

Ficha técnica

Nombre

Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años.

Definición

Cociente entre el número de muertes de niños menores de cinco años cuyo peso para la edad se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar respecto al número total de población menor de 5 años para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica por 100 personas de este grupo de edad.

Metodología de cálculo

Numerador: Número de muertes de niños menores de cinco años cuya peso para la edad se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar. Denominador: Total de población menor de 5 años. Unidad de Medida: Por 100.

Fuente
ENSIN.

talla, denominado también desnutrición actual, indica el estado nutricional de las últimas semanas mientras que la baja talla para la edad o desnutrición crónica indica privación nutricional por un tiempo prolongado que se traduce en retraso del crecimiento en la niñez (58). Infortunadamente, solo hasta el 2010 la DC fue considerada para hacer parte de las metas del Plan Nacional de Desarrollo y en 2011 la DC se incorporó como indicador del ODM 1, erradicar la pobreza y el hambre (8).

Tradicionalmente, para la evaluación del crecimiento de los niños en Colombia se utilizaban los patrones del Centro Nacional de Estadísticas en Salud de Estados Unidos (NHCS, por sus siglas en inglés) que datan de 1977 (59). Sin embargo en 1993, luego de un estudio detallado sobre el tema, la OMS concluyó que era necesaria la realización de un estándar mundial, puesto que los parámetros de la NHCS corresponden a un solo país (60). Por esta razón la OMS se dispuso a la elaboración de estos parámetros con población representativa a nivel global en un estudio que tomó 6 años y que fue publicado en el 2006 (60). Solo hasta junio de 2010, mediante la resolución 2121 de 2010 Colombia adopta estos patrones de crecimiento haciendo hincapié en el ajuste propuesto por los ODM. A marzo de 2011, 140 países han acogido estos estándares (60), haciendo que la comparación internacional, el monitoreo del crecimiento y estudios en la materia puedan realizarse de manera uniforme a nivel mundial.

Estos patrones de crecimiento vienen expresados por desviaciones estándar (DE). Por esta razón, el diagnóstico de DC, DA y la DG está dado también en estos términos, como se muestra en la siguiente tabla. Así Vamos en Salud, se acoge a estos puntos de corte (58).

Medida	Parámetro	Punto de Corte
Peso para la edad	Desnutrición Global	Menos de -2 DE
Talla para la edad	Desnutrición Crónica	Menos de -2 DE
Peso para la talla	Desnutrición Aguda	Menos de -2 DE
Talla para la edad	Desnutrición Crónica Severa	Menos de -3 DE

En Colombia se observa una clara tendencia a la disminución de la DC y de la DG. Sin embargo, llama la atención la brecha entre estos dos indicadores, haciendo evidente la alta prevalencia de un problema que tarda por lo menos 6 meses en aparecer (58). Actualmente, la prevalencia de DG está descendiendo, pasando de 8,6% en 1990 a 3,4% en 2010 estando a 0,4 puntos porcentuales de conseguir la meta fijada para el 2015. Un descenso más pronunciado se presenta con la desnutrición crónica, que disminuyó su prevalencia en aproximadamente 49% durante los últimos 20 años. Como resultado final se observa una disminución en la brecha que separa la desnutrición crónica de la global. Lo anterior hace evidente el mejoramiento de las políticas de seguridad y prácticas alimentarias en estos grupos de edad.

Se observa que el grupo de edad con mayor prevalencia de desnutrición crónica son los niños de un año de edad, y entre este grupo, los niños de 10 a 11 meses. Teniendo en cuenta que la recuperación nutricional es mucho más efectiva en este grupo de edad (57), se evidencia una clara ventana de oportunidad para la intervención de estos grupos. No obstante, cabe resaltar que de los niños que presentaron bajo peso al nacer, el 27% se encuentran actualmente en desnutrición crónica (11). Teniendo en cuenta que el bajo peso al nacer es una entidad que se encuentra en aumento en Colombia (61), *Así Vamos en Salud* considera que es sumamente importante el control del bajo peso al nacer, la divulgación de guías alimentarias y

orientación en el programa de crecimiento y desarrollo para la introducción adecuada de la alimentación complementaria como estrategia para disminuir la malnutrición en Colombia.

Como se observa en todos los indicadores de AVS, las brechas regionales son profundas tanto en malnutrición crónica como global, especialmente en la DC, donde la subregión del litoral pacífico excede en 5,1 puntos porcentuales la media nacional y en 13 puntos porcentuales a Cali, la subregión con menor prevalencia de esta entidad (11).

Actualmente en Colombia el Gobierno Nacional por medio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es el encargado de coordinar la política nutricional del país. Esto se hace por medio de los programas de Unidades de atención integral y recuperación nutricional para la primera infancia y con el programa de alimentación escolar. No obstante, dentro de los objetivos de este primer programa se encuentran la reducción de la desnutrición aguda y global pero no se contempla la desnutrición crónica. Por esta razón AVS considera importante la inclusión en estos programas de disminución de la desnutrición crónica.

Es necesario resaltar la responsabilidad del ICBF de generar estrategias intersectoriales que aborden los problemas estructurales responsables de la desnutrición crónica de nuestra población infantil, es decir, que más allá de los programas existentes, su rol debe ser más proactivo en términos de superar una problemática que si bien ha tenido una disminución, genera un gran impacto en el desarrollo de los niños y niñas y el desarrollo del capital humano del país.

10. Estado nutricional de las gestantes de 13 a 49 años de edad por antropometría y prevalencia de anemia



Tabla 10

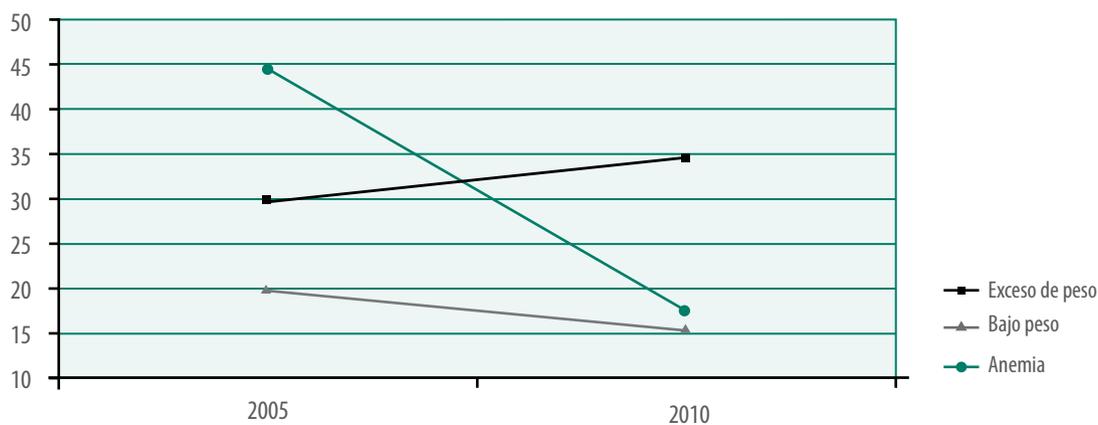
TENDENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES POR ANTROPOMETRÍA Y PREVALENCIA DE ANEMIA EN MUJERES GESTANTES DE 13 A 49 AÑOS DE EDAD

Indicador	2005	2010
Prevalencia de exceso de peso en gestantes	30,0	34,6
Prevalencia de bajo peso en gestantes	20,7	16,2
Anemia	44,7	17,9

Fuente: ENSIN ICBF.

Gráfica 10

ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES POR ANTROPOMETRÍA Y PREVALENCIA DE ANEMIA EN MUJERES DE 13 A 49 AÑOS DE EDAD, COLOMBIA 2005-2010



Qué dicen estos datos

El estado nutricional adecuado de las mujeres embarazadas es determinante para el crecimiento y desarrollo óptimo del feto durante su gestación y para evitar potenciales dificultades durante el parto. Una madre desnutrida no proveerá adecuadamente a su hijo de los micronutrientes necesarios para su desarrollo y de la misma manera una madre con exceso de peso tiene un riesgo adicional de sufrir de enfermedades que pueden amenazar su vida y la de su hijo.

Para el 2010 se observa una disminución del bajo peso en las gestantes de 4,5 puntos porcentuales respecto al 2005. Por otro lado, el exceso de peso, entendido como obesidad y sobrepeso en mujeres gestantes ha aumentado en una magnitud similar a la disminución del bajo peso (4,6 puntos porcentuales). Este aumento genera grandes preocupaciones puesto que el exceso de peso en las gestantes se relaciona con mayor riesgo de diabetes gestacional y enfermedades hipertensivas del embarazo, haciendo parte esta última del primer grupo de causas de muerte materna en gestantes para el país.

Por otro lado, de la misma manera que el bajo peso materno, la anemia en la mujer embarazada se asocia al bajo peso al nacer, acentúa el sangrado durante el parto y está asociado con mortalidad y morbilidad perinatal (62) (63). La prevalencia para Colombia para 2010 es de 17,9% presentando un descenso sustancial respecto al 2005 cuando fue de 44,7%. Este cambio va de la mano con el descenso del bajo peso, pues la adecuada ingesta nutricional favorece los niveles adecuados de hemoglobina y adicionalmente podría explicarse por el aumento de 16,3 puntos porcentuales en el consumo de suplementos de hierro durante el embarazo. En la ENSIN 2005 el grupo de edad con mayor prevalencia de anemia eran las gestantes entre 13 y 17 años. Debido a los riesgos implícitos en un embarazo adolescente valdría la pena evaluar la evolución de esta entidad dentro de este grupo de edad.

Ficha técnica

Nombre

Prevalencia de exceso de peso en gestantes.

Definición

Cociente entre el número de mujeres embarazadas cuyo índice de masa corporal gestacional a partir de la sexta semana se encuentra por encima de los parámetros establecidos como normales y el número total de gestantes para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Metodología de cálculo

Numerador: Número de de mujeres embarazadas cuyo índice de masa corporal gestacional se encuentra por encima de los parámetros establecidos como normales.

Denominador: Total de población gestante. Unidad de Medida: Porcentaje.

Fuente

ENSIN.

Consulte las otras fichas técnicas en www.asivamosensalud.org

Estos indicadores podrían revelar el impacto que han tenido las políticas estatales en la promoción de la salud materna en el país. No obstante, debido a que hasta el momento se cuenta con información limitada de la ENSIN, *Así Vamos en Salud* no ha logrado hacer un análisis regional de mayor profundidad para evidenciar las potenciales diferencias entre departamentos y de esta manera establecer recomendaciones al respecto.

Dada la importancia reciente del fenómeno del aumento del sobrepeso y la obesidad y la disminución del bajo peso durante el embarazo, es importante prender las alarmas. Este indicador, sumado al mismo fenómeno en la población general, es una evidencia contundente de la transición nutricional que está experimentando el país. Por esta razón es necesario fomentar los buenos hábitos alimentarios, la práctica de actividad física, la asistencia y el mejoramiento de la calidad de los controles prenatales para detectar a tiempo las potenciales complicaciones que puede traer el sobrepeso y la obesidad durante la gestación, tanto para la madre como para el niño.

11. Prevalencia de obesidad y sobrepeso en personas de 18 a 64 años de edad

Tabla 11

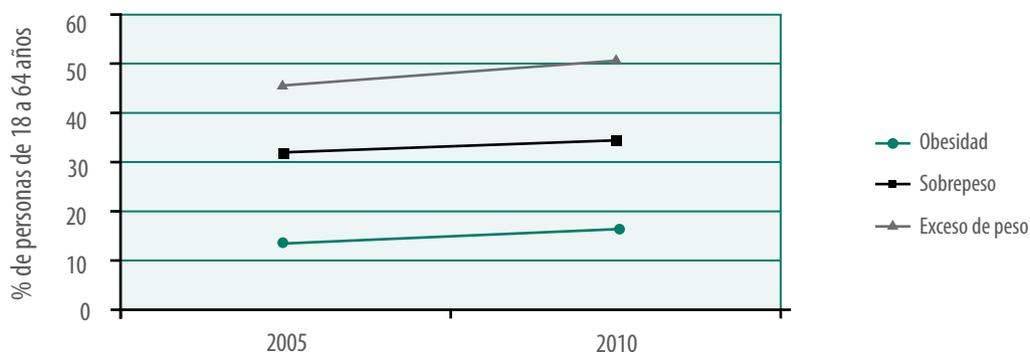
PREVALENCIA DE OBESIDAD, SOBREPESO Y EXCESO DE PESO EN PERSONAS DE 18 A 64 AÑOS

Indicador	2005	2010
Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años	13,7	16,5
Prevalencia de sobrepeso en personas de 18 a 64 años	32,3	34,6
Prevalencia del exceso de peso en las personas de 18 a 64 años	46,0	51,2

Fuente: ENSIN.

Gráfica 11

PREVALENCIA DE OBESIDAD, SOBREPESO Y EXCESO DE PESO, COLOMBIA, 2005- 2010



Qué dicen estos datos

El sobrepeso y la obesidad fueron responsables de 2,8 millones de muertes en el 2004 y fueron clasificados como el quinto factor de riesgo de muerte a nivel mundial (47). Sin embargo, es el tercero en países de ingresos medios como Colombia, cobrando el 6,7% del total de muertes (47). Adicionalmente, el 65% de la población mundial vive en países donde estas dos enfermedades matan a más personas que la desnutrición (64).

La obesidad y el sobrepeso son aumentos anormales de las reservas de grasa del cuerpo que pueden comprometer a largo plazo la salud (64). La forma más sencilla y ampliamente utilizada para diagnosticar estas entidades es por medio del Índice de Masa Corporal (IMC), que es una medida que tiene en cuenta el peso de los individuos respecto a su estatura. El diagnóstico de sobrepeso se hace cuando una persona tiene un IMC mayor de 25 y de obesidad cuando es mayor de 30.

La evidencia científica ha encontrado que la obesidad disminuye la esperanza de vida en siete años a partir de los 40 años de edad. Adicionalmente, ha evidenciado una relación positiva entre el IMC superior a 25, el aumento del riesgo de tener enfermedad coronaria (65), diabetes (66), cáncer (65) y el riesgo de morir por las mismas enfermedades (67) (47). Debido a que estos tres grupos de enfermedades junto con la enfermedad pulmonar crónica son las responsables del 60% de las muertes a nivel mundial (68) ha surgido la necesidad inmediata de prevenir la mortalidad por estas enfermedades, disminuyendo la incidencia de los factores de riesgo prevenibles, dentro de los que se encuentran el sobrepeso y la obesidad (69).

En Colombia la prevalencia de exceso de peso presenta una tendencia ascendente en los últimos 5 años. Pasando de 46,0% en el 2005 a 51,2% en el 2010. A pesar de que tanto el sobrepeso como la obesidad aumentaron, cabe resaltar que hubo un aumento mayor en el porcentaje de obesos (2,8 puntos porcentuales). Esta condición es más prevalente en las mujeres (55,2 %mujeres, 45,6% hombres) y en el grupo de edad de 50 a 64 años siendo mayor la obesidad en este grupo de edad que en el resto. A nivel departamental, San Andrés y Providencia, Guaviare, Guainía, Vichada y Caquetá presentan las mayores prevalencias, todas superiores al 57% de su población con exceso de peso.

La importancia de este indicador radica no solamente en el gran factor de riesgo para muchas enfermedades sino en que es una entidad prevenible mediante la adquisición de hábitos alimentarios saludables y la práctica de actividad física (AF) (65) (69). No obstante, una vez que un individuo padece de obesidad, la pérdida de peso es una tarea dispendiosa que requiere de un trabajo interdisciplinario y que en muchos casos conlleva riesgos adicionales para la salud (70).

Otro punto a resaltar es que solo el 53,5% de la población colombiana cumple con las recomendaciones de realizar mínimo 150 minutos de AF durante la semana y únicamente el 20% de los colombianos cumple con estas recomendaciones durante su tiempo libre (11).

El gobierno nacional ha propuesto dentro de sus metas del Plan Nacional de Desarrollo (2010-2014), la disminución de la prevalencia del exceso de peso entre los

18 y los 64 años así como el aumento de la realización de Actividad Física durante el tiempo libre. No obstante, estos objetivos se plantean únicamente en las metas de gestión del sector salud, y no se exponen en la dimensión de deporte y recreación, evidenciando la desarticulación entre el Ministerio de la Protección Social y Coldeportes, a pesar que estas dos entidades han intentado el trabajo conjunto en leyes como la 1355 de 2009 que declara la obesidad como un problema de salud pública. Coldeportes por su parte incluyó dentro de su plan decenal la promoción de hábitos y estilos de vida saludables; sin embargo, no contempló el trabajo intersectorial con el MPS.

En marzo 30 del 2011, el Ministerio de la Protección Social, las EPS y Sociedades Científicas se unieron en un esfuerzo por mejorar los hábitos saludables de los colombianos. Dentro de las actividades en marcha para la promoción de la AF se encuentran unas cartillas con recomendaciones de *realizar AF de 30 a 45 minutos al día, al menos 5 veces por semana y practicarse en sesiones de mínimo 10 minutos cada vez para que sean efectivas* (71). Aquí se evidencia nuevamente la desarticulación con Coldeportes que podría ser de gran ayuda para promover de manera mucho más intersectorial la actividad física en los ambientes que genera esta institución, como las Ciclovías recreativas. Adicionalmente, se debe tener cuenta que en febrero del 2010 la Organización Mundial de la Salud ajustó estas recomendaciones afirmando que los beneficios de realizar 150 minutos de AF durante la semana –aeróbica, de intensidad moderada como caminar, bailar o nadar– tienen un efecto positivo sobre la salud independientemente de su distribución durante la semana (72). A pesar de que la recomendación brindada en las cartillas mencionadas es adecuada, es imperativo recordar que para la medición del cumplimiento de las recomendaciones y para la consejería sobre AF por parte de los profesionales de la salud, deben tenerse en cuenta las nuevas recomendaciones de la OMS.

Así Vamos en Salud, además de prender un alerta sobre la creciente tendencia de la prevalencia de obesidad y sobrepeso, recomienda el trabajo intersectorial como una medida para lograr una gestión más efectiva y resultados contundentes entre el Ministerio de la Protección Social, que posee las herramientas en el campo de la salud, y Coldeportes que tiene un contacto directo con la población colombiana mediante los espacios deportivos que genera alrededor del país.

Adicionalmente, *Así Vamos en Salud* hace un llamado a todos los responsables de la promoción de la salud (en particular a las EPS en su responsabilidad de PyP) para que se estimule la realización de actividad física por parte de las mujeres colombianas, puesto que los datos evidencian que solo el 46,1% de las mujeres cumplen con las recomendaciones de AF durante la semana (73) y que además son la población con mayor prevalencia de obesidad (con riesgo adicional para sufrir de enfermedades crónicas no transmisibles) (73). Llama la atención que la actividad física durante el tiempo libre en las mujeres es significativamente menor que la realizada por los hombres (73). Esto invita a la investigación y debate público en particular en los espacios académicos en torno a la disponibilidad del tiempo libre y a su uso por parte de las mujeres que está íntimamente relacionado con la equidad de género y su rol en la sociedad como primer paso en la dirección de la equidad.

Ficha técnica

Nombre

Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años.

Definición

Cociente entre el número de personas de 18 a 64 años que tienen un índice de masa corporal superior a 30 y el número total de la población de 18 a 64 años para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica por 100 personas de este grupo de edad.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número de personas de 18 a 64 años que tienen un índice de masa corporal superior a 30.
Denominador: Total de población de 18 a 64 años. Unidad de Medida: Porcentaje.

Fuente

ENSIN

Enfermedades Crónicas No Transmisibles

La Organización Mundial de la Salud reporta que aproximadamente el 80% de muertes debidas a enfermedades crónicas ocurren en países de ingresos bajos y medianos (74). Estas enfermedades, además son responsables del 76% de los años de vida perdidos por discapacidad en Colombia (81% en mujeres y 72% en hombres) (75) convirtiéndola en la primera causa de discapacidad en el país.

Las enfermedades crónicas son de larga duración y de progresión lenta. Más del 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo II y más de un tercio de los cánceres pueden ser prevenidos eliminando los factores de riesgo –comunes a estas enfermedades– como el consumo de alcohol y cigarrillo, malos hábitos alimentarios e inactividad física (69).

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN) (11) reveló que el 71,9% de la población no consume verduras diariamente, que solo el 66,8 % consume frutas a diario, que el 51,2% de los adultos se encuentran en sobrepeso u obesidad y que el 46,51% de los colombianos no cumplen con las recomendaciones mundiales de actividad física. La ENSIN evidencia así una importante exposición de los colombianos a factores de riesgo prevenibles para enfermedades crónicas.

En el Reporte Anual 2009 de *Así Vamos en Salud*, analizamos las enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres. En la presente publicación, se analiza la tasa de mortalidad por diabetes, el cáncer de pulmón y estómago, y la tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas, teniendo en cuenta que este grupo de enfermedades son el principal factor de riesgo de muerte a nivel mundial (47).

Para el análisis de los indicadores de las enfermedades crónicas no transmisibles se tienen en cuenta los Avisas y el análisis de carga de enfermedad y la incidencia del cáncer en Colombia y en el mundo.

- **Avisas** (años de vida ajustados por discapacidad (75)). Un Avisa correspondería a un año de vida sana perdido y la medición de la carga de enfermedad por este indicador significaría la brecha existente entre la situación actual de salud de una población y la ideal en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre de enfermedad y discapacidad (75).
- **El análisis de carga de enfermedad** provee una valoración integral y comparable de la mortalidad y la pérdida de salud debida a enfermedades, lesiones y factores de riesgo en una población específica. La carga de enfermedad se puede expresar mediante los años de vida ajustados por discapacidad Avisas los cuales son una medida de tiempo que combina los años de vida perdidos por muerte prematura y los años de vida perdidos por discapacidad (75).

Es un insumo importante para la toma de decisiones y planeación en salud. Teniendo en cuenta que la información sobre la situación de salud es fragmentada y a veces inconsistente, este tipo de análisis es necesario para comparar la importancia de las enfermedades, las lesiones y los factores de riesgo que producen muerte prematura, pérdidas de salud y discapacidad en diferentes poblaciones. Los países pueden combinar este tipo de evidencia con información sobre políticas y sus costos para decidir como fijar prioridades en salud (76) Este indicador ha sido utilizado en evaluaciones económicas y en el diseño de planes de salud costo efectivos (75).

El estudio carga de enfermedad se ha realizado en Colombia en 1994 (75), 1995 (77) y 2005 (75). El estudio del 2005 arrojó como principales resultados que la carga global de enfermedad se estimó para Colombia en 280 Avisas totales por cada mil personas, 207 atribuibles a discapacidad, y 73 por mil personas a Avisas de mortalidad. En cuanto a la distribución por grandes grupos de causas y sexo, la mayoría de la carga de enfermedad corresponde a al grupo de enfermedades crónicas, no transmisibles (76%), 81% en mujeres y 72% en hombres. Las condiciones transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición, tienen un peso del 15% en la carga global (14% en hombres y 16% en mujeres). El grupo de lesiones es responsable del 9% de la carga de enfermedad, correspondiendo al 14% en hombres y sólo al 3% en mujeres. Adicionalmente, en este estudio se puede encontrar la distribución por causas, edad y sexo de los años saludables perdidos.

Los resultados del estudio de carga de enfermedad en Colombia, están siendo utilizados por el Ministerio de la Protección Social y por la CRES como uno de los criterios de priorización en salud, por ejemplo para la selección de condiciones de salud que serán sujetas de Guías de Atención Integral (78) y como un criterio para la selección de problemas de salud a resolver mediante el Plan Obligatorio de Salud- POS (79).

Primeras cinco causas de muerte por cáncer en Colombia y en el mundo

Al comparar las primeras cinco causas de muerte por cáncer entre Colombia y el mundo –en el año 2008, que es el más reciente consolidado- se registran en común el cáncer de estómago, el cáncer de hígado y el cáncer de pulmón.

A nivel mundial se encuentran también el cáncer de mama, y de colon y recto. Si bien éstos no se registran entre las principales causas de muerte en la población colombiana, su monitorización y control merecen una atención especial por su alta incidencia en el mundo.

En el caso de Colombia, están también las leucemias. Entre todos, la tasa más alta la reporta el “residuo de tumores malignos”, que son tumores cuya localización se desconoce o que no se encuentran dentro de las categorías presentadas por la clasificación de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. El residuo se presenta de manera infrecuente, debido a que son entidades de muy baja incidencia en la población mundial. De esta forma, el hecho de que el residuo se ubique en la primera causa de mortalidad entre todos los cánceres en nuestro país, lo que indica el mal diligenciamiento del certificado de defunción.

NOTA: Se reportan los datos del 2008 puesto que las cifras mundiales que ofrece Globocan, entidad encargada del reporte de dichos datos se encuentra consolidada hasta este año. Para los datos internacionales: International Agency for Research on Cancer, WHO (2010) Globocan Project. Disponible en <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900#KEY>. Para los datos colombianos: DANE, estadísticas vitales 2008. Cálculos: Así Vamos en Salud.

12. Tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus

Tabla 12

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR *DIABETES MELLITUS*

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalidad por <i>Diabetes Mellitus</i> por 100.000 habitantes	14,81	17,11	16,63	17,20	17,29	18,10	17,55	16,94	16,57	16,23	16,53	14,40

Fuente: DANE.

Gráfica 12

MORTALIDAD POR *DIABETES MELLITUS*

POR 100.000 HABITANTES, COLOMBIA 1998-2009

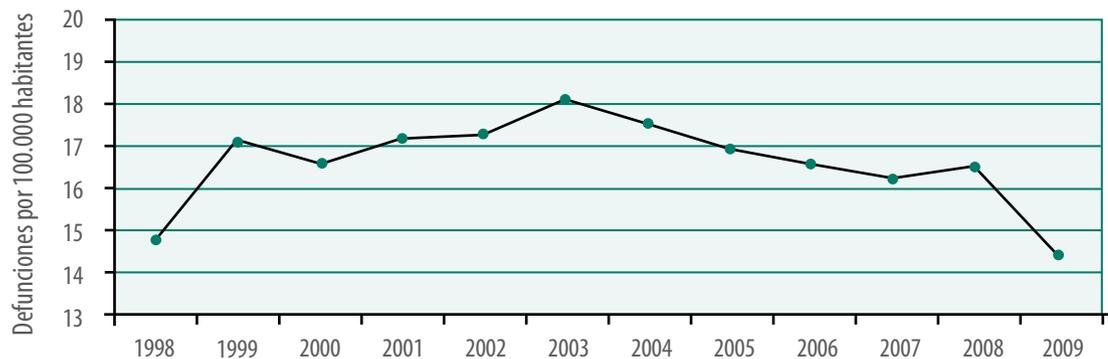


Tabla 12a

MORTALIDAD POR *DIABETES MELLITUS* POR DEPARTAMENTO, COLOMBIA 2009

Departamento	Mortalidad por Diabetes	Población	Tasa
Total Nacional	6.475	44.977.758	14,40
Risaralda	222	919.653	24,14
Quindío	123	546.566	22,50
Valle del Cauca	920	4.337.909	21,21
Santander	410	2.000.045	20,50
Caldas	197	976.438	20,18

Qué dicen estos datos

La diabetes *Diabetes Mellitus* es responsable del 6% de las muertes a nivel mundial y 83% de esas muertes ocurren en países de ingresos medios y bajos (47). Para el 2010, 300 millones de personas padecían esta enfermedad y se estima un crecimiento de 200 millones en 20 años. Adicionalmente, es una de las primeras diez causas de discapacidad en el mundo. Se estima que aproximadamente 10 millones de personas con diabetes sufren de complicaciones discapacitantes y que amenazan su vida como las enfermedades cerebrovasculares, la ceguera o la disminución de la visión, la amputación de miembros inferiores y falla renal. La Organización Mundial de la Salud reporta que 15 millones de personas en el mundo son ciegas como consecuencia de la diabetes (80).

En el 2009 en Colombia murieron 6.475 personas a causa de esta enfermedad para una tasa de 14,4 muertes por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, menos del 1% de estas muertes ocurrieron en menores de 15 años, intervalo en el cual las muertes por diabetes de tipo I es más frecuente, único tipo de diabetes que no es prevenible mediante la modificación de hábitos alimentarios y la realización de actividad física (56).

De acuerdo con el Informe Salud en las Américas 2007, en el área andina, la diabetes es la tercera causa de muerte en mujeres y la quinta en hombres mayores de 60 años. Chile presenta una tasa de mortalidad de 20,6 mientras que países como El Salvador y Perú tienen tasas de 14,4 y 12,3 respectivamente, mientras Colombia para dicho informe reportó tasas de 20,7 muertes por 100.000 habitantes (81).

A nivel departamental, Risaralda, Quindío y Valle del Cauca, Santander, Cauca y Meta presentan tasas superiores a las 20 muertes por 100.000 habitantes (24,14; 22,50; 21,21; 20,50; 20,18 y 20,04, respectivamente). A su vez, hay que señalar que el porcentaje a nivel nacional de pacientes diabéticos controlados va de 9,82% para personas entre los 18 y los 29 años y al 30% en los sujetos de 50 a 69 años (82). Cifras preocupantes si se tiene en cuenta que la diabetes no controlada conlleva a complicaciones graves como amputaciones y que se encuentra dentro de las primeras causas de enfermedades como la falla renal, la ceguera y las enfermedades cardiovasculares (83). Adicionalmente, llama la atención que factores de riesgo tanto para enfermedades cardiovasculares como para diabetes presentan altas prevalencias. Tal es el caso de la obesidad y el sobrepeso que se presenta en el 51,1% de la población colombiana y la inactividad física, presente en 2 de cada 3 colombianos (56).

Hay tres líneas de acción para prevenir las muertes por diabetes. La primera es el mejoramiento de los resultados en salud de las personas que sufren de diabetes; la segunda, la prevención del desarrollo de Diabetes tipo 2 fomentando los hábitos alimentarios saludables y la actividad física; y como tercera línea de acción, la detención de la discriminación contra las personas con diabetes estimulando el conocimiento de sus derechos y empoderando a las personas con diabetes de acudir a los centros de salud que brinden una atención integral a paciente con diabetes (80). Dado que la Organización Mundial de la Salud considera que la línea de mayor impacto es la prevención del desarrollo de Diabetes tipo 2 por medio del fomento de hábitos alimentarios saludables y la promoción de la actividad física (74), es clave darle una atención especial a esta línea.

Ficha Técnica

Nombre

Mortalidad por *Diabetes Mellitus* por 100.000 habitantes.

Definición

Número total de defunciones estimadas por *Diabetes Mellitus* en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número total de defunciones estimadas por *Diabetes Mellitus* en una población.

Denominador: Total de la población. Unidad de Medida: Por 100.000 habitantes.

Fuente

DANE.

En cuanto a la prevención del desarrollo de diabetes tipo 2, en Colombia, mediante la Ley 1355 de 2009 (84) se busca en la actualidad promover los hábitos alimentarios saludables y la actividad física. Sin embargo, la reglamentación todavía es deficiente, reduciéndose al reglamento técnico sobre requisitos de etiquetado nutricional (85) y a la creación de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CISAN. Aspectos como la reglamentación y control de los contenidos y requisitos de las grasas trans y saturadas en todos los alimentos (con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a éstas) las estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a promover una alimentación balanceada y saludable de la población colombiana en especial de niños y adolescentes y los sistemas de vigilancia de sobrepeso y obesidad contemplados en la ley siguen pendientes, lo cual no permite que se logre atacar el problema de manera adecuada como lo postula la ley (86).

En el Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 *Prosperidad para todos* se plantean metas encaminadas a la prevención de la diabetes y otras enfermedades crónicas mediante estrategias como el aumento del consumo de frutas y verduras así como un aumento del porcentaje de los adultos que cumplen con las recomendaciones internacionales de actividad física. Las estrategias que han demostrado tener un mejor perfil de costo-efectividad han sido los paquetes de medidas que abarcan muchas estrategias en una (campañas en medios de comunicación, regulación de la publicidad de alimentos y reglamentación de etiquetado) en contraste con estrategias individuales para disminuir la obesidad o aumentar los hábitos saludables que no resultan tan efectivas. Dentro de este paquete de medidas aquellas con mayor efecto sobre la carga de enfermedad son las regulaciones a la publicidad de los alimentos, la consejería con médicos y las medidas fiscales encaminadas a disminuir el costo de las frutas y las verduras y que aumenten el costo de los alimentos ricos en grasas (70).

En cuanto a la consejería médica es muy importante que los profesionales de la salud tengan presente que cada individuo está en un estadio específico del cambio comportamental, es decir, que no todo el mundo está listo para cambiar sus hábitos por diversos motivos (como la cultura, el conocimiento sobre los riesgos o su entorno, entre otros) y dependiendo del punto en el que se encuentren, algunas actividades pueden ser más útiles que otras (87). Por esta razón es importante que el contenido de estas consejerías se ajuste a la población o individuo que se esté interviniendo para obtener mejores resultados.

13. Tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas

Tabla 13

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalidad por enfermedades hipertensivas por 100.000 habitantes	11,94	13,81	13,38	13,29	13,48	13,33	13,18	12,04	12,58	12,25	12,90	12,60

Fuente: DANE.

Gráfica 13

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS
 POR 100.000 HABITANTES, COLOMBIA 1998-2008

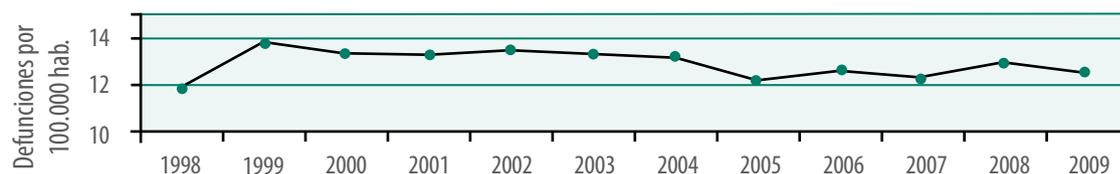


Tabla 13 a

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS POR DEPARTAMENTO, COLOMBIA 2009

Departamento	Mortalidad por enfermedad hipertensiva	Población	Tasa
Total Nacional	5.665	44.977.758	12,60
Boyacá	327	1.265.517	25,84
Tolima	318	1.383.323	22,99
Nariño	292	1.619.464	18,03
Quindío	88	546.566	16,10
Caldas	154	976.438	15,77

Qué dicen estos datos

Las enfermedades hipertensivas en conjunto son la novena causa de muerte en Colombia para el 2009 (88). Para el año 2005, una de las complicaciones de esta enfermedad, la cardiopatía hipertensiva (modificaciones en el corazón secundarias a la tensión alta) era la primera causa de años perdidos por discapacidad en la población general, en particular en el grupo de 30 a 69 años y la quinta en los mayores de 70 años (75).

Para el 2009, fallecieron 5.665 personas, para una tasa de 12,60 muertes por 100.000 habitantes. En la tendencia se observa un aumento marcado entre 1998 y 1999, posteriormente una disminución gradual. Sin embargo, a partir del 2005 se presenta nuevamente un aumento de las muertes, evidenciando en promedio un aumento aproximado del 8% en dichas muertes desde 1998.

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de muerte a nivel mundial: 12% de las muertes en el mundo son atribuibles a esta entidad. A este factor de riesgo se le atribuyen también el desarrollo del 51% de las enfermedades cerebrovasculares, el 45% de las enfermedades isquémicas del corazón (infartos) y otras enfermedades como la falla hepática (47). En el área Andina, las enfermedades hipertensivas son la segunda causa de muerte en los hombres y la cuarta en mujeres mayores de 60 años.

Ficha Técnica

Nombre

Mortalidad por enfermedad hipertensiva por 100.000 habitantes.

Definición

Número total de defunciones estimadas por enfermedad hipertensiva en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número total de defunciones estimadas por enfermedad hipertensiva en una población.

Denominador: Total de la población. Unidad de Medida: Por 100.000 habitantes.

Fuente
DANE.

A nivel departamental, las tasas más altas de mortalidad por hipertensión se presentan en Boyacá, Tolima y Nariño (25,84; 22,99 y 18,03 por 100.000 habitantes, respectivamente). Estos datos son congruentes con los reportados por la Encuesta Nacional de Salud, como en el caso de Boyacá en donde solamente el 71,5% de los pacientes atendidos por Hipertensión Arterial en consulta externa reciben recomendaciones acerca de la realización de exámenes para medir los niveles de colesterol y triglicéridos, indispensables para la valoración del riesgo de enfermedad cardio y cerebrovascular (89). Adicionalmente, en Colombia solo el 2,6% de los pacientes con hipertensión son instruidos sobre ejercicios para mejorar la salud en algún punto de su atención (89) y solo el 9% se encuentra con niveles de tensión arterial adecuados (82). Se evidencia así un déficit en la atención integral del paciente con hipertensión.

Una de las formas para lograr una atención integral, de calidad y coherente con la evidencia científica es la adopción de guías de manejo. Sin embargo, actualmente en Colombia existen dos guías para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, una realizada por el Ministerio de la Protección Social (incluida en la resolución 412 de 2000 y actualizada en el 2006) y otra realizada por la Academia Colombiana de Cardiología (en el 2007). Esto evidencia una desarticulación de dos importantes esfuerzos que unificados habrían podido tener un mayor impacto. En este momento se está realizando una guía de prevención y diagnóstico, atención integral y seguimiento de la hipertensión arterial en el adulto a cargo de la Universidad Javeriana, la Fundación Cardio Infantil y las Sociedades científicas de medicina interna, nefrología y cardiología. Esperamos que este sea un ejercicio de interdisciplinariedad que lleve a la adherencia del cuerpo médico a este tipo de recomendaciones, y contribuya a la sostenibilidad financiera del sistema de salud y finalmente al mejor control de estas enfermedades.

14. Tasa de mortalidad por cáncer gástrico

Tabla 14

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalidad por cáncer gástrico por 100.000 habitantes	10,14	10,35	10,94	10,59	10,36	10,53	10,28	10,59	10,48	10,76	10,23	9,90

Fuente: DANE.

Gráfica 14

MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO POR 100.000 HABITANTES, COLOMBIA 1998-2009

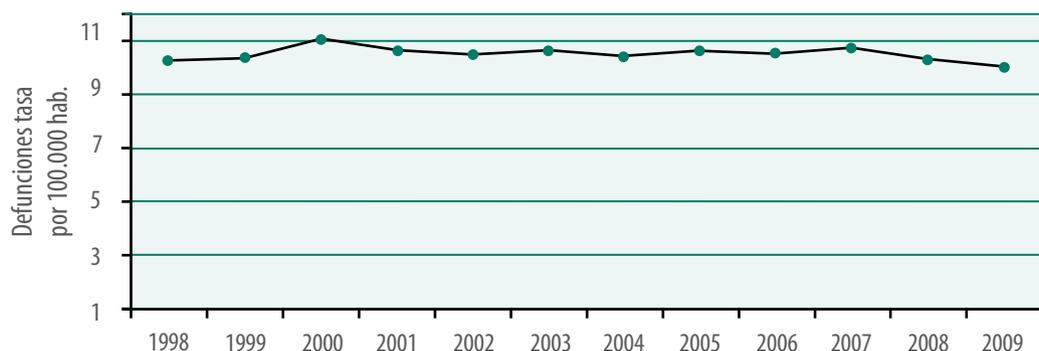


Tabla 14 a

MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO POR DEPARTAMENTO, COLOMBIA 2009

Departamento	Mortalidad por cáncer gástrico	Población	Tasa
Total Nacional	4.453	44.977.758	9,90
Quindío	101	546.566	18,48
Boyacá	217	1.265.517	17,15
Tolima	224	1.383.323	16,19
Risaralda	139	919.653	15,11
Huila	161	1.068.820	15,06

Qué dicen estos datos

El cáncer gástrico¹ es el más frecuente en Colombia, tanto en hombres como en mujeres y representa la primera causa de muerte por cáncer en el país. Entre el 2000 y el 2009, la tasa de mortalidad se ha mantenido relativamente constante, con diez muertes por cada 100.000 habitantes. La mayoría de los casos se diagnostican tardíamente, resultando en altas tasas de mortalidad (90).

A nivel mundial, el cáncer gástrico es la cuarta causa de muerte entre las muertes por cáncer (91). Colombia junto con Japón y Corea se encuentran clasificados como países cuya población está en alto riesgo de sufrir de cáncer gástrico por su

1 En el reporte anual 2009 de *Así Vamos en Salud*, se trató este indicador, no obstante el programa considera que debido a su alta mortalidad es necesario realizar un monitoreo continuo y reiterar los análisis que se presentan a continuación.

Ficha Técnica

Nombre

Mortalidad por cáncer gástrico por 100.000 habitantes

Definición

Número total de defunciones estimadas por enfermedad hipertensiva en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica

Metodología de Cálculo

Numerador: Número total de defunciones estimadas por enfermedad hipertensiva en una población.

Denominador: Total de la población. Unidad de Medida: Por 100.000 habitantes.

Fuente
DANE.

alta incidencia. En Latinoamérica, la región a lo largo de la cordillera de los Andes, especialmente en zonas volcánicas, se encuentra en riesgo alto (92). Por ejemplo, en Chile, la tasa de mortalidad por este cáncer es de 19,6 por 100.000 habitantes, en Perú de 15,6 (81) y en Ecuador de 11,8 (93), cifras más altas que las encontradas en Colombia.

Según el Atlas de la mortalidad por cáncer del Instituto Nacional de Cancerología (INC) (94), en el 2010 los departamentos que tenían un mayor riesgo de morir por cáncer gástrico con respecto al promedio nacional eran Cauca, Huila y Norte de Santander para ambos sexos. Estos datos difieren de lo encontrado para el 2008 sobre la mortalidad por cáncer gástrico puesto que a pesar de que Cauca (16,41 muertes por 100.000 habitantes) presenta la segunda tasa de mortalidad más alta en el país. En el estudio del INC no se contempla a Boyacá dentro de estos departamentos con alto riesgo, siendo este el que presenta la mayor tasa (17,15 muertes por 100.000) en el país en los últimos años. No obstante es importante resaltar la relación entre la región andina y montañosa y la mortalidad por cáncer gástrico que se aprecia tanto en el estudio del INC como en los datos proporcionados por *Así Vamos en Salud*. Estas cifras sugieren la necesidad de estudiar en profundidad los fenómenos que conducen a la mortalidad alta en estas regiones por parte de los grupos expertos en la materia o por el INC.

El factor de riesgo más importante dentro de la patogenia de esta entidad es la infección por *Helicobacter Pylori*, un bacilo que afecta aproximadamente a la mitad de la población mundial y que lleva a gastritis crónica (95). Sin embargo esta infección parece ser un factor de riesgo necesario pero no único para la generación de cáncer (92). Es por esto que factores como una dieta rica en nitratos (96); tabaquismo, condiciones ambientales (95), el pobre consumo de verduras y frutas y el estrato socioeconómico (96) son determinantes para el desarrollo de dicho cáncer (96).

En Colombia, la prevalencia de infección por *Helicobacter Pylori* es alta en todas las regiones, y adicional a esto, se tienen identificadas las zonas donde el riesgo de cáncer es más alto (la población de Nariño tiene 25 veces más riesgo de tener cáncer que los habitantes de la Costa Pacífica) (97). En algunas de estas regiones el consumo de alimentos conservados en sal (con nitratos) es frecuente. De esta manera, la detección y tratamiento de *H. Pylori* en pacientes con gastritis crónica, contribuiría significativamente a la prevención del cáncer (95) (96) (98) (97).

Actualmente, no hay consenso mundial sobre las acciones a tomar para la detección temprana de dicho cáncer. En países como Japón se realiza una endoscopia de vías digestivas (introducción de una cámara por la boca para visualizar el estómago y una porción del intestino) a todas las personas que presentan síntomas de gastritis y a toda la población a partir de los 40 años se les realiza una fluoroscopia de vías digestivas altas (una radiografía con medio de contraste para visualizar el estómago y el esófago (99)) mientras que en Estados Unidos este no es un procedimiento estandarizado (100). Sin embargo, dado el alto riesgo de la población colombiana, deben definirse las actividades que deban realizarse para la detección temprana de este cáncer ya sea mediante el plan decenal de Salud Pública 2010-2020 o dentro de la actualización del POS programada para diciembre de 2011 y de esta manera disminuir la mortalidad por este tipo de cáncer en Colombia.

En la actualidad, los métodos diagnósticos y de control para las enfermedades que preceden el cáncer gástrico son la endoscopia de vías digestivas altas y la prueba de aliento para la detección de *H. Pylori*, ambas incluidas en el POS contributivo; llama la atención que no se encuentran incluidas en el POS subsidiado, generando así inequidades en el manejo y control de enfermedades como la gastritis, la infec-

ción por *Helicobacter Pylori* (ambas precursoras del cáncer gástrico) y el diagnóstico temprano de este cáncer. Situación que aumenta el número de diagnósticos tardíos y con ello la mortalidad y el costo del tratamiento de la población menos favorecida del país.

15. Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón

Tabla 15

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalidad por cáncer de pulmón por 100.000 habitantes	6,65	7,24	7,18	7,47	7,66	7,94	8,49	8,62	8,78	8,71	8,66	8,67

Fuente: DANE.

Gráfica 15

MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN POR 100.000 HABITANTES, COLOMBIA 1998-2009

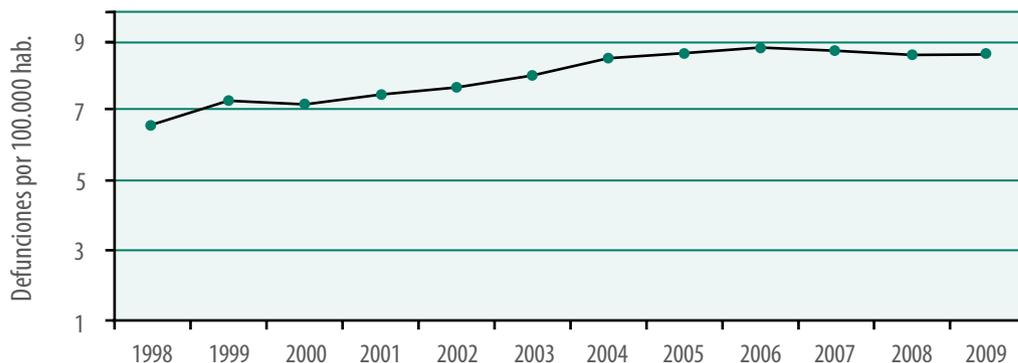


Tabla 15a

MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN POR DEPARTAMENTO, COLOMBIA 2009

Departamento	Mortalidad por cáncer de pulmón	Población	Tasa
Total Nacional	3.899	44.977.758	8,67
Antioquia	961	5.988.984	16,05
Quindío	77	546.566	14,09
Caldas	134	976.438	13,72
Risaralda	117	919.653	12,72
Valle del Cauca	507	4.337.909	11,69

Qué dicen estos datos

El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer en el mundo ocasionando 1,3 millones de muertes por año (101). Es el cáncer más frecuente en hombres y el segundo más frecuente en mujeres después del cáncer de mama a nivel mundial (101). En Colombia, además de ser la tercera causa de muerte en hombres y cuarta en mujeres (102), genera 4.643 años de vida sana perdidos debido a mortalidad o discapacidad (75).

Para el 2009 la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón para Colombia fue de 8,67 por 100.000 habitantes, observando una tendencia ascendente del 2000 al 2004, sin embargo en los últimos cuatro años se ha rectificado mostrando una tendencia constante. La tasa más alta se encuentra en los departamentos de Antioquia, Quindío, Caldas y Risaralda con 16,05; 14,09; 13,72 y 12,72 respectivamente.

Dentro de los factores de riesgo con mayor evidencia para la generación de este cáncer, se encuentra el consumo de tabaco, la inhalación y posterior acumulación de Radón¹ y Asbestos² en el tejido pulmonar, la contaminación ambiental y la historia familiar de cáncer de pulmón (103). En el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con 168 países, estableció el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Según los informes de los países miembros el 85% de los integrantes han establecido un mecanismo de coordinación para el control del tabaco y el 80% ha prohibido la venta a menores de edad, dentro de otras medidas (104).

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia realizado en el 2008, aproximadamente el 45% de la población ha fumado cigarrillo alguna vez, el 17% de los encuestados fumaba en el momento del estudio y los jóvenes de 18 a 24 años son quienes más incurren en este comportamiento. Adicionalmente, los departamentos con mayor prevalencia de tabaquismo son Caldas y Quindío, los mismos departamentos que presentan mayores tasas de mortalidad por este cáncer (105).

1 Gas radioactivo, incoloro, inodoro, que se forma de la descomposición del Uranio que se encuentra en pequeñas cantidades en el suelo y las rocas. Se encuentra principalmente en la industria minera en particular las minas de Uranio.

2 El nombre que reciben 6 tipos de minerales fibrosos que son encontrados en las industrias de frenos de carros, tejas de barro, drywall y cementeras.

En Colombia en el 2009, después de 18 iniciativas legislativas fallidas durante 16 años (106), se aprobó la Ley 1335 también conocida como la ley anti tabaco, en la que se regula la publicidad, distribución, consumo en lugares públicos y la venta a menores de edad de este carcinógeno (107). Adicionalmente, entre las metas planteadas por el Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2010-2019 se encuentra la gestión ante las entidades competentes para promover el trámite ante el Congreso de la República de legislación para el aumento de precios e impuestos a los productos del tabaco en consonancia con lo dispuesto en el convenio marco de la OMS para el control del tabaquismo. Así mismo, se busca lograr que el 100% de los ambientes laborales se encuentren por debajo de los límites permitidos de carcinógenos como el asbesto y silicio, los dos relacionados con este cáncer.

La estrategia que demuestra mayor impacto sobre el consumo de tabaco es la reducción de la demanda mediante el aumento del precio, regulación al contenido de la publicidad sobre tabaco y publicidad negativa en los productos (70). En la actualidad, algunas de estas estrategias están siendo puestas en marcha en Colombia, como los lugares libres de humo, la regulación de la publicidad y la advertencia sobre los efectos negativos del tabaquismo. Por esta razón deberán diseñarse estudios encaminados a evaluar la efectividad de dichas medidas en la disminución de la incidencia de cáncer de pulmón (de ser posible contar con esta información) y en las muertes por este cáncer.

De la exposición al Radón en Colombia y otros factores de riesgo no ocupacionales se sabe muy poco. Es necesario que el Ministerio de la Protección Social, que es el encargado de velar por la seguridad y el bienestar de los trabajadores en Colombia, desarrolle investigaciones encaminadas a conocer los niveles de exposición de la población a estos contaminantes en las minas subterráneas, las empresas de elaboración de tejas de barro, drywall y cementeras. Debido a que hay niveles de concentración de Radón y de Asbestos que se relacionan con el desarrollo de esta enfermedad, es necesario que se establezca un sistema de vigilancia para que en estos lugares no se alcancen estos niveles ni se ponga en riesgo la salud de estos trabajadores.

Ficha Técnica

Nombre

Mortalidad por cáncer de pulmón por 100.000 habitantes.

Definición

Número total de defunciones estimadas por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número total de defunciones estimadas por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios en una población.

Denominador: Total de la población.

Unidad de Medida: Por 100.000 habitantes.

Fuente

DANE.

Enfermedades Infecciosas

Las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos como bacterias, virus, parásitos y hongos (108). Estas enfermedades se pueden transmitir de manera directa, de una persona a otra, como en el caso del Virus de la Influenza (o resfriado común), las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis y la varicela entre otros; y de manera indirecta por medio de alimentos o animales como las infecciones alimentarias, el Dengue, Chagas, Malaria y Leishmaniasis.

Las enfermedades infecciosas tradicionalmente han tenido mayor prevalencia en países de ingresos medianos y bajos respecto a los países de ingresos altos, porque los sistemas sanitarios como acueducto y alcantarillado no se encuentran universalizados, o porque las coberturas de vacunación son insuficientes y las instituciones encargadas de prevenir estas enfermedades no se encuentran lo suficientemente articuladas para cumplir con sus funciones a cabalidad. Sin embargo, en los últimos años se ha visto un aumento en la prevalencia de estas en países desarrollados como es el caso concreto del VIH y la Tuberculosis.

Colombia experimenta el fenómeno conocido como “transición epidemiológica” en el que los países en vías de desarrollo mantienen perfiles de enfermedad de países pobres y adquieren perfiles propios de países desarrollados de manera que las enfermedades transmisibles empiezan a coexistir con las enfermedades crónicas no transmisibles (30) (109). *Así Vamos en Salud* considera pertinente analizar indicadores sobre enfermedades infecciosas que todavía son de gran importancia en el contexto colombiano como el Dengue y la Malaria, y de la misma manera tratar el grupo de enfermedades que en este momento también hacen parte de los principales problemas de salud pública para países desarrollados como lo son el VIH/SIDA y la Tuberculosis (110).

16. Casos de dengue clásico y severo confirmados

Tabla 16

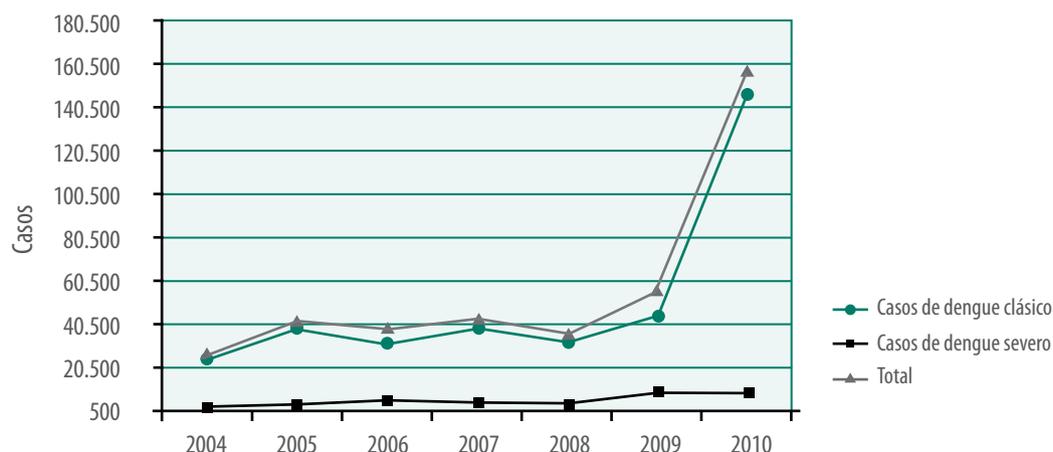
TOTAL CASOS DE DENGUE CLÁSICO Y SEVERO CONFIRMADOS

Indicador	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Casos de dengue	27.523	43.113	38.524	43.541	37.145	55.592	157.152

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

Gráfica 16

CASOS DE DENGUE CLÁSICO Y SEVERO, COLOMBIA 2000 - 2010



Qué dicen estos datos

El dengue es la enfermedad viral transmitida por vectores de más rápida expansión geográfica. El virus del dengue tiene cuatro serotipos y los cuatro se encuentran en Colombia (111). Si bien los síntomas de esta enfermedad pueden ir desde una fiebre leve con dolores de cabeza y de articulaciones, una de las complicaciones más severas de esta enfermedad es el dengue hemorrágico que puede llevar de manera muy rápida a la muerte de no ser tratada a tiempo (111). Aproximadamente dos tercios de la población mundial están en riesgo de esta enfermedad debido al lugar de residencia (clima tropical, altura atmosférica menor de 1600 metros por encima del nivel del mar) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que anualmente se presentan alrededor de 50 millones de casos en el mundo y que para el 2007 en la región de las Américas se reportaron más de 890.000 casos de los cuales 26.000 fueron dengue hemorrágico (112).

En Colombia la tendencia de los casos de dengue ha sido estable durante los últimos años, excepto para el 2010 cuando se reportaron 157.152 casos presentando un aumento de aproximadamente 183% respecto a los casos reportados en el 2009, de los cuales 94% corresponden a dengue clásico y 9.482 casos fueron dengue severo (antiguamente denominado dengue hemorrágico). Este es el pico más alto que se ha reportado en los últimos 10 años. Sin embargo, este pico se ha experimentado en distintas regiones de América Latina como Brasil, Venezuela, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua (113).

Los departamentos que en el 2010 presentaron el mayor número de casos de dengue fueron Antioquia, Valle y Santander, cada uno excediendo los 18 mil casos. No obstante, el departamento de Santander fue el que reportó mayor número de

Ficha Técnica

Nombre

Casos de dengue.

Definición

Número de casos de dengue para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, según reportado por la autoridad sanitaria nacional.

Metodología de Cálculo

Unidad de medida: Casos

Fuente

Instituto Nacional de Salud.

casos de dengue severo en todo el país con 2.402 casos, equivalente al 25% de los casos de este tipo de Dengue. Para años anteriores se observa disminución en la Región Caribe a pesar del aumento de casos en el país.

El Instituto Nacional de Salud argumenta que este pico corresponde a una epidemia periódica de dengue que ocurre cada tres o cuatro años, en la que se debe contemplar el aumento de la población en riesgo para esta entidad por las continuas migraciones, el ascenso de los mosquitos y el aumento del reporte de esta entidad (114). Sin embargo, fenómenos climáticos como el Fenómeno del Niño (115) y la actual ola invernal pueden contribuir al aumento de casos a lo largo del territorio nacional. Por lo tanto, desde febrero del 2010 el Ministerio de la Protección Social decretó alerta epidemiológica, y alerta hospitalaria con el fin de incrementar los esfuerzos para la prevención de la enfermedad y la adecuada articulación de los servicios de salud para lograr una atención oportuna a las personas con dengue (116).

Además de que la reducción de los casos por dengue hace parte de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Plan Nacional de Salud Pública contempla el control de esta enfermedad y la reducción de las muertes por la misma (39). Cada ente territorial tiene la obligación de presentar su plan para el control. Adicionalmente para el 2010, el Ministerio de la Protección Social diseñó una Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue (117) que establece criterios clínicos y de laboratorio útiles para el diagnóstico y tratamiento tanto del dengue clásico como del severo.

En cuanto a la mortalidad por dengue, ésta, de la misma manera que los casos de dengue, experimentó un aumento vertiginoso. Para el 2010 se reportaron 327 muertes que frente a las 44 muertes reportadas por el INS para el 2009, representa un aumento de 7 veces. La mortalidad por dengue es evitable en la mayoría de los casos y generalmente está asociada a procesos deficientes de calidad en la atención del paciente. Es de resaltar que el aumento de los casos de dengue clásico fue de 183%, de dengue severo del 10%, mientras que el aumento de las muertes fue del 743%. La desproporción entre estas cifras revela que los servicios de salud no estaban preparados para soportar la demanda por el aumento de casos, haciendo evidente un problema en la detección temprana del dengue y en su tratamiento.

Así Vamos en Salud considera adecuado el esfuerzo hecho por el Instituto Nacional de Salud por mantener como prioridad el dengue dentro de sus eventos de vigilancia epidemiológica. De igual forma, se recomienda a los entes territoriales reforzar medidas de resultados ya comprobados como: evitar la propagación de los mosquitos con la ayuda de la comunidad, incrementar el uso de toldillos impregnados y fortalecer el uso de insecticidas para contener la transmisión de esta infección en los lugares a riesgo. Adicionalmente, las instituciones de salud deben mantenerse alerta a la posibilidad de recibir muchos casos teniendo en cuenta la actual ola invernal, y seguir los lineamientos brindados por el Ministerio de la Protección Social para disminuir la mortalidad por dengue.

17. Índice parasitario anual de malaria

Tabla 17

TENDENCIA DEL ÍNDICE PARASITARIO ANUAL DE MALARIA

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Índice parasitario anual de malaria	5,9	5,6	6,3	5,0	5,0	4,8	8,4	11,1	6,2	7,9	11,6

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

Gráfica 17

ÍNDICE PARASITARIO ANUAL DE MALARIA, COLOMBIA 2000-2010

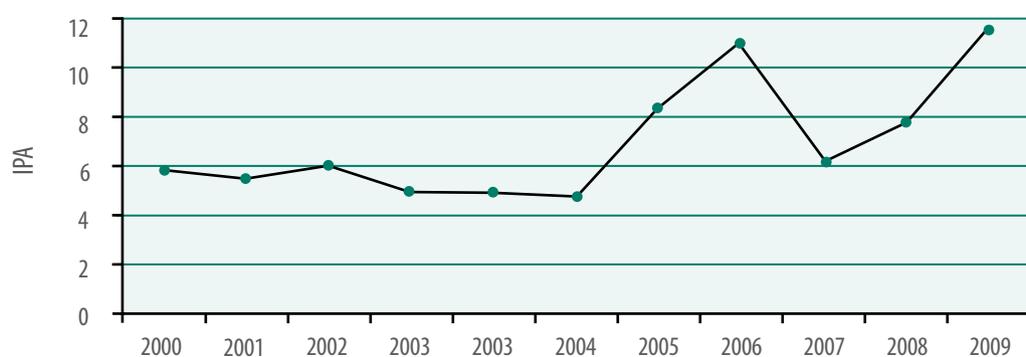


Tabla 17 a

ÍNDICE PARASITARIO ANUAL DE MALARIA POR DEPARTAMENTOS, 2010

Departamento	Casos de Malaria	Población a Riesgo	IPA
Total Nacional	117.637	10.157.352	11,58
Guaviare	5.912	101.794	58,08
Chocó	22.579	453.946	49,74
Antioquia	46.676	989.600	47,17
Córdoba	20.256	880.326	23,01
Vichada	820	62.013	13,22

Qué dicen estos datos

La Malaria es responsable de cerca de un millón de muertes anuales en el mundo y es causada por parásitos que son transmitidos por la picadura de mosquitos (118). Colombia es una zona endémica de Malaria, ya que el 85% del territorio colombiano está ubicado a menos de 1.600 metros del nivel del mar, nivel propicio para el crecimiento y ciclo de vida del mosquito transmisor (*Anopheles*) (119).

A pesar de que la Malaria no se encuentra dentro de las principales causas de muerte en Colombia ni genera el mayor número de años perdidos debido a discapacidad (75), la importancia de su monitorización y control radica en que es una entidad completamente prevenible y de fácil tratamiento (118) y que es una de las enfermedades transmitidas por vectores que pueden incrementarse por los cambios climáticos.

La incidencia de Malaria se mide a nivel mundial por medio del Índice Parasitario Anual (IPA) que es la relación entre el número de casos nuevos de Malaria y la población en riesgo de contraer esta enfermedad (vivir a menos de 1.600 metros por debajo del nivel del mar, en clima templado), midiendo así la proporción de personas que, dado que presentan condiciones que las ponen en riesgo de contraer la enfermedad, se enferman. Para el año 2010, con información disponible en el SIVIGILA, se reportan 117.637 casos definitivos de malaria para IPA de 11,58, el más alto en la última década. Para este año, el 72,7% del total de los casos se le atribuyen a la subespecie parasitaria *Plasmodium Vivax*, y el 64,73% de los casos se presentan en hombres, así como en el grupo de edad de 20 a 29 años (25,9% del total de los casos).

A nivel departamental, Guaviare, Chocó y Antioquia presentan los IPA más altos, siendo superiores a 40 casos de malaria por cada 1.000 habitantes en riesgo. Córdoba, que hasta el 2007 reportaba el IPA más alto del país, y que en el 2009 no se encontraba dentro de los primeros cinco departamentos con IPA más altos, vuelve a posicionarse en el cuarto lugar; ascenso similar se observa en Chocó, que actualmente se encuentra en el segundo lugar (lugar que no ocupaba desde el 2006 cuando tenía un IPA de 18,6). En la misma línea, el departamento del Guaviare persiste con el IPA más alto del país (58,8) superando por 8 puntos a Chocó en segundo lugar con un IPA de 49,7 y por 11 puntos a Antioquia.

Además de la preocupación que genera el aumento del IPA en departamentos donde la transmisión parecía estar siendo controlada y presentando un descenso como Córdoba y Chocó, que parece haberse precipitado por la ola invernal (fenómeno que viene presentándose desde abril del 2010). Esta situación prende las alarmas sobre las profundas brechas que se observan en las regiones apartadas del país, lo cual hace evidente la urgente necesidad de focalizar recursos hacia departamentos como el Guaviare para la prevención y control de la malaria. No obstante, variables como el conflicto armado y las barreras de acceso que se desprenden de él son un factor que vale la pena estudiar con detenimiento para superarlas y mejorar el acceso a servicios de salud de las personas en éste departamento.

A través del tiempo, los departamentos con los IPA más altos han estado cubiertos por algún tipo de programa, y la inclusión de éstos se relaciona con la disminución

de casos y del IPA. Tal es el caso de Nariño, que tras la introducción de los nuevos esquemas de tratamiento y con la introducción de mosquiteros impregnados con insecticida disminuyó de manera sostenida su número de casos, pasando del segundo departamento con el más alto número de casos a ser el tercero, siendo el único de estos primeros en presentar una tendencia a la disminución. No obstante llama la atención que departamentos como el Cauca, con IPA menores de 1 en los últimos 10 años, es todavía receptor de programas específicos contra la Malaria, mientras que departamentos como Guaviare con un IPA que en los últimos 10 años ha sido superior a 30 casos por 1.000 habitantes no sea objeto de este tipo de programas.

En cuanto a la mortalidad por malaria, para el 2010 se reportan 23 muertes¹ (120) observándose un descenso ostensible respecto al 2000 cuando se reportaron 104 muertes (121). Esta disminución puede ser el resultado de la introducción de los medicamentos enunciados anteriormente, de una detección más oportuna por parte de la comunidad y debido a tratamientos más oportunos por parte de los profesionales de la salud. No obstante, llama la atención la divergencia entre la mortalidad reportada por SIVIGILA y por el DANE, dado que este último reporta 54 muertes para el 2008² mientras que en el SIVIGILA se reportan 20. Esta divergencia ha sido permanente. Por ejemplo, para el año 2000 el DANE reporta 119 muertes mientras que el SIVIGILA reportó 104. Lo anterior evidencia fallas en las fuentes de información (los profesionales de la salud que atienden los casos) que afecta directamente al sistema de información y por otro lado la focalización de intervenciones en determinados departamentos.

Revisando la información de manera retrospectiva se observan dificultades para consolidar el número de casos de malaria reportados al SIVIGILA, tanto que el mismo gobierno reconoce “un importante subregistro en las cifras reportadas por los profesionales de la salud por medio del SIVIGILA al desagregar a nivel rural y urbano” (8). Con este último argumento la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) encaminada a la disminución de la incidencia de Malaria fue eliminada por su difícil seguimiento. A pesar de su eliminación de las metas de los ODM, la debilidad en los sistemas de información que hacen poco factible el seguimiento de la incidencia de la malaria debe ser un incentivo para mejorar dichos sistemas y no una razón para hacer invisible el problema.

Teniendo en cuenta lo anterior, *Así Vamos en Salud* considera que un paso determinante para lograr el control de la malaria es el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y control de esta enfermedad, que consisten principalmente en el reporte oportuno y de calidad por parte de los profesionales de la salud y encuentra que esta debe ser una de las prioridades del nuevo Ministerio de Salud y Protección Social debido a su anunciado compromiso con el fortalecimiento de los sistemas de información en salud (122). Adicionalmente, considera necesario que se realice un ejercicio de priorización al momento de incluir regiones del país a programas específicos para el control de esta entidad pues de no hacerse, el gobierno nacional y los entes encargados podrían estar profundizando las brechas regionales.

1 Última información disponible en SIVIGILA de acceso público a Junio de 2011.

2 Última información disponible en DANE de acceso público a Junio de 2011.

Ficha Técnica

Nombre

Índice parasitario anual de malaria.

Definición

Expresa la relación de los casos de malaria y la población que viven en zonas de riesgo. Da cuenta de la probabilidad de contraer la enfermedad entre la población en riesgo.

Metodología de Cálculo

Numerador: número de casos de malaria registradas en un año.
Denominador: total de población que vive en áreas de riesgo
Unidad de Medida: por 1.000 habitantes en riesgo.

Fuente

Instituto Nacional de Salud.

18. Mortalidad por VIH/SIDA

Tabla 18

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR VIH/SIDA

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalidad por VIH/SIDA por 100.000 habitantes	3,68	4,31	4,74	5,18	5,12	5,27	5,74	5,37	5,40	5,67	5,38	5,21

Fuente: DANE

Gráfica 18

MORTALIDAD POR VIH/SIDA POR 100.000 HABITANTES, COLOMBIA 1998-2009

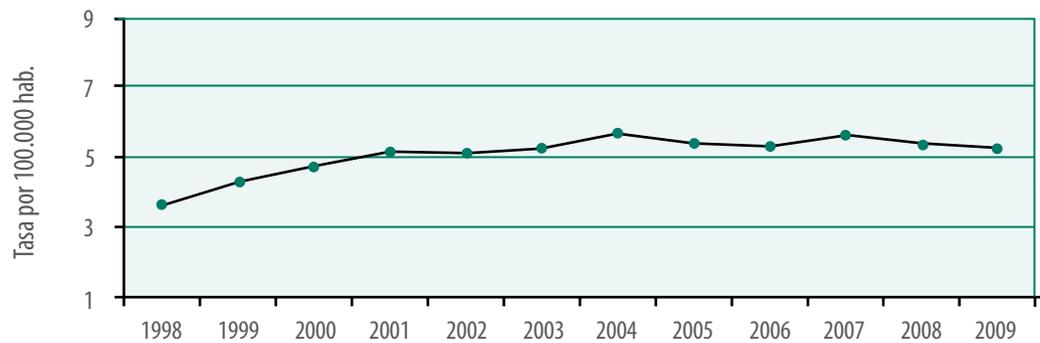


Tabla 18 a

MORTALIDAD POR VIH/SIDA POR DEPARTAMENTO, COLOMBIA 2009

Departamento	Mortalidad por VIH/SIDA	Población	Tasa
Total Nacional	2.343	44.977.758	5,21
Quindío	69	546.566	12,62
Risaralda	94	919.653	10,22
Atlántico	189	2.284.840	8,27
Valle del Cauca	344	4.337.909	7,93
Meta	60	853.115	7,03

Qué dicen estos datos

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) afecta a 33,4 millones de personas en el mundo, quienes en su mayoría viven en países de ingresos medios y bajos (110). Adicionalmente, es la primera causa de muerte por causas infecciosas, ocasionando 1,8 millones de muertes al año (123).

En Colombia, a partir de 1998 se observa un aumento de la mortalidad por VIH/SIDA evidenciando discretos picos en el 2004 y 2007. En el 2009 se reportaron 2.343 muertes, con una tasa de 5,21 muertes por cada 100.000 habitantes. Adicionalmente, el 76,87% de las muertes reportadas por VIH/SIDA ocurrieron en hombres, mientras que diez años antes (1998) fue el 82,83%, evidenciando un aumento de las muertes femeninas. De igual forma, en 1998 la relación hombre - mujer era de 4,8/1 mientras que en el 2009 es de 3,3/1. Para el mismo año, el 49% de las muertes ocurrieron en hombres de 15 a 44 años, seguida por los hombres de 45 a 64 años, lo cual evidencia que es la población económicamente activa la más afectada con esta enfermedad, llevando así a una disminución de la fuerza de trabajo y por ende a la productividad del país (124).

En el área andina, la mortalidad por VIH/SIDA aún se encuentra distanciada de los primeros lugares que para el 2005 estaban ocupados por enfermedades cardiovasculares, homicidios y otras enfermedades crónicas (30). Sin embargo, ocupa la séptima causa de muerte en hombres de 20 a 49 años (30). Adicionalmente, se identifican problemáticas comunes en esta región tales como la inequidad y violencia de género relacionadas con la transmisión del VIH, lo cual puede ser similar en Colombia, teniendo en cuenta que el 72% de las mujeres viviendo con el VIH/SIDA que se encuentran dentro de los programas de disminución de la transmisión materno-fetal tenían una relación estable (30).

El acceso a terapia antirretroviral ha demostrado aumentar la supervivencia y disminuir las enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA (125). Adicionalmente, los estudios también han evidenciado una significativa reducción en la infección por VIH tras el consumo de antirretrovirales (125). En el documento “Resumen de la situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia” el MPS presenta unas proyecciones con las cuales se estima que el 76% de los pacientes con VIH que requieren tratamiento, lo reciben (126). No obstante estas cifras corresponden a proyecciones y no a información real; por esta razón, es importante contar con información actualizada y basada en los tratamientos antirretrovirales que efectivamente se proveen para conocer el estado de la epidemia y la calidad del control a la misma en Colombia.

A pesar de los avances legislativos en materia de mejorar la atención por parte del Estado colombiano a la población que padece esta enfermedad (Ley 972 de 2005 y la Resolución 3442 de 2006), conviene señalar que un aspecto fundamental para el adecuado control de cualquier enfermedad y para conocer el efecto de las acciones hechas por el Estado es el seguimiento de dicha enfermedad. En Colombia no se ha logrado consolidar un sistema sólido de seguimiento del estado de la epidemia. En el año 2006 se creó el Observatorio de VIH/SIDA del Ministerio de la Protección Social, en donde se ha realizado un gran esfuerzo por fortalecer el reporte de esta enfermedad y por la construcción de indicadores sobre el manejo y control de los pacientes. Sin embargo, este observatorio reconoce limitaciones en su fuente principal que es el SIVIGILA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Nacional de Salud) por diagnóstico tardío, subregistro, fallas de digitación y retraso en la notificación (126).

Ficha Técnica

Nombre

Mortalidad por VIH/SIDA por 100.000 habitantes.

Definición

Número total de defunciones estimadas por VIH/SIDA en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número total de defunciones estimadas por VIH/SIDA en una población.

Denominador: Total de la población. Unidad de Medida: Por 100.000 habitantes.

Fuente
DANE.

En cuanto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM–, la meta establecida para este indicador es la reducción de la mortalidad en un 20%. En el documento Conpes 91 del 2005, se establece construir una línea de base para evaluar dicho indicador. Sin embargo este parámetro no se generó y la evaluación de este indicador no fue posible (127). No obstante entre el 2000 y el 2008 ha habido un aumento del 22% en la mortalidad. Es necesario entonces definir la línea de base y la meta para el seguimiento a partir del 2010. No obstante, en el documento Conpes 140 de 2011, mediante el cual se modifican las metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio la meta de la reducción de la mortalidad continua sin línea de base (8) y por ende sin potencial evaluación.

A pesar de la aprobación del Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida que incluye la Guía de Atención Integral del VIH/SIDA y de la inclusión al POS de los medicamentos y procedimientos diagnósticos disponibles en Colombia para este fin (128), se siguen presentando tutelas por medicamentos y procedimientos diagnósticos para pacientes con VIH/SIDA, de acuerdo con el informe de la Defensoría del Pueblo en 2009 (129).

Es necesario por un lado que el MPS actualice la guía de atención integral para esta enfermedad puesto que los medicamentos para controlarla avanzan de manera rápida. De la misma manera se deben establecer medidas para garantizar el acceso efectivo de la población afectada mediante su identificación y posterior seguimiento por parte de las EAPB; esta última recomendación debe ir de la mano con el fortalecimiento de la información sobre incidencia y morbilidad en pacientes con VIH/SIDA por medio del posicionamiento del observatorio de VIH/SIDA del Ministerio de la Protección Social como proveedor de información robusta sobre el estado de la infección en Colombia.

19. Mortalidad por tuberculosis

Tabla 19

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalidad por tuberculosis por 100.000 habitantes	3,43	3,46	3,02	3,27	3,21	3,10	2,95	2,58	2,55	2,75	2,63	2,44

Fuente: DANE.

Gráfica 19

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS POR 100.000, COLOMBIA 1999-2009

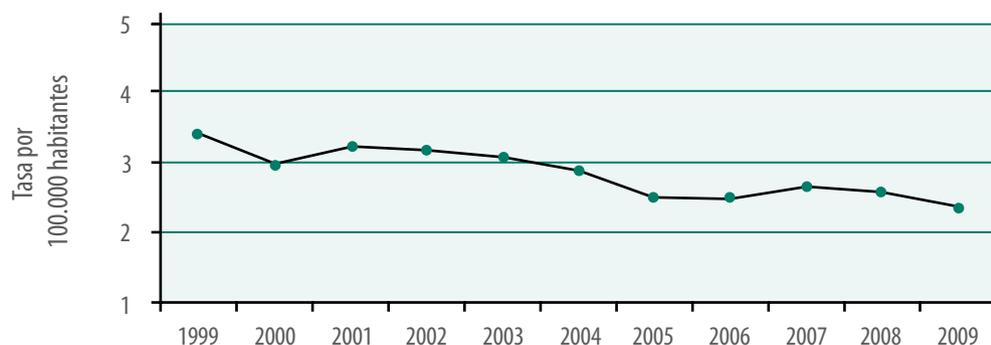


Tabla 19 a

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS POR DEPARTAMENTO, COLOMBIA 2009

Departamento	Mortalidad por TBC	Población	Tasa
Total Nacional	1.096	44.977.758	2,44
Quindío	29	546.566	5,31
Chocó	20	471.601	4,24
Meta	35	853.115	4,10
Arauca	10	244.507	4,09
Risaralda	35	919.653	3,81

Qué dicen estos datos

La tuberculosis es una enfermedad respiratoria que se transmite por el aire; sin embargo, sólo del 5 al 10% de las personas expuestas a las bacterias responsables de la tuberculosis desarrollan la enfermedad (130). El desarrollo o no de la tuberculosis depende de la fortaleza del sistema inmune de cada individuo (130) y el tratamiento destinado para esta enfermedad cura el 90% de los casos, y está basado en medicamentos que llevan en el mercado más de 20 años (131).

A nivel mundial mueren dos millones de personas a causa de la tuberculosis y se presentan nueve millones de casos nuevos anualmente (131) (cobrando 15 vidas por hora, lo que significa que en los próximos 5 años morirán cerca de 10 millones de personas por tal causa), constituyendo así esta enfermedad un problema de salud pública de carácter global. Las regiones más afectadas son África y Asia, por lo cual se diseñó un programa para controlar la pandemia a nivel internacional (131). Adicionalmente, la reducción de la tasa de prevalencia y mortalidad de la tuberculosis hace parte del objetivo 6 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (132) (que pretende su erradicación en el 2050).

Ficha Técnica

Nombre

Mortalidad por tuberculosis por 100.000 habitantes.

Definición

Número total de defunciones estimadas por tuberculosis en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número total de defunciones estimadas por tuberculosis en una población. Denominador: Total de la población. Unidad de Medida: Por 100.000 habitantes.

Fuente

DANE.

En Colombia, la mortalidad por tuberculosis ha sufrido una ligera disminución en los últimos nueve años; pasando de 3,02 muertes por 100.000 habitantes en el 2000 a 2,44 en el 2009, presentando un pequeño pico en el 2007 de 2,75. Para el año 2009 (último año disponible para el análisis) el 67,3% de estas muertes ocurrieron en hombres y el 32,7% en personas mayores de 65 años. En la adaptación de los ODM realizada para Colombia, esta meta no se materializó en ningún indicador de los 53 con que se comprometió Colombia en el 2005 por medio del Consejo de Política Económica y Social 91 – CONPES 91 (7) y tampoco se planteó en el CONPES 140 de 2011 (8), que modifica el CONPES 91. En el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, se propuso aumentar al 70% la detección de casos de tuberculosis en el país (Línea de base: 54%) y aumentar al 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (Línea de base 63%) (39). Se observa que la vigilancia de la mortalidad queda por fuera de estas metas.

La situación de la mortalidad por tuberculosis es disímil a lo largo del territorio nacional. Quindío, Chocó, Meta y Arauca cuentan con las tasas de mortalidad más altas (5,31; 4,24; 4,10; 4,09 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente). Mientras que Nariño, Bogotá y Sucre tienen tasas menores a 1,5 muertes por 100.000 habitantes. Debido a que 1 de cada 4 muertes en personas con VIH son a causa de la tuberculosis (130) es necesario relacionar estas dos entidades. En este sentido es necesario resaltar la situación de departamentos como Quindío que tiene el segundo número de casos nuevos de VIH, el cuarto en casos nuevos de SIDA y además la tasa de mortalidad más alta por tuberculosis (126). Esta situación puede indicar problemas en la detección y tratamiento oportuno de las potenciales complicaciones en las personas con VIH en Colombia.

A pesar de que el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis está claramente establecido, lo que se demuestra en el hecho de que desde hace 50 años no existen nuevos medicamentos para tratarla, el nuevo desafío que se enfrenta es la tuberculosis multi-resistente a antibióticos (131), que se presenta debido a que la bacteria responsable de la tuberculosis desarrolla inmunidad al tratamiento estándar y como resultado deben usarse otro tipo de medicamentos (antibióticos de tercera generación como Pirazinamida), que en general son más costosos y cuya efectividad en algunos casos todavía es incierta (130). En el 2009 se reportaron 110 casos de tuberculosis multi-resistente en el país (133). En este contexto, a pesar de que este no es un problema grave en la región de las Américas, es un fenómeno que requiere vigilancia estricta puesto que se relaciona de manera directa con la mortalidad por esta enfermedad.

Es clara la evidencia científica en reportar el deterioro del control de la tuberculosis (134). El mayor número de estudios se concentran en los departamentos de Antioquia, Valle, Córdoba y Vichada (134). Las investigaciones en el efecto de la descentralización (en la que la promoción y prevención quedó a cargo del municipio y el diagnóstico y tratamiento a cargo de las EPS) en la implementación de los programas de control de Tuberculosis revelan un efecto deletéreo a lo largo del país, (135) (136) pero de manera predominante en Buenaventura. (137) A esto se le suma la creciente documentación de casos de multi-resistencia a medicamentos antituberculosos en la misma región. (138)

En el año 2000, se estudió la multi-resistencia en la ciudad de Buenaventura y se concluyó que la principal causa de este fenómeno era el precario manejo clínico y las fallas en el seguimiento de los pacientes y no como consecuencia de una transmisión comunitaria (139). Por esta razón, es fundamental el fortalecimiento de los programas de prevención y lineamientos claros sobre el tratamiento de la Tuberculosis para contener este fenómeno.

Lesiones y violencia

En la publicación anterior, *Así Vamos en Salud* analizó la tasa de mortalidad por causas externas que comprende el total de muertes por accidentes de tránsito, homicidios, suicidios, otras muertes accidentales y violencia indeterminada. Debido a la tendencia descendente de este indicador a partir del 2002 y debido a que las causas de cada uno de sus componentes son distintas, se consideró necesario observar de manera independiente el comportamiento de cada uno de ellos. Para esta publicación hemos decidido exponer la tasa de mortalidad por homicidios y por accidentes de tránsito, puesto que estas dos se encuentran dentro de los primeros diez grupos de causas de mortalidad en Colombia.

20. Tasa de mortalidad por homicidios

Tabla 20

TENDENCIA DE LA TASA DE MORTALIDAD POR HOMICIDIOS

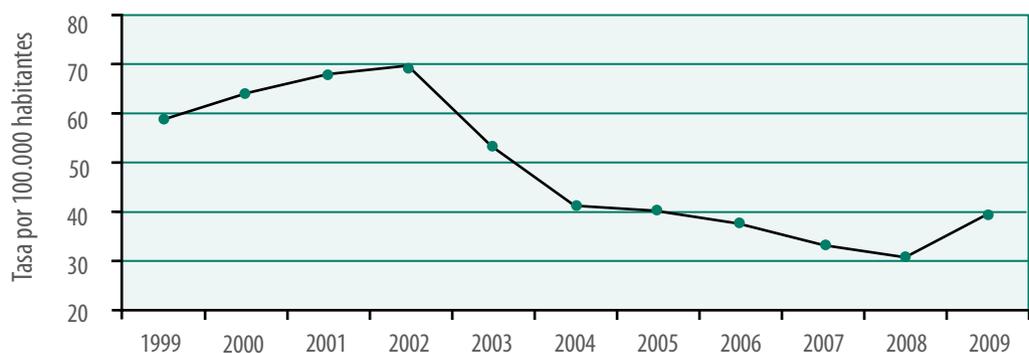
Indicador	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tasa de mortalidad por homicidios por 100.000 habitantes	58,39	63,75	67,84	69,04	52,98	41,44	40,41	37,49	33,58	31,58	39,39

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Gráfica 20

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR HOMICIDIOS

POR CADA 100.000 HABITANTES, COLOMBIA 1999-2009



Ficha Técnica

Nombre

Tasa de mortalidad por homicidios por 100.000 habitantes.

Definición

Número total de defunciones estimadas por homicidios, en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número total de defunciones estimadas por defunciones.

Denominador: Total de la población. Unidad de Medida: Por 100.000 habitantes.

Fuente

Instituto Nacional de Medicina Legal.

Qué dicen estos datos

Los homicidios en Colombia fueron la primera causa de muerte hasta el año 2008 cuando pasa al segundo lugar (140). Para el 2005 el homicidio era responsable del 9% de los años de vida saludable perdidos (14% en hombres y 3% en mujeres) y adicionalmente los años de vida saludables perdidos por mortalidad prematura debida a homicidios contribuían al 99% del total de los años de vida saludables perdidos por lesiones, mientras que el 1% restante correspondía a años de vida perdidos por discapacidad (75).

Para el 2009, Medicina Legal reporta 17.717 muertes por homicidio, cifra mayor que la observada anualmente desde el 2004. El comportamiento de los homicidios en Colombia registra un descenso significativo desde el 2002 cuando presentó la cifra más alta (28.534) de los últimos 11 años pasando a 15.250 homicidios en el 2008, siendo ésta la cifra más baja en este mismo periodo de tiempo. La población más afectada son los hombres de 25 a 29 años y el mecanismo causal reportado en el 78% de los casos fue el proyectil de arma de fuego, seguido por las lesiones corto punzantes y los explosivos o minas antipersonales (141).

Según el estudio Salud de las Américas, publicado en el 2007, Colombia es el país con el mayor número de homicidios en la región, con una tasa de 84 muertes por 100.000 habitantes para el 2002 mientras que la Región Andina (Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela) presenta 47,6 (30). Respecto a la proporción de muertes violentas atribuidas al homicidio es de resaltar el contraste entre la cifra de México con 29,4% en el 2009 (142) y Colombia, con el 60,19% indicando que el mayor número de muertes violentas en Colombia son a causa de los homicidios y que este comportamiento es distinto en otros lugares de Latinoamérica donde se ha sufrido un aumento de este tipo de muertes en los últimos años.

A nivel departamental, Arauca y Guaviare tienen tasas de mortalidad superiores a las 100 muertes por 100.000 habitantes, seguidos por Valle del Cauca, Meta, Risaralda y Quindío todas superiores a 50. No obstante, el municipio con la mayor tasa de homicidios en Colombia es Puerto Rico, Meta, con una tasa de 417 muertes por 100.000 habitantes (141). Llama la atención que las muertes por esta causa en este municipio se duplicaron respecto al 2008, justo después de que en este lugar se iniciara la conocida operación Jaque (143).

Teniendo en cuenta que los homicidios son la segunda causa de muerte en toda la población colombiana, que son la tercera causa de años de vida perdidos en la población de 15 a 44 años, (75) y que generan importantes secuelas en la salud mental y fisiológica (144) de las familias víctimas de estos eventos y que impactan de manera negativa su desempeño social. (145) *Así Vamos en Salud* hace un llamado al Ministerio de la Protección Social para jalonar al sector salud en acciones encaminadas a intervenir en esta problemática desde un abordaje multidisciplinario. Esto en consonancia con el objeto de la misión de esta entidad de tener un manejo integral del riesgo y brindar asistencia social a la población colombiana (146).

21. Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito

Tabla 21

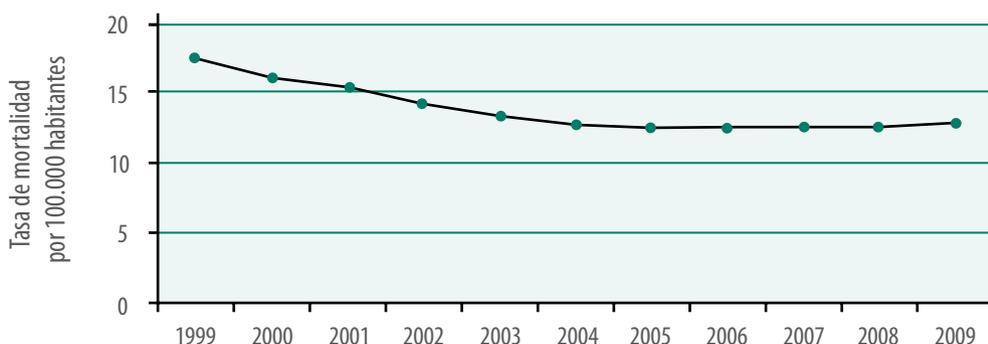
TENDENCIA DE LA TASA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Indicador	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por 100.000 habitantes	17,68	16,26	15,55	14,67	13,46	12,94	12,63	12,64	12,84	12,76	12,89

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Gráfica 21

TASA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRANSITO, COLOMBIA 1999-2009



Qué dicen estos datos

Los accidentes de tránsito son la quinta causa de muerte en Colombia para el 2008 según las cifras del DANE. Adicionalmente, son responsables de 3.722 AVISAS de mortalidad y 0,064 de discapacidad (75). Esto significa que los accidentes de tránsito en Colombia tienen una alta letalidad y un gran número de víctimas sobreviven padeciendo discapacidad.

En Colombia se observa una tendencia constante desde los últimos 6 años en esta mortalidad. Para el 2009, el Instituto de Medicina Legal reportó 5.796 muertes por accidentes de tránsito, de las cuales el vehículo involucrado en el 39,2% de los casos es la moto o carro-moto, seguida por el automóvil y la bicicleta (11,2 y 6% respectivamente). El 47,1% de las muertes por accidentes de tránsito ocurrieron por choque con otro vehículo y 30,1% fueron atropellos. Adicionalmente, aproximadamente el 23% de los accidentes de tránsito cuya causa logra ser identificada se deben al exceso de velocidad y el 8% a la embriaguez, tanto alcohólica como por otro tipo de drogas (147).

Ficha Técnica

Nombre

Mortalidad por accidentes de tránsito por 100.000 habitantes.

Definición

Número total de defunciones reportadas por accidentes de tránsito en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número total de defunciones reportadas por accidentes de tránsito en una población.

Denominador: Total de la población. Unidad de Medida: Por 100.000 habitantes.

Fuente

Instituto Nacional de Medicina Legal

A nivel departamental, los lugares con mayor número de casos fueron Valle del Cauca, Antioquia y Bogotá (851, 819 y 528 respectivamente). No obstante, los departamentos con las tasas de mortalidad más altas son Meta, Casanare y Cesar que duplican la tasa nacional (147).

En 1974, la Asamblea Mundial de la Salud declaró los accidentes de tránsito como un problema mayor de salud pública y desde entonces ha incentivado el planteamiento de campañas dirigidas a la disminución de las muertes por esta causa. Adicionalmente, en el 2000 con la creación de un departamento de prevención de accidentes de tránsito, la OMS adelantó una campaña de 5 años para prevenir estos accidentes (148).

A pesar de que desde hace 37 años los accidentes de tránsito son considerados un problema de salud pública mundial, solo hace 16 años en Colombia se realizan campañas a nivel nacional para prevenirlos. Durante este tiempo se han abordado distintos frentes que se han traducido en disminución de la accidentalidad de los peatones que desde el 2005 pasaron del primer al segundo grupo afectado por estos accidentes.

Vale la pena resaltar que hay un aumento sostenido de los casos de muerte por accidente de tránsito en condición de motociclista, lo cual se relaciona con un aumento en el uso de las motocicletas dado que en 2010 se reportó un aumento de las personas que se transportan a su puesto de trabajo en motocicleta y un aumento de 10,26% respecto al 2008 en el número de hogares que tienen motocicleta (149), en la medida en que esta es una relación que se ha encontrado con anterioridad en estudios nacionales e internacionales (150) (151).

Dentro de las primeras causas de accidentalidad vial identificadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses se encuentra la embriaguez –lo cual coincide con una mayor sensibilización de los medios de comunicación a los accidentes cuyos involucrados se encontraban en estado de embriaguez (152) (153) (154)–. Si bien desde 1995 el Fondo de Prevención Vial ha realizado campañas para el cumplimiento de las normas de tránsito en los peatones y los conductores de distintos medios de transporte y de manera transversal incluye la prevención del estado de embriaguez al conducir (155), (156), (157), (158) solamente en 1999 y 2010 se han hecho campañas dirigidas específicamente a esta problemática.

De la misma manera, solo hasta el 15 de Julio de 2009 se endurecieron las penas a los conductores que, manejando en estado de embriaguez, ocasionen accidentes de tránsito que dejen víctimas fatales y en el 2011 se propuso un proyecto de ley que planteaba incluir dentro del código penal. No obstante este proyecto no fue aprobado en el Senado de la República.

Distinto a lo observado en otros países, tanto el endurecimiento de las penas como el aumento de la sensibilización de la ciudadanía frente al tema (159) (160) (161) no están impactando en la reducción de los accidentes de tránsito. Los Programas Medellín y Cali Cómo Vamos hacen énfasis en la importancia de estas políticas (endurecimiento de las penas y aumento de la sensibilización) debido a su alto impacto en ambas ciudades (162) (163). Por tal motivo *Así Vamos en Salud* considera que el Fondo de Prevención Vial debe evaluar la implementación de estas mismas estrategias a nivel nacional y concentrar esfuerzos en su implementación para obtener mejores resultados.

Indicadores de servicios de salud

En esta sección se presentan indicadores que revelan el porcentaje de la población que tiene acceso efectivo a servicios de salud. A pesar de que en los últimos años la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud ha aumentado hasta encontrarse en 89,36%, el estado de salud de los colombianos en algunos puntos críticos como los concernientes al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio no presenta una mejoría ostensible. Por esta razón, la estimación del acceso a servicios de salud cumple un papel clave en la detección de posibles puntos a mejorar en la red de aseguramiento y prestación de servicios a los usuarios colombianos, con lo cual se esperaría un mejoramiento en el estado de salud.

22. Cobertura de control prenatal

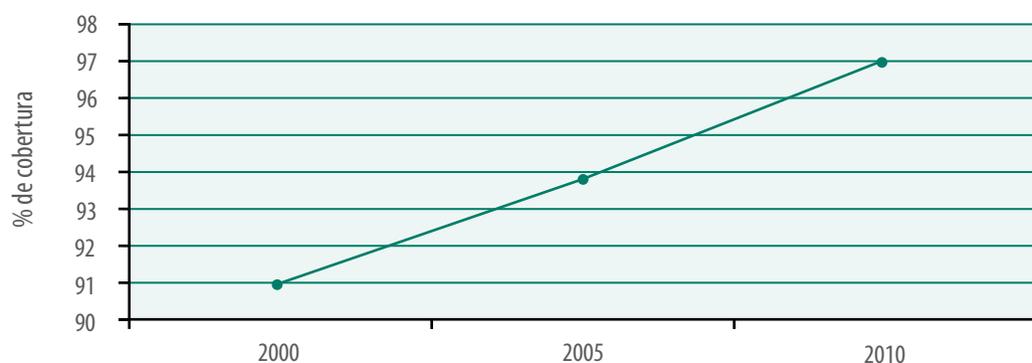
Tabla 22

TENDENCIA DE LA COBERTURA DE CONTROL PRENATAL

Indicadores	2000	2005	2010
Cobertura de control prenatal	90,9%	93,6%	97,0%

Gráfica 22

COBERTURA DE CONTROL PRENATAL, COLOMBIA 2000-2010



Qué dicen estos datos

La atención prenatal es un paso vital para el crecimiento y adecuado desarrollo de los niños próximos a nacer, es la herramienta mediante la cual se detectan y se tratan a tiempo distintas entidades que ponen en riesgo tanto la vida del futuro recién nacido como de la madre (164). Por medio del control prenatal se pueden detectar posibles complicaciones al momento del parto, detectar y tratar enfermedades evitando así que haya transmisión de la madre al feto (165).

Ficha Técnica

Nombre

Cobertura de control prenatal.

Definición

Proporción de mujeres que asistieron por lo menos una vez a control prenatal del total de partos.

Metodología de Cálculo

Numerador: Total de mujeres que asistieron por lo menos una vez a control prenatal.

Denominador: Total de partos

Unidad de medida: porcentaje.

Fuente

ENDS.

A nivel nacional, se observa una tendencia ascendente de la cobertura del control prenatal, pasando de 90% en el 2000 a 93,6% en el 2005 y a 97% en el 2010 para todo el territorio nacional. Estas cifras se pueden contrastar con las de países como Bolivia, con una cobertura de control prenatal del 90% (166) para el 2008 y Chile con 98% (167) para el 2010. Sin embargo en Colombia para el 2010, solamente el 88,6% de las mujeres embarazadas acudieron a 4 o más controles prenatales, variando de 91,2% a 81,4% en zonas urbanas y rurales respectivamente. Es necesario mencionar que la Organización Mundial de la Salud considera que el número mínimo adecuado de controles prenatales es de cuatro (165)

A nivel departamental, Vaupés, Vichada, Guainía, Chocó y Guajira presentan coberturas inferiores al 90% (78,1; 81,3; 84,8; 86,6 y 88,5 respectivamente) evidenciando las grandes brechas regionales, cabe resaltar que precisamente en estas regiones las tasas de mortalidad infantil y materna son las más altas del país.

La calidad de los controles prenatales se encuentra estrechamente relacionada con los casos de sífilis congénita (168). Debido a que esta enfermedad es de fácil diagnóstico y tratamiento durante el embarazo es inconcebible que estos casos continúen en aumento en un país con una cobertura de control prenatal del 97% y donde al 97,5% de las mujeres embarazadas les tomaron muestra de sangre (11). Adicionalmente, es preocupante que según la ENDS 2010 solamente al 81,4% de las mujeres se les informó sobre las complicaciones del embarazo, revelando un déficit en la comunicación efectiva y la información adecuada de los profesionales de la salud hacia las gestantes.

Así Vamos en Salud considera que Colombia ha dado un gran paso en materia de cobertura de control prenatal; sin embargo insiste en la necesidad de aumentar el número de controles prenatales por lo menos a 4 durante el embarazo e invita a la reflexión sobre los procesos de calidad de dicha atención, para de esta manera reducir el número de casos de sífilis neonatal, así como de bajo peso al nacer y todas las enfermedades prevenibles durante el embarazo.

Indicadores de calidad

Para esta edición, *Así Vamos en Salud* escogió publicar cuatro indicadores que dan una mirada a actividades de prevención de la enfermedad a nivel primario, secundario y terciario brindando así una perspectiva general sobre la gestión del riesgo realizada tanto por EPS como por IPS. De la misma manera que en el Informe Anual 2009, es necesario advertir que a pesar del aumento en el reporte todavía persiste un importante subregistro y la ausencia de controles de calidad de los datos.

En cuanto a la prevención primaria, es decir el control de factores de riesgo y causas con el fin de impedir que la enfermedad se desarrolle (169), encontramos la proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año. Para la prevención secundaria, aquella que pretende hacer un diagnóstico temprano y de esta manera impedir complicaciones futuras (169) utilizamos el indicador “Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino” y finalmente, a nivel terciario encargado de la prevención de complicaciones una vez se ha desarrollado la enfermedad (169) se encuentra el porcentaje de pacientes hipertensos controlados y la oportunidad en la entrega de medicamentos.

23. Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año

Tabla 23

TENDENCIA DE LA PROPORCIÓN DE ESQUEMAS

DE VACUNACIÓN ADECUADOS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO

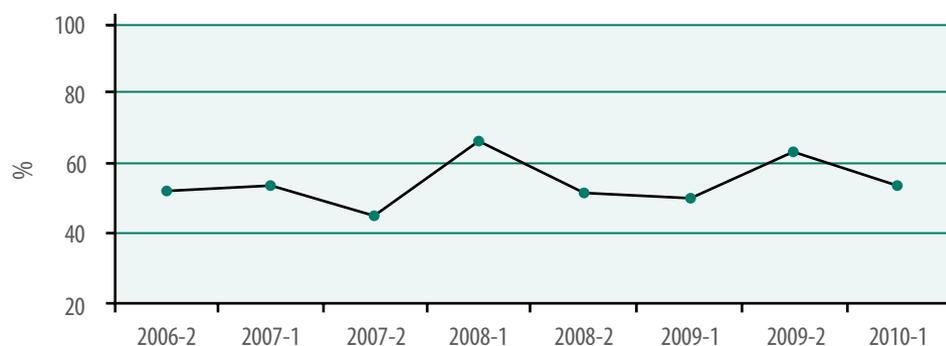
Indicadores	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	53,0	54,0	45,6	66,5	51,8	50,0	63,8	57,8

Fuente: MPS- Sistema de Información para la Calidad.

Gráfica 23

PROPORCIÓN DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN ADECUADOS

EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO EAPB, COLOMBIA 2006-2 A 2010-1



Ficha Técnica

Nombre

Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año.

Definición

Proporción de niños menores de un año con esquema de vacunación completo respecto al número de niños afiliados a su respectiva EAPB por 100 niños.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número de niños menores de un año con esquema de vacunación adecuado según las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Denominador: Número total de niños menores de un año afiliados a la EAPB.
Unidad de Medida: porcentaje.

Fuente

MPS-SIC.

Qué dicen estos datos

La vacunación en menores de un año es crucial para la supervivencia en este grupo de edad, por esta razón hace parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El impacto positivo de las vacunas en los niños menores de un año es ampliamente conocido, tal es el caso de la vacuna contra el *Haemophilus Influenzae* (bacteria muy común en los niños) que tras su introducción en los esquemas de vacunación en este grupo de edad, propició una dramática reducción de la mortalidad por meningitis bacteriana (infección de las capas que cubren el cerebro) y neumonía en la población infantil (170) (171) (172).

Desde la implementación del PAI en 1978, la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles ha bajado significativamente. (173) Hasta antes del año 1993 el Gobierno Nacional tenía la responsabilidad de adquirir los biológicos y administrarlos. A partir de la reforma al sistema de salud la administración de estas vacunas la debe realizar adicionalmente las EAPB. No obstante, esto no fue claro sino a partir del año 2000 mediante la resolución 412 (174). Dentro de este contexto y teniendo en cuenta que las EAPB tienen como obligación minimizar el riesgo de enfermedad de su población afiliada, este indicador cobra una particular importancia.

Para el primer semestre del 2010, las EAPB reportaron que el 54,8% de los menores de un año afiliados cuentan con esquemas de vacunación adecuados. Esta cifra es bastante inferior si se compara con las coberturas encontradas en la ENDS 2010 donde la proporción de niños con esquema de vacunación completa fue de 80% (11). Estas diferencias revelan que las EAPB no tienen el conocimiento suficiente sobre su población infantil afiliada, y que por lo tanto se desconocen los potenciales riesgos a los que están expuestos los niños en Colombia por parte de sus aseguradores.

El reporte de las EAPB de este indicador fue de 89,28%, cifra bastante alta, para atribuir el 25,2% de los niveles de cobertura restantes al subregistro. Por esta razón *Así Vamos en Salud* hace un llamado a las EAPB para que realicen esfuerzos por conocer el estado de salud de su población asegurada por medio de una comunicación mucho más articulada con la red de prestadores que contratan. De la misma manera, se hace un llamado a la Superintendencia de salud para que en el marco de sus funciones de vigilancia, oriente, asista y propenda porque las entidades encargadas del aseguramiento cumplan con sus funciones en una población con prioridad constitucional como son los niños.

24. Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino

Tabla 24

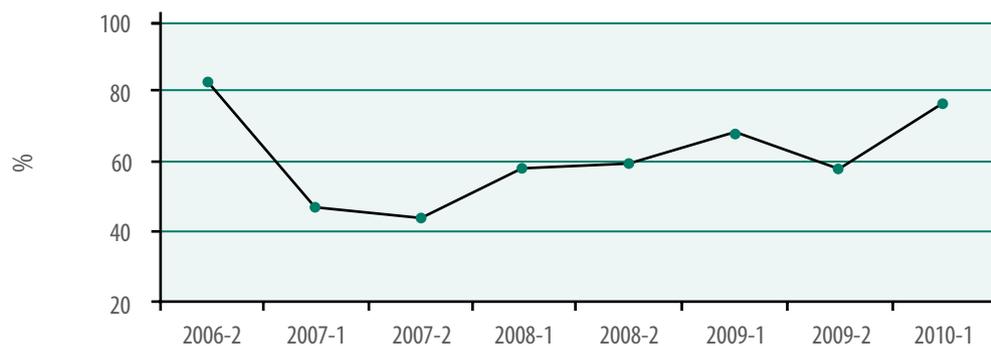
TENDENCIA DE LA OPORTUNIDAD EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Indicador	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	81,3	48,1	44,1	58,8	59,4	69,5	58,3	77,9

Fuente: MPS- Sistema de Información para la Calidad.

Gráfica 24

OPORTUNIDAD EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EAPB, COLOMBIA 2006-2 A -2010-1



Qué dicen estos datos

El cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en las mujeres colombianas (175). Se calcula que se presentan alrededor de 6.800 casos nuevos al año, con una mortalidad de 18,2 por 100.000 (176). El diagnóstico temprano de esta enfermedad ha probado ser una excelente estrategia de prevención de la morbi-mortalidad asociada con la misma.

El indicador “Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino” presenta el porcentaje de casos de cáncer de cuello uterino detectados *in situ*, es decir en su estadio más temprano, sobre el total de casos de cáncer de cuello uterino diagnosticados por las EAPB¹. La detección temprana de este cáncer implica el cumplimiento de tres medidas de prevención claramente definidas. La primera es la toma de la Citología Cervico-uterina a todas las mujeres mayores de 21 años de edad con vida sexual activa, utilizando el esquema 1-1-3, es decir, si se tienen dos citologías normales con diferencia de un año entre ellas, la siguiente citología se puede realizar tres años después hasta los 69 años si las citologías anteriores han sido normales. La segunda es la lectura del resultado que, en caso de ser anormal, debe ir acompañada por exámenes adicionales confirmatorios. Y la tercera, es el tratamiento de acuerdo con el estadio de la lesión encontrada (176).

Las EAPB tienen la obligación de inducir la demanda de este tipo de servicios, es decir que estas instituciones deben asegurarse de que su población femenina se realice la citología. Adicionalmente, dentro del marco de obligaciones de las EAPB se contempla el mantenimiento del estado de salud de la población afiliada. Además tienen el compromiso de asegurarse que las mujeres reciban el resultado de la

1. El párrafo del Artículo 4o. del Decreto 1018 de 2007 define: “Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud”.

Ficha Técnica

Nombre

Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino.

Definición

Razón de mujeres diagnosticadas en estadios tempranos de cáncer de cuello uterino respecto al total de mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número total de pacientes con CA de cuello uterino detectados *in situ*

Denominador: Número total de pacientes detectados con cáncer de cuello uterino.
Unidad de Medida: Porcentaje.

Fuente

MPS-SIC.

citología, que se realice el seguimiento correspondiente y eventualmente el diagnóstico oportuno de esta enfermedad. Una demora ya sea en la realización de la Citología, en recibir el resultado, o en ser sometida a pruebas diagnósticas adicionales, influye de manera directa sobre este indicador y refleja la capacidad de las EAPB para coordinar acciones entre ellos y sus IPS para prevenir o detectar tempranamente enfermedades.

En Colombia actualmente se diagnostican aproximadamente el 79% de los cánceres de cuello uterino en estadio temprano, lo que quiere decir que un 21% son diagnosticados tardíamente. Para el análisis de este indicador se debe tener en cuenta que el denominador es el total de cánceres de cuello uterino diagnosticados. Por esta razón, y debido al subregistro de este tipo de patologías, hay que ser cautelosos al momento de interpretarlo. Por el momento, a pesar de ser un gran avance el reporte de esta información, esta cifra es inaceptable si se tiene en cuenta que acciones tempranas reducen de manera significativa la mortalidad mientras que la tasa de muertes por este cáncer está en aumento (175). Adicionalmente, las múltiples fluctuaciones del indicador que se evidencian durante los últimos años hacen pensar que todavía no existe en el país una tendencia clara hacia la mejoría del mismo.

Este indicador hace evidentes las falencias ya sea en la inducción de la demanda, en la falta de seguimiento a sus afiliadas, o en barreras de acceso a exámenes más sofisticados (como la colposcopia y la biopsia) que puedan llevar al diagnóstico final. Uno de los obstáculos encontrados en el 2008 por el Instituto Nacional de Cancerología en un estudio realizado en cuatro departamentos de Colombia fue la condición de pobreza que, según ellos, determina no solo limitantes de acceso económico, sino también culturales debido a que un bajo nivel educativo está asociado con la ausencia de práctica de citología (177). Esta es una variable que las EAPB deben tener en cuenta al momento de organizar su red de servicios y sus programas de inducción de la demanda.

Por otro lado, es necesario resaltar que solo hasta el 2005 se incluyó en el POS subsidiado la colposcopia y biopsia de cuello uterino por lo que la resolución 3384 de 2000 (vigente aun para establecer metas de detección temprana y protección específica en el POS contributivo y subsidiado) no incluye una meta específica para la realización de estas intervenciones por parte de las EAPB.

Quizás uno de los obstáculos más importantes para el reporte de este tipo de indicadores por parte de las EAPB es que con éstos se establece una alerta sobre las falencias en su gestión. El INC ha detectado en ciertos departamentos de Colombia, que hay instituciones habilitadas para la toma de Citología Cérvico Uterina y algunas de éstas no prestan dicho servicio (178); también se encontró que en la mayoría de las instituciones donde se realiza la lectura de las citologías no se realiza control interno sobre las lecturas de estos exámenes cuando son positivos (178) como lo dicta la guía para el control de calidad de muestras de cuello uterino (179). En otro estudio se identificó que el 27% de las mujeres cuya citología detectó una lesión de alto grado no recibió los servicios indicados (178). Estos resultados pueden corresponder a un insuficiente seguimiento monitoreo de los servicios que las EAPB contratan con sus IPS y de las posibles barreras impuestas por estas mismas entidades para acceder a los servicios.

Así vamos en Salud, considera inadmisibles que existan fallas en el sistema de habilitación de servicios de toma de citología cérvico uterina, la falta de control de calidad interno en la lectura de citologías de algunas instituciones y la falta de seguimiento a las pacientes con anomalías en la citología cérvico uterina. De la misma manera reitera la necesidad de mejorar tanto el reporte como la calidad de la información suministrada a la Superintendencia de Salud y por lo tanto al Sistema de Información para la Calidad. No obstante también considera que la monitorización de este indicador es de gran relevancia teniendo en cuenta todos los procesos que deben llevarse a cabo por parte de las EAPB para lograr el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino y que se traduzca en una adecuada gestión del riesgo en salud, por esta razón AVS considera que es un gran avance la inclusión de este indicador en las bases para el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (la meta es una detección oportuna del cáncer de cuello uterino en un 80% para el 2014) (180) para el papel que debe jugar la calidad en el sistema de salud colombiano.

25. Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada

Tabla 25

TENDENCIA DE LA PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA

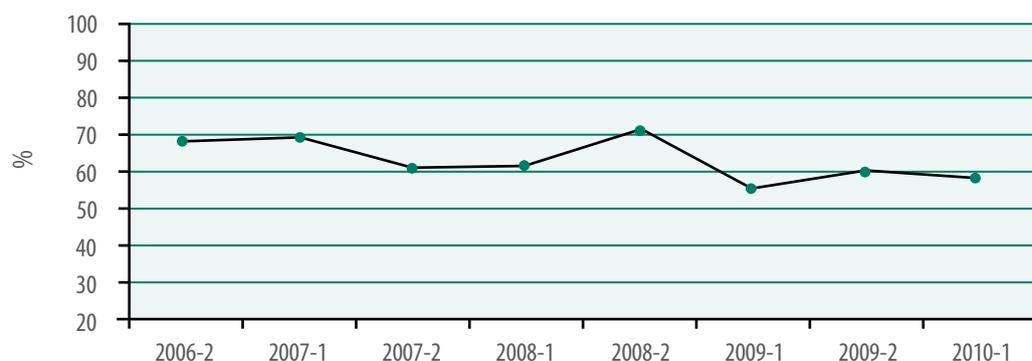
Indicadores	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada IPS	68,6	70,3	61,4	62,1	71,8	56,1	60,6	59,0

Fuente: MPS- Sistema de Información para la Calidad.

Gráfica 25

PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN

ARTERIAL CONTROLADA EN IPS, COLOMBIA 2006-2 A 2010-1



Qué dicen estos datos

La Hipertensión Arterial (HTA), es el principal factor de riesgo de muerte a nivel mundial, se estima que 7,1 millones de muertes al año se atribuyen a la hipertensión arterial; 4,4 millones a la hipercolesterolemia y 2,6 millones al exceso de peso (181). Esta situación es preocupante si se tiene en cuenta que a la HTA se le atribuye el 62% de las enfermedades cerebrovasculares, el 49% de las enfermedades isquémicas del corazón (infartos) y otras enfermedades como la falla renal. (181)

En Colombia, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2007, el 22,8% de la población de 18 a 69 años tiene HTA (89). y menos del 40% de esta población consigue un adecuado control de las cifras de presión arterial (182), coincidiendo con resultados de estudios internacionales (183). Los resultados recientes de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010, indican que un 45% de los adultos mayores han sido diagnosticados alguna vez con hipertensión arterial. En el caso concreto de la población mayor de 60 años, la prevalencia corresponde a un 16,3% (11).

Ficha Técnica

Nombre

Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada IPS.

Definición

La monitorización de este indicador debe incidir en la mejora de la eficiencia y la efectividad clínica e impactar en las fallas de calidad que incrementan el alto costo en el sistema.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia. Denominador: Número total de pacientes hipertensos diagnosticados. Unidad de Medida: por 100.

Fuente

MPS-SIC.

Frente al indicador de pacientes con hipertensión controlada, se evidencia una clara tendencia a la disminución entre el segundo periodo del 2008 con el 71,8% de los usuarios reportados en el Sistema de información de calidad, frente a un 59,2% en el primer periodo del 2010, lo que demuestra dificultades para llevar a cabo un adecuado seguimiento de la enfermedad.

Dentro de las causas que pueden llevar a los bajos índices de control de la enfermedad, se encuentra la falta de adherencia al tratamiento, la edad avanzada, el bajo nivel de escolaridad, la residencia en áreas rurales, así como el mantenimiento de estilos de vida no saludables (consumo de alcohol y tabaco, dieta inadecuada y sedentarismo) (181) (183).

En Colombia, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 estableció como prioridad nacional la prevención y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles. De igual manera, el Acuerdo 395 del 2008, en pro de mejorar estas acciones, consideró necesario realizar un ajuste del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, incluyendo actividades para la atención de la *Diabetes Mellitus* Tipo 2 y la Hipertensión Arterial en los grupos poblacionales de mayor riesgo. Así mismo, determinó las acciones dirigidas a la detección y control oportuno de los riesgos de las complicaciones de estas afecciones en los mayores de 45 años, así como las frecuencias mínimas anuales de atención y la vinculación a los diferentes programas de prevención y manejo de la enfermedad de los profesionales de la salud idóneos para el desarrollo de las acciones propuestas (184).

Las anteriores circunstancias denotan la necesidad de que las IPS establezcan acciones orientadas a identificar la prevalencia de hipertensión arterial en personas con factores de riesgo asociados, a garantizar un mayor seguimiento y control de sus pacientes, así como fortalecer los programas de promoción y prevención, con miras a aumentar el conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones dentro de la población, a promover los estilos de vida saludables y a mejorar la adherencia al tratamiento prescrito.

26. Oportunidad en la entrega de medicamentos POS

Tabla 26

TENDENCIA DE LA OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS

Indicadores	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Oportunidad de entrega de medicamentos POS	98,2	58,5	87,0	87,6	93,5	90,4	91,5	95,7

Fuente: MPS- Sistema de Información para la Calidad.

Gráfica 26

OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS EAPB, COLOMBIA, 2006-2 A 2010-1



Qué dicen estos datos

Para el año 2010, se reporta que el 95,3% de los medicamentos solicitados a la farmacia fueron entregados la primera vez que el usuario presentó la fórmula. Cifra contradictoria si se tiene en cuenta la cantidad de tutelas por medicamentos POS interpuestas en períodos anteriores de acuerdo con la Defensoría del Pueblo (129).

De acuerdo con el Observatorio Nacional de Calidad en Salud la información proveniente de instituciones con sistemas de información computadorizados es de mejor calidad y su entrega más oportuna que la de aquellas instituciones en las que no utilizan estos sistemas (185). No obstante es necesario resaltar la gran divergencia que se presenta en los datos y la necesidad de optimizar los sistemas de información de las farmacias de las EAPB.

Así Vamos en Salud considera de gran importancia el seguimiento de este indicador a la luz de la información proporcionada por el Ministerio de la Protección Social para conocer las brechas que cada EAPB tiene frente a lo reportado tanto a la Superintendencia de Salud como al Ministerio de la Protección Social y de esta manera incentivar no solo el reporte oportuno y adecuado de información que alimenta el Sistema de Información para la Calidad, sino también la entrega oportuna de medicamentos a los pacientes, lo que facilita por un lado el cumplimiento de los tratamientos de su parte y por otro lado el control de las patologías diagnosticadas en el Sistema.

En el propósito de que la entrega oportuna de medicamentos sea parte de un conjunto de acciones y estrategias para optimizar la calidad en el servicio de salud, debe complementarse con el control de calidad y las políticas de BPM (Buenas prácticas manufactureras). La Ley 1438 retoma el tema por medio de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (186), por otro lado el INVIMA debe garantizar la calidad, eficacia y seguridad de insumos, medicamentos y dispositivos médicos según estándares internacionales. De igual manera se deberá estar pendiente de la conformación y desempeño del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud propuesto por la misma reglamentación. Este tipo de decisiones y orientaciones sobre medicamentos son temas que deben ser abordados rápidamente considerando la reciente identificación de problemas de corrupción con los recobros de los medicamentos durante el 2011.

Ficha Técnica

Nombre

Oportunidad de entrega de medicamentos POS.

Definición

Proporción de medicamentos POS entregados en la farmacia de la EABS respecto a medicamentos POS recetados por su médico tratante.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número total de medicamentos POS ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula.

Denominador: Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afiliado o su representante durante el período. Unidad de Medida: por 100.

Fuente

MPS-SIC.

Indicadores financieros

En respuesta a la reciente coyuntura respecto a la estabilidad financiera del sistema de salud y la declaración de Emergencia Social por parte del Gobierno Nacional, *Así Vamos en Salud* además de exponer sus indicadores habituales en el campo del financiamiento -como la tendencia de la cartera reportada por las IPS- construyó dos indicadores: La evolución de la UPC y la evolución del IPC- Salud. El análisis de ambos indicadores tiene en cuenta fenómenos como la unificación de planes de beneficio y el incremento inflacionario.

Uno de los problemas a los que nos enfrentamos es la disponibilidad de información y la falta de estudios realizados en esta materia. Esperamos que con estos indicadores se abra la puerta a nuevas investigaciones y, de esta manera, a futuras recomendaciones de política pública que orienten el manejo de los recursos del sector salud.

27. Tendencia de la cartera reportada por las IPS en Colombia

Tabla 27

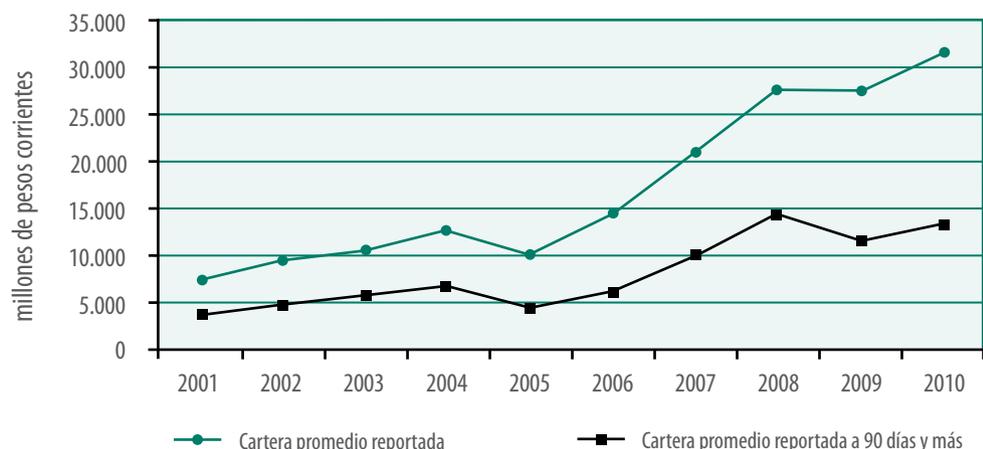
TENDENCIA DE LA CARTERA REPORTADA POR LAS IPS EN COLOMBIA

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cartera reportada	360.896	723.021	1.115.137	1.408.349	1.167.705	1.676.504	2.307.162	3.140.176	2.770.049	3.880.468
Cartera reportada a 90 días y más	168.538	352.399	606.932	752.700	526.713	729.300	1.122.820	1.615.807	1.152.995	1.635.862
Cartera promedio reportada	7518,67	9640,28	10826,57	12803,17	10243,02	14452,62	20974,2	28037,28	27700,49	31807,11
Cartera promedio reportada a 90 días y más	3511,208	4698,65	5892,54	6842,72	4620,29	6287,07	10207,46	14426,85	11529,95	13408,70

Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Gráfica 27

EVOLUCIÓN CARTERA PROMEDIO COLOMBIA, 2001- 2010



Qué dicen estos datos

En Colombia, según el estudio de cartera de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), las cuentas por cobrar promedio de las IPS asociadas superan los 31.000 millones de pesos, y más del 48,7% de esta cartera es morosa, es decir que no se ha saldado esta deuda después de 60 días de su facturación (187).

Los datos de cartera muestran una gran lentitud en el flujo de recursos: una cartera morosa de 48,7 % es síntoma de problemas estructurales, debidos a trámites prolongados en las distintas instancias donde circula el dinero y a las marcadas ineficiencias de dichas instancias, los cuales se presentan en mayor medida en el régimen subsidiado, debido a la larga cadena de entes que administran los recursos de la salud (187).

De acuerdo con este estudio, el Estado colombiano es el principal deudor, a través del FOSYGA, de los Entes Territoriales, y de las EPS públicas (incluyendo la Nueva EPS de naturaleza mixta y EPS como Cajanal en liquidación). La deuda a las IPS era de más de 1,5 billones de pesos a junio de 2010, lo cual corresponde a cerca de un 39% de la cartera total de las IPS; esta deuda es morosa en un 57,7%. FOSYGA adeudaba \$96.516 millones de pesos a las IPS del estudio (122) con una cartera morosa del 82,3%; los Entes Territoriales adeudaban \$493.369 millones de pesos con un 69% de esta cartera morosa; y la Nueva EPS, con una deuda de \$ 402.296 millones de pesos siendo el 47,3% de ésta, cartera morosa, lo cual hace de esta entidad la deudora más grande (187).

Es necesario tener en cuenta que el estudio de cartera de la ACHC corresponde a una muestra de solo 122 IPS públicas y privadas (de un universo de alrededor de 10.000 IPS hospitalarias (188)) con datos no definitivos para el 2010. Esto indica que la situación de cartera en las IPS puede ser aún más grave de lo que reporta este estudio.

Parte de la emergencia social en salud a comienzos de 2010, se adelantó con miras a reducir la morosidad de los organismos estatales hacia las EPS e IPS, con lo cual se liberaron recursos para saldar las deudas acumuladas y se aumentaron los

Ficha Técnica

Nombre

Cartera reportada.

Definición

Total de cartera reportada por las IPS.

Metodología de Cálculo

Suma de la cartera reportada por las IPS durante un periodo de tiempo Unidad de Medida: Millones de pesos corrientes.

Nombre

Cartera reportada a 90 días y más

Definición

Total de cartera reportada por las IPS a 90 días y más.

Metodología de Cálculo

Suma de la cartera a 90 días y más reportada por las IPS durante un periodo de tiempo Unidad de Medida: Millones de pesos corrientes.

Fuente

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Consulte las otras fichas técnicas en www.asivamosensalud.org

recursos del Sistema por medio de los impuestos a las actividades de juego y azar, y cigarrillos y alcohol (189).

Estos impuestos siguen vigentes (190), sin embargo la ampliación de la cobertura del SGSSS y la unificación del POS del régimen subsidiado y contributivo, generarán un aumento considerable de los gastos del régimen subsidiado, poniendo en peligro la estabilidad financiera del SGSSS.

A pesar del aumento de la cartera total, una disminución del porcentaje de cartera morosa es evidente en los datos de la ACHC de 2009 y 2010, lo cual deberá ser sujeto de un análisis a profundidad, pues quizás es el resultado de las medidas tomadas por el Gobierno anterior, de mejoras en los mecanismos de control y de la aplicación de mecanismos de conciliación de deuda.

El Gobierno actual espera aumentar la base de contribuyentes y agilizar los procesos de pago, por medio de conciliación y de procesos de sanción implementados por la Superintendencia Nacional de Salud y la Procuraduría General de la Nación, así como procesos de rendición de cuentas.

El problema de la cartera hospitalaria en Colombia, es un problema de lentitud en el flujo de recursos, que se deriva del incumplimiento de la normatividad vigente. Esto hace que la labor de entes de control como la Superintendencia Nacional de Salud y la Procuraduría, sea importante para garantizar que los entes estatales, las IPS y EPS empiecen a cumplir con sus respectivas obligaciones.

28. Evolución de la UPC nominal en pesos corrientes y deflactada por IPC

Tabla 28

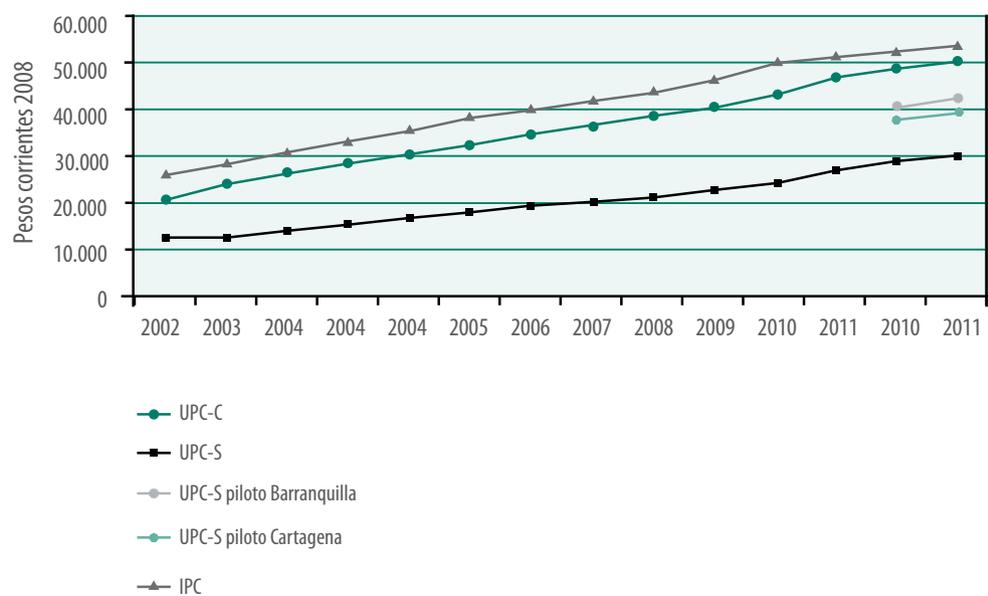
Evolución de la UPC nominal en pesos corrientes y deflactada por IPC

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
UPC-C	304.154	323.316	344.974	365.673	386.881	404.215	430.488	467.078	485.013	500.584
UPC-S	168.023	179.768	192.344	203.886	215.712	227.578	242.370	267.678	289.728	298.912
IPC	71,4	76,0	80,2	84,1	87,9	92,9	100,0	102,0	104,6	108,1
UPS-S piloto Barranquilla									402.127	421.891
UPS-S piloto Cartagena									380.391	392.458
UPC-C def	425.986	425.248	430.088	434.807	440.288	435.248	430.488	457.920	463.861	463.118
UPC-S def	235.327	236.4449	239.801	242.433	245.490	245.050	242.370	262.429	277.093	276.540
UPS-S piloto Barranquilla def									384.590	390.316
UPS-S piloto Cartagena def									363.807	366.885

Fuente: Acuerdos del CNSSS; Acuerdos CRES ; DANE ; Banco de la República; Giedion U. 2008; Camacho S. 2003,

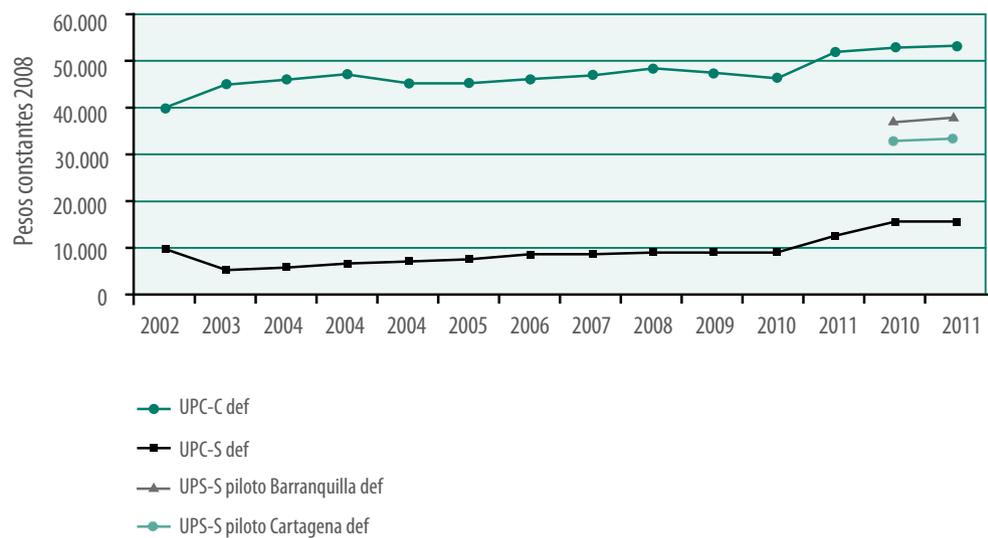
Gráfica 28a

EVOLUCIÓN UPC NOMINAL EN PESOS CORRIENTES, COLOMBIA 2002-2011



Gráfica 28b

EVOLUCIÓN UPC NOMINAL EN PESOS CONSTANTES, COLOMBIA 2002-2011



Ficha Técnica

Nombre

UPC régimen contributivo

Definición

Prima de aseguramiento correspondiente a un plan de seguros cuya cobertura está determinada por el POS Contributivo.

Fuente

Acuerdos del CNSSS; Acuerdo CRES; Ursula Gideon DANE; Banco de la República; Camacho UPC constante hasta 2003.

Nombre

UPC régimen subsidiado

Definición

Prima de aseguramiento correspondiente a un plan de seguros cuya cobertura está determinada por el POS Subsidiado.

Fuente

Acuerdos del CNSSS; Acuerdo CRES; Ursula Gideon DANE; Banco de la República; Camacho UPC constante hasta 2003.

Nombre

UPC régimen subsidiado
Prueba piloto

Definición

Prima de aseguramiento correspondiente a un plan de seguros cuya cobertura está determinada por el POS Subsidiado, en Barranquilla y Cartagena.

Fuente

Acuerdo CRES; Banco de la República constante hasta 2003.

Nombre

UPC régimen contributivo def.

Definición

Valor deflactado de las UPC del régimen Contributivo, en determinada región y en determinado año.

Fuente

Acuerdos del CNSSS; Acuerdo CRES; DANE; Banco de la República; Giedion U. 2008; Camacho S. 2003.

Qué dicen estos datos

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el pago que realiza el FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) a las EPS por cada afiliado o beneficiario, para que éstos reciban los servicios de salud determinados en el Plan Obligatorio de Salud (POS). También se puede considerar como la prima de aseguramiento correspondiente a un plan de seguros cuya cobertura está determinada por el POS. (191)

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) estableció los valores de la UPC de 1994 al 2008 y desde el 2009 esta responsabilidad pasó a la CRES (Comisión de Regulación en Salud). El valor nominal (en pesos constantes del 2008) de la UPC subsidiada (UPC-S) ha fluctuado entre el 53% y el 69% del valor nominal de la UPC contributiva (UPC-C) con lo cual se le brinda un plan de beneficios (POS) más restringido que el del contributivo.

La UPC-C se ajusta de acuerdo con los ponderadores de edad, sexo y localización geográfica, que también determina la CRES, con lo cual la UPC-C resulta un 8,5% mayor que su valor nominal para el 2008 (192). Adicionalmente, en el régimen contributivo se agrega un valor para las actividades de promoción y prevención. Por otro lado, en el régimen subsidiado, existen ponderadores para la UPC-S solo por localización geográfica (no por edad y sexo) y una UPC-S inferior para los llamados subsidios parciales, que corresponden a coberturas parciales del POS-S. Existe por lo tanto una brecha importante entre la UPC y el POS contributivo y el subsidiado, que se ha disminuido ligeramente en 2010 con la unificación del POS para los menores de 18 años (193) y con las UPC-S establecidas por la CRES para los pilotos de unificación del POS en Barranquilla y Cartagena. (194)

Al revisar el comportamiento de la UPC deflactada por IPC general, se observa que los valores de las UPC-C han tenido un incremento del 17,2%, mientras que la UPC-S ha tenido un incremento de solo el 8,3% durante el periodo 1995-2008, incluyendo algunos incrementos puntuales, relacionados con la inclusión de nuevos tratamientos y medicamentos en el periodo 2006-2008 (195).

El valor de la UPC debería ser proporcional al plan de beneficios que se le presta al paciente, por lo que si las UPC son demasiado bajas, se podría afectar la viabilidad financiera de los aseguradores en el sistema y/o se podría poner en riesgo el acceso a los servicios de salud contemplados en el POS. Este es un tema de discusión dentro del sector; por ejemplo la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI que agremia a las EPS considera que las UPC actuales son insuficientes (196); mientras que los estudios técnicos del Ministerio de la Protección Social, que han servido de insumo para el ajuste de la UPC por parte del CNSSS y de la CRES, en general encuentran que la UPC es suficiente, y cuando no lo ha sido, han recomendado incrementarla proporcionalmente para alcanzar dicha suficiencia (197).

Por otra parte, el gobierno actual reconoce la necesidad de un cambio en la UPC; para esto, espera lograr una reestructuración total del POS que obedezca a criterios de costo-efectividad, eficiencia y sostenibilidad financiera, y que sea definido a la par con el valor de la UPC. Esto se ve reflejado en la Ley 1438 de 2011 que reglamenta la actualización del POS cada 2 años iniciando en el 2011. (186) La CRES también ha manifestado que se definirá un nuevo POS que empiece a operar desde el 2011. (198)

La unificación del plan obligatorio de salud (POS) del régimen subsidiado y contributivo tiene que ser una realidad antes del 2015, según la sentencia T-760 de 2008

de la Corte Constitucional, lo que implica una unificación de la UPC de ambos regímenes. Para lograr este objetivo, la CRES decidió diseñar e implementar unas pruebas piloto para validar la consistencia de los recursos y los costos del plan unificado en el Régimen Subsidiado; para validar el plan de atención relacionado con dichos costos, la coherencia de la información de afiliación, servicios y costos y la solidez de la participación ciudadana y que se fijaran unas reglas claras a los entes territoriales para que fueran posibles. Estos pilotos iniciaron en febrero de 2010 en Barranquilla y en abril de 2010 en Cartagena. (199). Un año después, la CRES no ha divulgado una evaluación de estos pilotos y no existe aun claridad si estas experiencias son viables y replicables en el resto del país.

A partir de la brecha que se observa es importante considerar que tal como se manifestó en el Foro Anual 2010 de *Así Vamos en Salud* y como lo expresa la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional, es necesario avanzar hacia la unificación de los planes de beneficio para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud. Adicionalmente, *Así Vamos en Salud* resalta la importancia de que la CRES realice un seguimiento más estricto a los pilotos de unificación que se están llevando a cabo en Barranquilla y Cartagena que incluya estudios de suficiencia de la UPC para sustentar dichos cambios.

Nombre

UPC régimen Subsidiado def.

Definición

Valor deflactado de las UPC del régimen Subsidiado, en determinada región y en determinado año.

Fuente

Acuerdos del CNSSS; Acuerdos CRES ; DANE ; Banco de la República; Giedion U. 2008; Camacho S. 2003.

Nombre

UPC régimen subsidiado Prueba piloto def.

Definición

Valor deflactado de las UPC del régimen Subsidiado prueba piloto, en Barranquilla y Cartagena , en determinado año.

Fuente

Acuerdos del CNSSS; Acuerdos CRES ; DANE ; Banco de la República; Giedion U. 2008; Camacho S. 2003.

29. Evolución del IPC y del IPC salud

Tabla 29

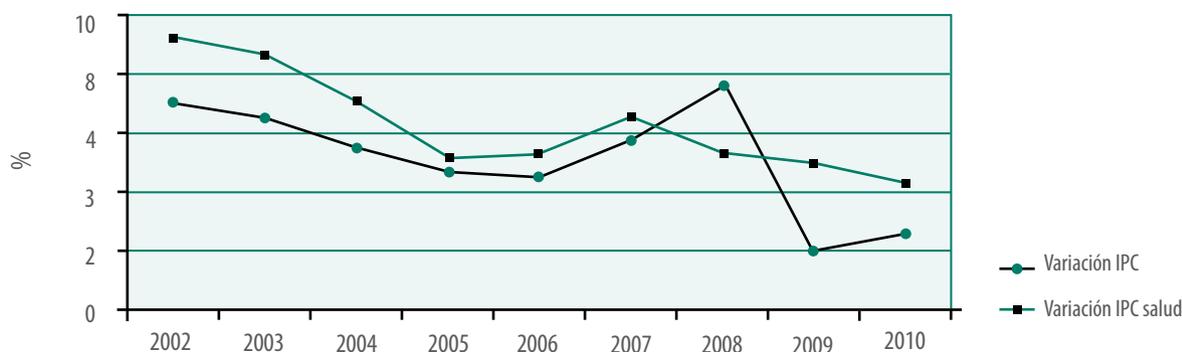
EVOLUCIÓN DEL IPC Y DEL IPC SALUD

Indicador	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Variación IPC	6,99	6,49	5,50	4,85	4,48	5,69	7,67	2,00	2,59
Variación IPC salud	9,23	8,62	6,99	5,11	5,28	6,50	5,29	4,94	4,25

Fuente: DANE, ANIF.

Gráfica 29

EVOLUCIÓN IPC, COLOMBIA 2002-2010



Qué dicen estos datos

El Índice de precios al consumidor (IPC), mide el cambio de los precios de una canasta de productos con respecto a un año base. Con el IPC, se puede medir la variación de los precios de la canasta, es decir, la inflación. El IPC-salud toma los precios de la canasta de productos correspondientes al grupo salud de la canasta básica familiar.

El IPC-salud, que se deriva de los cálculos del DANE, mide la variación de los precios de los productos de salud representativos de los hogares colombianos. Como productos representativos se entienden los comúnmente usados en los hogares, tales como anteojos, antidiabéticos, antiinflamatorios, preservativos, consultas médicas, seguros médicos, etc. Estos productos son parte del grupo salud, de la canasta básica familiar (200).

En la actualidad Colombia se encuentra dentro de su meta de inflación que es de un 2% a 4% anual (201), la cual es considerada una inflación baja que indica estabilidad de los precios en los mercados.

Al analizar la gráfica de la variación del IPC general y del IPC-salud, se puede deducir que la inflación de los productos de salud es mayor que la inflación en general. Una explicación para este fenómeno puede ser que los servicios de salud en muchos casos son vitales y de primera necesidad (carácter inelástico de la demanda de productos de salud), lo cual facilita las condiciones para que los proveedores de servicios o medicamentos incrementen los precios para maximizar sus beneficios a costa de la necesidad del comprador (202).

Este IPC-salud es una medida del costo que tienen para el consumidor los servicios de salud y da cuenta del fenómeno de la inflación en productos relacionados con la salud; se cree que debería reflejar el comportamiento de los precios de los distintos servicios de la salud y que con este podría evaluarse la dinámica de dichos precios, pero por razones metodológicas no se puede dar esta interpretación (203). Adicionalmente se ha utilizado para analizar la suficiencia de la UPC (204), sin embargo este análisis es limitado ya que podría no ser representativo de los precios de medicamentos y servicios de salud en Colombia, teniendo en cuenta que se calcula con base en el gasto de bolsillo de los hogares en salud y no toma información de los precios de los medicamentos, dispositivos, insumos y servicios que se consumen en el SGSSS. Por un lado, de acuerdo con los cálculos del DANE, para el IPC salud, el gasto de los hogares en salud es apenas el 2 % del gasto total de la canasta básica. Por otro lado, de acuerdo con cálculos de CEPAL, el gasto de bolsillo es solo el 15,6% del gasto total en salud (205).

La CRES utiliza el IPC para calcular el incremento de la UPC solo en el caso de que los estudios de suficiencia no estén disponibles, teniendo en cuenta lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007¹ (206) (207), lo cual hace que el seguimiento de este indicador sea importante para el SGSSS. Sin embargo, el IPC-salud del DANE representa una porción muy reducida de los precios del mercado de la salud en Colombia, por lo que aportaría muy poco al análisis del mercado de la salud (208). Esto indica la necesidad de que el SGSSS cuente con un indicador de inflación en salud que refleje de forma más cercana los precios de los medicamentos, dispositivos, insumos y servicios en el SGSSS.

1 Ley 1122, Artículo 7. Funciones de la CRES: 3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, de acuerdo con la presente Ley. Si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.

Ficha Técnica

Nombre

Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año.

Definición

Proporción de niños menores de un año con esquema de vacunación completo respecto al número de niños afiliados a su respectiva EAPB por 100 niños.

Metodología de Cálculo

Numerador: Número de niños menores de un año con esquema de vacunación adecuado según las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Denominador: Número total de niños menores de un año afiliados a la EAPB.

Unidad de Medida: porcentaje.

Fuente

DANE, ANIF

Trabajos citados

- Naciones Unidas. Informe 2010: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York; 2010.
- World Health Organization. Maternal and newborn health topics : Maternal mortality. [Online]. [cited 2010 Junio 30. Available from: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/en/index.html.
- World Health Organization. Sitio web de World Health Organization: Fact sheet N°178. [Online].; 2009 [cited 2010 Junio 30. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/index.html>.
- World Health Organization. Fact sheet N°332: Early child development. [Online].; 2009. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/en/index.html>.
- Arcos E, Mardones A, Romero J, Saldivia J, Quintana J, Muñoz L. Relación entre el estado nutricional de madres adolescentes y el desarrollo neonatal. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 1995; 6(118).
- Organización Panamericana de la Salud. Asegurando un inicio saludable para un desarrollo futuro: El hierro durante los primeros seis meses de vida. Washington; 2008.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia & Departamento Nacional de Planeación. Conpes Social 91: “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015. 2005 Marzo 14.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes # 140: Modificación a Conpes social 91 del 14 de Junio de 2005: “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015”. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2011.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe Mundial de la Infancia 2009. New York; 2009.
- UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2007. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2007.
- Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá; 2010.
- Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? Lancet. 2003;(361): p. 2226–34.
- Bryce J, Arifeen Se, Pariyo G. Reducing child mortality: can public health deliver? Lancet. 2003 July 12;(362): p. 159–64.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Desarrollo objetivos del milenio: Buenas Prácticas en lo Local objetivo 4. [Online]. Available from: http://www.pnud.org.co/img_upload/3332313332316164616461646164/Reducir%20la%20mortalidad%20infantil.pdf.
- UNICEF. La niñez colombiana en Cifras. Bogota; 2002.
- “.” Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. New York: Oxford University Press.; 2006.
- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2009. Paris: Organización Mundial de la Salud ; 2009.
- DANE. Estadísticas Vitales. [Online]. [cited 2010 Junio 30. Available from: www.dane.gov.co.
- Victoria CG, Wagstaff A, Armstrong J. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. Lancet. 2003 July 19;(362): p. 233–41.
- Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn S, Wang M. Maternal mortality for 181 countries, 1980 – 2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. The Lancet. 2010.
- Asi Vamos en Salud. Partos institucionales: Indicadores de servicios de salud: Asi Vamos en Salud. [Online].; 2011 [cited 2011 Marzo 30. Available from: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=139:porcentaje-de-partos-atendidos-en-instituciones-de-salud&catid=64:Indicadores%20-%20Acceso%20a%20servicios&Itemid=76.
- Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: 2005 Bogotá; 2005.
- Ministerio de la Protección Social. Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna. Bogotá; 2004.
- World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- ICD10. [Online]; 2006 [cited 2010 Marzo 15. Available from: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
- The United Nations Children’s Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO). Pneumonia: The forgotten killer of children Ginebra; 2006.
- Ministerio de la Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). [Online]. [cited 2011 Marzo 25. Available from: <http://www.minproteccion-social.gov.co/salud/Paginas/pai.aspx>.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. Vacuna contra el neumococo gratis para todos. [Online].; 2009 [cited 2011 03 25. Available from: http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/x_frame_detalle.php?id=33218.
- WHO & UNICEF. Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia Paris; 2009.
- World Health Organization. Sitio Web: World Health Organization. [Online].; 2009 [cited 2011 Febrero 15. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/>.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud de Las Américas 2007- Volumen Regional Washington; 2007.
- World Health Organization. The Treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. Cuarta ed. Ginebra; 2005.
- UNICEF & WHO. Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done Geneva; 2009.
- USAID, UNICEF, WHO. Lineamientos para el Tratamiento de la Diarrea Arlington; 2005.
- Ministerio de Ambiente. Programas: Lavado de Manos. [Online]. [cited 2011 marzo 15. Available from: http://www.minambiente.gov.co/contenido/contenido_imprimir.aspx?catID=112&conID=231&pagID=219.
- UNICEF. Nutrition Security and Emergencies: United Nations Children’s Fund. [Online]. [cited 2010 Junio 30. Available from: http://www.unicef.org/nutrition/index_emergencias.html.
- UNICEF. Estado Mundial de La Infancia: Conmemoración de los 20 años de la convención sobre los derechos del Niño Nueva York; 2010.
- WHO & UNICEF. Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival 2010 Geneva: WHO Press; 2010.
- Gaitan H, Delgado M. Bajo Peso al Nacer: Otro ejemplo de inequidad social en Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009 Abril/Junio; 60(2): p. 121-123.
- Ministerio de la Protección Social. Decreto número 3039 de 2007: Plan Nacional de Salud Pública Bogotá: Imprenta Nacional; 2007.
- World Health Organization. Immunization surveillance, assessment and monitoring: Neonatal Tetanus. [Online]; 2009 [cited 2011 Abril

28. Available from: http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/neonatal_tetanus/en/.
41. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases: The Pink Book. 12th ed. Atkinson W WSHJe, editor. Washington DC: Public Health Foundation; 2011.
 42. Instituto Nacional de Salud. Tétanos Neonatal 2009-2010. Solicitud personal de Así Vamos en Salud al Instituto Nacional de Salud. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Enfermedades Inmunoprevenibles ; 2011.
 43. World Health Organization. Annual WHO/UNICEF Joint Reporting Form and WHO regional offices reports. 2010 Diciembre 15..
 44. Blencowe H, Lawn J, Vandelaer J, Roper M, Cousens S. Tetanus toxoid immunization to reduce mortality from neonatal tetanus. *International Journal of Epidemiology*. 2010; 39: p. i102-i109.
 45. Ropera MH, Vandelaer JH, Gassec FçL. Maternal and neonatal tetanus. *Lancet*. 2007 September; 370.
 46. World Health Organization. Health Impact Assessment (HIA): The determinants of health. [Online]. [cited 2011 Abril 1. Available from: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index.html>].
 47. WHO. Global Health risks:mortality and burden of disease attributable to selected major risks Geneva: WHO Press; 2009.
 48. Caulfield L, De Onis M, Blössn M. Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2004 Julio; 1(80): p. 193–198.
 49. United Nations. Nutrition: A Foundation for Development Ginebra; 2002.
 50. World Health Organization. Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Ginebra: WHO Press; 2009.
 51. World Health Organization. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis WHO. *Lancet*. 2000 Febrero; 355: p. 451–55.
 52. Owen C, G. C, Whincup PH, Odoki K, Gilg J, Cook DG. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. *Pediatrics*. 2000 Abril 19; 110(3): p. 597–608.
 53. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plegemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology* ; 162: p. 397-403.
 54. Beral V. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data. 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002; 360: p. 187-95.
 55. Valdéz A. Entrevista telefónica. 2011. Mayo 31.
 56. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 - ENSIN Bogotá; 2010.
 57. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008 Enero 26; 371: p. 340–57.
 58. Black RE, Allen LH, Bhutta ZqA, Caulfield LE, Onis Md, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008 Enero 19, ; 371.
 59. Gorstein J. Assessment of nutritional status: effects of different methods to determine age on the classification of undernutrition. *Bulletin of the World Health Organization* 1989. 1989; 67(2): p. 143-150.
 60. Control Disease Center - CDC. Growth Charts. [Online].; 2010 [cited 2011 Abril 12. Available from: <http://www.cdc.gov/growthcharts/>].
 61. World Health Organization. New WHO child growth standards catch on. *Bulletin of the World Health Organization*. 2011; 89(4): p. 250-251.
 62. Así Vamos en Salud. Indicadores del Estado de Salud: Bajo Peso al Nacer. [Online].; 2010 [cited 2011 Abril 1. Available from: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=292:prevalencia-de-bajo-peso-al-nacer&catid=55:Indicadores&Itemid=74].
 63. World Health Organization Department of Making Pregnancy Safer. Standards for Maternal and Neonatal Care Steering. In Safer WHODOMP. Standards for Maternal and Neonatal Care. Ginebra; 2007.
 64. Carroli G, al e. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet*. 2001; 357: p. 1565–1570.
 65. World Health Organization. Fact sheet N°311: Obesity and overweight. [Online].; 2011 [cited 2011 Abril 18. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>].
 66. Haslam D, James W. Obesity. *Lancet*. 2005 Octubre 1; 366: p. 1197-20.
 67. Hamman RF. Genetic and Environmental Determinants of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM). *Diabetes Metabolism Reviews*. 1992;8; 8: p. 287-338.
 68. Calle E, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thu M. Overweight, Obesity, and Mortality from Cancer in a Prospectively Studied Cohort of U.S. Adults. *New England Journal of Medicine*. 2003 Abril 24; 348(17): p. 1625-38.
 69. WHO. 2008-2013: Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Ginebra; 2008.
 70. Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet*. 2010 Noviembre 11.
 71. Villareal DT, Suresh C, Parimi N, Sinacore D, Hilton T, Armamento-Villareal R, et al. Weight Loss, Exercise, or Both and Physical Function in Obese Older Adults. *New England Journal of Medicine*. 2011 Marzo; 364(13): p. 1218-29.
 72. Ministerio de la Protección Social. Boletín de prensa No 078 de 2011: Ministerio, EPS y Sociedades Científicas unidos para mejorar hábitos saludables. [Online].; 2011 [cited 2011 Abril 18. Available from: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/comunicadosPrensa/Paginas/Ministerio,EPYSociedadescient%C3%ADficasunidosparamejorarh%C3%A1bitos saludables.aspx>].
 73. World Health Organization. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. [Online].; 2010 [cited 2011 Abril 12. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf].
 74. Organización Mundial de la Salud. STOP the global epidemic of chronic disease. a practical guide to successful advocacy Vita-Finzi L, editor. Switzerland: World Health Organization; 2006.
 75. Pontificia Universidad Javeriana & Cendex. Carga de Enfermedad Colombia 2005: Resultados Alcanzados Bogotá; 2008.
 76. World Health Organization. 10 facts on the global burden of disease. [Online].; 2008 [cited 2011 June 20. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/global_burden/en/index.html].
 77. Rodríguez J, Gallardo H. Carga Global de Enfermedad. Colombia 1985-1995. Ministerio de Salud RdC, editor. Bogotá: Imprenta Nacional; 2000.
 78. Ministerio de la Protección Social. Resultados del taller de consenso de los criterios para la priorización de condiciones de salud para la realiza-

- ción de Guías de Atención Integral y la estimación de sus ponderadores. [Online].; 2009 [cited 2011 Marzo 20. Available from: <http://www.pos.gov.co/Paginas/ConvocatoriaaGu%c3%adasdeAtenci%c3%b3nIntegral.aspx>.
79. Comisión de Regulación en Salud – CRES. Artículo: la CRES responde claro en debate de Control Político adelantado por las Comisiones Séptimas. [Online].; 2011 [cited 2011 Junio 2. Available from: <http://www.cres.gov.co/Noticias/tabid/472/ItemId/103/vw/1/Default.aspx>.
 80. International Diabetes Federation. A call to action on Diabetes Brussels; 2010.
 81. Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas 2007.
 82. Observatorios de la Salud para América Latina y el Caribe. Informe Regional de Cobertura Efectiva. Bogotá; 2010. Report No.: 978-958-96648-5-8.
 83. World Health Organization. Fact sheet N°312: Diabetes. [Online].; 2011 [cited 2011 Marzo 5. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
 84. Gobierno Nacional de la República de Colombia. Ley 1355 de 2009: Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. 2009 Octubre 14.
 85. Ministerio de la Protección Social. Resolución 288 de 2008: Por la cual se establece el reglamento técnico sobre requisitos de rotulado o etiquetado nutricional que deben cumplir los alimentos envasados para consumo humano. 2008.
 86. Jaimes Peña K. Un año después de aprobada, en qué va la Ley de Obesidad? Entrevista con Hernán Yupanqui. Su Vida. 2010 Agosto 28.
 87. Stoltz K, Reysen RH, Wolff L, Kern R. Lifestyle and the Stages of Change in Weight Loss. *Journal of Individual Psychology*. 2009; 65(1): p. 69-85.
 88. Así Vamos en Salud. Capítulo 1 Indicadores del seguimiento al sector salud, Sección 2: diez primeras causas de muerte para Colombia. In Así Vamos en S. Reporte Anual 2009: Tendencias de la Salud en Colombia. Bogotá; 2010. p. 20.
 89. Ministerio de la Protección Social, Colciencias & Cendex. Encuesta Nacional de Salud 2007: Resultados Nacionales Bogotá; 2009.
 90. Otero W. Cáncer gástrico en Colombia: un diagnóstico tardío que amerita el compromiso del Estado. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2008; 4(23): p. 302 - 304.
 91. Herszényi L, Tulassay Z. Epidemiology of gastrointestinal and liver tumors. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2010; 4(14): p. 249-58.
 92. Correa P. Bacterial Infections as a Cause of Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 2003; 95(7).
 93. Ministerio de salud Ecuador. Indicadores Básicos de salud 2008 Quito; 2008.
 94. Instituto Nacional de Cancerología E.S.E e Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia/. Tercera edición ed. Bogotá: Imprenta Nacional; 2011.
 95. Correa P, Piazuelo M. Natural history of Helicobacter pylori infection. *Digestive and Liver Disease*. 2008;(40): p. 490-96.
 96. Kenneth E, McColl M. Helicobacter pylori Infection. *New England Journal of Medicine*. 2010; 362: p. 1597-604.
 97. Sablet T, Piazuelo B, Shaffer C, Schneider B, Asim M, Chaturvedi R, et al. European Phylogenetic Origin of Helicobacter pylori Strains as a Risk Factor for Premalignant Gastric Lesions in Colombia.
 98. Correa P, Fontham E, Bravo J, Bravo L, Ruiz B, Zarama G, et al. Chemoprevention of gastric dysplasia: randomized trial of antioxidant supplements and anti-helicobacter pylori therapy. *Journal of National Cancer Institute*. 2000;(92): p. 1881–8.
 99. Hamashima C SDYHIKFASHST. The Japanese guidelines for gastric cancer screening. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2008 April; 38(4): p. 259-67.
 100. U.S. Preventive Services Task Force. Sitio Web de U.S. Preventive Services Task Force. [Online].; 2011 [cited 2011 Mayo 30. Available from: http://162.99.45.155/search?q=gastric+cancer&entqr=0&outp ut=xml_no_dtd&proxystylesheet=TaskForce_org&client=TaskForce_org&site=TaskForce_collection&ie=UTF-8&ip=200.74.144.236&access=p&sort=date%3AD%3A%3Ad1&entsp=a_TF_policy&coe=UTF-8&ud=1&start=10.
 101. World Health Organization. Sitio Web World Health Organization. [Online].; 2011 [cited 2011 Febrero 15. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
 102. Instituto Nacional de Cancerología & Ministerio de la Protección Social. El Cáncer: Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento Bogotá; 2004.
 103. National Cancer Institute. National Cancer Institute: The U.S. National Institutes of Health. [Online].; 2007 [cited 2011 Marzo 4. Available from: <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/lung/page4>.
 104. World Health Organization. Sitio web World Health Organization. [Online]. [cited 2010 03 04. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/fctc_20100226/es/index.html.
 105. Ministerio de la Protección Social (MPS) & la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 Bogotá; 2009.
 106. García M, Rivera D, Marín Y, Gonzalez J, Murillo R. Las iniciativas para el control del tabaco en el Congreso de Colombia: 1992-2007. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2009; 25(6): p. 471-480.
 107. República de Colombia. Secretaría del Senado de la República de Colombia. [Online].; 2009 [cited 2011 Febrero 15. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley_1335_2009.html.
 108. Health Topics: Infectious Diseases. [Online].; 2011 [cited 2011 Junio 1. Available from: http://www.who.int/topics/infectious_diseases/en/.
 109. Division UNDoEaSA. Chapter: I. Demographic determinants of population ageing. In *World Population Ageing 1950-2050*.; 2002.
 110. World Health Organization. Sitio Web World Health Organization. [Online].; 2010 [cited 2011 Enero 7. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/en/index.html>.
 111. World Health Organization & Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. New Edition ed. the WHO(a, editor. Geneva: WHO Press; 2009.
 112. World Health Organization. Sitio web Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2009 [cited 2011 April 28. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/index.html>.
 113. Centers for Disease Control and Prevention. Centers for Disease Control and Prevention. [Online].; 2011 [cited 2011 April 28. Available from: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/outbreak-notice/dengue-tropical-sub-tropical.html>.
 114. Salazar H. Alerta por dengue en Colombia Bogotá. BBC mundo. 2010 Junio 23: p. http://www.bbc.co.uk/mundo/america_latina/2010/06/100623_dengue_colombia_alerta_epidemia_pl.shtml.

115. Así Vamos en Salud. Así Vamos en Salud. [Online].; 2010 [cited 2011 April 28. Available from: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=259:la-situacion-actual-del-dengue-en-colombia-mayo-de-2010-margarita-martinez&catid=73:Temas%20de%20An%C3%A1lisis%20&Itemid=83.
116. Ministerio de la Protección Social. Circular # 009 Asunto: Alerta epidemiológica por dengue y declaracion de alerta hospitalaria. 2010 Febrero 12..
117. Ministerio de la Protección Social. Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue Bogota: MPS; 2010.
118. World Health Organization. World Health Organization. [Online].; 2010 [cited 2011 Abril 8. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/index.html>.
119. Organización Panamericana de la Salud. Perfiles: Perfil Colombia. [Online]. [cited 2011 Abril 8. Available from: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/cartagena-4-col.pdf>.
120. Instituto Nacional de Salud. Boletín vigilancia de la malaria en Colombia 1-2011. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Enfermedades Transmitidas por Vectores; 2011.
121. Instituto Nacional de Salud. Bases de datos de la vigilancia de eventos de interés en salud pública. 2000. Base proporcionada por el Instituto Nacional de Salud a la Dra. Elizabeth Borrero. Epidemiologa del CEIS, Fundación Santa Fé de Bogotá.
122. Así Vamos en Salud. Mesas y Foros: Memorias Foro Anual AVS 2010. [Online]. Bogotá; 2010 [cited 2011 Abril 8. Available from: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=272:foro-anual-asi-vamos-en-salud-2010&catid=35:Mesas%20y%20Foros&Itemid=41.
123. UNAIDS. Global Report : UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. ; 2010.
124. Simon V, D Ho D, Abdoool Kari Q. HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. *The Lancet*. 2006 August 5; 368(9534): p. 489-504.
125. World Health Organization. Rapid advice: antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents Ginebra: WHO Press; 2009.
126. Ministerio de la Protección Social: Direccion General de Salud Pública. Resumen de la situación de la Epidemia por VIH/SIDA en Colombia 1983-2009. Bogotá; 2010.
127. Direccion Nacional de Planeación & Naciones Unidas. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio II: Informe de Seguimiento 2008 Bogotá: Grupo de Comunicaciones y Relaciones Públicas DNP; 2010.
128. Ministerio de la Protección Social, ONUSIDA & Grupo temático para Colombia. Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA, Colombia 2008-2011 Bogotá: Imprenta Nacional; 2008.
129. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2009. ; 2010.
130. World Health Organization. Sitio Web: World Health Organization. [Online].; 2010 [cited 2011 Febrero 15. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html>.
131. World Health Organization. The Global Plan to Stop TB 2011-2015: Transforming the Fight towards elimination of tuberculosis Geneva; 2011.
132. United Nations. Millennium Project 2005: Investing in strategies to reverse the global incidence of TB. New York; 2005.
133. World Health Organization. Sitio Web: World Health Organization. [Online].; 2010 [cited 2011 Marzo 28. Available from: <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html>.
134. Yepes FJ, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. 4. ¿Se ha mejorado el nivel de salud de los colombianos y la equidad en salud en términos de nivel de salud?: La tuberculosis. In J F, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Primera edición ed. Bogotá: Mayol Ediciones ; 2010. p. 50-52.
135. Chaparro PE, García I, Guerrero MIyLCI. Situación de la tuberculosis en Colombia -2002. *Biomédica*. 2002; 24(Suplemento): p. 102-14.
136. C. S, M. Á, Rey JJ, Arbeláez MP. Tendencia de la mortalidad y los egresos hospitalarios por tuberculosis, antes y durante la implementación de la reforma del sector salud, Antioquia, 1985-1999. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*. 2006 Junio-Julio; 23(2).
137. Carvajal R, Cabrera G, Mateus J. Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca. *Biomédica*. 2004; 24(Suplemento): p. 138-148.
138. Moreira CA, Hernández HL, Arias NL, Castaño MC, Ferro BEyJE. Resistencia inicial a drogas antituberculosas en Buenaventura, Colombia. *Biomédica*. 2004; 24(Suplemento): p. 73-79.
139. Laserson KF, Osorio L, Sheppard JD, Hernández H, Benítez AM, Brim S, et al. Clinical and programmatic mismanagement rather than community outbreak as the cause of chronic drug resistant tuberculosis in Buenaventura, Colombia. 1998. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2000 Julio; 4(7): p. 673-683.
140. Así Vamos en Salud. Capitulo 1 Indicadores del seguimiento al sector salud, Seccion 1: Demográficos. In Salud AVe. Reporte Anual 2009: Tendencias de la Salud en Colombia. Bogotá; 2010.
141. Acero Alvarez A. Descripción del comportamiento del Homicidio. Colombia 2009. In Instituto NdMlyCF. Forensis, 2009. Bogotá; 2010. p. 30-68.
142. Instituto Nacional de Estadística y Geografía de Mexico. Website: Instituto Nacional de Estadística y Geografía de Mexico. [Online].; 2011 [cited 2011 Mayo 2. Available from: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>.
143. Habitantes de Puerto Rico (Meta), de donde partió la Operación 'Jaque', temen posible atentado. *El tiempo*. 2008 Autor: octubre 1: p. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4578322>.
144. Villamor E, Chavarro J, Caro L. Growing up under generalized violence: An ecological study of homicide rates and secular trends in age at menarche in Colombia, 1940s-1980s. *Economics and Human Viology*. 2009; 7: p. 238-245.
145. Weaver T, Clum G. Psychological distress associated with interpersonal violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 1995; 15(2): p. 115-140.
146. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3133 Por la cual se ajusta el Manual Específico de Funciones, Requisitos y de Competencias Laborales para los empleos de la Planta de Personal del Ministerio de la Protección Socia. 2005 Septiembre 14..
147. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2009 Bogotá; 2010.
148. World Health Organization. World report on road traffic injury prevention Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder A, Jarawan E, et al., editors. Ginebra; 2004.
149. DANE. Encuesta Nacional De Calidad de Vida 2010: Presentación de Resultados. [Online].; 2010 [cited 2011 Mayo 3. Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presentacion_ECV_2010.pdf.
150. Instituto de Investigación y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social & Universidad del Valle. Com-

- portamiento de los homicidios y la mortalidad por lesiones en tránsito en Cali frente al uso de la motocicleta como medio de transporte. [Online].; 2004 [cited 2011 Mayo 5. Available from: <http://www.cisalva.univalle.edu.co/publicaciones/boletines/BOL78.pdf>.
151. Oliveira NLBd, Sousa RMCd. Traffic accidents with motorcycles and their relationship to mortality. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2011 Abril; 19(2).
 152. Redacción. Editorial: Borrachos sin ley Las iniciativas legislativas para endurecer los castigos penales no bastan. *El Tiempo*. 2011 Abril 11.
 153. Redacción Bogotá. A la cárcel irá chofer que causó tragedia en estado de embriaguez El conductor ocasionó la muerte de tres personas en Engativá el fin de semana. *El Tiempo*. 2011 Abril 11.
 154. Caracol TV. Conductor en estado de embriaguez estrelló su grúa contra una casa. *El Espectador*. 2011 Abril 28.
 155. Fondo de Prevención Vial. Pagina web del Fondo de Prevención Via. [Online]. [cited 2011 Mayo 2. Available from: http://www.fonprevial.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=77.
 156. Fondo de Prevención Vial. Fondo de Prevencion Vial. [Online]. [cited 2011 Mayo 2. Available from: http://www.fonprevial.org.co/index.php?option=com_rubberdoc&view=category&id=114%3Acampanas-ciclistas&Itemid=81.
 157. Fondo de Prevención Vial. Pagina Web Fondo de Prevención Vial. [Online]. [cited 2011 Mayo 2. Available from: http://www.fonprevial.org.co/index.php?option=com_rubberdoc&view=category&id=115%3Acampanas-motociclista&Itemid=81.
 158. Fondo de Prevención Vial. Pagina web de Fondo de Prevención Vial. [Online]. [cited 2011 Mayo 2. Available from: http://www.fonprevial.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=53:campana-peaton&catid=65:nuestras-campanas&Itemid=93.
 159. Duperrex O, Roberts I, Bunn F. Safety education of pedestrians for injury prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002; 2.
 160. Ker K, Roberts I, Collier T, Renton F, Bunn F. Post-licence driver education for the prevention of road traffic crashes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003.
 161. Ghaffar A HABDMR. Interventions for control of road traffic injuries: review of effectiveness literature. 2002 Feb;52(2):69-73. *Journal of Pakistan Medical Association*. 2002 February; 2(52): p. 69-73.
 162. Mesa de trabajo sobre movilidad en Medellín y el Área Metropolitana. In Antioquia PMCVyEdId, editor. ; 2011; Medellín. p. 1-46.
 163. Mesa de Trabajo: "Los retos de la movilidad de Cali frente a la construcción de las Megaobras". In Programa CCV, Diario EP, editors. ; 2010; Cali.
 164. World Health Organization. Sitio Web WHO. [Online].; 2004 [cited 2011 Marzo 18. Available from: <http://www.who.int/topics/pregnancy/en/index.html>.
 165. World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. 2009th ed. WHO (2009): WHO publications; 2006.
 166. Instituto Nacional de Estadística & Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA Bolivia La Paz; 2008.
 167. Ministerio de Salud de Chile. Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010: Evaluación final del período Santiago; 2010.
 168. Así Vamos en Salud. Pagina Web de Así Vamos en Salud AVS. [Online].; 2010 [cited 2011 Marzo 18. Available from: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=196:casos-de-sifilis-congenita&catid=55:Indicadores&Itemid=74.
 169. Leavell RH, Clark G. Preventive medicine for the doctor in his community. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book Company; 1965.
 170. Morris SK, Moss WJ, Halsey N. Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine use and effectiveness. *Lancet Infectious Diseases* 2008. 2008 July; 8: p. 435-43.
 171. Agudelo CI, Muñoz N, De la Hoz F, Pública LdS. Evaluación rápida del impacto de la vacuna contra Haemophilus influenzae serotipo b en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2000; 8(3).
 172. De la Hoz F, Higuera AB, Di Fabio JL, Luna M, Gomez A, Valencia MdLL, et al. Effectiveness of Haemophilus influenzae type b vaccination against bacterial pneumonia in Colombia. *Vaccine*. 2004 Junio; 23: p. 36-42.
 173. Así Vamos en Salud. [Online].; 2010 [cited 2011 Abril 18. Available from: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_remository&Itemid=0&func=finishdown&cid=150.
 174. Ministerio de Salud. Decreto 412 de 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento (.) Bogotá; 2000.
 175. Así Vamos en Salud. Reporte Anual 2009: Tendencias de la Salud en Colombia Bogotá; 2010.
 176. Instituto Nacional de Cancerología & Ministerio de la Protección Social. Guías de práctica clínica (No. 3): Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (pre invasora o invasora) en Colombia Bogotá D.C.; 2007.
 177. Cendales R, Piñeros M, Wiesner C, Murillo R, Tovar S. Cobertura de la citología cérvico-uterina y factores relacionados en cuatro departamentos de Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2008 Julio 21; 12(3): p. 119-125.
 178. Wiesner C, Tovar S, Piñeros M, Cendales R, Murillo R. La oferta de servicios para tamización de cáncer de cuello uterino en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2009 Mayo 13; 13(3): p. 134-144.
 179. Díaz M, Parra E, Salud IND. Guía para el control de calidad para la toma, procesamiento e interpretación de muestras de citología de cuello uterino Bogotá; 2008.
 180. Departamento Nacional de Planeación - DNP. Bases para el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. [Online]. Bogotá; 2011 [cited 2011 Enero 15. Available from: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/PND/PND20102014.aspx>.
 181. Department of Health and Human Services & National institutes of health. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; 2004.
 182. Grupo Desarrollador de la GAI-HTA. Guía de Atención Integral: Prevención, Diagnóstico, Atención Integral y Seguimiento de Pacientes con Hipertensión Arterial. [Online].; 2011 [cited 2011 Mayo 30. Available from: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ALCANCE%20Y%20OBJETIVOS%20de%20GAI-HTA.pdf>.
 183. Melano E, Lasses L, Ávila J. Factores asociados con la hipertensión no tratada en los adultos mayores: resultados del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. *Revista panamericana de salud publica*. 2008.
 184. Ministerio de la Protección Social & Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo numero 395 de 2008. 2008.
 185. Restrepo FR. Reunión Nodos Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. 2010.

186. Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de Enero de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 2011..
187. Barón G, Betancourt F, Cuadros JG, Fernández L, Giraldo V JC. Informe de seguimiento de cartera del sector prestador (corte 30 de junio de 2010). Hospitalaria. 2010; p. 4-17.
188. Ministerio de la Protección Social. IPS por clase de prestador excluyendo profesionales independientes, transporte especial y objeto social diferente. [Online].; 2011 [cited 2011 Mayo 24].
189. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Ministerio de Hacienda : Hacienda Publica : Centro de Estudios de Hacienda. [Online].; 2010 [cited 2010 Diciembre 13. Available from: <http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/MinHacienda/haciendapublica/CentroEstudios/publicaciones/Salud%20Documento%20Centro%20Fiscal.pdf>.
190. Congreso de Colombia. ARTÍCULO 119°. RECURSOS PARA FORTALECER LAS FUNCIONES DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL.. In TEXTO CONCILIADO PROYECTO DE LEY No. 01 2010 SENADO, 106 DE 2010 CÁMARA Y SUS ACUMULADOS. Bogotá; 2010. p. 51-52.
191. Ministerio de la Protección Social. Capítulo 3. Análisis de impacto presupuestal en la Unidad de Pago por Captación - UPC. In Social MdIP. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.; 2010. p. 78.
192. Martínez F, Giraldo C, García P, Rodríguez C, Barrios S. Financiación y segmentación en el sistema de salud colombiano. Grupo de Protección Social, Universidad Santo Tomás. 2010 En prensa.
193. Comisión de Regulación en Salud - CRES. Acuerdo 11 de 2010. ; 2010.
194. Comisión de Regulación en Salud - CRES 2010. Acuerdos 12 y 13 de 2010. ; 2010.
195. Ministerio de la Protección Social. Actualizaciones POS. [Online].; 2010 [cited 2010 Diciembre 13. Available from: <http://www.pos.gov.co/Paginas/ActualizacionesPOS.aspx>.
196. ACEMI. Bienvenido a ACEMI - Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. [Online].; 2010 [cited 2010 12 17. Available from: <http://www.acemi.org.co/entrevistas.html>.
197. Ministerio de la Protección Social. Estudios de suficiencia Plan Obligatorio de Salud - Unidad de Pago por Capitación UPC y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la UPC. [Online]. Available from: <http://www.pos.gov.co/Paginas/EstudioSuficienciaPOS-UPC.aspx>.
198. Portafolio. portafolio.com.co. [Online].; 2010 [cited 2011 Enero 11. Available from: <http://www.portafolio.com.co/archivo/documento/CMS-7867621>.
199. Comisión de Regulación en Salud. Evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y recomendaciones para su mejoramiento. Informe anual para el Congreso de la República, Junio de 2009 a Mayo de 2010. , CRES; 2010.
200. DANE. DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística. [Online].; 2010 [cited 2011 Enero 7. Available from: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&cid=103&Itemid=76.
201. Banco de la República. Banco de la República Colombia. [Online].; 2010 [cited 2010 Diciembre 13. Available from: <http://www.banrep.gov.co/>.
202. Wharton School of la Universidad de Pennsylvania y Universia. Universia Knowledge@Wharton. [Online].; 2003 [cited 2011 Enero 4. Available from: <http://www.wharton.universia.net/index.cfm?fa=viewArticle&ID=687>.
203. Caicedo E. Problemas en la medición del IPC, el caso colombiano. [Online].; 2000 [cited 2011 Mayo 15. Available from: <http://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra152.pdf>.
204. Restrepo JH, Rodríguez Acosta S. Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. Revista de Economía Institucional. 2005; 7(12).
205. CEPAL. DOCUMENTO TÉCNICO BASE DE DATOS SECTOR SALUD. Bogota; 2010.
206. Social MdIP. Ley 1122 de 2007. 2007..
207. Comisión de Regulación en Salud. Comisión de Regulación en Salud. [Online].; 2010 [cited 2011 Enero 3. Available from: <http://www.cres.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=X5zrUYab4ps%3d&tabid=108>.
208. Guiedion, U.. Análisis de la UPC. ; 2010 Diciembre 14.
209. World Health Organization. Health topics: Anaemia. [Online].; 2010 [cited 2011 Abril 1. Available from: <http://www.who.int/topics/anaemia/en/>.
210. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. [Online]. San José; 2009 [cited 2011 Abril 14. Available from: http://www.ministeriodesalud.gov.cr/index.php/gestores-salud-tecnico-ciencia-encuestas-ms/doc_details/33-encuesta-nacional-de-nutricion-costa-ric.
211. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005. Primera Edición ed. Bogotá; 2005.
212. World Health Organization. Towards universal access to diagnosis and treatment of MDR-TB & XDR-TB by 2015. In Organization WH. Tuberculosis MDR-TB & XDR-TB 2011 Progress Report.; 2011.
213. Mera R, Fontham E, Bravo L, Bravo J, Piazuelo M, Camargo M, et al. Long-term follow up of patients treated for Helicobacter pylori infection. Gut. 2005;(54): p. 1536-40.
214. U.S. Preventive Services Task Force. Recommendations of screening for Adults. [Online].; 2011 [cited 2011 Mayo 30. Available from: http://162.99.45.155/search?q=gastria+cancer&entqr=0&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=TaskForce_org&client=TaskForce_org&site=TaskForce_collection&ie=UTF-8&ip=200.74.144.236&access=p&sort=date%3AD%3A%3Ad1&entsp=a_TF_policy&oe=UTF-8&ud=1&start=10.
215. World Health Organization. Media centre: Fact sheet N°297: Cancer. [Online].; 2009 [cited 2010 Junio 30. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>.
216. National Cancer Institute. What You Need To Know About: Lung Cancer. [Online].; 2007 [cited 2011 Marzo 4. Available from: <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/lung/page4>.
217. World Health Organization. Noticias: Los gobiernos celebran cinco años del convenio contra el tabaco Nota para los medios de información. [Online]. [cited 2010 03 04. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/fctc_20100226/es/index.html.
218. Instituto Nacional de Cancerología e Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Atlas de Mortalidad por Cáncer en Colombia Bogotá: Imprenta Nacional; 2003.
219. Joossens J, Hill M, Elliott P, Stamler R, Lesaffre E, Dyer A, et al. Dietary salt, nitrate and stomach cancer mortality in 24 countries. European Cancer Prevention and the INTERSALT Cooperative Research Group. 1996.
220. Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. "lo que necesita saber". Instituto Nacional del Cáncer. [Online].; 2010 [cited 2010

- Agosto 30. Available from: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/seno/page3>.
221. República de Colombia. Diario Oficial No. 47.417: Ley 1335 de 2009. [Online].; 2009 [cited 2011 Febrero 15. Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley_1335_2009.html.
222. World Health Organization. Media Centre > Fact sheet N°117: Dengue and dengue haemorrhagic fever. [Online].; 2009 [cited 2011 April 28. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/index.html>.
223. Centers for Disease Control and Prevention. Outbreak Notice Update: Dengue, Tropical and Subtropical Regions. [Online].; 2011 [cited 2011 April 28. Available from: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/outbreak-notice/dengue-tropical-sub-tropical.html>.
224. Instituto Nacional de Estadística y Geografía de Mexico. Website: Instituto Nacional de Estadística y Geografía de Mexico. [Online].; 2011 [cited 2011 Mayo 2. Available from: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>.
225. Fondo de Prevención Vial. Acerca del Fondo de Prevención Vial: El compromiso del Fondo de Prevención Vial. [Online]. [cited 2011 Mayo 2. Available from: http://www.fonprevial.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=77.
226. Fondo de Prevención Vial. Campaña para prevenir los accidentes de peatones. [Online]. [cited 2011 Mayo 2. Available from: http://www.fonprevial.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=53:campana-peaton&catid=65:nuestras-campanas&Itemid=93.
227. Fondo de Prevención Vial. Campaña Prevencion Accidentes I: Motociclistas. [Online]. [cited 2011 Mayo 2. Available from: http://www.fonprevial.org.co/index.php?option=com_rubberdoc&view=category&id=115%3Acampanas-motociclista&Itemid=81.
228. Fondo de Prevención Vial. Campañas Ciclistas. [Online]. [cited 2011 Mayo 2. Available from: http://www.fonprevial.org.co/index.php?option=com_rubberdoc&view=category&id=114%3Acampanas-ciclistas&Itemid=81.
229. De la hoz Bohórquez GA, Vélez MC. Homicidios, 2008. In Forensis INdMlyC. Forensis. Bogotá; 2009. p. 23-59.
230. Centro de Investigación y Educación Popular – CINEP. Marco conceptual: Banco de datos de derechos humanos y violencia política. Segunda edición ed. Bogotá; 2008.
231. Sarmiento Santander F. Las herencias de Uribe, trabas para la paz de Santos. Cien días vistos por CINEP/PPP. 2011 Abril - Julio;(No. 72).
232. Quiroga D. ¿Qué tan nuevas son las bandas criminales? Cien Días vistos por CINEP/PPP. 2011 Abril - Julio;(72).
233. Montenegro T A, Posada Posada CE. Sitio Web del Banco de la República. [Online].; 1994 [cited 2011 Mayo 2. Available from: <http://www.banrep.gov.co/docum/borrasem/intro004.htm>.
234. Quiroga D. Sitio Web de la Silla Vacía. [Online].; 2010 [cited 2011 Mayo 2. Available from: <http://www.lasillavacia.com/elblogueo/odecofi/7929/la-ingenua-seguridad-democratica>.
235. Cotarelo R. Filosofía Política II Teoría del Estado. In Diaz E, Ruiz A, editors. Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía Tomo 10. Madrid: Trotta; 1996. p. 10-53.
236. Uprimny R, Rodríguez C, García M. justicia, democracia y violencia en Colombia: la evolución del sistema judicial en las últimas décadas. In Uprimny R, Rodríguez C, García M. ¿Justicia para todos? Sistema judicial, derechos sociales y democracia en Colombia. Primera edición ed. Bogotá: Norma; 2006. p. 265-317.
237. World Health Organization. Health Topics: Pregnancy. [Online].; 2004 [cited 2011 Marzo 18. Available from: <http://www.who.int/topics/pregnancy/en/index.html>.
238. Así Vamos en Salud. Mesas y Foros: Foro anual 2010 “El sistema de salud en Colombia: Balance 2002-2010 y desafíos para el nuevo gobierno”. Presentación Beatriz Londoño. [Online].; 2010 [cited 2011 Abril 18. Available from: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_remository&Itemid=0&func=finishdown&id=150.
239. Restrepo FR. Reunión Nodos Observatorio de Calidad de la Atención en Salud; 2010.
240. Rosendorff C, Black R, Cannon C, Gersh B, Gore J, Izzo J, et al. Treatment of Hypertension in the Prevention and Management of Ischemic Heart Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology. Circulation. 2007;(115): p. 2761-2788.
241. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI. Cifras e Indicadores del Sistema de Salud 2009. Bogotá: ACEMI; 2009.
242. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. El Régimen de Seguridad Social en Salud: problemas financieros, medidas adoptadas y retos para el futuro próximo. [Online].; 2010 [cited 2010 Diciembre 13. Available from: <http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/Min-Hacienda/haciendapublica/CentroEstudios/publicaciones/Salud%20Documento%20Centro%20Fiscal.pdf>.
243. Congreso de Colombia. Artículo 119°. Recursos para fortalecer las funciones de inspección vigilancia y control. In Texto conciliado proyecto de ley no. 01 2010 senado, 106 de 2010 cámara y sus acumulados. Bogotá; 2010. p. 51-52.
244. DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Índice de Precios al Consumidor - Base 2008. [Online].; 2010 [cited 2011 Enero 7. Available from: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=103&Itemid=76.
245. CEPAL. Documento Técnico Base de datos sector Salud. Bogotá; 2010.
246. Ministerio de la Protección Social. Ley 1122 de 2007. 2007..
247. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo número 19 de (29 de DIC. 2010). [Online].; 2010 [cited 2011 Enero 3. Available from: <http://www.cres.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=X5zrUYab4ps%3d&tabid=108>.
248. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. La cartera hospitalaria en vía de solución. Hospitalaria. 2010;: p. 18-26.
249. Baron G, Betancourt F, Cuadros G, Fernández L. La cartera Hospitalaria: Informe de seguimiento de cartera -30 Junio de 2009 a 30 Junio 2010. Hospitalaria. 2010 Septiembre Octubre;(73): p. 4-17.
250. Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. sitio web: Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. [Online].; 2010 [cited 2010 Agosto 30. Available from: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/seno/page3>.



2

Capítulo



Foro año 2010

El sistema de salud en Colombia: Balance 2002-2010 y desafíos para el nuevo gobierno

Perspectiva de los municipios,
hospitales, aseguradores y
usuarios organizados.

Ponentes:

Carlos Castro, médico salubrista, docente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, moderador del foro.

Roberto Esguerra, director de la Fundación Santa Fe de Bogotá

Adriana Pulido, coordinadora del Programa Así Vamos en Salud

Jaime Carrillo, secretario de salud de Girardot

Leonardo Quiceno, de la Asociación de Hospitales del Quindío, Presidente de la Asociación Quindiana de Empresas Sociales del Estado.

Arlet Mercado, coordinadora de salud, investigaciones y desarrollo en Gestarsalud

José Villamil, veedor nacional de salud

Beatriz Londoño, Viceministra de Salud.

Introducción - Así Vamos en Salud

CARLOS CASTRO

MÉDICO SALUBRISTA, DOCENTE DE LA FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MIEMBRO DEL COMITÉ TÉCNICO DE ASÍ VAMOS EN SALUD. MODERADOR DEL FORO.

Tabú es una palabra polinesia que significa “intocable”. Se trata de una prohibición atávica, transcultural, que va más allá de la norma. Su incumplimiento es rechazado y atacado en nombre de la especie y de la convivencia. Con el avance de la civilización, el temor a lo sobrenatural ha sido reemplazado por el temor a las sanciones derivadas de la aplicación de las leyes, pasando de lo antropológico y psicológico, a lo social, político y jurídico. Ejemplos de caso de tabú, aparte del parricidio o del filicidio, fueron el canibalismo y el incesto. A pesar de que hemos evolucionado, llegando a la era del humanismo científico, la realidad, tal como lo manifiesta Edgar Morin en sus planteamientos sobre el pensamiento complejo, es que seguimos en la “era bárbara de las ideas”, y hacemos caso omiso del tabú o de la prohibición legal moderna, para seguir cometiendo incestos y asesinatos, para ignorar y hasta violentar, entre otros, nuestros derechos fundamentales a la vida y a la salud; concepto, este último, que ni siquiera logramos comprender a cabalidad.

Hace muchos años (1945, al final de la Segunda Guerra Mundial) Japón estableció en el Artículo 13 de su constitución, el derecho del pueblo a que cada persona sea respetada como individuo, sujeto al bienestar público, a la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad. Brasil, más cercano a nosotros, ya discute sobre el derecho a la felicidad. Mientras tanto nosotros luchamos por hacer valer el derecho fundamental autónomo de la salud, consignado en la Carta Política de 1991 y que nuestros gobernantes han sometido siempre a las disponibilidades financieras, aplicando el principio de la finitud de los recursos. El derecho a la salud, como el de la vida, bien podría ser considerado tabú (superando así la barbarie) y ser respetado por encima de consideraciones economicistas, mercantiles o proselitistas, para que se antepongan los intereses de los electores sobre los de los elegidos.

Nos encontramos en un “momento bisagra”, en una coyuntura de cambio de gobierno que enarbola la concertación como mecanismo de aproximación para asegurar que

Mientras tanto nosotros luchamos por hacer valer el derecho fundamental autónomo de la salud, consignado en la Carta política de 1991 y que nuestros gobernantes han sometido siempre a las disponibilidades financieras, aplicando el principio de la finitud de los recursos.

su gestión responda más a las necesidades y realidades de la comunidad. Las actividades realizadas en los últimos dos o tres meses, promovidas tanto por el Gobierno como por la academia, distintas organizaciones y la sociedad civil, han aportado evidencia significativa sobre la deuda acumulada que la sentencia T-760 nos recordó y está cobrando: los errores del sector en la aplicación del derecho a la salud, las inequidades, las implicaciones de la intermediación financiera creada por la Ley 100; la corrupción, la falta de dignidad en el trabajo y la inestabilidad laboral en las entidades de salud; los excesivos costos de la atención, la falta de promoción y prevención; las limitaciones y engaños en la participación social, la estigmatización de los gremios de la salud, los intentos de utilizar los protocolos de atención como herramientas punitivas y por supuesto, entre otros asuntos críticos que escapan a estas sucintas referencias, el esquema financiero del sector, insoportable e insostenible, ineficiente y de poca rentabilidad social.

Sabemos que la coyuntura es difícil y que la correlación de fuerzas podría ser desfavorable a muchas de las propuestas de cambio en curso. Esperamos que el Gobierno en general y que el futuro Ministerio de la Salud y de la Seguridad Social aquí representado, asuma los desafíos que se han identificado, empleando todos y cada uno de los aportes que los diferentes actores sectoriales le hacemos en bien de nuestra sociedad. Si el tabú, como el miedo a las serpientes, nos obliga a proceder con especial cuidado, entonces asumamos nuestras obligaciones con el respeto y diligencia que exigen.

Este evento puede ser considerado parte de la actual coyuntura, aunque su naturaleza no sea estrictamente de concertación. De alguna manera, y teniendo en cuenta los objetivos fundamentales del programa AVS, es un acto de “rendición de cuentas” vertical, al más puro estilo inglés de finales del siglo XX: responde o busca respuestas al deber de informar sobre las políticas y las actuaciones, al de justificar la gestión hecha, asumir consecuencias y responder ante la sociedad civil organizada, de manera transparente, multidimensional, integral, flexible e ininterrumpida.

ROBERTO ESGUERRA, DIRECTOR GENERAL DE LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

Voy a mencionar los cinco desafíos que tiene el Sistema de Seguridad Social en Salud.

El primero es el reto que tiene el Sistema, para mejorar la salud de los colombianos. Desde el punto de vista social, la única razón que tiene un sistema de salud para existir, es mejorar la salud de la gente. Sin embargo, al mirar los indicadores de salud en Colombia, especialmente la tendencia que tienen en los últimos años, es claro que estos vienen deteriorándose o están estancados. El país ha hecho un enorme esfuerzo para tener un sistema que en algunos aspectos muestra cosas positivas, pero que en indicadores de salud no saca una buena nota. De manera que el primer reto que tiene este sistema es mejorar la salud de los colombianos, y eso se mide con indicadores nacionales de salud.

Estos indicadores miden el promedio de la salud de una nación y en nuestro caso indican que no hemos mejorado. Puede que algunas instituciones estén haciendo esfuerzos, pero creo que las EPS no pueden decir que la salud de los colombianos ha mejorado cuando todos los indicadores muestran que no es así. Ahí tenemos un gran desafío para lograr que todos los esfuerzos que hacemos representen una mejoría en la salud de los colombianos.

Desde el punto de vista social, la única razón que tiene un sistema de salud para existir, es mejorar la salud de la gente. Sin embargo, al mirar los indicadores de salud en Colombia, especialmente la tendencia que tienen en los últimos años, es claro que estos vienen deteriorándose o están estancados.

El tercer reto naturalmente, es lograr la cobertura universal y la unificación de planes de modo que los colombianos deben tener claridad de que les cubre el sistema y todos los colombianos deben estar cubiertos con un solo y único plan.

El segundo punto, que es un punto en el cual el mismo Presidente Santos, desde el momento de su posesión, fue muy claro, es el tema de pasar de un sistema de enfermedad a un sistema de salud. Es decir, un gran énfasis en la prevención, en la promoción de la salud, y en tener toda la dirección desde el nivel nacional. Yo creo que fue un grave error haber atomizado la promoción y la prevención en este país, por esto las acciones de prevención y promoción se fragmentaron, no están coordinadas y el Estado colombiano, a nivel nacional, debe retomar estas funciones. Por supuesto, es necesario un Ministerio de Salud, no debe ser un Ministerio de Protección Social. Hay que mandar una señal muy clara ya que ese Ministerio, desde su nombre, debe estar comprometido con mejorar la salud de los colombianos.

Obviamente la sociedad en general debe trabajar por lograr estilos de vida saludables, pero me preocupa mucho que el tema de vida saludable se vaya a tomar por el lado punitivo y no por el lado estimulante, como debe ser. Si los estilos de vida saludables los enfocamos simplemente a sancionar a los colombianos que no llevan estos estilos de vida, negándoles servicios o poniéndoles sobrecostos a los servicios de salud, estamos por el camino equivocado. El camino adecuado inicial es lograr que los colombianos entiendan la importancia de los estilos de vida saludables, para cuidar realmente de su salud.

El tercer reto naturalmente, es lograr la cobertura universal y la unificación de planes. Yo no voy a entrar en esa discusión en este momento, pero yo creo que en Colombia tenemos que dejar de hablar de planes y hablar de un sistema de salud y olvidarnos de toda una discusión de la cual no vamos a salir, sobre zonas grises, sobre límites, sobre hasta dónde van o no van, sobre buscar la regulación, hasta dónde existen o no existen. De modo que los colombianos deben tener claridad de qué les cubre el sistema y todos los colombianos deben estar cubiertos con un solo y único plan; no podemos seguir discriminando en planes distintos y creo que en eso todos estamos de acuerdo y estamos avanzando en ese sentido.

El cuarto punto que quería plantearles es que tenemos que buscar también vías para que todos los que pueden aportar a financiar la salud, realmente lo hagan. A mí me parece que estamos en un sistema que no es equitativo con los trabajadores formales. Estos trabajadores están teniendo una carga muy pesada y la estructura actual está desestimulando la creación de trabajo formal.

Yo creo que, como lo han hecho la mayoría de los países del mundo, hay que buscar que todos los colombianos que pueden aportar algo al Sistema lo hagan. Existe hoy muchísima gente que pudiendo aportar a la financiación del Sistema no lo está haciendo. Hay que buscar una financiación que sea más equitativa e invite a participar a un mayor número de ciudadanos para que la carga sea mejor distribuida.

El quinto punto es el reto que tenemos todos de disminuir los costos que está teniendo el Sistema, en los que mucho dinero se queda en los costos de transacciones e intermediación y no llega a convertirse en servicios de salud para la gente, especialmente a nivel de promoción y de prevención.

El sistema para controlar los costos no puede ser simplemente hacer unos escándalos sobre el precio de unos pocos medicamentos, pues realmente el problema no está allí. Si ustedes miran todo lo que se hizo alrededor de la “emergencia social económica” para controlar precios de medicamentos, el impacto que ha producido es mínimo y

en cambio sí se han producido muchísimos trastornos en la atención de pacientes con enfermedades de alto costo.

Aunque se debe mirar este tema con mucho cuidado, no se trata simplemente del costo de unos medicamentos o unos insumos, el problema está mucho más abajo, en los dineros que se están quedando en otros tipos de costos y todos tenemos que ayudar a que el uso de los recursos que tiene Colombia sean más eficientes.

ADRIANA PULIDO, COORDINADORA DEL PROGRAMA *ASÍ VAMOS EN SALUD*

En este foro queremos hacer un balance del gobierno que terminó y plantear unos desafíos, no sólo para el nuevo Gobierno sino para todos los actores del sector salud que están aquí representados, incluyendo a cada uno de nosotros como usuarios del Sistema.

El propósito fundamental de *Así Vamos en Salud* es contribuir al mejoramiento de la salud de los colombianos a través del seguimiento, evaluación objetiva y difusión de resultados del sector salud.

Este programa maneja cuatro grupos de indicadores: estado de salud, servicios de salud, financiamiento y aseguramiento. También intentamos construir información por departamentos y municipios, que sea útil para todas las personas del país.

Con esta conferencia intento contrastar lo que encontramos en los indicadores de *Así Vamos en Salud* con algunas de las propuestas del Gobierno del Presidente Álvaro Uribe Vélez que fueron enviadas a este programa en 2002 y 2006.

SALUD PÚBLICA

En cuanto a indicadores de estado de salud o de salud pública podemos comenzar viendo las primeras diez causas de mortalidad en Colombia, comparando los años 2000 y 2008. La primera causa de muerte en el 2000 era el homicidio, que en el 2008 pasó a ser a la segunda causa de muerte y al primer lugar llegaron las enfermedades isquémicas del corazón. Otras enfermedades que están entre las principales causas de muerte son las hipertensivas, la diabetes y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias.

Pasando a la salud materno-infantil, durante los últimos diez años el país ha disminuido su tasa de mortalidad infantil, consiguiendo la meta propuesta por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que es de catorce defunciones por mil nacidos vivos. Sin embargo, permanecen las brechas regionales. Por ejemplo, en el departamento del Chocó, la tasa es de 29,5 defunciones por mil nacidos vivos; Quindío con 14,5; Cundinamarca con 13,4; y Guainía, que es el departamento con peores tasas del país, que tiene 38,6 defunciones por cada mil nacidos vivos.

La mortalidad en menores de cinco años también ha disminuido progresivamente y resalta de nuevo las importantes brechas regionales. En total para el país se consiguió en el 2008 el objetivo de desarrollo del milenio con 17 defunciones por mil nacidos vivos. Sin embargo, en los departamentos de Guainía, Vichada y Vaupés se presentan tasas de 46,51; 48,39 y 59,0 muertes por mil nacidos vivos, respectivamente. Hay que resaltar que estos son departamentos donde el porcentaje de hogares con necesidades insatisfechas supera el 50%, haciendo así evidente la relación entre el estado socioeconómico y las muertes en menores de 5 años.

Esta información es una alerta para Colombia, puesto que revela los grandes niveles de inequidad que se viven en el país. Un reto para las entidades gubernamentales es mejorar las condiciones de vida de estos colombianos, así como fortalecer las estrategias encaminadas a disminuir la mortalidad en menores de cinco años en estas zonas del país y de esta manera, disminuir la brecha entre los departamentos.

En cuanto a la mortalidad materna, todavía estamos un poco lejos de alcanzar la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio, que son 45 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. Para el 2008 el país tuvo 59 defunciones, aunque en el Guainía existen 357 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, una tasa equivalente a las de Sudáfrica y Haití.

En cuanto a la sífilis congénita, aquí tenemos un llamado de alerta muy importante para la salud pública de este país. En 1994 la 24 Conferencia Panamericana estableció la meta de 0,5 casos de sífilis congénita por mil nacidos vivos y Colombia se comprometió a cumplir con esta meta. Sin embargo, para 2008 en el país se presentan 1.8 casos de cada mil nacidos vivos. Este indicador muestra importantes problemas en la calidad de la atención prenatal y es importante que trabajemos desde todos los sectores por conseguir controles prenatales adecuados y que las mujeres sean tratadas tempranamente para la sífilis gestacional, para que no tengamos casos de sífilis congénita.

Otra alerta importante es la fecundidad en niñas de diez a catorce años. La situación es preocupante pues esta ha venido en aumento, pasando de 2,43 nacidos vivos por cada mil mujeres de diez a catorce años, a 3,17 nacidos vivos por cada mil mujeres en este grupo de edad. Estas cifras muestran que a pesar de que el Gobierno que termina trabajó intensamente en campañas de salud sexual y reproductiva y que se invirtieron importantes recursos en la disminución del embarazo adolescente, todavía no se han conseguido resultados; todo lo contrario, la tendencia es hacia el ascenso de las tasas fecundidad.

La fecundidad en mujeres de quince a diecinueve años se ha mantenido estable durante los últimos diez años, aunque en el país se planteó la meta de disminuir el porcentaje del embarazo adolescente, objetivo que no se ha cumplido. Por lo tanto, es muy importante trabajar enfáticamente en disminuir el embarazo adolescente, no sólo por lo que significa para la madre y el niño en relación con los problemas sociales y económicos para las familias, sino porque el embarazo adolescente aumenta la probabilidad de muertes maternas, de niños de bajo peso, de niños pequeños para la edad gestacional y de posibles embarazos múltiples.

Para contrastar las cifras, mientras que el promedio del país es de 72 embarazos en cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad para el Quindío es de 69 y en Arauca son 113 nacidos vivos por cada mil mujeres del mismo grupo de edad. Por esta razón hay que hacer énfasis en Arauca porque es el lugar donde más niñas están quedando en embarazo.

Pasando a las enfermedades crónicas, las muertes por enfermedades isquémicas del corazón pasaron de 51 defunciones por cada 100.000 habitantes colombianos en 1998, a 64 defunciones por cada 100.000 habitantes en 2008. Este aumento indica que el sistema de salud colombiano se debe enfocar en la promoción de la salud y de hábitos saludables como el ejercicio y la dieta sana.

Termino aquí con los indicadores de salud pública y quiero contrastarlos con algunas frases tomadas de las propuestas del Presidente Uribe en su campaña para la presi-

Las muertes por enfermedades isquémicas del corazón pasaron de 51 defunciones por cada 100.000 habitantes colombianos en 1998, a 64 defunciones por cada 100.000 habitantes en 2008. Este aumento indica que el sistema de salud colombiano se debe enfocar en la promoción de la salud, y de hábitos saludables como el ejercicio y la dieta sana.

dencia en el 2006. “Se requiere un gran énfasis en salud pública retomando funciones gubernamentales, aclarando competencias y creando economías de escala en programas tan sensibles como la vacunación, la salud sexual y reproductiva y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas”.

Por otro lado, el Ministro de Protección Social, en el foro de *Así Vamos en Salud* de 2006, propuso continuar con el fortalecimiento del PAI –Programa Ampliado de Inmunizaciones–, el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la disminución de los embarazos no deseados.

Frente a los indicadores presentados es difícil decir que se cumplieron estas metas.

Otra de las propuestas de campaña fue una urgente actualización del perfil epidemiológico, a través de la puesta en marcha del Estudio Epidemiológico Nacional y la definición de estrategias con base en los resultados, así como el desarrollo y fortalecimiento de políticas de promoción y prevención (I Nivel) para corregir el cambio en la pirámide de riesgos. Frente a este tema es importante mencionar que se hicieron significativos estudios como la encuesta nacional de demografía y salud, y el estudio carga-enfermedad, pero aún está pendiente la definición de estrategias con los resultados de estos estudios.

Como conclusiones de esta sección presento los retos en salud pública más importantes para el gobierno que comienza: Disminuir las brechas regionales en salud que se reflejan en las altas tasas de mortalidad infantil y materna, en territorios nacionales como Chocó, Guajira y Cauca.

Intensificar las funciones esenciales de la salud pública, entre ellas la promoción de la salud, el aseguramiento de la calidad y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.

Fomentar cambios en los estilos de vida de las personas mediante esfuerzos intersectoriales (educación, deporte, desarrollo socio-económico y cultural) y con la participación de los medios de comunicación.

Mejorar la salud sexual y reproductiva, en educación, promoción, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, en especial para disminuir el embarazo adolescente y las muertes maternas; erradicar la sífilis congénita y el tétanos neonatal y reducir el cáncer de cuello uterino.

Reducir la morbilidad y mortalidad por accidentes y violencia (tránsito, homicidio) y fomentar la salud mental.

CALIDAD

Pasando al tema de servicios de salud y calidad, analizamos un grupo de indicadores cuya fuente es el Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de la Protección Social. Este es un importante esfuerzo que han hecho el Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud, para recopilar información tanto de aseguradores como de prestadores de servicios de salud. Entre ellos está la oportunidad de la atención en la consulta médica general, en la consulta médica especializada, en odontología; la tasa de infección intrahospitalaria, la proporción de cancelación de cirugía programada, la proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada y la tasa de satisfacción global.

Para esta ocasión escogimos la proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada, indicador con el que encontramos que este Sistema de Información todavía

debe fortalecerse en recibir mayor información de todas las IPS del país. Entre 2006 y 2009 se recibió información de un rango entre ochocientas a mil cincuenta IPS, siendo que en el país hay diez mil IPS que deberían estar reportando. La proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada está entre el 50% y 74%, que es una proporción bastante baja. Por lo tanto, es importante trabajar en mejorar este indicador.

Continuando con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y sus componentes, la acreditación y la habilitación han tenido un importante desarrollo en el país. Cada año se acreditan de tres a siete IPS para un acumulado de diecinueve IPS a mediados de 2010. La acreditación es el nivel máximo de calidad, pero son diez mil IPS que se pueden acreditar en el país y aunque no necesariamente todas lo deben hacer, la proporción de IPS acreditadas es muy baja, por lo que es importante seguir trabajando por asegurar la calidad de la atención en salud.

La tasa de satisfacción global tiene un porcentaje bastante alto: entre 81% y 91% en IPS y entre 71% y 87% en EPS. Para contrastar, mostramos las cifras del estudio de 2009 de la Defensoría del Pueblo, en el cual encontraron que la satisfacción de los usuarios con respecto a las IPS es del 71% y con las EPS es del 68%. La diferencias pueden estar en el tipo de preguntas que se realizan a los usuarios o en la metodología de los estudios, lo que hace discutible si son comparables o no. Es por lo tanto, un tema en el cual se debe seguir trabajando, no sólo para poder reflejar bien la satisfacción de los pacientes, sino para disponer de un indicador que motive a los diferentes actores del sistema, a brindar cada día mejor atención en salud.

Las propuestas de gobierno 2006-2010 fueron: implementar la acreditación y habilitación en IPS y EPS con indicadores de calidad, promover y exigir el Ranking, "...lograr la verificación de estándares mínimos de calidad que tengan impacto en la salud en todas las IPS" y continuar reestructurando las redes de prestación de servicios de salud.

Si bien muchas de estas metas se alcanzaron, la verificación de los estándares de habilitación es aún insuficiente. De acuerdo con el informe de gestión de la Superintendencia del 2009, para el 2008 veintidós entidades territoriales no cumplieron con la meta de verificar los estándares de habilitación. Este es un tema bastante preocupante, no sólo por el esfuerzo de cada IPS de habilitarse, sino también porque la entidad territorial debe velar porque esos estándares realmente los estén cumpliendo, ya que este cumplimiento redundará directamente en servicios de salud de calidad para toda la población colombiana.

Por todo lo anterior, consideramos que los retos para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad son avanzar en la habilitación y la acreditación de EPS y entidades territoriales y en general aumentar la calidad de los servicios de salud, por ejemplo para tener mejores controles prenatales, mejor atención del parto y el puerperio para que ocurran menos muertes maternas. Por otro lado, mejorar la calidad de la atención para realizar actividades de prevención y tratamiento adecuado de enfermedades crónicas.

El aseguramiento en salud ha sido uno de los avances más grandes del gobierno anterior. Sin embargo, se esperaba que la afiliación estuviera más alta en el régimen contributivo que en el subsidiado y sucedió lo contrario. De acuerdo con información del Ministerio de la Protección Social para el 2009 el 56% de la población estaba afiliada al régimen subsidiado y el 43% al régimen contributivo. En departamentos como Quindío y Cundinamarca la proporción es igual que en el total del país, pero

en departamentos pobres como el Chocó, la gran mayoría de la población está en el régimen subsidiado.

Las propuestas de gobierno 2006-2010 fueron alcanzar la cobertura universal, especialmente para el régimen subsidiado; consolidar el sistema de información e identificación de usuarios y fortalecer el aseguramiento público en salud. Podemos decir que sí se mejoraron la identificación de usuarios y los sistemas de información, pero aún persisten bastantes problemas de identificación de personas en el régimen subsidiado.

Los retos para el nuevo Gobierno son conseguir el aseguramiento universal y mantenerlo. Este Gobierno se comprometió a continuar con el esquema de aseguramiento, así que el reto es aumentar el aseguramiento en el régimen contributivo y para esto es necesario aumentar el empleo. Un punto a resaltar es la unificación de los planes de beneficios. Aunque es deseable que los planes estén unificados, habría un incentivo inverso o perverso en el cual las personas no van a querer afiliarse al plan contributivo porque recibirían la misma atención que en el subsidiado. Es necesario buscar alguna solución para esta posible situación. Además, es importante garantizar la cobertura efectiva en salud, que quiere decir brindar adecuados servicios en salud para toda la población, no simplemente el aseguramiento.

Para ilustrar el tema de financiamiento, presentamos unas cifras que nos facilitó Gilberto Barón, en las que calcula que el porcentaje del PIB en salud que se está invirtiendo en este momento es del 7.9%. La mayor proporción de estos recursos está asignada al régimen contributivo (31,8%), mientras que se asigna el 19% al régimen subsidiado; y junto a los recursos para la población pobre no asegurada (7,5%) y para los regímenes especiales (6,2%), se estarían asignando al Sistema General de Seguridad Social el 64% del total de recursos para la salud.

Un dato importante de analizar es el gasto de bolsillo, que para el 2009 se estima en el 20,9% del total del gasto en salud y según calculaba el mismo Gilberto Barón para el 2003 este era del 7%. Aunque la metodología de cálculo es distinta para los años 93-2003 que la realizada para el año 2009, estaría aumentando de forma importante el gasto de bolsillo, con lo cual se va perdiendo uno de los logros más importantes del Sistema de Aseguramiento en Salud.

Por otro lado, el gasto per cápita en salud más alto según el tipo de afiliación corresponde a la población pobre no afiliada. De ahí que sea importante ver cómo podemos lograr mejores eficiencias en los recursos de la salud.

Pasando a la cartera hospitalaria, según información de un estudio de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, se evidencia que dicha cartera está en ascenso y que el 50% corresponde a carteras reportadas en noventa días. El presidente anterior se comprometió a mejorar la cartera. A pesar de los esfuerzos este objetivo no se logró y el reto para el nuevo Gobierno es mejorar los flujos financieros en el sistema de salud. Una mejor liquidez en los hospitales garantiza una mejor atención para todos los pacientes en el país. Otro reto importante es fortalecer la regulación y rectoría y mejorar el flujo de recursos para la salud.

Los retos para el nuevo gobierno son conseguir el aseguramiento universal y mantenerlo. Este gobierno se comprometió a continuar con el esquema de aseguramiento, así que el reto es aumentar el aseguramiento en el régimen contributivo y para esto es necesario aumentar el empleo.

La perspectiva de las entidades territoriales

JAIME CARRILLO, SECRETARIO DE SALUD DE GIRARDOT

Girardot es un municipio a 120 km de Bogotá; está situado entre tres ciudades capitales como son Neiva, Ibagué y Bogotá. Tenemos 23 hospitales o unidades generadoras de datos, de los cuales cuatro son de segundo y dos son de tercer nivel público y privado. Somos un municipio de 100.000 habitantes, con una población flotante entre 60 y 70 mil.

Algunos de los problemas grandes que tenemos en municipios como Girardot son la alta rotación del recurso humano, que además no tiene el perfil idóneo ni la capacitación suficiente y tampoco se tiene personal en carrera administrativa o de planta. Esto hace que los procesos se caigan, que la información se pierda. Además, las actividades se enfocan en enviar información hacia la ciudad de Bogotá, hacia el Ministerio, a la Contraloría, la Procuraduría, entre otros entes de control.

Solamente existían dos programas en el municipio de Girardot: el Sistema de Estadísticas Vitales y el SIVIGILA (Sistema de Vigilancia en Salud Pública). Girardot recibe pacientes del Tolima, del Huila y de Cundinamarca, de 28 municipios. Había tal falta de información que por ejemplo se creía que Girardot era un municipio con alta prevalencia de SIDA, pero cuando generamos un perfil epidemiológico más cercano a la realidad encontramos que no era cierto.

Una de las carencias de los municipios de todo el país es la falta de perfiles epidemiológicos, que dependen en gran medida del recurso humano y este a su vez de la voluntad política de los gobernantes. En Girardot, gracias al apoyo del alcalde actual se consiguió mejorar las condiciones y mantener un buen recurso humano en la Secretaría de Salud. Sin embargo, hace unos años las condiciones eran precarias, porque se habían llevado los discos duros, no había archivos. Si esto es así en un municipio de tercera categoría, con un presupuesto aproximadamente de \$80.000'000.000 anuales, qué podemos decir de municipios más pequeños. Esa es la causa de la debilidad de los sistemas de información. Por ejemplo se asignan computadores para la Secretaría de Salud, pero los señores alcaldes los reparten por todos los despachos del alcalde. Entonces llega la Contraloría y los ponen otra vez en la Secretaría de Salud, y cuando se va la Contraloría se lo llevan de nuevo a los otros sitios.

Cómo es posible que un municipio como Girardot, al año 2008 llevara diez años sin tener un perfil epidemiológico y se elaboraran los planes de desarrollo con un perfil supuesto. Duré un año haciendo el perfil epidemiológico del año 2008, que terminé en julio de 2009 porque no teníamos información. En la Gobernación no la tenían, en el Ministerio sólo había información de 4 IPS que estaban reportando a SIVIGILA y a Estadísticas Vitales. Luego de esto hemos hecho un trabajo arduo y en estos momentos estamos haciendo reportes de 23 IPS.

Quiero resaltar que en los municipios del país no tenemos un perfil epidemiológico, no tenemos la base, no sabemos de qué nos morimos. Por esto y por los recursos económicos limitados, yo sospecho que toda la información puede estar llegando errada al nivel central.

Los municipios dependemos del Sistema General de Participación, que se distribuye inadecuadamente en cada uno y se queda sin recursos la salud. También dependemos de los CONPES y el aseguramiento, que en salud pública es totalmente limitado. Además, en el diagnóstico que encontramos no existían veedores ni comités de participación comunitaria. Al no existir la participación de la comunidad ante las EPS-IPS ellas manejaban a su antojo la calidad de los servicios.

Otro problema es que no se reporta la información de las EPS al ente territorial. Fue difícil lograr que veintitrés me entregaran la información, porque todo lo enviaban a Bogotá, pasando por encima del ente territorial. Hablé primero con el Ministerio y con la Gobernación, y luego sí me enviaron la información. Esta es de las complicaciones más grandes que se tiene porque las EPS con su papel dominante en los servicios de salud, manejan como quieren la información. Llegamos a concluir que si las EPS e IPS maquillan la información y esta llega errada a los entes territoriales, a nivel nacional será mucho mayor el problema.

Respecto al plan de intervenciones colectivas, la plata se está perdiendo, no le está llegando a la comunidad, ni a la persona realmente enferma.

Otro problema: falta de depuración de la base de datos de aseguramiento. Mientras los entes territoriales no empezamos a manejar esa depuración, para lo cual hay que tener la persona idónea, los sistemas seguirán igual.

La falta de inspección, control y vigilancia para las EPS, especialmente del régimen contributivo es también un problema grave. El ente territorial sólo puede llegarle al régimen subsidiado porque tenemos un contrato, pero al contributivo no le podemos exigir. Nosotros dependemos de la Gobernación que es la que hace la inspección, vigilancia y control. Sin embargo considero que los entes territoriales deberíamos poder manejarlo.

Hay deficiencias en la interventoría del régimen subsidiado. Antiguamente este régimen era manejado casi a dedo. Luego, con la licitación, se vió que era necesario manejarlo con empresas que tuvieran experiencia, recursos y recurso humano idóneo, ahí fue cuando empezamos a mejorar.

Les voy a enumerar los adelantos que hemos tenido en estos dos años y medio en la Secretaría de Salud y las razones por las que creo que se lograron. Nosotros pudimos mantener el personal y capacitarlo en salud pública, en inspección, vigilancia y control, en sistemas de información para el aseguramiento y la salud pública. La capacitación fue con la Gobernación y el Ministerio y para tener por lo menos los índices de mortalidad y de natalidad. También se dejó una persona fija para flujo de recursos en aseguramiento y para el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Los recursos fueron asignados en un 75% por la alcaldía, de recursos propios y el 25% de ETESA, hoy en día en liquidación. Además compramos un servidor para evitar que toda la información desaparezca, como sucedió en el año 2008.

Creamos la página web, logramos el perfil epidemiológico para el municipio y creamos los comités de participación comunitaria. A los participantes de estos comités los carnetizamos y uniformamos y ellos son los que están ayudando a todo el municipio a garantizar que las EPS e IPS les brinden efectivamente los servicios.

También logramos centralizar la información de las EPS e IPS en el ente territorial. Afortunadamente las veintitrés EPS me están entregando la información, gracias a los acuerdos con la Gobernación y el Ministerio de la Protección Social.

Esta es de las complicaciones más grandes que se tiene porque las EPS con su papel dominante en los servicios de salud, manejan como quieren la información. Llegamos a concluir que si las EPS e IPS maquillan la información y esta llega errada a los entes territoriales, a nivel nacional será mucho mayor el problema.

Otro logro es la depuración de la base de datos. Nosotros empezamos con el 57,7% y llegamos al 31 de diciembre del 2009 con el 90,7% de la base de datos. Esto se logró gracias a la continuidad del personal y los recursos informáticos, a la Gobernación y al Ministerio, al acompañamiento que se dio con las EPS y las IPS para el servicio de los usuarios.

Logramos cumplir las metas del PAI por dos años consecutivos, porque estamos realizando los esquemas de vacunación. En estos momentos estamos en el 97,4% de sarampión y rubeola. Estamos esperando la visita del Ministerio y la Organización Panamericana de la Salud, para la certificación.

En la página web pusimos la conexión para las EPS y allí entregan la información. Igualmente la conservación de la información está permitiendo la continuidad de los procesos, el mejoramiento de la infraestructura de la Secretaría de Salud y el servicio al cliente. Los comités de participación comunitaria tienen una oficina en la Secretaría precisamente para que puedan atender a la población.

Hemos hecho permanente el contacto entre los copacos y los veedores con el ente territorial y la Supersalud. Ellos se encargan directamente de unificar el criterio de qué va a la Supersalud y la rendición de cuentas se hace en forma semestral con datos exactos para los entes de control. Con todo esto hemos sido elegidos para estudios nacionales e internacionales sobre el dengue, el virus del papiloma humano, la hepatitis b y marcadores genéticos con pacientes de hipertensión y coronarios.

Tengo entonces las siguientes propuestas:

- El Plan de Intervenciones colectivas debe regresar al ente territorial. El ente territorial municipal debe vigilar y controlar las EPS y específicamente el régimen contributivo.
- Se deben apropiar más recursos para salud pública y obligar a los entes territoriales al nombramiento de personal en carreras administrativas para la continuidad de los procesos.

Resalto también que mientras la salud pública sea la cenicienta de todo el sistema y las EPS manejen las enfermedades crónicas como las manejan, no habrá plata para el aseguramiento, pues esta se va en altos costos.

Resalto también que mientras la salud pública sea la cenicienta de todo el sistema y las EPS manejen las enfermedades crónicas como las manejan, no habrá plata para el aseguramiento, pues ésta se va en altos costos.

Perspectiva de los hospitales públicos

LEONARDO QUICENO DE LA ASOCIACIÓN DE HOSPITALES DEL QUINDÍO

Gracias por tener en cuenta municipios y departamentos tan pequeños para que mostremos nuestra situación, pues nuestra realidad es el reflejo fiel de lo que ocurre en todo el sistema público hospitalario del país.

La situación de las Empresas Sociales del Estado no es la mejor en estos momentos. Desafortunadamente sigo con el pesimismo de todas las presentaciones anteriores. Uno de los mayores problemas que tenemos en los hospitales públicos es el pasivo prestacional, a pesar de que las leyes 715 y 1122 dieron la orden al Ministerio de Hacienda y a los entes territoriales del orden departamental de solucionar este problema creando los fondos de concurrencia. La información que dieron los hospitales en ese entonces no fue completa, solamente ingresaron a esta base de datos todo el personal activo en ese momento pero el personal que anteriormente laboraba en las instituciones no quedó.

En este momento el Ministerio de la Protección Social calcula que el pasivo pensional de todo el país es de más o menos 80 billones de pesos, aunque la Contraloría dice que puede ser de 120 billones de pesos. De todo esto, el 30% corresponde al sector salud, es decir que estamos entre 24 y 36 billones de pesos, por lo que en todos estos años, los fondos de pensiones y cesantías, en especial el Seguro Social ha venido cobrando a las ESEs que obviamente no tienen el respaldo presupuestal para este pago. El problema es que en el momento en que no se pague de forma oportuna, embargan nuestras cuentas, momento en el cual empeorará el funcionamiento de todos estos hospitales.

La gran dificultad entonces, es la viabilidad financiera, el flujo de recursos, situación que ocurre por múltiples causas. De acuerdo con la Procuraduría, en estos momentos a los hospitales públicos, el Sistema, el régimen subsidiado, les debe 3,5 billones. De esta forma es muy difícil que estas empresas puedan funcionar, lo cual repercute en la mora de nuestras obligaciones con los trabajadores de la salud y nuestros proveedores. Por lo tanto, estamos en mora de 3, 4 o 6 meses en estos pagos.

Anteriormente, los recursos para los hospitales eran de subsidio a la oferta, llegaban unos dineros por medio del situado fiscal y de esta forma los hospitales funcionaban con el debido soporte financiero. Con la Ley 100 se cambió al subsidio a la demanda y es así como más del 95% de los recursos en salud ya no llegan directamente a los hospitales. El problema es que un gran porcentaje se queda en la intermediación y a nosotros nos está llegando mucho menos dinero y sobre todo con mucho retraso.

Otro de los problemas es que nos han trasladado unas responsabilidades que antes no teníamos. Cuando comenzamos a facturar debimos crear departamentos de facturación, de cartera, de auditoría médica. Sin embargo, en la UPC (Unidad de Pago por Capitalización) que le dan a los hospitales, a las IPS públicas, no hay ningún porcentaje con el que podamos pagar estos costos administrativos, mientras que en la UPC que le llega a las EPS de los regímenes subsidiado y contributivo tiene un porcentaje claro para la administración.

Otra gran dificultad que tenemos es una gran incertidumbre en la contratación de personal. Con las famosas reestructuraciones desmantelaron las plantas de personal, de talento humano. Sin embargo, nos exigen cumplir nuestra función que es la prestación de servicios de salud, pero sin la posibilidad de nombrar, de dar contratos de trabajo, por lo que estamos obligados entonces a acceder a maneras no deseables de contratar y vincular a nuestros trabajadores de la salud, como son los contratos de prestación de servicios y contratos a través de cooperativas de trabajo asociado. Esto implica un gran riesgo de demandas y hace que el personal esté desmotivado, no tenga estabilidad laboral y que los procesos se caigan porque no hay continuidad, lo que repercute en el buen funcionamiento de las empresas.

Esta situación se hace más difícil por la forma como funcionan las juntas directivas, porque hay un claro conflicto de intereses. Siendo el alcalde el presidente de la junta directiva, aparecen intereses desde el punto de vista político y sobre todo en la parte burocrática, no permitiendo que se contrate o vincule realmente el personal idóneo para el funcionamiento de los hospitales.

Una situación adicional de dificultad es el sistema actual de la calificación del desempeño de nuestros hospitales, dado que tiene en cuenta únicamente la rentabilidad financiera. Esto hace que se tienda a deshumanizar la atención porque nos debemos abocar a hacer rendir la plata. Es así como comenzamos a disminuir el tiempo de atención en consulta, a mirar los costos, a presionar a nuestros médicos para que sean más racionales en el gasto y de una u otra forma esto repercute en la buena atención de nuestros usuarios.

Por otro lado, gran porcentaje del personal y de los recursos de las ESEs se invierten en procesos administrativos como en la implementación de modelos de gestión pública y en la elaboración de informes para las siguientes entidades: Ministerio de la Protección Social, Contraloría tanto departamental como la General de la República, a la Procuraduría, a la Superintendencia Nacional de Salud, a las secretarías departamentales que son los entes de vigilancia y control y a las mismas EPS.

Como hay vientos de reforma, nos permitimos, a través de la Asociación de las Empresas Sociales del Estado en Colombia, presentar las siguientes propuestas:

- Definir políticas públicas claras para la prestación de servicios de salud, entre ellas aclarar las normas bajo las cuales se rigen las ESEs. Actualmente somos un híbrido entre la empresa privada y el sector público, lo cual demora la ejecución.
- Que se cumpla lo contenido en la Ley 1122 de 2007, que exige al Gobierno Nacional subsidiar a los hospitales pequeños que por su población y por su posición geográfica no tienen condiciones de eficiencia. Estos hospitales por ejemplo, no tienen los suficientes ingresos para tener habilitados todos sus servicios y por lo tanto ha sido necesario cerrar servicios, lo cual ha dificultado el acceso a la salud de los habitantes de estos municipios.
- Que las ESES tengan un estatuto legal específico para que puedan funcionar bien, para que las juntas directivas no entorpezcan las labores del gerente con sus exigencias políticas y que se pueda eliminar el conflicto de intereses.
- Un régimen especial salarial para los trabajadores de la salud. Actualmente el 80% de nuestros trabajadores de la salud, médicos, enfermeras, bacteriólogas, están por contratos de prestación de servicios a través de cooperativas; esto no puede continuar así.

Una situación adicional de dificultad es el sistema actual de la calificación del desempeño de nuestros hospitales, dado que tiene en cuenta únicamente la rentabilidad financiera. Esto hace que se tienda a deshumanizar la atención porque nos debemos abocar a hacer rendir la plata.

Perspectiva de los aseguradores del régimen subsidiado

ARLET MERCADO DE GESTAR SALUD

Las Empresas Solidarias de Salud afiliadas a Gestar salud, reúnen a más de ocho millones de afiliados en 28 departamentos, 658 municipios y los 4 distritos del país.

A pesar de los avances en cobertura de aseguramiento del Gobierno anterior, consideramos que el principal problema actual es la cartera morosa. Esta cartera es de tres tipos: cartera antigua, cartera corriente y cartera por atenciones no POS. En general esta cartera está hoy en quinientos setenta y ocho mil millones de pesos. El tiempo por cobrar llega a estar hasta en 207 días. A pesar de esto, nosotros tratamos de pagar a las instituciones prestadoras con una mayor oportunidad de la que nosotros recibimos los recursos. Una coyuntura reciente es la cartera originada en la transición que generó el cambio de operación con la introducción de contratos electrónicos.

Entre las causas de la cartera antigua están la falta de efectividad de los municipios en la gestión administrativa de los contratos de aseguramiento, la falta de efectividad de los municipios en la gestión y administración de la BDUA (Base de datos única de afiliados) y el incumplimiento de los municipios con su obligación principal de pago a los aseguradores con oportunidad y suficiencia de las UPC-S.

De acuerdo con Fidufosyga, las causas de la cartera corriente son los saldos del Sistema General de Participaciones no girados durante el primer trimestre de 2010. Adicionalmente, los saldos de liquidación del Patrimonio Autónomo (traslados, 1,4 millones no clasificados por tipo de subsidio) y el saldo del bimestre junio – julio, por no autorizaciones de los municipios a Operadores, y contratos mal diligenciados por los municipios (20,67% de la contratación) devueltos por el Fosyga. A la fecha, el bimestre agosto-septiembre no ha sido girado.

Las causas de la cartera no POS son: la falta de sistemas de información en los departamentos, la ausencia de auditoría, de procesos y procedimientos. La falta de recursos de los departamentos para pagar la cartera no POS nos obliga a usar recursos de la unidad de pago por capitación, para cubrir prestaciones no POS que las entidades territoriales no pueden cubrir. Las prestaciones no POS del subsidiado están basadas en el plan de beneficios del régimen contributivo y el tope es la UPC del régimen contributivo. Sabemos que muchas de las atenciones superan ese límite, razón por la cual esta cartera está alrededor de los setenta y seis mil millones de pesos.

Teniendo en cuenta lo anterior, el principal reto que nosotros planteamos para el Gobierno actual, es el de optimizar la operación del régimen subsidiado, tratando de hacerlo, en lo posible, lo más equivalente al régimen contributivo. Para esto consideramos que se debe mejorar la unidad de pago por capitación y mejorar la operación y el flujo de recursos.

FINANCIAMIENTO

Con respecto al financiamiento del Sistema de Salud, consideramos que si pudiéramos colocar todos los recursos del sistema en una sola bolsa y calcular un per cápita, encontraríamos que estaría alrededor de los \$500.000 al año por persona, con lo cual podríamos ser más equitativos en el sistema. Por otro lado, consideramos que los principales

...el principal reto que nosotros planteamos para el gobierno actual, es el de optimizar la operación del régimen subsidiado, tratando de hacerlo, en lo posible, lo más equivalente al régimen contributivo. Para esto consideramos que se debe mejorar la unidad de pago por capitación, y mejorar la operación y el flujo de recursos.

... vemos en nuestros datos que la población tiene problemas nutricionales desde el nacimiento y en la primera infancia continua con problemas respiratorios, tanto agudos como crónicos, en niños como en ancianos.

retos en el Gobierno actual son garantizar la sostenibilidad, la eficiencia y la equidad. Es necesario identificar la capacidad de aporte de los beneficiarios y garantizar el financiamiento del no POS. Al respecto, como explicaba anteriormente, el aseguramiento está asumiendo las atenciones no POS a pesar de que existe tanta incertidumbre en el recobro y que los procesos administrativos son tan costosos.

Para garantizar la sostenibilidad del sistema, es necesario que todas las fuentes cumplan con el propósito para el cual fueron definidas. Estamos de acuerdo en que el sistema sea más eficiente y apoyamos las propuestas que apuntan a esto. Pero es necesario identificar la capacidad de aporte de los beneficiarios; en ese sentido quiero recordar el estudio que hicimos con el Cendex, Asocajas y la Fundación Corona, en el cual se establecen propuestas para implementar un mecanismo de subsidios a la cotización. De esta forma las personas que tengan capacidad de pago aporten en alguna medida y que no simplemente esté dividido entre contributivo (los que aportan) y subsidiado (los que reciben). En este punto resalto que los subsidios se volvieron inmanejables y aunque somos EPS del régimen subsidiado, consideramos que el país debe dar ese salto, debe identificar la capacidad de aporte y que en la medida que puedan, mínima o máxima, las personas aporten al sistema.

SALUD PÚBLICA

En materia de salud pública, la Dra. Adriana Pulido mostró unos datos interesantes. Yo quiero mostrar lo que nosotros encontramos en nuestros datos, los cuales consolidamos a partir de los reportes que las EPS tienen que remitir al Ministerio de la Protección Social para el estudio de suficiencia de la UPC. Tenemos una pirámide poblacional que muestra un predominio de población joven, una población productiva, que tiene un buen recambio generacional y que si pudiera laborar, contribuiría enormemente con la producción del país. El 52% de nuestra población son mujeres y el grupo de población más grande está en la mujeres en edad fértil, le siguen la población de 5 a 14 años sin distinción de sexo y luego los hombres entre los 15 y 45 años de edad.

Nuestra población está principalmente en la zona urbana en un 53%, mientras que el 47% está en la zona rural. Los principales diagnósticos en la población que consulta son, en un 30% exámenes generales de personas sin queja o sin diagnóstico informado, y otras no clasificadas. Estos diagnósticos surgen principalmente en las consultas ambulatorias, les sigue la consulta a urgencias y en menor porcentaje las atenciones que se dan en el ámbito hospitalario. Consideramos que se nos pierde una información importante para analizar, con estos diagnósticos inespecíficos.

Por otro lado, vemos en nuestros datos que la población tiene problemas nutricionales desde el nacimiento y en la primera infancia continua con problemas respiratorios, tanto agudos como crónicos, en niños como en ancianos. Posteriormente siguen los problemas de causa externa en los hombres. En las niñas siguen los problemas infecciosos en el sistema urinario, el sistema gastrointestinal. Luego empezamos a ver en las mujeres las consultas relacionadas con el inicio de la vida sexual y con los embarazos, con el parto; en los hombres siguen apareciendo las lesiones de causa externa y los problemas relacionados con procesos infecciosos y cuando llegamos a la edad adulta empiezan a aparecer los problemas crónicos y degenerativos, incluyendo la hipertensión, la diabetes, el cáncer, el VIH y los problemas osteomusculares.

Identificando mejor las patologías crónicas, encontramos que la relación entre la HTA Hipertensión Arterial y la insuficiencia renal está en el orden de 15:1, lo que nos indica que debemos esperar un caso de insuficiencia renal por cada 15 hipertensos. La relación diabetes / insuficiencia renal es mayor, pues es de 4:1, indicando que por cada 4 diabéticos hay un caso de insuficiencia renal.

Al analizar el bajo peso por grupos de edad, encontramos que la desnutrición proteico-calórica es la que predomina y está presente en todas las edades, pero principalmente en los menores de 0 a 4 años, luego en los de 5 a 14 y sigue presentándose en las personas de 15 a 44 años de edad. En este aspecto consideramos que el Sistema de Salud es poco lo que puede hacer, porque los problemas nutricionales tienen que ver mucho con la seguridad alimentaria. Sabemos que hay departamentos en donde la población no tiene acceso a alimentos, por ejemplo ayer un compañero de OPS que trabaja en el Chocó, me decía que hay gente que come cada tres días y esto no lo puede resolver solo el sector salud.

Otro tema preocupante son los trastornos mentales, puesto que su atención no está en el plan de beneficios del régimen subsidiado. Revisando por ejemplo los trastornos mentales en menores de 5 a 14 años, encontramos trastornos de conversión, la ansiedad, los trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje y otros trastornos emocionales. Pero nos llama la atención que hay trastornos de la ingesta de alimentos en nuestra población. Uno se alarma que en el régimen subsidiado exista esto. Por lo tanto, tenemos que empezar a hacer algo al respecto porque en el futuro esta situación puede ser peor.

Respecto a los eventos de alto costo, encontramos que la tasa por 100.000 afiliados en las Empresas Solidarias de Salud ha ido incrementándose. Tenemos aquí una información que va del 2002 al 2009 y todos los eventos muestran un incremento: el cáncer, cuidados intensivos, las enfermedades renales crónicas, el VIH, las patologías cardiacas, los reemplazos articulares, las enfermedades del sistema nervioso, el gran quemado. Quisimos mirar en detalle cómo está el cáncer con relación a una observación que habíamos hecho en el año 2004 y vemos que sigue apareciendo el cáncer de mama como la primera causa; las leucemias pasaron al segundo lugar y los tumores del útero al tercer lugar. Esto nos llama mucho la atención, pues no sabemos cuál es la razón y la tendencia es al incremento.

RETOS PARA EL NUEVO GOBIERNO

Después de mostrar el panorama anterior podemos llegar a la conclusión de que la intervención de algunas alteraciones de la salud, no son posibles sólo desde el sector salud. Por ejemplo, para las enfermedades respiratorias nosotros podemos hacer muchos esfuerzos como facilitar el acceso a los servicios de salud o mejorar la calidad. Sin embargo, si los ambientes no son sanos, o más seguros para la gente, vamos a seguir teniendo los mismos o peores problemas respiratorios. Otro ejemplo, si no intervenimos un poco la seguridad alimentaria, no vamos a modificar los problemas de nutrición con todas las alteraciones inmunológicas, de desarrollo y de productividad futura, que implican incluso un riesgo cardiovascular que ya se ha demostrado, tiene asociación con el bajo peso al nacer.

Por lo tanto, consideramos que un reto importante que tiene este Gobierno es implementar realmente la estrategia de APS en todos los actores que intervenimos en el

sector salud, entendiéndola bien, interpretándola bien y haciendo todo el trabajo para que la intersectorialidad sea fuerte, para que la participación comunitaria sea real. Por ejemplo que el vecino de la mujer que está embarazada esté atento a que esa mujer embarazada cumpla con sus controles prenatales, que exista ese apoyo que necesita una madre soltera. También, el apoyo que una comunidad le da a su población que tiene una enfermedad crónica. Soñamos con que eso pueda darse; las Empresas Solidarias de Salud nacieron para eso y creemos que eso debe rescatarse.

También creemos que el gobierno debe garantizar la suficiencia y la competencia de la red de prestadores. Se necesita bastante apoyo para la red. Nosotros somos unos convencidos de que la red pública es importante, no nos interesa la integración vertical, tenemos solo el 3% de integración vertical. Nuestro gran aliado en los municipios pequeños son los prestadores públicos, pero encontramos grandes diferencias en calidad y necesitamos que eso se intervenga. Esto nos podrá ayudar a tener resultados positivos en salud en la medida que lo deseamos como país.

En materia de calidad, los avances fueron muchos. Tenemos los indicadores del Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de la Protección Social y la Supersalud, con datos de nuestras ESS. Con toda la deficiencia que aún puede haber en este observatorio, creemos que hemos venido mejorando en los indicadores. Por ejemplo para el 30 de Junio de 2010 tenemos la oportunidad de asignación de citas en todos los casos por debajo del máximo aceptable. Tenemos una satisfacción cercana al 94% y una tasa de traslado de solamente 1,7%. Pero creemos que algunos indicadores deben ser revisados, para garantizar la atención con calidad, oportuna y en donde las demoras en la atención que pueden estar generando complicaciones se empiecen a superar.

Para terminar, consideramos que los principales retos son trabajar entre todos por la calidad y seguridad en la atención en salud. Para esto, las empresas solidarias estamos en un compromiso por la calidad. Estamos a la orden con los datos que tenemos para ser analizados, sabemos que hay muchas cosas por mejorar en el sistema, quisiéramos que los problemas de recursos no existieran y aquí estamos para acompañar al gobierno. Tenemos una diferencia con el resto de empresas del sector y es que nosotros nacimos en la comunidad, venimos de la comunidad, nuestros excedentes deben volver a la comunidad; digamos que somos los más interesados en que el sistema funcione y que definitivamente esos sueños que tenemos se hagan realidad.

La perspectiva de los usuarios organizados

JOSÉ VILLAMIL, VEEDOR NACIONAL DE SALUD

Quiero iniciar diciendo que a los veedores de salud nos interesa la calidad de la atención para el bienestar de los pacientes. Por esto traigo la definición de las fallas de la atención en salud, que es lo que vigilamos: “Es una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales”.

Estas fallas deberían encontrarse con la habilitación y su sistema de verificación. Sin embargo, esto tiene un proceso excesivamente lento, además de presentarse fallas de la atención en salud que no se están controlando. Por ejemplo, algunas instituciones en que se están dando quimioterapias contra el cáncer con unos equipos obsoletos y que las EPS, por buscar una reducción de costos contratan con este tipo de entidades. Adicionalmente, se interrumpen los ciclos de quimioterapia con instituciones buenas como el Cancerológico y los pacientes tienen que seguir su tratamiento en otra parte, es decir, se pierde la secuencia en el manejo especializado del paciente.

Estas fallas se han acentuado para perjuicio del usuario, quien no sabe de tecnicismos, ni de medicina, ni de trámites, teniendo que ir de una parte a otra porque si no, nunca logra que lo atiendan.

Los organismos de vigilancia y control son las instancias a quienes corresponde realizar el seguimiento de las fallas de la atención en salud. En las entidades territoriales de salud, debe haber un grupo de calidad y seguimiento que realice esta actividad. Sin embargo encontramos conflictos de intereses porque ellos mismos habilitan sus propios hospitales, es decir, si el director del ente territorial hace parte de la junta directiva del hospital público, pues nunca tendrán curso investigaciones y sanciones contra ellos mismos.

A nivel nacional, existe mucha descoordinación entre el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. Esta última siendo la principal responsable de la inspección, vigilancia y control, en muchas ocasiones aduce no contar con la legislación pertinente para agilizar y efectivizar acciones de prevención y control en el combate a la corrupción.

Otro factor que afecta la calidad de la atención en salud es la falta de personal, especialmente médicos especialistas en zonas de difícil acceso, porque algunos prefieren quedarse en las grandes ciudades. No hay motivaciones suficientes para que ellos quieran trabajar en municipios como el Charco, Nariño, por ejemplo.

Otro tema importante es la falta de capacitación a los usuarios. Estos no saben cómo hacer valer sus derechos; en las ligas de usuarios sólo se logra instaurar quejas con la Superintendencia y con la Contraloría, sin embargo es desalentador que la mayoría de las veces no se logra nada. Por ejemplo, ante una queja se pueden demorar tres años en averiguar que pasó y otros dos años esperando que llegue la sanción y cuando esta llega, el médico ya está pensionado.

Llamo la atención sobre la necesidad de mejorar la legislación y los procesos de vigilancia y control con las EPS indígenas y sus usuarios, no sólo para que efectivamente se les brinde la atención en salud que necesitan, sino para evitar grandes casos de corrupción. Les puedo contar un grave caso recientemente ocurrido en Rio Sucio, quizás un caso patético de descoordinación entre el alcalde, el gobernador y los indígenas; en donde se acumularon deudas millonarias que no se pagaron a los hospitales y a las EPS, por traslados arbitrarios de afiliados entre una EPS indígena y otra que no lo era; deudas, tutelas y demandas legales que afectaron finalmente a los indígenas que necesitaron atenciones y no las pudieron recibir.

Estos ejemplos nos llevan a concluir que además de las deficiencias en la inspección, vigilancia y control, existen muchos problemas administrativos en el Sistema de Salud actual, que deben resolverse pronto: problemas de contratación con las EPS e IPS, la

Otro tema importante es la falta de capacitación a los usuarios. Estos no saben cómo hacer valer sus derechos, Por ejemplo ante una queja se pueden demorar tres años en averiguar que pasó y otros dos años esperando que llegue la sanción, y cuando ésta llega, el médico ya está pensionado.

falta de un Piso Tarifario y frecuentes casos de corrupción, tanto en las alcaldías de algunos municipios, como en algunas EPS del régimen subsidiado.

La legislación actual en el sistema de salud no ayuda a resolver estas falencias, ya sea porque no es clara y de fácil aplicación o porque no da suficientes herramientas a la Superintendencia para sancionar y que se corrijan los errores existentes de forma oportuna. Para dar otro ejemplo, en un municipio en el Vichada, a pesar de que el alcalde estaba denunciado por corrupción, el Ministerio, con los famosos giros directos, le giró la plata y el alcalde se la pasó a la EPS que le convenía y dejó a las otras sin el pago, aunque ya habían prestado sus servicios. Cuando vio que lo iban a destituir, se escapó y quedaron deudas enormes que aun no se sabe quién las va a pagar.

Por todo lo anterior, creemos que debe cambiarse el Sistema. Si no hay claridad entre lo que es POS y lo no POS, vamos a tener siempre divergencias, pleitos entre los entes territoriales, las EPS y el gobierno nacional. Así sea este último el que reconozca determinada atención.

También consideramos que existe desconocimiento de la normatividad por parte de los jueces en los fallos de tutela, lo que hace que estos no sean coherentes o justos. Esta situación debe resolverse porque al final se perjudica a otros usuarios que sí requieren atenciones y a los que les pueden salvar la vida.

Por otro lado, es necesario resaltar que la participación de los usuarios en las discusiones de los proyectos de ley, se ha visto casi nula. Es necesario participar en todo el proceso para tener claridad y poder decir qué nos afecta y qué no lo hace.

Para terminar, quisiera reiterar que el Sistema no va a mejorar en calidad de salud si nosotros no vigilamos el manejo financiero, si no tenemos una verdadera ética, pues debemos saber que estamos manejando los recursos de la salud y de la vida de los colombianos.

Estado actual de la salud en Colombia y retos principales del Gobierno

BEATRIZ LONDOÑO, VICEMINISTRA DE SALUD

Se presentan a continuación apartes de la intervención de la Dra. Beatriz Londoño en la que hace un análisis de la situación en salud y define los principales retos del Gobierno del Presidente Juan Manuel Santos.

1. Análisis de la situación actual en salud

Sobre las causas de mortalidad

Grupo enfermedades crónicas

Al observar las **primeras causas de mortalidad para 2008**, la primera es la enfermedad isquémica del corazón, en segundo y cuarto lugar las lesiones externas. En el tercer lugar las enfermedades cerebro-vasculares. De acuerdo con el estudio de carga de enfermedad, a más temprana edad estamos teniendo carga derivada de estas enfermedades crónicas, lo cual requiere tanto del ajuste de servicios como, especialmente, lo que se relaciona con estilos de vida saludable y tareas de prevención.

TABLA 1. PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN COLOMBIA, 2008

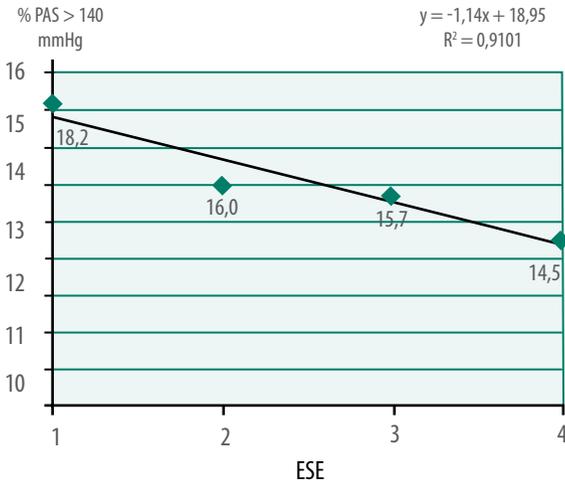
Grupos de causas de defunción (lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS)	Total	Total		
		Hombres	Mujeres	Indeterminado
Total Nacional	196.394	112.198	84.168	28
Enfermedades isquémicas del corazón	28.650	15.873	12.777	0
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	16.913	15.497	1.407	9
Enfermedades cerebro vasculares	14.455	6.551	7.904	0
Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	11.479	6.232	5.247	0
<i>Diabetes Mellitus</i>	7.320	3.166	4.154	0
Otras enfermedades del sistema digestivo	6.485	3.266	3.219	0
Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	6.478	5.211	1.267	0
Infecciones respiratorias agudas	5.874	3.107	2.767	0
Enfermedades hipertensivas	5.700	2.616	3.084	0
Enfermedades del sistema urinario	5.178	2.731	2.447	0
Residuo de tumores malignos	4.910	2.461	2.449	0
Tumor maligno del estómago	4.549	2.728	1.821	0
Enfermedad cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	3.900	1.862	2.038	0
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	3.845	2.342	1.503	0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3.004	1.636	1.367	1
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	3.823	2.119	1.690	14
Resto causas	63.831	34.800	29.027	4

Fuente: Colombia. Departamento Nacional de Estadística, DANE. Estadísticas de mortalidad.

Sobre la hipertensión arterial

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2007, la **prevalencia de hipertensión arterial es más alta en la población pobre**. Esto nos muestra la gráfica que presenta el porcentaje de personas con presión arterial mayor a 140 milímetros de mercurio frente al perfil socioeconómico. En el estrato 1 (ESE) la prevalencia es del 18,2% y en el estrato 4 la prevalencia es del 14,2 %. En general, la enfermedad cardiovascular en el mundo se concentra en la población pobre, pero es importante señalar que hay algunos países que han logrado superar esta situación.

Gráfica 1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. COLOMBIA, 2007



Fuente: Colombia. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007.

Actividad física vigorosa

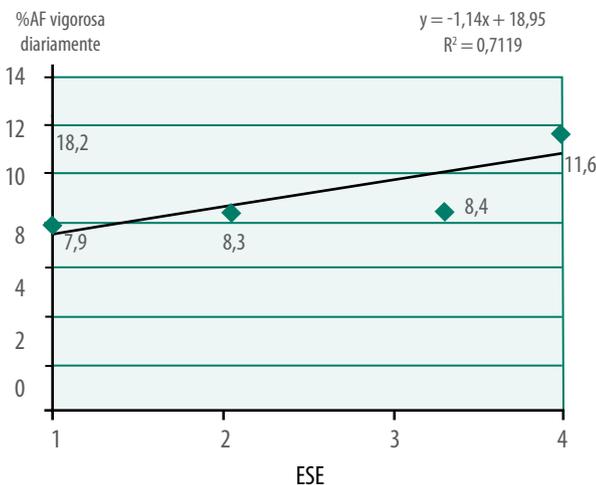
Por otro lado, de acuerdo con la misma fuente, la actividad física vigorosa es mayor en cuanto más alto sea el nivel socioeconómico, como lo observamos en la gráfica. Adicionalmente, de acuerdo con ENSIN 2005, los adolescentes son el grupo que menor actividad física desarrolla frente a lo que se requeriría. La actividad física es algo que se aprende a temprana edad y esto complica aún más el panorama cuando se suma al patrón de doble carga que tiene Colombia que consiste en, por una parte, no haber sobrepasado desnutrición y empezar a tener sobrepeso, obesidad, malos hábitos alimentarios, sedentarismo, exposición a pantallas, entre otros.

Consumo diario de tabaco

El consumo diario de tabaco, en población de 12-69 años es mayor en los estratos socioeconómicos (ESE) bajos. Además, en el estudio realizado para el caso de Bogotá, que hace parte de un estudio mundial, se muestra que uno de cada tres adolescentes fuma en Bogotá. Esto se hizo para varias

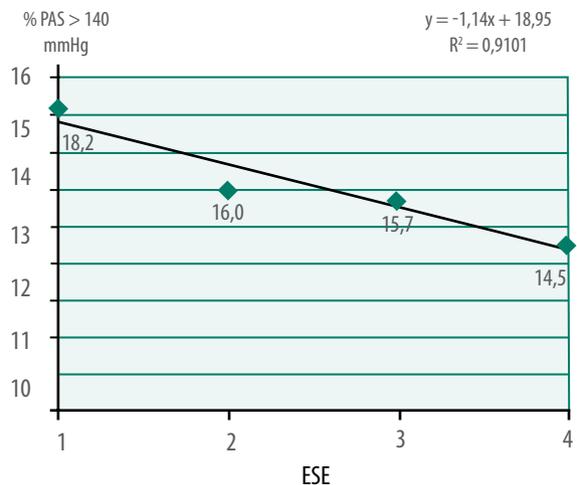
ciudades. Colombia tiene una de las tasas más altas: uno de dos adolescentes que prueba el cigarrillo sigue fumando. Esto indica la necesidad absoluta de poder hacer más trabajo en cuanto a la publicidad, los impuestos, los ambientes libres de humo y el precio último para el consumidor, entre otros.

Gráfica 2. ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. COLOMBIA, 2007



Fuente: Colombia. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007.

Gráfica 3. PROPORCIÓN DE FUMADORES POR DÍA SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. COLOMBIA, 2007



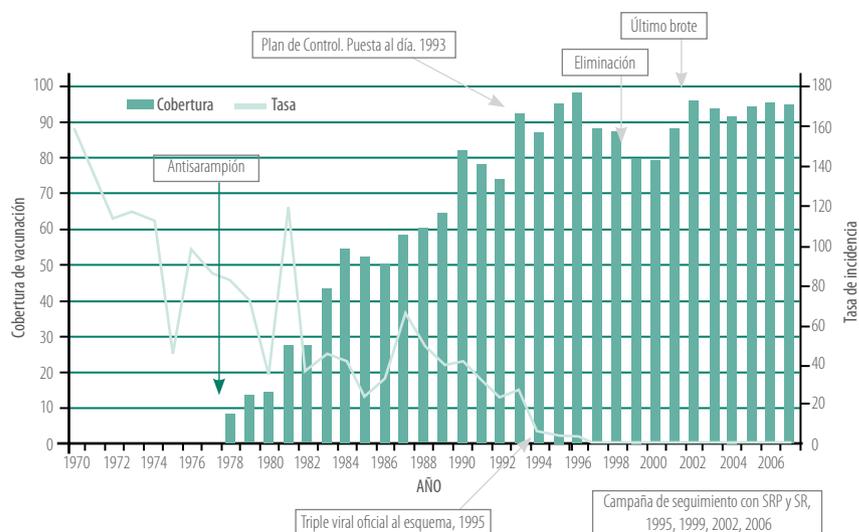
Fuente: Colombia. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007.

Sarampión, experiencia interesante en vacunación

Cuando se mira el impacto de la **vacunación en sarampión** y las estrategias que se han realizado en Colombia, se encuentra que el último brote lo tuvimos alrededor de 1993, pero es triste que a pesar de la búsqueda en la que el país ha estado de obtener la certificación de erradicación, los setenta municipios prioritarios no lo hayan logrado. Estamos trabajando muy intensamente con alcaldes, con gobernadores, con EPS del régimen subsidiado y contributivo porque este es un ejemplo muy claro de enfermedades en las cuales el país puede lograr certificación para erradicación y donde aún las coberturas no son útiles.

Quiero también hacer un llamado de la importancia de presentar información adecuada y no generar alertas innecesarias. Ustedes oyeron hace unos días sobre cuarenta casos de sarampión en la ciudad de Bogotá. Se trataba de casos sospechosos y ninguno de ellos fue corroborado. Esto para dar un ejemplo específico de cómo el manejo de información en salud pública tiene que ser cuidadoso. La información debe ser ágil y pública pero no debe inducir a errores. Ustedes no se imaginan las alarmas internacionales que se prendieron de manera inmediata. Lo que ha pasado es que en Brasil y en Argentina ha habido casos de sarampión después del mundial de Fútbol de Sudáfrica. Quiero hacer un reconocimiento a los equipos del Ministerio de la Protección Social, porque tuvieron la previsión de vacunar a las personas que iban a viajar a Sudáfrica y es posible que por eso nosotros no tengamos casos de sarampión relacionados, aunque la situación en la región de las Américas no está superada.

Gráfica 4. IMPACTO DE LA VACUNACIÓN: INCIDENCIA DE SARAMPIÓN Y ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN. COLOMBIA, 1970-2009



Fuente: INS-MPS/PAI

Servicios de Salud

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

En **prestación de servicios** me llama mucho la atención el incremento importante en servicios prestados, aunque esto se debería mirar por tasas y no simplemente en cifras nominales. Adicionalmente uno se pregunta si **una proporción de urgencias** como la que estamos teniendo de 11,8 millones sobre 35 millones de atenciones, es la adecuada o es que la gente está consultando a urgencias porque no está siendo atendida o porque está encontrando que es más efectiva, o porque no hemos hecho lo suficiente como país para generar una pedagogía importante de lo que significa el uso racional de los servicios. Mejor dicho hay una cantidad de cosas y de factores que vale la pena revisar.

También llama la atención la disminución de partos entre el año 2002 y el año 2009 en un 16% que corresponde también con la disminución de las tasas de natalidad.

TABLA 2. LOS HOSPITALES HAN AUMENTADO SU PRODUCCIÓN MILES DE SERVICIOS

Servicio	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Var. 02-09
Consultas electivas	20.477	24.166	28.820	30.436	32.131	33.373	34.781	35.843	75%
Consultas urgentes	7.221	7.951	8.584	9.064	10.016	10.932	11.543	11.882	65%
Cirugías	665	694	730	819	829	876	946	994	49%
Partos	440	464	440	428	414	394	389	372	-16%
Egresos	1.617	1.625	1.675	1.790	1.738	1.761	1.807	1.793	11%
Ex. Laboratorio	24.670	26.788	31.073	34.859	38.370	42.630	45.952	47.780	94%
Im. diagnósticas	2.942	3.282	3.421	4.021	4.347	5.012	5.301	5.552	89%

Fuente: Información reportada por los hospitales en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

CARTERA HOSPITALARIA

Uno de los temas críticos es la **cartera hospitalaria**. Ya ha sido señalado aquí, se habló de unas cifras. En el Ministerio se ha venido recaudando información cada tres meses, vamos a pasar a hacerlo bimestralmente para luego avanzar a que sea mensual. La cartera a junio representaba a 2,5 billones de pesos para el país. De estos 1,5 corresponden al régimen subsidiado. Sin embargo, hay dificultades en la manera como se refleja esa información en tanto cuentas por pagar.

TABLA 3. AUNQUE HAY AVANCES TAMBIÉN EXISTEN TEMAS CRÍTICOS

Cartera > 60 días por deudor MILLONES DE \$ CORRIENTES

Deudor	Var. Jun08 / Jun10
Subsidiado	57%
Contributivo	47%
Entidades territoriales	22%
SOAT-ECAT	64%
Otros	33%
Total	42%

El problema de cartera es muy serio porque ha crecido de manera muy importante entre 2009 y al 30 de junio de 2010 en el régimen contributivo. Hay dos entidades que son las que mayor cartera tienen con los hospitales: Saludcoop en la que creció el 41% entre el 2009 y 2010 y la nueva EPS. En el caso del régimen subsidiado, Caprecom es la EPS

pública que tiene la mayor cifra de cartera al 30 de junio. Otra preocupante es Cajacopi. Esta situación amerita toda la atención no sólo de parte del Ministerio sino también de la Superintendencia de Salud.

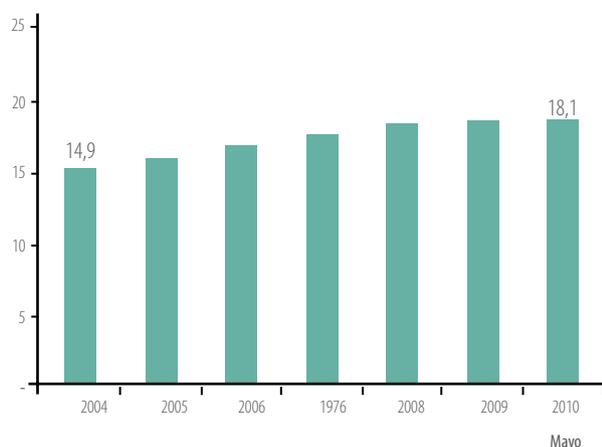
También quiero señalar que los alcaldes tienen los instrumentos para actuar. Se deben tomar acciones rápidas desde lo local porque, como ya lo decía el Dr. Villamil, muchas veces en el ámbito nacional no son expeditos los procesos, o inclusive no se documentan apropiadamente en el nivel local para que puedan ser evaluados en forma adecuada por la Superintendencia Nacional de Salud. Por lo tanto, las interventorías a nivel territorial también es parte de lo que amerita una revisión cuidadosa.

ASEGURAMIENTO

En aseguramiento quiero decir con toda franqueza que no podemos seguir hablando de 23.8 millones de personas en el régimen subsidiado. Esos son los cupos y debemos aclarar que tenemos al último corte 21.2 millones de personas afiliadas. Una cosa son los cupos y sin duda hay un porcentaje de personas que se mueven entre los dos regímenes. Para el año 2009 en el régimen contributivo para una afiliación de 12 meses, la compensación fue 17'297.000 personas, entonces también hay una variación y significa ir afinando, que todos hagamos el esfuerzo de mejorar las cifras que manejamos.

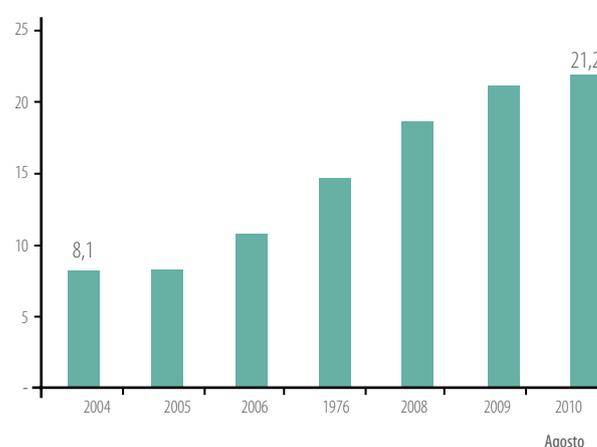
Gráfica 5. EL SISTEMA HA LOGRADO BASTANTES AVANCES EN COBERTURA...

AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO* (MILLONES DE PERSONAS)



Fuente: Dirección de Planeación. Ministerio de la Protección Social. *Hasta 2004 se reportaron afiliados compensados. En 2005, y hasta mayo de 2006 se toman los afiliados que han cotizado al menos una vez en los tres últimos meses (activos + suspendidos) en BDUA, y a partir de octubre de 2006 se toman los presentados a compensar.

AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO* (MILLONES DE PERSONAS)



Fuente: Dirección de Planeación. Ministerio de la Protección Social. Con base en reporte afiliados BDUA.

II. Metas del Gobierno

Las principales metas del gobierno en salud son las siguientes:

1. Tener un sistema de salud con cobertura universal en aseguramiento, que brinde servicios oportunos, de buena calidad, que sea equitativo y sostenible.
2. Lograr un plan de beneficios actualizado, unificado, y amplio para todos y generar indicadores trazadores que demuestren los avances del sector salud y permitan llevar una mejor vigilancia y control.

El tema de la unificación es complicado, por cuanto se observan unas tasas de desempleo altas a pesar del crecimiento en la economía. Por ejemplo, en el año 2007 tuvimos el crecimiento (del PIB) más alto de los últimos años, pero no se compadeció con el crecimiento del empleo.

Universalización y unificación de planes de beneficio

Al mirar el tema de **universalización y unificación de planes** (de beneficio) quiero señalar unos retos muy duros a los cuales nos vamos a ver enfrentados. El primero de ellos es la identificación de personas elegibles en el subsidiado que no concuerdan con el Censo 2005. De acuerdo con muchos alcaldes, no se encuentran las personas, no aparecen como residentes en los municipios. Ésa es una situación sin duda preocupante en el caso de universalización.

El segundo reto es el nuevo SISBEN, o SISBEN tres, el cual va a estar listo en marzo de 2011. De acuerdo con el punto de corte que se establezca hay que ver si deben o no salir personas del régimen subsidiado. Hay que territorializar, es decir, hay que “aterrizar” la información del corte del SISBEN para asegurar que concuerden efectivamente las proyecciones de población. Ahora con la unificación es una gran dificultad saber exactamente cuál es el monto real de recursos de los entes territoriales disponibles para utilizar en régimen subsidiado.

Convocamos esta semana una reunión con la Contraloría, la Procuraduría, la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Hacienda, el Departamento Nacional de Planeación para hacer un frente común y solicitar información en forma unificada, una validación, consolidación y análisis unificados. Tenemos situaciones muy disímiles que no nos permiten tomar la foto al día de hoy. Los datos de la Nación son insuficientes para garantizar y poder definir escenarios para esa unificación que se plantea en la Ley 1393 para el 2015. La Corte Constitucional lo que nos ha dicho es que definamos el cronograma, y esto es parte de lo que sin duda se quiere hacer. Los subsidios parciales tienden además a generar distorsiones en algunos entes territoriales.

Los pilotos de unificación del POS

Quisiera mencionar los pilotos de unificación del POS en Barranquilla y Cartagena. Es, sin duda, muy interesante lo que ha pasado en Barranquilla, pero con unas características no replicables en el resto del país. La primera es que Barranquilla es un distrito y la segunda es que liquidó la red pública; la tercera es que obtuvo un crédito Findeter de 75 mil millones, la cuarta es que tuvo aportes de la Nación, la quinta es una administración distrital que puso toda una serie de elementos para ordenar y para trabajar, y con una UPC (Unidad de Pago por Capitación) superior. A diferencia de Cartagena donde hay unas dificultades que algunos conocen. Entonces lo de Barraquilla no es replicable, pero tiene una dificultad y es que se montó sin definir cómo se iba a evaluar. En este momento la CRES está adelantando una evaluación con apoyo del Banco Mundial pero es ex post, entonces arrojará sin lugar a dudas algunos elementos pero esto no es inferible para el resto del país.

El tema de la unificación es complicado, por cuanto se observan unas tasas de desempleo altas a pesar del crecimiento en la economía. Por ejemplo, en el año 2007 tuvimos el crecimiento (del PIB) más alto de los últimos años, pero no se compadeció con el crecimiento del empleo. En otros países del mundo el crecimiento económico ha sido acompañado del crecimiento del empleo formal. La unificación, como se ha mencionado, no estimula la afiliación al régimen contributivo y por el contrario puede tener un efecto negativo sobre la formalización laboral. Esta es una pieza del rompecabezas a tener en cuenta para no mirar salud exclusivamente, sino la forma como se genera todo el esquema de financiamiento hacia el futuro. La discusión, que sin duda es muy interesante, es si será vía impuestos generales, si se desvincula del mercado laboral la financiación en la salud o si se mantienen las cotizaciones para determinados grupos poblacionales y cómo se podría generar el financiamiento.

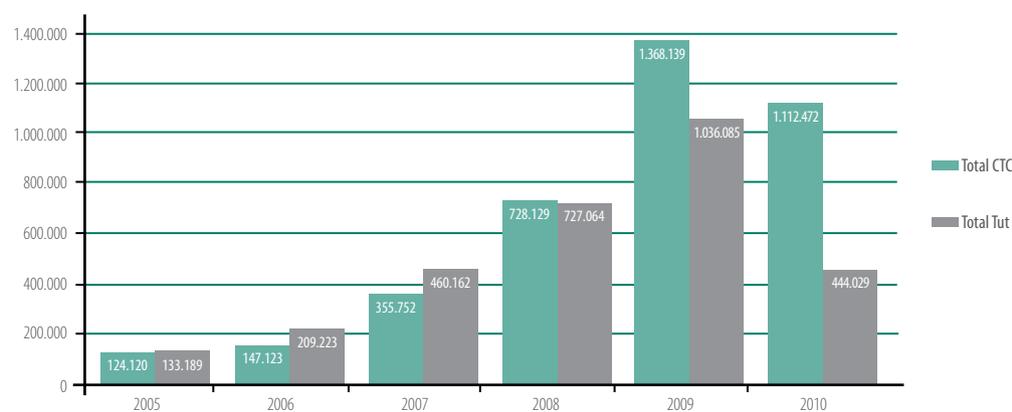
El subsidio a la cotización

En cuanto al subsidio de la cotización, el reto grande es no solamente establecer los niveles de subsidio de acuerdo con la condición socioeconómica de los individuos y sus familias, sino a su vez establecer a qué tendrían derecho esas personas en relación, por ejemplo, con las prestaciones económicas. Si se subsidia la cotización, ¿qué implicación tiene para asegurarse?, ¿a partir de cuándo una persona tiene efectivamente posibilidades de recibir una prestación económica? Otros interrogantes: cuando una persona se moviliza entre los dos regímenes, del contributivo al subsidiado, ¿cuántos serían los días mínimos laborados para poder hacer una cotización así sea parcial al régimen contributivo? Son preguntas no resueltas pero preguntas sobre las que habría que hacer abordaje analítico para definir la ruta.

Sobre lo no POS

Lo no POS significa hoy para el sistema que a final de 2010 estaremos pagando \$2,5 billones aproximadamente y que a la fecha 535.000 personas son las que absorben el 20% de los recursos del régimen contributivo. La Corte ha sido muy clara en definir que de los recursos del régimen contributivo, el 50% de las contribuciones debe ser autosuficiente y que como resultado de esto no podrá tener otros aportes como por ejemplo recursos de la Nación. En lo no POS lo que tiene el mayor peso son los medicamentos. Hoy mismo estábamos revisando el crecimiento de los CTC (Comités Técnico Científicos). La Defensoría del Pueblo entregó hoy el informe sobre tutelas y si bien hay un incremento en el número de tutelas respecto al 2008-2009, la fórmula se cambia en términos de tasa. Sigue siendo un problema el caso de tutelas por prestaciones que están incluidas en el POS.

Gráfica 6. ... AL IGUAL QUE EL DESBORDADO INCREMENTO DE RECOBROS POR EVENTOS NO POS



Fuente: Base de datos recobros administrada por Consorcio Fiduciario FIDUFOSYGA. Corte junio 2010.

La Defensoría no hace análisis con respecto a los CTC, pero yo creo que es algo que debemos hacer conjuntamente con todas las personas que puedan aportar. Esto es una carta blanca que tiene el sistema sin control alguno. Los controles no son para que sean coercitivos, sino para que haya un nivel de responsabilidad colectiva frente a lo que significa el derecho a la salud.

Nota sobre el conflicto de intereses de los médicos

Al respecto hay algo que digo con toda claridad a mis colegas médicos. Uno puede escoger algo que puede ser sustituto e igualmente bueno. Pero puede haber casos donde hay situacio-

nes de sustitución y donde el margen terapéutico a veces está en duda y donde hay conflictos de intereses. Los conflictos de intereses no son solamente en el país, en general en el sector no se ponen sobre la mesa y no solamente para los CTC.

En cualquier discusión debería decirse claramente si existen vínculos laborales con una empresa que produce medicamentos, que importa, distribuye, comercializa, hace operación logística de medicamentos, dispositivos o insumos médicos. El tema no es solo con empresas internacionales, es también con la industria nacional. Es hora de cuestionarse el comportamiento ético dentro del sector: perdimos de pronto los límites, algunas prácticas fueron perpetuándose sin una valoración crítica del daño que como sociedad nos estábamos haciendo. Y lo digo sinceramente aunque esto puede sonar un poco fuerte. Sin embargo, creo que hay que generar esa posibilidad: que de manera tranquila en una mesa, la gente revele su conflicto de interés. Esto no invalidaría a alguien para aportar y discutir. Lo realmente invalidante es no exponerlo y no hacerlo explícito.

Sobre las mesas de discusión y los cambios estructurales del sistema de salud

La actualización del plan de beneficios es hoy competencia de la CRES pero también compete al Ministerio. La intención del Gobierno es poder fortalecer a la CRES en cuanto a asegurar que se puedan tomar decisiones de orden técnico, con procedimientos claros. En el Ministerio tenemos que fortalecernos y hacer un esfuerzo adicional por asegurar un papel para la rectoría mucho más adecuado. Los mecanismos para conseguir las metas de gobierno son las reformas legales y los arreglos institucionales del Ministerio de la Protección Social.

Debo ser enfática en aclarar que en este trabajo de las mesas lideradas por el Ministerio, no es simplemente para que la gente vaya y exponga. Queremos revisar con cuidado qué es lo que se está proponiendo, que no sea un ejercicio en vano y que pueda nutrir las propuestas de orden legislativo. Ha habido, por ejemplo, grandes discusiones alrededor de cuáles deberían ser los cambios estructurales. Estructural puede significar para muchas personas volver a lo que teníamos en el Sistema Nacional de Salud. Para otros, que desaparezca el aseguramiento o que simplemente no haya esquemas de participación municipal en el régimen subsidiado. Estructural, para otros puede ser que el financiamiento sea vía impuestos generales y no como hoy está con múltiples fuentes.

En las mesas se pueden encontrar respuestas a algunos de estos temas, para lo cual buscaremos la concertación. Sin embargo, también habrá posturas de gobierno muy claras en algunos temas en lo que seguramente no será posible llegar a un pleno acuerdo con todos los actores y en ese sentido queremos mantener absoluta disposición a abrir canales de diálogo, a que nos critiquen, a que nos planteen de manera respetuosa como nosotros queremos hacerlo siempre, las diferentes posturas y ojalá siempre con la información y las agendas sobre la mesa.

Sobre la ley estatutaria

En el tema de la [ley estatutaria](#) el gobierno puso a disposición para discusión un ante proyecto que tiene aportes de diferentes instituciones y que los invito a que lo revisen, está colgado en la página del Ministerio. Allí hay muchos puntos para revisar, hay temas de enorme controversia. Tal vez el más fuerte de todos es que una ley estatutaria, de acuerdo con el Artículo 152 de la Constitución Nacional, es para regular deberes y derechos fundamentales. En ese sentido lo que

hace el proyecto de ley estatutaria es regular solo una parte y en el ámbito de aplicación. Así lo ha permitido la Corte en otros casos, en cuanto al Habeas Data por ejemplo.

El borrador del proyecto de ley estatutaria regula el derecho a la salud y a la igualdad con el fin de garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de seguridad social en salud provistos mediante los regímenes contributivo y subsidiado, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud

Este proyecto de Ley trata los siguientes temas: Criterios para establecer y actualizar el Plan Obligatorio de Salud, acceso a la prestación de servicios de salud; principios del acceso al servicio de seguridad social en salud; accesibilidad a los beneficios del Sistema; unificación del Plan Obligatorio de Salud; deber de autocuidado de salud; contribución a la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud; indicadores de salud y calidad.

Como ya lo mencioné anteriormente, con los proyectos de reforma al Sistema de Salud ordinarios, se busca que los colombianos tengan acceso real y de manera sostenible a servicios de salud de buena calidad. En ellos se propone mantener el modelo de aseguramiento, pero con ajustes que permitan: mejorar la calidad, volcar el sistema a la promoción y prevención y mejorar la atención primaria y garantizar la cobertura y acceso al POS.

El mejoramiento de la calidad

En cuanto al **mejoramiento de la Calidad** se busca exigir que la información sobre la gestión sea clara, de fácil acceso e incluya indicadores de salud y satisfacción de los usuarios. Por otro lado se espera desarrollar Guías médicas en coordinación con las sociedades científicas no obligatorias. También generar indicadores trazadores, indicadores centinela y encuestas de satisfacción periódicas. Otros temas importantes son el fortalecimiento de la Supersalud y el Invima, realizar evaluación tecnológica, reforzar el concepto de red y ampliar la utilización de indicadores de gestión y desempeño atados al presupuesto de los hospitales públicos. Adicionalmente, se busca adelantar un sistema que permita evaluar el comportamiento de los costos de tratamientos y procedimientos y el impacto de nuevas tecnologías.

El Ministerio de la Protección Social tiene avances sustanciales en el desarrollo del Sistema de Garantía de Calidad pero debemos avanzar hacia resultados. Esto es, resultados que puedan ser valorados por los ciudadanos en la toma de decisiones en términos de la afiliación y del uso de los servicios. Hacia allá vamos y este es un tema que parece simple pero de enorme complejidad, resultados que sean transparentes, verificables y con un significado claro frente a lo que representa en términos de atenciones en salud.

En estos temas de calidad hemos realizado discusiones con el NICE (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido). Su director Michael Rollings estuvo aquí la semana pasada. Este instituto lo iniciaron hace once años, y se dedican a elaborar evaluación de tecnologías y guías de atención. Estas guías tienen un promedio de construcción de dos años. Luego las adopta el Sistema Nacional de Salud y se vuelven obligatorias. Muchos de los medicamentos que no se recomiendan con estas guías están siendo reclamados vía no POS en Colombia. En el caso de Inglaterra no están incluidos y no están considerando en el corto plazo incluirlos. Inglaterra tiene un sistema más maduro, aunque tiene un (ingreso) per cápita muy superior al nuestro, y el sistema de Salud no provee todo lo que existe.

La calidad no es solamente tener lo más costoso, la calidad es hacer el mejor uso con los recursos disponibles. Esto significa también idoneidad, infraestructura, tecnología. Una mezcla de elementos que deriven satisfacción y resultados en salud.

... con los proyectos de reforma al Sistema de Salud ordinarios, se busca que los colombianos tengan acceso real y de manera sostenible a servicios de salud de buena calidad.

Fortalecimiento institucional en el proyecto de ley

En los proyectos de ley también se plantea como línea de trabajo el fortalecimiento institucional frente a las funciones de vigilancia y control lo cual incluye a la Superintendencia Nacional de Salud. Otros temas son la unificación normativa y la administración eficiente del régimen subsidiado. Esto último para que haya adecuado flujo de recursos incluyendo el giro directo y la regulación del uso de la intermediación en el régimen subsidiado.

El fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud incluye el desarrollo de superintendencias a nivel regional y evaluar la conveniencia de que la Superfinanciera vigile el componente financiero y de aseguramiento del sistema de salud. Esto tiene implicaciones complejas y por lo tanto es de enorme controversia y requeriría por supuesto un régimen de transición.

Se ha sugerido desarrollar una agencia, instancia, organización de evaluación de tecnologías en salud la cual debería estar dentro del INVIMA, o dentro del Instituto Nacional de Salud, o dentro del Ministerio. Mi posición es que debe ser un ente independiente de las anteriores instituciones teniendo en cuenta que éstas se encuentran en procesos de fortalecimiento y no sería adecuado adicionarles esta enorme responsabilidad para apuntar a la calidad y la racionalidad en los costos. Podría ser sencillamente imposible de gestionar.

Volcar el sistema a la promoción y prevención

En cuanto al propósito de volcar el sistema a la promoción y prevención y mejorar la atención primaria, la Nación tendrá a su cargo los aspectos presupuestales y hará cumplir las políticas en promoción, prevención y salud pública. Además se espera fortalecer el modelo de Atención Primaria en Salud. El trabajo intersectorial se planteó desde antes de que iniciara el gobierno como un concejo de que involucre directamente a los ministros en los temas de intersectorialidad pero que esto debería traducirse inmediatamente al nivel territorial. Es allí donde el Ministerio responsable de la salud debe jugar un rol de rectoría muy fuerte, para la movilización, la abogacía, la definición de políticas, de estándares que asegure el trabajo dentro de un esquema de aseguramiento y prestación fundamentado en mejorar la salud de las personas.

He señalado que en términos de arreglos institucionales no podemos volver al Ministerio de hace ocho años, debe ser una institución mucho más ágil. Actualmente la carga operativa es superior a todo lo que puede ser el trabajo de orden estratégico y de direccionamiento en términos de política que es en lo que se debe concentrar el Ministerio.

Para terminar quiero resaltar que las mesas temáticas y los diálogos que hemos venido teniendo con cada uno de los actores del sistema han sido supremamente enriquecedores. Esperamos no se agoten y que puedan seguir siendo una forma de mejorar nuestra labor institucional.

Los indicadores de Así Vamos en Salud

Por otro lado queremos que “Así Vamos en Salud” siga siendo lo que ha sido hasta ahora pero que se fortalezca mejorando sus indicadores en los siguientes aspectos: que con ellos se pueda mostrar el cambio epidemiológico que el país está teniendo, que puedan mostrarse en función de ciclos de edad y que puedan mostrar más la realidad regional para generar alertas. Las brechas regionales son tan grandes que es necesario resaltarlas siempre de forma clara y de esta forma garantizar no solo que la información esté disponible sino que motive cambios.

Desde el Ministerio estamos a disposición de todas las personas. Hay mucho trabajo por hacer. Mejorar la recolección de información, la calidad del dato, la consolidación, el análisis. Resalto por lo tanto la importancia de trabajar con la academia, con las organizaciones, con los centros de investigación para que la información que se genere pueda ser útil para todos. Muchas gracias.

Consulte la ficha técnica completa de estas experiencias valiosas para el mejoramiento de la salud materna en nuestra página web: www.asivamosensalud.org

3

Capítulo

Experiencias valiosas: Aportes del sector salud a la salud materna. Ocho experiencias valiosas y un artículo

Ante la gravedad de la problemática de la mortalidad materna el observatorio Así Vamos en Salud convocó este año a las instituciones de salud del país a compartir sus experiencias valiosas para el mejoramiento de la salud materna. Publicamos ocho experiencias valiosas seleccionadas que presentan caminos interesantes para todos los actores de la salud relacionadas con la preparación de las mujeres gestantes, con la atención y acompañamiento de las madres y sus hijos, con la capacitación de los médicos y hasta con la formación de la juventud. Y un artículo que aborda la salud materna desde la salud pública.

Un abordaje de la salud materna desde la salud pública

MARTA CECILIA JARAMILLO. MD, Ms MPYSP, PhD (C)

Introducción

Desde la declaración de los Derechos Humanos en 1948,¹ se empieza a hablar de “Salud Materno Infantil” y a reconocer que todo ser humano tiene derecho a la salud: *“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales. Todos los niños y las niñas nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”*.² En 1952, la Organización Internacional del Trabajo aprobó el convenio para la Protección de la Maternidad. En la Declaración de Alma Ata en 1978, debido a los problemas detectados en los países subdesarrollados, generados por las altas tasas de natalidad, se incluyen los programas de planificación familiar con la subsecuente asesoría y acceso a la información. El programa de salud materno-infantil continúa su evolución hasta que en 1995 se le da el nombre de “Salud Sexual y Reproductiva”, fruto de las luchas de género de los grupos feministas.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una “condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad, de su preferencia, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura”.³

La atención en salud reproductiva se define como el “conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar, previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva”.⁴ La atención en salud sexual tiene como propósito mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.⁴

El programa de salud reproductiva de la OMS³, propuso cuatro metas que sus programas deben cumplir:

- Experimentar un desarrollo y maduración sexual saludables y ser capaz de establecer relaciones equitativas, responsables y sexualmente satisfactorias;
- Alcanzar el número deseado de hijos de manera segura y saludable y decidir cuándo tenerlos;
- Evitar las enfermedades y discapacidades relacionadas con la sexualidad y la reproducción y recibir la atención adecuada cuando sea necesario;
- Estar libre de violencia u otras prácticas nocivas relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

La cumbre del milenio en el año 2000 reconoció, en dos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, acciones para mejorar la salud reproductiva a nivel global, con el fin de disminuir las

mortalidad materna, lograr el empoderamiento de la mujer y el acceso al trabajo en igualdad de condiciones frente a los hombres.⁵

Maternidad Segura

La "maternidad segura" es un derecho de las mujeres. En la última década murieron alrededor de 500 mil mujeres anualmente, por complicaciones del embarazo y el parto.⁴

Las causas de mortalidad materna son en su mayoría evitables mediante programas de salud, información de otros sectores, acciones encaminadas a la educación, acceso al agua y saneamiento, comunicación, transporte, mejora en el nivel de ingresos, cultura, disminución de la violencia contra la mujer y la toma de decisiones sobre su cuerpo, entre otros.

El embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de salud pública. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, reporta que el 19,5% de las mujeres entre 15 y 19 años han estado alguna vez embarazadas, un (1) punto porcentual menos que en la ENDS 2005, siendo mayor la percepción en la población más pobre y con menor nivel educativo, principalmente en Guainía, Vichada, Putumayo y Amazonas.⁶

A pesar de las actividades de educación sanitaria y de las campañas para prevenir la transmisión del VIH/SIDA, las mujeres están resultando más afectadas año tras año. Es así como en el año 1988 había veinte hombres por una mujer con VIH/SIDA y en 2005 tres hombres por una mujer. Las mujeres más afectadas son las del departamento del Atlántico, donde la relación hombre/mujer es de 1:1, producto del cambio en la transmisión del virus por vía de relaciones homosexuales a heterosexuales.⁶

En Colombia se han detectado "barreras de acceso" a los servicios de salud, tales como la mala atención, baja cobertura, calidad y pertinencia del control prenatal, riesgos presentes en el 26% de las personas sin educación y en el 24% de las mujeres con bajo nivel educativo y menor ingreso. En Chocó, Vaupés, Vichada y Guainía, más del 30% de las mujeres pobres no recibieron atención prenatal.⁶

El por qué de la mortalidad materna

La defunción materna *"Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales"*.⁷

Para determinar que una muerte es consecuencia de un embarazo, se requiere consignar con precisión la causa de ésta, el estado del embarazo y el momento de la muerte con relación al mismo. En ningún país se ha logrado obtener un óptimo registro de estos datos. Al igual que en el resto del mundo, Colombia también registra la información incompleta o errada.^{5,8} Se considera que 2005 es el año con mejor información en el mundo, debido a que en 2006 se realizó un ejercicio interinstitucional con la participación del Banco Mundial, la División de Población de las Naciones Unidas y expertos técnicos independientes que diseñaron una metodología para realizar las estimaciones, que permitieran comparar la tendencia desde 1990 hasta 2005.⁹

Una muerte materna es importante para la sociedad y la familia y por esto es que el mundo se ha movilizado activamente para su reducción. Desde los primeros años del siglo pasado, John William Ballantyne, ginecólogo de la Universidad de Edimburgo, consideró que las altas tasas de mortalidad materna y perinatal eran consecuencia de un pobre control del embarazo y el parto.^{10,11}

Se ha identificado que el nivel educativo bajo y la pobreza son los principales factores de riesgo intervenidos en países desarrollados, donde se ha logrado reducir los índices de mortalidad materna.

La medición de la mortalidad materna es una tarea difícil. El DANE desde 1998 implementó el formulario de estadísticas vitales, incluyendo variables nuevas para identificar factores determinantes y condicionantes de la muerte materna.

Los *factores determinantes* de la muerte materna están relacionados con las condiciones económicas precarias, bajo nivel educativo, estado de salud, conducta reproductiva, accesibilidad y calidad de los servicios de salud materna y planificación familiar, acceso a la información y en general con condiciones socioculturales desfavorables y eventos que generan necesidades y vulnerabilidades (desplazamiento – conflicto armado).^{12,13} Son *factores condicionantes* de la salud materna, el estado nutricional de la madre, la hipertensión arterial, la diabetes, las cardiopatías y antecedentes de complicaciones obstétricas.¹⁴

Las causas de muerte materna⁷ más frecuentes en el mundo son: hemorragias, sepsis, desórdenes hipertensivos, aborto en condiciones de riesgo y trabajo de parto prolongado; para la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, incluida Colombia, los trastornos hipertensivos son la principal causa de muerte.¹¹ Estos problemas de salud pueden ser manejados efectivamente en servicios de salud con atención de emergencias obstétricas.^{15,16}

Además de los determinantes y condicionantes descritos anteriormente, influyen también causas derivadas del usuario, que se incluyen en el “*modelo camino a la supervivencia*” planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde se clasifican cuatro retrasos:¹⁷

Retraso 1: La embarazada no reconoce oportunamente los signos de alarma.

Retraso 2: La embarazada no decide buscar atención.

Retraso 3: La embarazada tiene dificultades para el acceso a la atención.

Retraso 4: La embarazada no recibe atención de calidad en los establecimientos de salud.

Hay patologías que ocurren durante el embarazo y amenazan la vida de las madres y la supervivencia de las mujeres en edad reproductiva, que pueden ser intervenidas oportunamente o a través de la identificación y control temprano de los riesgos, mediante un protocolo de vigilancia epidemiológica, para reducir las complicaciones y la muerte. En la ciudad de Cali se implementó con éxito, en 2005, un protocolo de vigilancia epidemiológica de la “Morbilidad Materna extrema”, que ha logrado impactar la mortalidad materna y tiene resultados positivos, que ya se encuentran documentados.^{18,19}

Las intervenciones para la maternidad sin riesgo son las más costo efectivas para reducir la mortalidad materna, principalmente la estrategia de atención primaria.²⁰ Si se corrigen los problemas derivados de los servicios de salud y se modifica la conducta familiar frente a la maternidad, se podrían evitar el 85% de las muertes maternas en Latinoamérica.²¹

Mortalidad materna en Latinoamérica y Colombia

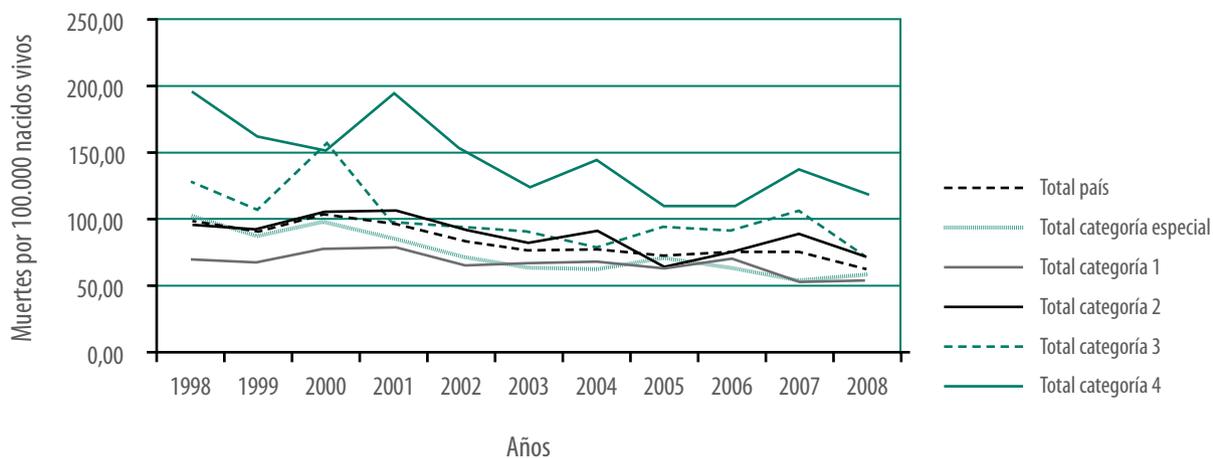
Hay desigualdades en la mortalidad materna en las Américas: el quintil más pobre concentra el 50% de las muertes maternas y el quintil más rico tiene menos del 5% de las defunciones, con un índice de concentración de desigualdad de -0,43.²² La brecha se puede observar en los años 2005 y 2006 cuando Chile, Barbados y Bahamas tuvieron una RMM entre 16 y 17,3 muertes

maternas por 100.00 Nacidos Vivos, mientras que Haití estuvo entre 670 y 523 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en los dos años.^{22,15,23,12}

Colombia en el año 2003 agrupó los departamentos en categorías presupuestales,²⁴ siendo la categoría especial conformada por los departamentos con mayores ingresos corrientes departamentales y mayor población, mientras que la categoría cuatro (4) es de los departamentos con menores ingresos corrientes y menor número de habitantes. La gráfica No.1 muestra la Razón de mortalidad materna en el período 1998 a 2008, distribuida por categoría presupuestal de departamento, donde podemos observar que las tasas más altas corresponden a los departamentos con menor población y menores ingresos corrientes departamentales.

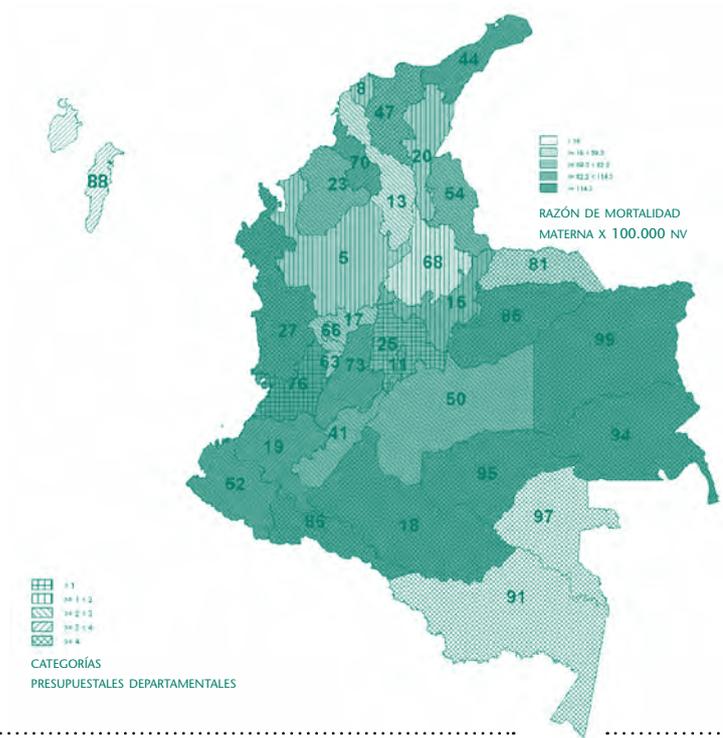
Gráfica 1

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR CATEGORÍA PRESUPUESTAL DE DEPARTAMENTO, COLOMBIA 1998-2008

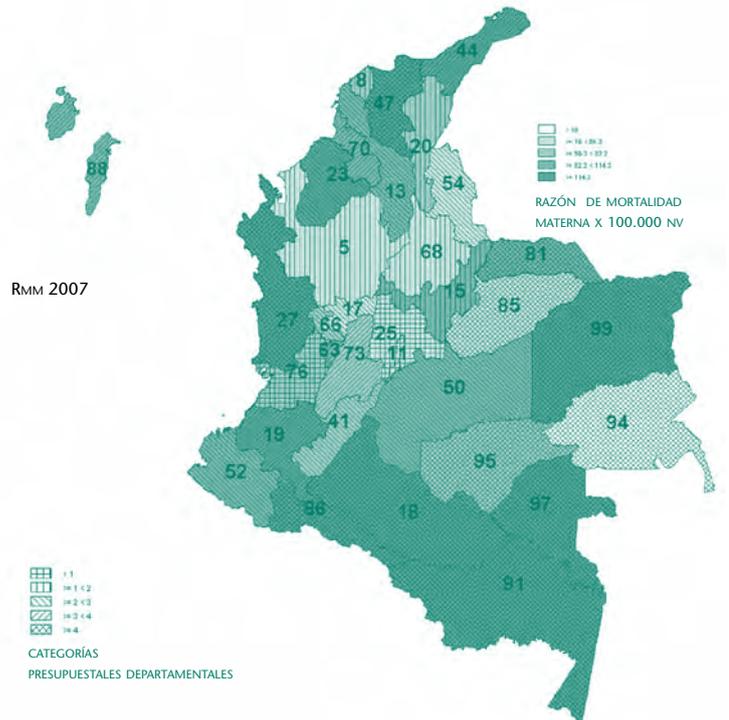


En la distribución geográfica comparativa entre (1998 y 2007 Gráficas 2 y 3), por categoría presupuestal de departamento y niveles de gravedad, se observa que se ha reducido del 70% al 48% en los departamentos con RMM alta o muy alta. Se pueden diferenciar dos zonas geográficas claramente: una zona con mejor RMM ubicada desde el suroccidente hacia el centro oriente del país, donde se encuentra Bogotá DC y las zonas de la Amazonia y regiones costeras (atlántica y pacífica) con más altas tasas de RMM.

Gráfica 2
RAZÓN DE MORTALIDAD
MATERNA, COLOMBIA
1998



Gráfica 3
RAZÓN DE MORTALIDAD
MATERNA, COLOMBIA
2007



Conclusiones y Recomendaciones

1. La mortalidad materna ha disminuido, pero no lo suficiente en todos los departamentos, para que permita alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015. Se deben proponer metas departamentales y compromisos de los gobernantes y ciudadanos para intervenir los factores de riesgo que impiden alcanzar las metas propuestas.

2. Se perciben grandes inequidades en el país, por lo que se deben orientar las acciones de salud pública y las políticas públicas a la intervención de los factores determinantes y predisponentes de la salud de la mujer, principalmente en zonas rurales y de difícil acceso a los servicios de salud de buena calidad.
3. Los programas de salud sexual y reproductiva deben fortalecer la información y comunicación sobre los derechos de la mujer y los mecanismos para acceder a ellos. Estos derechos basados en el respeto, el empoderamiento, el buen trato y el acceso a servicios de buena calidad.

Referencias

- 1 Capítulo 25.2 de la Declaración de los Derechos Humanos. 1948.
- 2 Mazarraza A, L; Gil T, S. Salud Sexual y Reproductiva, módulo 12. En Programa de Formación de Formadores en perspectiva de género y salud. 26 pp.
- 3 Organización Mundial de la salud. *Progress* Number 45 (1998). Disponible en línea en la dirección www.who.int/hrp/progress/45/index.html.
- 4 Unicef Colombia. Salud Materna. La maternidad segura es un derecho de las mujeres. En: <http://www.unicef.org.co/0-salud-materna.htm#>. Consultado en marzo de 2011.
- 5 Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA). Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2009. Julio 2009. New York.
- 6 Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010.
- 7 DANE. Normas y recomendaciones para la codificación de la Mortalidad Materna EEV. Abril 2009. En EEV\DOCUMENTACIÓN BÁSICA\INSTRUCTIVOS\TRD-EEV-INS-03.DOC.
- 8 UNICEF. PROGRESS FOR CHILDREN. A World fit for Children Statistical Review. Number 6 December 2007. En www.unicef.org.
- 9 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud materna y Neonatal. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). New York. Diciembre de 1998
- 10 Vecino A. Determinants of demand for antenatal care in Colombia. Serie Documentos de trabajo No. 22 Universidad del Rosario. Septiembre 2007. Bogotá D.C.
- 11 Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Resumen del informe del Secretario General titulado Un concepto más amplio de libertad. New York 2005.
- 12 Cárdenas R. La mortalidad materna: ¿Un problema de salud en vías de control? (parte b). Estudios Demográficos y Urbanos 2003; 63-93. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31205205>. Consultado el 27 de julio de 2009
- 13 Camacho, L; Villanueva, M, Marrgo, A, Yazo, C. Mortalidad Materna: un reto que persiste para la salud pública en Colombia. En Revista CES Salud Pública, Vol 1, No 1. Julio a diciembre 2010.
- 14 DANE. Estadísticas Vitales, defunciones no fatales. Cuadro 6. Defunciones por sitio de ocurrencia, según departamento y régimen de seguridad social (en línea) (Fecha de acceso septiembre 20 de 2009); URL disponible en : http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=323&Itemid=808.
- 15 UNICEF. PROGRESS FOR CHILDREN. A Report Card on Maternal Mortality. Number 7, September 2008. En www.unicef.org
- 16 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud materna y neonatal. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- 17 Rowbottom S. Ed. The United Nations Population Fund (UNFPA). Giving Girls. Today & tomorrow. Breaking the cycle of Adolescent Pregnancy. New York. Editor: Amy Singer. 2007. En www.unfpa.org
- 18 Arsitizábal, EG; Salazar, C. Morbilidad Materna extrema durante el año 2005 en Santiago de Cali. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. Impresora Feriva. Santiago de Cali, 2007. 28pp
- 19 Aristizábal, EG; Peña, MP; Terranova, DA. Protocolo de vigilancia de la mortalidad materna extrema en Santiago de Cali. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. Impresora Feriva. Santiago de Cali, 2007. 24pp
- 20 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas, 2007. Panorama de la Salud en la Región. Volumen I – Regional. 29p
- 21 INS (Instituto Nacional de Salud). Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Primer semestre de 2007. Bogotá DC.
- 22 Dirección OPS y Centro CLAP. Síntesis basada en los documentos en referencia y en presentaciones realizadas por la Directora de OPS y por el Centro CLAP/OPS. Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5. Fecha de acceso: 26 de julio de 2009. Disponible en: www.delivernow.org.
- 23 Organización de Naciones Unidas (ONU). Asamblea General. Guía para la aplicación de la Declaración del Milenio. Informe del Secretario General. Distr. General. Quincuagésimo sexto período de sesiones (A/56/327). 6 de septiembre de 2001. 67p
- 24 Ley 617/2000 de 6 de octubre. "Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley orgánica de presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional". (Diario Oficial No. 44188 del 9 de octubre de 2000).

1. Mamás, las mejor atendidas y consentidas en el Valle del Cauca

PROGRAMA DETECCIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO | COMFANDI



Más de 80 mil futuras madres tienen vigilancia permanente de la evolución del proceso de gestación, de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsico-sociales que inciden en el embarazo.

Zara Milena Solarte Camacho tiene 14 meses y nació el 25 de mayo de 2010. Vive con sus padres y su hermana mayor -María Paula Solarte Camacho- en el barrio Aranjuez, en Cali, y según su mamá, siempre ha sido una niña muy sana.

Sin embargo, como a cientos de familias en Colombia, la situación económica se convirtió en el ‘talón de Aquiles’ para desarrollar un embarazo acorde con las buenas prácticas de cuidado y atención a las madres y a los bebés que están por nacer. “La falta de trabajo de mi esposo llevó a que pudiera tener los controles a los cinco meses de embarazo, no teníamos seguridad social y luego, por fortuna, pudimos asistir a Comfandi”, explica Paula Liliana Camacho, madre de Zara.

Según recuerda, cuando le realizaron los exámenes de control durante su embarazo le dijeron que tenía los índices de azúcar muy altos y se tomaron las medidas necesarias para hacer frente al problema y garantizar una buena salud para ella y para su bebé. “Reco-

nozco que fue un embarazo muy difícil porque cada rato se me subía el azúcar y estuve hospitalizada tres veces. Sin embargo, gracias a la dedicación y al buen trato que recibí por parte de los profesionales de Comfandi San Nicolás, hoy tengo una bebita excelente y lo más importante muy sana”, dice.

Paula hace parte de las más de 80.000 mujeres en edad reproductiva, entre los 15 y 44 años, que se han beneficiado con el programa Detección de las Alteraciones del Embarazo, que lidera la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca Comfandi. “Gracias a esta iniciativa pude tener un embarazo llevadero, teniendo en cuenta que mi esposo a duras penas tenía para la comida. Cada 15 días me tenían que hacer el examen de la glicemia y tuve que hacer dietas para tener el azúcar nivelada, a veces cada ocho días y me ayudaban con el transporte, además, me hicieron exámenes que no podía pagar por la escasez de recursos”, cuenta Paula.

Según ella, lo que más se debe destacar del programa es la atención oportuna y prioritaria que se le da a las futuras mamás, “si había mucha cola me atendían de forma rápida, todos los controles y la atención fueron eficientes”.

Además, reconoce que si no hubiera tenido acceso oportuno al programa, habría tenido más complicaciones porque, asegura, “sin esa atención no hubiera podido asistir a los controles y a los exámenes y sé que el problema del azúcar es algo muy grave en un embarazo y mi vida también hubiera estado en peligro. Algo que debo resaltar es la ayuda psicológica, el trato y la confianza que le dan a las mamitas para respaldarse en el equipo profesional de Comfandi, uno siente que no está sola y que tiene a más personas que le ayudan en todo este proceso”.

La iniciativa de Detección de las Alteraciones del Embarazo fue creada en 2005 con el objetivo de identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada. En el año 2010, por ejemplo, se inscribieron 3.333 pacientes, de las cuales el 84 por ciento fue captado en el primer trimestre y el 30 por ciento se clasificó como de alto riesgo.

“El programa, además de todas las guías normales que emite el Ministerio de Protección Social para todo el país, tiene adicionados unos procesos que nos ayuden a captar oportunamente a la usuaria y hacerle seguimiento sobre todo cuando se hospitaliza o se atiende por urgencias”, asegura Gloria Eugenia Martínez, jefe de Sección de Fomento de Salud de Comfandi San Nicolás.

En ese sentido, explica la funcionaria, en el programa trabaja un grupo humano con un componente multidisciplinario que incluye: médico general, enfermera, auxiliares de enfermería y los gineco obstetras. “Todos hacen parte del equipo básico y las mamás tienen de primera mano la ayuda profesional para comenzar un proceso de atención a su salud y a la del recién nacido”, dice.

Según ella, la evidencia de la efectividad del programa está representada en la disminución del bajo peso al nacer en los bebés, menos pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de recién nacidos y una reducción de los casos de mortalidad de los niños y las mamás.

Experiencia en sí misma

En la fase de ingreso al programa se hace énfasis en informar a la mujer y al acompañante acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características, brindando orientación, respondiendo dudas e informando sobre cada uno de los procedimientos que se realizan, promoviendo la importancia de la presencia del compañero, o algún familiar en el control prenatal.

Se realiza educación individual a la madre, compañero y familia con el fomento de factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo y se evalúan los factores de riesgo asociados al proceso de la gestación. Igualmente, hay seguimiento de curvas de altura uterina y peso materno, exámenes de laboratorio y remisión al médico en caso de requerirlo, vacunación, valoración odontológica y nutricional, clasificación del riesgo obstétrico en donde se definen las conductas de seguimiento.

Se ofrece educación individual y grupal en el curso de psicoprofilaxis a partir de la semana 26. Además consejería en planificación familiar, educación y preparación para la lactancia materna, formulación de micronutrientes, controles y seguimientos hasta el cierre del caso.

Logros

- El programa ha tenido reconocimiento por la disminución en la tendencia de la tasa de sífilis congénita de manera sostenida y continua, manteniendo valores muy por debajo de los referentes municipales y nacionales en visitas de acompañamiento del Ministerio de Protección Social en noviembre de 2009 como un modelo exitoso en detección, tratamiento y seguimiento a Sífilis Gestacional para evitar la sífilis congénita y en auditoría realizada por la OPS en el mes de julio de 2010.
- El enfoque del control desde el modelo de riesgo biopsicosocial ha tenido impacto positivo en la disminución de la mortalidad materna asociada a Preeclampsia y el bajo peso al nacer. Ha logrado impactar el ingreso a UCI RN de prematuros extremos de las usuarias, el cual ha obtenido reconocimiento por los entes de control municipal.
- Se ha logrado impactar el ingreso a UCI RN de prematuros extremos, RN que pesan menos de 1.500 gramos, lo que significa mayores probabilidades de supervivencia del RN y menor número de secuelas para su desarrollo, al igual que en los recién nacidos entre 1.500 grs y 2.500 grs, que son atribuibles al cuidado prenatal.
- Disminución continua en la tendencia de la tasa de mortalidad perinatal.
- Todo este modelo ha permitido lograr impactar en resultados en salud del binomio madre-hijo.
- Se ha logrado, a nivel de la ciudad de Cali, una de las tasas más bajas de mortalidad materna del país como es la de 26 x 100.000 nacidos vivos para el año 2009, mientras que para Colombia fue de 75 x 100.000 nacidos vivos.

Dificultades

- En la ejecución del proyecto se han presentado dificultades en el seguimiento continuo de las pacientes, debido principalmente a la migración de las pacientes dentro de la misma ciudad y por cambio de ciudad, que influye en el seguimiento telefónico efectivo. Otra dificultad ha sido el bajo nivel educativo en salud referente a la importancia del control prenatal, lo cual hace que haya que brindar una repetición continua a las usuarias de las necesidades específicas del control prenatal, convirtiéndose en algo desgastante para el equipo que participa en el programa.
- Desde el acceso a los servicios de salud, se han presentado demoras en la oportunidad de citas con especialistas y también debido a la no articulación de los servicios de urgencias con la IPS primaria se han generado problemas del día a día relacionados con las demoras de la remisión de los pacientes.

2. Todo por preservar el “binomio madre e hijo”

MADRES CONSENTIDAS | ESE SAN SEBASTIÁN



Una institución de primer nivel, en el Huila, se convirtió en un ejemplo para varias de las instituciones más grandes del país en lo que tiene que ver con la atención a las mamás previo al proceso de parto. El objetivo es hacerlas sentir como unas ‘Madres Consentidas’.

María Carolina Murillo tiene 29 años y está embarazada de su primer hijo. Vive en el barrio El Portal, en La Plata (Huila), y no se cansa de darle gracias a Dios por lo que ella califica como una “fortuna del Señor”, aunque todavía ríe cuando recuerda que se dio cuenta de su embarazo cuando ya completaba los dos meses de gestación.

“La verdad es que cuando eres primeriza no sabes ni qué hacer, pero por fortuna el proce-

so lo hemos llevado muy bien y, por ejemplo, me he dado cuenta de la importancia que va a ser para mi bebé y para mí el hecho de que yo haga ejercicio y siga todos los cuidados que se deben tener. Por estos días estoy llegando a los cinco meses de embarazo”, dice.

Tanto María Carolina como su bebé desde hace varios meses se benefician del cuidado y la pedagogía que reciben por parte de los profesionales que integran el equipo del programa ‘Madres Consentidas’, liderado por la E.S.E. San Sebastián en ese municipio, que implementó un modelo a seguir en lo que tiene que ver con la atención que se le debe prestar a las futuras madres previo y durante el embarazo.

“Desde que me enteré del programa he tratado de no perderme ningún curso profiláctico, la atención es muy buena y siempre están pendientes de los controles. Hace poco, por ejemplo, me llamaron para mi cita odontológica para que no dejara de ir”, comenta María Carolina, quien además destaca las herramientas que recibe por ser beneficiaria del programa: “En los cursos siempre hay colchonetas, balones grandes y nos dan refrigerio; también me entregaron una cartilla que contiene todo lo que necesito saber sobre el bebé”, dice.

Madres Consentidas nació en 2005 con el objetivo de disminuir el índice de muerte perinatal en La Plata y a la fecha ya se han beneficiado más de 3.700 madres que habitan en ese municipio y en la zona rural. “El programa se llama así porque la madre es nuestra prioridad, ella no debe hacer cola para ninguno de los servicios, y hemos organizado una ruta para que ella pase por todos los controles, desde que la canalizamos. En total son 12 pasos desde que tiene su primer control prenatal y luego cada área controla y supervisa los procesos”, explica Jorge García Quiroga, coordinador del Plan de Intervenciones Colectivas de San Sebastián.

Otra de las más contentas con el beneficio que recibió antes, durante y después del embarazo de su segunda hija es Francy Milena Ambito, de 23 años, pues según ella lo mejor de Madres Consentidas es el acompañamiento que recibe de los profesionales en salud y el apoyo psicológico permanente. “Durante mi embarazo todo el tiempo recibí ayuda de formación, ayuda personalizada. Se pasaron de consentidores (risas). Recibí cursos de recién nacidos, le enseñaban a uno hasta cómo poner un pañal, cómo alimentar a los bebés”, señala.

En el caso de Francy, su embarazo tuvo varias complicaciones sobre todo, dice ella, porque permaneció sola durante el proceso, “pero ellos (el personal de San Sebastián) estuvieron pendientes de mí”. “Mi hija nació sanita y un poquito bajita de peso, pero ya no es así porque ahora está bastante gordita gracias a la lactancia y al apoyo que, insisto, he recibido”, agrega.

De acuerdo con las directivas del programa, otro de los logros es que en este momento hay garantías en ese municipio en lo que tiene que ver con una atención integral a las futuras madres y a sus hijos. “Es decir que la posibilidad de que, sin ser un hospital de segundo nivel, estemos garantizándoles a las gestantes una casa materna para que tres semanas antes de dar a luz tengan acceso a los

cuidados no solo en lo que tiene que ver con lo administrativo sino también con el servicio de psicología y todo previo al parto ya es una realidad”, aseguró García.

Según él, a corto plazo lo que se quiere demostrar es que a pesar de que los recursos no son muchos, son muy significativos los logros que puede alcanzar una entidad de primer nivel. “La meta es tratar de preservar el binomio madre e hijo”, concluye.

Experiencia en sí misma

El diagnóstico se da a partir de observar las necesidades de la población como el difícil acceso al servicio de salud, las filas interminables para adquirir una cita médica y la larga espera para poder recibir atención. Otra limitante para la atención de las madres gestantes era la escasa oferta de servicios, teniendo en cuenta que no se contaba ni con los profesionales suficientes ni con áreas adecuadas para ofrecer atenciones de calidad.

Por otro lado, se realiza un análisis de la situación en salud del municipio, al igual que la recolección de información por parte de la comunidad, dando la oportunidad a esta de que pudiera exponer sus necesidades pero así mismo que ofreciera sus posibles soluciones.

La planeación comienza cuando la gerencia del hospital inicia un plan de acción para mejorar las condiciones de salud de esta población y para ofrecer una atención con calidad y calidez. Luego se genera una política institucional con la cual la población vulnerable (como las gestantes) deben recibir un trato digno y de calidad al solicitar y recibir los servicios de salud. Se nombra a un coordinador, quien tenía como función principal darle ejecución a todas las actividades que se realizaran para las gestantes y que ellas vieran en él un apoyo dentro de la empresa.

Para la ejecución, se inicia con la reorganización de los servicios de la empresa, a los programas de Promoción y Prevención se les organiza un día en la semana para atender a la

población. Por ejemplo, las gestantes se atienden todos los viernes cada semana y se les ofrece un desayuno mientras esperan. Adicionalmente, se crea la estrategia Visión Salud, la cual consiste en un grupo de promotores que atiende a la población directamente en las casas ubicadas en el área rural y hace demanda inducida para luego organizar brigadas rurales, las cuales contribuyen a despejar un poco los servicios médicos en el hospital. Con el tiempo este grupo se fue estructurando más y se le dio el nombre de Atención Primaria en Salud (APS).

En el hospital la atención a las gestantes se organiza mediante la ruta maternal. Esta ruta inicia desde que el funcionario de APS capta y dirige a la gestante. Luego la paciente es atendida por el médico para el inicio de sus controles. En el área de sala de espera se ubican 3 auxiliares de enfermería, una enfermera jefe y dos psicólogas, para guiar a las gestantes en el proceso de atención y garantizar que ese mismo día se les garantice una atención integral, (vacunación, odontología, educación, ecografía, toma de laboratorios y atención psicosocial).

Por otro lado, se realizan diferentes actividades con las comunidades en educación, talleres activos participativos, festivals y celebraciones especiales relacionadas con la maternidad.

Se crearon 50 unidades de Rehidratación Oral Comunitaria y de Enfermedades Respiratorias Agudas, ubicadas todas en diferentes veredas del municipio. También se formaron las redes de apoyo comunitario con los mismos integrantes de cada vereda o barrio, y actualmente se cuenta con 120 líderes comunitarios; además, se fortaleció la red de apoyo a la infancia con las diferentes entidades, y se crearon programas de capacitación a los profesionales, a los líderes, pro-

gramas educativos a la población en general.

Sumado a esto, se implementó la estrategia IAMI – AIEPI, el servicio para jóvenes y adolescentes y se realiza el curso psicoprofático sin distinción de EPS (contributiva o subsidiada). Para lograrlo, se incluyó a todo el ente municipal para que hiciera parte de la vigilancia y control de las gestantes, mediante los Concejos de Política Social y las entidades educativas del municipio en donde se adquieren compromisos con relación a las gestantes. Adicionalmente, la articulación con el segundo nivel de complejidad es bastante importante porque es allí donde culmina la primera fase del trabajo con la gestante, para seguir el proceso con el recién nacido y la familia lactante. Se tiene un censo poblacional de gestantes, el cual se alimenta cada mes, para esto se han realizado diferentes formatos y documentos que permiten recolectar la información. También se implementó una estrategia para que los embarazos fueran captados en el primer trimestre, la cual consistió en hacer el contacto inmediato con la usuaria que se realiza las pruebas de embarazo en el laboratorio del hospital, o en el laboratorio del segundo nivel de complejidad.

La fase de evaluación ha sido de manera continua. Se realiza mediante el análisis de datos estadísticos de la institución, la aplicación de listas de chequeo, encuestas a los usuarios, midiendo la satisfacción de ellos con el servicio, encuestas también relacionadas con la educación que se les ofrece. Con respecto a la salud, allí se mide el conocimiento de la comunidad, se realizan auditorías internas por parte de la empresa, al igual que los entes municipales, departamentales e internacionales también han realizado el seguimiento y evaluación de las diferentes actividades que se realizan.

Logros

- Aumentar la asistencia a controles prenatales en el primer trimestre de embarazo a un 71%.
- Mas del 80% de las embarazadas con más de cuatro controles prenatales.
- Disminución de las muertes maternas a cero hasta 2009.
- Se cuenta con grupos de apoyo comunitario y con la participación de actores sociales.
- Incremento en la consulta de programas de crecimiento y desarrollo (hasta el momento es de un 90%).
- Aumento de la atención en el parto hospitalario, entre un 96% a 98% de cobertura.
- La implementación de servicios amigables para jóvenes y adolescentes y el trato diferencial para esta población.
- Avances significativos en la estrategia IAMI y AIEPI, donde se evidencia en las diferentes pre evaluaciones que la UNICEF ha venido realizando sobre la estrategia, la satisfacción del usuario.
- Disminución de enfermedades como EDA e IRA en los niños y niñas menores de 5 años.
- Reconocimiento por parte de organizaciones internacionales como la UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud.
- El proyecto ocupa a nivel departamental el segundo lugar como estrategia exitosa.
- En el municipio, la iniciativa es la primera en la prestación de servicios a esta población objeto.

Dificultades

- El cambio del personal que labora en la empresa.
- La falta de compromiso por algunos funcionarios.
- La desarticulación intersectorial por parte de los actores sociales, para el beneficio del municipio, en el principio del proyecto.
- Las condiciones demográficas y poblacionales del municipio.
- La falta de interés por parte de los usuarios al reconocer sus derechos.
- La diversidad cultural y arraigo de las costumbres de la población.
- El bajo nivel educativo de la población adulta, y la deserción escolar.
- Las dificultades económicas de los usuarios, para acceder a los servicios de salud.
- La fluctuación de población (Desplazamiento de otros municipios o departamentos).
- En un momento el proyecto tuvo un bache con respecto a que se presentaron problemas administrativos en la empresa y esto detuvo los avances.



Nuestro agradecimiento a los proyectos que nos enviaron material fotográfico sobre las experiencias, el cual hemos aprovechado para ilustrar no solo la experiencia correspondiente sino también algunas de las experiencias que no enviaron fotografías. Mil gracias por su aporte. AVS

3. Capacitación para los médicos, un modelo efectivo para mejorar la atención materna

MEJORAMIENTO CONTÍNUO DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL, PARTO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO | FES



Un proyecto que nació en el Valle se trazó como meta la conformación y cualificación de grupos primarios institucionales en las IPS, para el mejoramiento de calidad de la atención a la mujer embarazada y el recién nacido.

“El aporte más grande para los profesionales en salud es entender que si los médicos están capacitados, la atención hacia los pacientes mejora y la calidad también”.

Jorge Alberto Valencia es médico general de Manizales y con esas palabras define lo que él mismo califica como una “necesidad” para los modelos de atención a las mujeres embarazadas que se aplican actualmente en las instituciones de salud del país.

“El mejoramiento no se puede dejar atrás y los profesionales necesitan estar en continua retroalimentación. De esta forma, se mejora la percepción de los pacientes y la satisfacción frente a la atención que se les brinda en las instituciones”, asegura.

Valencia, de 47 años, hizo parte durante el año 2005 del grupo de profesionales que implementó en la institución de salud Assbasalud el programa Mejoramiento Continuo de la Calidad del Control Prenatal, Parto y Atención del Recién Nacido, que lideran Funda-

ción FES Social, el Grupo Materno Perinatal de la Universidad de Caldas y Colciencias.

“Recuerdo que durante un periodo de seis meses se capacitó a los médicos de esa institución en todo lo referente a las guías de práctica clínica, eran como una especie de protocolo para atender bien un control prenatal, un parto y un recién nacido”, explica Valencia, quien es administrador en salud del Grupo Materno Perinatal de la Universidad de Caldas.

Según él, entre las actividades que se realizaron en aquella época para mejorar los procesos de atención a las maternas se destacan las conferencias dictadas al personal de salud por parte de ginecólogos y pediatras. “Se revisaron todas las historias clínicas de mujeres embarazadas para sacar indicadores mensuales y todo lo que tuviera que ver con la atención a este tipo de población”, explica.

La estrategia se implementó en la institución por cuenta de una preocupación de calidad y de indicadores de atención a las futuras madres. En los encuentros con los profesionales se realizaron diagnósticos mensuales y, según Valencia, se les hacía un balance en salud porque “antes no se hacía retroalimentación entre los médicos y esto es malo porque el profesional termina guiándose únicamente por las reacciones y la evolución del paciente”.

El programa Mejoramiento Continuo de la Calidad del Control Prenatal, Parto y Atención del Recién Nacido se creó en el Valle en junio de 2002 con el fin de diseñar e implementar un sistema de control de calidad de la atención a la gestante y al recién nacido. Entre los planes de los directivos de la iniciativa estaba la evaluación del desempeño del sistema de control de calidad de la atención

de la gestante y el recién nacido en la institución en la que se quiera implementar.

“Examinamos en municipios del Valle del Cauca cómo habían sido atendidas casi mil embarazadas y miramos si esa atención sí cumplía o no con los estándares de calidad que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS) para poder atender los partos y poder atender a los recién nacidos. El estudio terminó en el 2002 y nos dimos cuenta que había un gran problema de calidad y el servicio no se estaba cumpliendo en la mayoría de estas mujeres como ordena la OMS”, asegura Julio César Mateus Solarte, director del Área De Salud de la Fundación FES.

De acuerdo con él, ese proceso se convirtió en la puerta de entrada para empezar a construir una estrategia que permitiera que esas mujeres fueran mejor atendidas. “Nos dimos cuenta que las mujeres por razones familiares y personales no llegaban antes de cumplir las 14 semanas de embarazo al control prenatal y el 62% de ellas llegaba entre las 14 y 28 semanas de embarazo, lo que implica que no se benefician de todo lo que tiene un control prenatal bien hecho. Casi un 10% llegaba en las últimas semanas de embarazo”, señala.

El programa, que se ha implementado en 44 instituciones en el Valle del Cauca y en toda la red pública de Manizales, ha capacitado a cerca de 200 funcionarios y a 900 personas de las comunidades en todo lo que tiene que ver con los controles prenatales. “Algo muy bonito fue el componente de movilidad social con líderes comunales, sin duda con esas capacitaciones la gente tomó conciencia de la importancia de que las maternas realicen los controles pertinentes en las instituciones de salud”, agregó Valencia.

Los recursos para la creación del modelo de atención a las mujeres embarazadas fueron entregados por las instituciones promotoras y, según los directivos del mismo, ahora que ya está estandarizado el programa lo que les interesa es que “lo usen y lo apliquen”.

Experiencia en sí misma

Este programa educativo está diseñado para ser desarrollado en los Servicios de Salud especialmente en las Instituciones Prestadoras de Servicios; los participantes de esta estrategia serán:

- Los funcionarios de las instituciones de salud los cuales actuarán como dinamizadores internos en cada una de las instituciones de salud participantes, deberán ser médicos y enfermeras.
- El funcionario de la institución implementadora de la estrategia de mejoramiento continuo de la calidad actuará como dinamizador externo. Dicho funcionario deberá ser un médico(a) o enfermera(o) con una especialización en calidad en salud o una maestría en salud pública.

Los contenidos desarrollados dentro del programa son: Manejo de Guías de Atención, Taller de habilidades ginecobstétricas y pediátricas, Taller para el manejo de grupos y estrategias pedagógicas, Taller para el desarrollo de destrezas de movilización social, Métodos de desarrollo de las estrategias al interior de las instituciones, Manejo del Concepto de Calidad y Desarrollo de planes de mejoramiento de la calidad.

El personal que funciona dentro de este programa como dinamizador interno deberá estructurar dentro de sus instituciones un grupo primario de calidad (de cuatro a seis participantes) para que pueda desarrollar las actividades en los servicios materno-infantiles, intersectoriales y comunitarios establecidos dentro del programa.

La finalidad de este programa de intervención es la de ampliar y fortalecer los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención a las mujeres gestantes y los recién nacidos en las instituciones prestadoras de salud participantes, e igualmente la creación de mecanismos y metodologías que garanticen la sostenibilidad y la aplicación de cambios en los servicios de salud.

Logros

- Esta estrategia es ampliamente aceptada y solicitada por las comunidades. Algunos funcionarios de salud que iniciaron su vínculo con la participación en las actividades desde sus hospitales siguen desarrollando por su propia iniciativa el programa de mejoramiento continuo.
- Con la investigación de costo-efectividad, se produjeron avances conceptuales y metodológicos dado que, no solo se cumplieron los objetivos en términos de la evaluación de costo – efectividad de la intervención de mejoramiento de la calidad del control prenatal, sino también en términos de la definición de una metodología para el análisis de la antropometría del recién nacido que permitió calcular el score z de peso para la edad gestacional, el score z de talla para la edad gestacional y la comparación de los score z entre intervenidos y no intervenidos. Esto implicó un mayor cumplimiento de los objetivos de la investigación pues permitió refinar la evaluación de efectividad y de costo – efectividad.
- Se consolidó la alianza entre la Fundación FES y el Grupo Materno Perinatal de Caldas y la Red de Salud Sexual y Reproductiva del Eje Cafetero y del Sur – Occidente Colombiano, con la cual se han logrado dos proyectos financiados en las convocatorias de Colciencias de 2006 y 2007 y un anteproyecto aprobado en la convocatoria de Colciencias de 2008.
- A juicio de los investigadores, uno de los mayores logros de este proyecto, y que se ve reflejado en los proyectos posteriores, fue la conformación de una alianza exitosa entre el Grupo Materno Perinatal de Caldas y la División Salud de la Fundación FES. Se realizaron una serie de actividades de alianza y fortalecimiento mutuo que fueron reportadas en el informe final como una sistematización de esta experiencia, lo que podría servir de referente para iniciativas similares.

Dificultades

- La dificultad más relevante para el éxito de la estrategia ha sido la designación por parte de las directivas de las instituciones de salud de personal temporal, ya sea por cuestiones de prestación de servicios o de designación política a estas actividades, lo que ha dificultado la continuidad del proceso en las instituciones de salud.

4. Lo ‘Bello’ de traer un hijo al mundo...

POLÍTICA PÚBLICA SALUDABLE MIS – MATERNIDAD E INFANCIA SEGURA | DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD MUNICIPIO DE BELLO



Un proyecto, liderado por empresas del sector público y privado, logró reducir las tasas de mortalidad infantil en Bello (Antioquia) y se convirtió en un modelo para el acceso de las mamás y los bebés a una salud con calidad en Colombia.

Ana Jimena Díaz Castrillón tiene nueve meses y es una de las niñas más saludables del barrio El Rosario, en Bello (Antioquia). Nació en octubre del año pasado y durante sus primeros seis meses de nacida se benefició

del proceso de lactancia que recibió de parte de su propia madre, algo que la tiene con un desarrollo adecuado para su edad actual.

Muestra de la excelente salud de Ana Jimena son su peso y talla y, según su abuela, María Deyanira Mora, esto le permite hacer actividades propias de una niña de una edad mayor. “Por fortuna la bebé está sana y esto se debe al proceso de lactancia exclusiva que tuvo durante sus primeros meses de vida. Sumado a esto, el buen desarrollo alcanzado en estos meses es, en parte, gracias a la capacitación que recibió su mamá –previo al parto– por parte de la Política Pública Saludable MIS (Maternidad e Infancia Segura)”, explica.

El proyecto, mencionado por Mora, lleva más de 7 años otorgando beneficio a las mamás y bebés en ese municipio. El fortalecimiento de la autoestima de las gestantes, los procesos relacionados con el crecimiento personal, el auto cuidado, el apoyo nutricional y la capacitación en temas como liderazgo son algunos de los beneficios.

“Con el programa le dan herramientas a las familias gestantes para trabajar y capacitarse en temas que tienen que ver con el cuidado previo y durante el nacimiento del bebé, en la lactancia y hasta cuando el niño cumple los 2 años de edad. De esta forma, les ayudan a las mamás embarazadas a tener una capacitación acerca del cuidado que deben tener en las distintas fases del proceso y, obviamente en beneficio de los recién nacidos”, dice la abuela de Ana Jimena.

La Política Pública Maternidad e Infancia Segura nació en 2003 y el objetivo desde aquella época ha sido incrementar el acceso de madres gestantes y de los niños a una salud con calidad y calidez. Por el beneficio otorgado a más de 5.700 personas, entre madres gestantes, niños y niñas del municipio, el programa se convirtió en un ejemplo en Colombia en lo que tiene que ver con el cuidado y la pedagogía a las que deben tener acceso las mamás durante su proceso de gestación y lactancia.

“El principal logro es que se redujeron en gran porcentaje las tasas de mortalidad en la población. Desde un comienzo, la Política Pública Maternidad e Infancia Segura se trazó metas como la reducción de la tasa de mortalidad, el aumento de la lactancia materna, la reducción de la violencia y maltrato intrafamiliar y el número de casos de VIH. Sumado a esto, logramos el fortalecimiento de instituciones para que ofrezcan servicios amigables para adolescentes embarazadas”, asegura Ruth Vélez, asesora en Política Pública Saludable en Bello.

De acuerdo con las directivas de la Política, otra de las metas alcanzadas durante el desarrollo de la iniciativa ha sido tener como aliada a la Red de Apoyo Social gracias a un convenio suscrito con el ICBF, que permitió la creación de las ‘Madres Fami’, esenciales en la formación de la Red y quienes capacitan hoy a las nuevas madres gestantes.

“El programa les brinda capacitación de forma permanente a las familias. Las mamás demuestran mucha gratitud con el proyecto porque este les cambia su forma de actuar y muchas de ellas dicen que tienen más autonomía. Así mismo, los niños avanzan mucho en su nutrición y su propio desarrollo, por eso son las mismas mamitas quienes expresan la gratitud por la existencia de Familias Gestantes”, señala Mora, quien es una de las ‘Madres Fami’ en El Rosario.

Actualmente, existen en la Red sesenta madres distribuidas en las doce comunas del municipio y llevan veinte años haciendo parte de ésta lo que, según Vélez, asegura la permanencia de la iniciativa.

Experiencia en sí misma

En Bello la problemática de la morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil hasta los 5 años de edad, persiste. Siguen muriendo y enfermando por condiciones de pobreza y falta de educación; inadecuada planeación de los servicios de salud, por falta de unificación

de un modelo de atención, por la mala calidad en salud, por bajas coberturas en los programas de promoción y prevención en salud y por falta de una red de atención en salud segura, eficaz, aceptable y asequible. La tasa específica de fecundidad en adolescentes es de 33.1, por 1.000 nacidos vivos. La sífilis congénita y gestacional se encuentran subregistradas y no se cuenta con datos reales. Así como no hay información sobre transmisión perinatal de VIH, cobertura de control prenatal, ni proporción de niños con lactancia materna exclusiva.

Los datos de violencia intrafamiliar que se conocen corresponden únicamente a los de medicina legal, en ellos se evidencia una tendencia al aumento con un total de 396 casos a 2002. Si bien el municipio cuenta con coberturas de vacunación superiores al 95%, siguen presentándose barreras de acceso. La atención a los niños y niñas enfermos carece de integralidad y calidez, y son de baja calidad; no se han implementado estrategias existentes como la AIEPI y la IAMI.

Objetivo general

Implementar una política pública saludable, para lograr una maternidad e infancia segura, con la participación interinstitucional intersectorial, y comunitaria del municipio.

Una vez definido el documento base para la implementación de la Política Pública Saludable MIS y finalizada su revisión y aprobación por parte de UNICEF, se convocó a todos los gerentes de las EPS, EPSS y ESE que tienen sus IPS en el Municipio de Bello, para firmar un Acta de compromiso, mediante la cual prestaban su concurso, para hacerla posible.

Se definieron, estudiaron, valoraron y avalaron, tanto científica como legalmente, las posibles acciones conducentes a la formulación de un Plan de Acción para la Política Pública Saludable - Maternidad e Infancia Segura MIS. Se diseñó una matriz compues-

ta por: una meta, para cada una de las líneas de acción; un resultado esperado; unas actividades a desarrollar para hacer posible dicho resultado; unas tareas necesarias para llevar a cabo la actividad; y un último componente de esta matriz, para designar el responsable de las tareas propuestas.

Implementación

- Se desarrollaron las normas, procedimientos y lineamientos para la puesta en práctica de las decisiones.
- Se modificaron las decisiones conformes con las restricciones operativas, incluyendo incentivos y recursos.

Evaluación

Se diseñaron instrumentos de seguimiento como:

- Gerencial Mensual MIS que es diligenciado por todas las IPS y contiene la gran mayoría de variables que permiten la operativización de los indicadores tanto de avances como de proceso,
- Instrumento de Monitoreo que es aplicado trimestralmente en cada institución.
- SIP del CLAP – Sistema Informático Perinatal.

Consolidación

Hoy se cursa una fase en donde a través de acompañamiento continuo por parte de la Asesora a todas las IPS de la Red Pública y Privada del Municipio y la aplicación de los instrumentos de seguimiento y con la implementación de la Estrategia IAMI, se tiene la posibilidad de conocer el grado de avance o reto.

También se cuenta con capacitaciones continuas de Medicina Basada en la Evidencia y material para la Información Educación y Comunicación con el objetivo de hacer inducción al control prenatal temprano, promoción de derechos, vacunación, lactancia materna exitosa, entre otros.

Contar con una Red de Apoyo Social a la Política Pública MIS conformada por 57 Madres FAMI es, sin lugar a dudas, el mayor avance que se ha obtenido. Luego de varios intentos por disponer de ella, hoy es

un hecho y una herramienta para la garantía de derechos de la niñez y la infancia, así como para la superación de barreras en caso de amenaza o de protección en caso de vulneración o despojo.

Logros

- Uno de los mayores logros del proyecto es contar con una Red de Apoyo Social consolidada y operando.
- El número cada vez mayor de instituciones que se suman a la política pública.
- A nivel departamental se cuenta con el reconocimiento de ser el municipio que ha logrado impactar positivamente la mortalidad infantil. En 2008, por ejemplo, Bello fue el municipio de Antioquia con el porcentaje más bajo de mortalidad en menores.

Dificultades

- Fragmentación en la contratación de servicios de salud regulada por el SGSSS.
- Lineamiento poco claro frente al pago de los servicios prestados por parte de las aseguradoras.
- Alta rotación en el personal de salud.
- Barreras para la administración de recursos del sector.
- No garantía en la Red de referencia y contrarreferencia.
- Procesos de cambios administrativos en las EPS.
- Población municipal altamente fluctuante.
- Poca operatividad de los organismos de Protección.

5. Chocó emprende el camino de sexualidad responsable en Colombia

FONDO PARA APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL CHOCÓ
FUNDACIÓN CORONA, FUNDACIÓN SILDARRIAGA CONCHA, FUNDACIÓN RESTREPO BARCO Y OTROS.



Habitantes de cinco municipios de este departamento se capacitaron en Salud Sexual y Reproductiva y son ellos mismos quienes destacan la importancia de afrontar la sexualidad con responsabilidad y pedagogía.

Yeison Samir Sánchez tiene 19 años y ya sabe cuándo va a tener su primer hijo. Está comenzando Contaduría Pública en Pereira (Risaralda) pero, según dice, hace cerca de dos años decidió que no va a ser papá hasta que no termine la carrera profesional que cursa.

En 2008, cuando hacía noveno grado en el Colegio Nuestra Señora de la Pobreza, en Tadó (Chocó), Yeison hizo parte del grupo de estudiantes beneficiados con el desarrollo del Fondo Para Apoyar la Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva en el Chocó, que, dice, les enseñó a los estudiantes la importancia de saber sobre la sexualidad, el ser humano y sobre su valor en la sociedad.

“Con un 90 por ciento de seguridad, puedo decir que si no hubiera conocido el proyecto ya sería papá y esto hubiera frustrado los planes que quiero sacar adelante. Cuando entré al grupo gestor del Fondo aprendí a tener mucho más respeto hacia mi cuerpo y mi personalidad, y, por qué no, a quererme más a mí mismo”, dice.

En el caso de los colegios, la metodología para tratar temas relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se basó en charlas, dramatizados, ayudas literarias y videos. “En los colegios es en donde hay más jóvenes que se pueden beneficiar y necesitan de pedagogía oportuna en estos temas”, asegura Yeison, quien hasta el año pasado fue el secretario del grupo gestor del Fondo en su colegio.

Se beneficiaron de forma directa 23 colegios públicos de Tadó, Istmina, Condoto, Quibdó y Bahía Solano, que atienden a más de 25.000 niños, niñas y adolescentes.

Además del colegio de donde hoy en día es egresado Yeison, otra de las entidades beneficiadas fue la Institución Educativa Industrial María Auxiliadora, en Condoto, que desde 2008 implementó los procesos pedagógicos de Salud Sexual y Reproductiva y, además de capacitación para los estudiantes, llevó a cabo un trabajo con los padres de familia y profesores.

“La iniciativa llegó en un buen momento para poder lograr la conquista de una sexualidad responsable. Se hicieron talleres vivenciales, entre estudiantes y profesores se cambiaron los roles como parte de la metodología de aprendizaje y, sin duda alguna, una de las cosas que más se deben resaltar es que el proceso nos permitió conocer la terminología que rodea todo el tema de sexualidad, por ejemplo, se dio claridad en conceptos como el amor, sexo, condón, ternura, embarazo, entre otros”, explica Lísber Zuluaga, rectora de la Institución.

Cerca de 350 personas, entre jóvenes, docentes y padres de familia, integraron el grupo de gestores escolares en el componen-

te de educación. Un objetivo del proceso era plantear la sexualidad como una dimensión amplia que involucrara la parte afectiva, comunicativa, relacional, productiva y erótica.

Según Liliana Martínez, facilitadora local del Fondo y una de las personas que siguió de cerca el proceso en todos los municipios, desde el principio se fijaron varios propósitos. Uno de ellos era que no solo se trabajara la parte reproductiva sino también se evaluaran temas como la diversidad, la orientación sexual y el género.

“El mayor beneficio es la posibilidad de introducir estos temas en las agendas institucionales de los colegios, con los alcaldes y en los hospitales. Antes se abordaba la sexualidad como un mito, había poca libertad de expresión en este aspecto, pero ahora los jóvenes pueden hablar con mayor conocimiento del tema y ya no es exclusivo de los adultos”, asegura Martínez.

Experiencia en sí misma

El proyecto, promovido por las fundaciones Corona, Saldarriaga Concha, Plan, Bancolombia, Ford, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Consejería Presidencial de Programas Especiales, el Movimiento Fe y Alegría, el Centro de Gestión Hospitalaria, el Ministerio de Protección Social, la Organización Panamericana de la Salud, Médicos sin Fronteras -MSF- Bélgica, Fondo Global contra el VIH/SIDA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), fue implementado entre 2005 y 2010 en los cinco municipios, y benefició a la población a través de tres componentes: educación, salud y comunidad.

Componente de Educación

En primer lugar, se adaptó el material de ‘Habilidades para la Vida de Fe y Alegría’ a la cultura chochoana y se realizaron talleres de formación a docentes y personal del sector salud. Así mismo, se conformaron grupos de gestores escolares (jóvenes, docentes, padres de familia),

uno por cada institución educativa. Luego, se formaron los grupos gestores escolares en temas de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva -DySSR-, y se realizó un acompañamiento a los grupos gestores escolares en la elaboración del diagnóstico sobre los principales aspectos de la SSR en las instituciones educativas. También se acompañó a los grupos gestores escolares para la formulación del Plan de Acción de cada grupo gestor escolar y su incorporación al proyecto institucional de educación para la sexualidad.

Componente de Salud

Se realizó un diagnóstico acerca del estado de las instituciones de salud frente a las condiciones deseables y a la normatividad contemplada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– para garantizar la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva. Y se fortalecieron los servicios de salud para que los seis hospitales desarrollaran procesos tendientes a cumplir las normas del Sistema Único de Habilitación (SUH).

Así mismo, se llevó a cabo un acompañamiento a los hospitales para que diseñen e implementen procesos de detección tem-

prana de alteraciones del embarazo y control prenatal de bajo riesgo.

Componente Comunitario

Se conformó una Red de Apoyo Social en cada municipio con formación en DySSR, y se acompañaron a las Redes en la construcción de diagnósticos municipales en salud sexual y reproductiva.

El proceso permitió también el desarrollo de encuentros de profundización temática entre Redes de Apoyo Local, grupos gestores escolares y equipos de las instituciones prestadoras en los temas de violencia sexual e intrafamiliar y maternidad segura, incluido el embarazo adolescente.



Logros

- Los colegios y las instituciones de salud cuentan con material pedagógico adaptado a la cultura chocoana para mejorar conocimientos, actitudes y prácticas sanas en DySSR.
- La educación para la sexualidad se posicionó en los colegios y gracias a la utilización del marco ético de derechos humanos y sexuales y reproductivos, mejoró la comunicación entre los diferentes grupos y favoreció el acercamiento de personas e instituciones.
- Se conformaron 23 grupos gestores escolares con miembros de toda la comunidad educativa de cada colegio, principalmente estudiantes y docentes que impulsaron y posicionaron el enfoque de DySSR. Todos formularon su plan de acción, y de estos, trece se convirtieron en insumo para el proyecto pedagógico de educación para la sexualidad. 21 grupos de gestores están interesados en conformar “grupos de apoyo” como una acción de continuidad y sostenibilidad.
- Los hospitales de primer nivel hacen énfasis en los procesos del ciclo de atención de mayor impacto en la mortalidad materno – perinatal.
- Cambio favorable en los indicadores de 2008 y 2009 (la información de los años 2005 a 2007 no se tiene en cuenta por considerarse poco confiable).
- Se conformaron redes sociales, así como planes de acción que colocaron el tema en la agenda política, social y local.
- Se logró que la Consejería Presidencial de Proyectos Especiales incluyera al Chocó en su agenda de trabajo, inclusión que aún hoy se sostiene.

Dificultades

- La rotación de docentes y personal de salud y a veces reemplazo de gran parte de la planta de personal hace difícil continuar los procesos de formación y transformación de representaciones sociales e imaginarios.
- Procesos dependientes de voluntades individuales: algunos procesos en las instituciones de salud y educación dependieron de la voluntad de los cuadros directivos. A pesar que en los hospitales se constituyeron equipos de mejoramiento, es esencial la participación de cuadros directivos para darle sostenibilidad a los cambios generados.
- En ocasiones falta coordinación inter-programática e interinstitucional. La articulación de programas, proyectos y acciones en niveles departamental y local sigue teniendo vacíos.

6. Por una Barranquilla con cero muertes maternas

FAMILIA GESTANTE | SECRETARÍA DE SALUD DE BARRANQUILLA



Un proyecto liderado por varias entidades públicas y privadas de la capital del Atlántico identifica los factores de riesgo en las gestantes y enfermedades que pueden afectar el curso normal del embarazo.

“Cuando tuve a mi bebé me educaron y me dijeron qué hacer con ella: tenía que cuidarla y me dijeron que la llevara a los controles siempre a tiempo. La atención era primaria para nosotras las gestantes, toda una bendición”.

Con estas palabras Mónica Castro agradece la pedagogía que recibió previo y durante el nacimiento de su hija. Es madre primeriza, vive en el barrio Simón Bolívar, en Barranquilla, y reconoce que uno de sus temores durante su embarazo era la atención que podía recibir de las entidades hospitalarias en esa ciudad.

“Soy afortunada porque cuando estuve embarazada no me tocó hacer filas. Siempre me atendían en una parte diferente y era rápido, y ahora con la bebé la atención es inmediata: solo espero a que me llamen y ya”, dice.

Tanto Mónica como su bebé hacen parte del grupo de beneficiados por el proyecto Familia Gestante, que desde el 2008 implementó una política distrital encaminada al fomento de acciones integrales que aportaran a la disminución de la incidencia de morbi mortalidad materna y perinatal en los niveles socio económicos 1, 2 y 3 de Barranquilla.

“Se llama Familia Gestante porque cuando se embaraza una mujer no solo es ella sino también su pareja y la familia en donde ellos deben involucrarse con todo el proceso de la gestación, actuando como seres protectores y apoyadores en la parte afectiva, emocional, biológica y psicosocial. Por tal razón, la familia queda en gestación, que es en donde parte el origen de la vida”, explica Liz Chacón, referente del programa.

El proyecto, que estará vigente hasta diciembre de 2011, les ofrece a las mujeres gestantes y maternas de la capital del Atlántico atención integral con aspecto ‘biopsicosocial’, atendiendo no solo las necesidades fisiológicas y anatómicas de la gestación sino

también interviene la parte psicológica, afectiva y emocional. “El objetivo es ser oportunos e intervenir los factores de riesgo encontrados convirtiéndolos en factores protectores para la salud materno-perinatal e involucrando a la familia y a la pareja”, señala Chacón.

Familia Gestante, además, logró el mejoramiento en el cuidado y la atención de la población gestante en esta parte del país (de aproximadamente 28.100 madres). “Recuerdo que cuando estaban los puestos de salud antiguos la atención era muy regular porque no atendían bien, veía muchas filas y a las mamás no les programaban las citas de forma rápida”, agrega Mónica.

Por el beneficio que le otorga a las gestantes, ofreciéndoles la atención primaria prenatal que les permite identificar los factores de riesgo y enfermedades que pueden afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido, el programa se convirtió en un ejemplo en el país y hoy en día es reconocido como uno de los modelos más efectivos en lo que tiene que ver con el cuidado y la atención a las madres previo, durante y después del embarazo.

“Una de las principales acciones consiste en llevar a cabo una adecuada intervención de los factores de riesgo a través de la atención por el gineco obstetra que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal”, asegura Chacón.

Según ella, el reto que viene ahora para el programa es lograr que en Barranquilla haya cero muertes maternas por causas evitables. “Para eso es necesario realizar un trabajo continuo e interinstitucional, en donde todos los actores involucrados en el proceso de la atención materno-perinatal se apropien de prestar una atención integral y oportuna”.

Experiencia en sí misma

La implementación del proyecto correspondió primeramente a un entrenamiento y educación de los caminantes de la salud (bri-

gadistas que controlan el estado de salud en cada casa del sector asignado) en el proyecto de maternidad segura, en donde ellos realizan una detección de la gestante y realizan su respectiva educación, identificando una serie de riesgos para llegar a implementar los factores protectores y remitiendo a la gestante al paso más cercano para su atención oportuna. Así mismo, la coordinación interinstitucional con otras entidades con las EPS, la red pública y privada.

Logros

Reducción de la mortalidad materna en:

2008: 14 muertes con una razón de 41.4%

2009: 14 muertes maternas con una razón de 44%

2010: 5 muertes con una razón 18.6% (a 31 de diciembre del 2010)

Fuente: DANE

Cobertura en control prenatal en Barranquilla:

2008: 79.9%

2009: 94%

2010: 97.98%

El objetivo trazado era alcanzar metas del 90%

Reducción de gestantes adolescentes:

2008: 3.880 con una proporción de 37.6% sobre la población de adolescentes para la vigencia.

2009: 3.827 con una proporción de 36.7% sobre la población de adolescentes para vigencia.

2010: 2.535 con una proporción de 24.6% sobre la población de adolescentes para la vigencia.

La construcción de estrategias de reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal a partir de la vigilancia en salud.

La construcción de la situación problemática materno perinatal a través de la elaboración del árbol del problema y el árbol de soluciones con la participación de 24 EPS públicas y privadas.

Dificultades

- Como sucede con todos los proyectos, estas experiencias no están exentas de problemas tanto en su planeación como en la ejecución, no obstante con la participación activa del equipo interdisciplinario estas dificultades se fueron supliendo.
- Durante la etapa de implementación se requirió asistencia técnica permanente y acompañamiento continuo en las diferentes instituciones, ya que variables tales como locativas y de dotación se han ido superando sobre la marcha.

7. “Dije no al aborto, y sí a aprender a ser mamá”

LAS REDES SOCIALES Y DE SERVICIOS DE SALUD COMO ESTRATEGIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD | SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ



Una iniciativa pedagógica en Bogotá, liderada por la Secretaría de Salud, les enseña a las mujeres sobre lactancia materna, planificación familiar, preparación para el parto y estimulación temprana, para lograr, entre otras cosas, reducir los índices de mortalidad materna y perinatal en la capital.

Alexandra Sánchez tiene 36 años y en cuatro meses se convertirá en abuela. Su hija, de 15 años, está embarazada y actualmente cursa noveno grado de bachillerato en el barrio Villa Amalia, en la localidad de Engativá, en el noroccidente de Bogotá.

“Todavía no asimilo que voy a ser abuela, pero es mi única hija y la quiero apoyar en todo. Nos enteramos de su embarazo porque comenzó a vomitar mucho, la llevé al médico y me dijo que era un virus lo que tenía. Sin embargo, luego me dijo que era mejor hacerle una prueba de sangre y el resultado fue positivo”, recuerda Alexandra.

Mientras ella cuenta la historia, su hija, Tatiana Hurtado Sánchez, no para de hacer ejercicios y presta atención al curso que está tomando para aprender sobre los cuidados que debe tener previo, durante y después de que nazca su bebé. “Recuerdo que estaba planificando con inyecciones, pero se me acabaron y un día tuve relaciones con mi novio (también de 15 años) y, preciso, esa vez no nos cuidamos y quedé embarazada”, explica Tatiana.

Según ella, cuando sus amigas se enteraron de que estaba embarazada le aconsejaron que abortara y ni ella ni su novio lo permitieron. “Era decisión mía y no quise, mis amigas me explicaron cómo abortar y cómo era el proceso. Sin embargo, no estoy de acuerdo con eso y no me parece que las personas se deshagan de esa forma de los bebés”, asegura.

A Tatiana, como a cientos de adolescentes en Colombia, en las instituciones hospitalarias sus embarazos son catalogados como de alto riesgo por la edad. Precisamente, para evitar contratiempos y saber qué hacer en caso de una emergencia, además, para conocer más acerca de los cuidados que debe tener con su bebé y con ella misma, ella es una de las mujeres beneficiadas del ‘Curso de Preparación para la Maternidad y Paternidad, un Proyecto de Vida’, que lidera la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

La iniciativa pedagógica nació en 2005 y fue implementada en 21 instituciones del Estado, actualmente está a cargo de enfermeras

profesionales que son capacitadas por la Secretaría de Salud de la capital. “Esta es la primera vez que asisto y vengo los sábados porque entre semana no puedo faltar al colegio; hoy, por ejemplo, me enseñaron sobre la lactancia materna y sobre los signos de alarma. Además, ya sé cómo debo sacar la leche o cómo debe ser la posición del bebé cuando lo vaya a alimentar”, dice Tatiana, quien asiste al curso en compañía de su mamá.

“La aconsejé en varias oportunidades para que tuviera cuidado y no fuera a quedar embarazada. Sin embargo, ya pasó y la estoy apoyando, pero quiero que ella siga estudiando porque es mi única hija y, bueno, ahora digo que si vamos a tener otro bebé en la casa pues nos toca consentirlo”, señala Alexandra.

El curso al que asiste Tatiana ha beneficiado a miles de mujeres de la capital del país y hace parte de la línea de Calidad en la Prestación del Servicio, contenido en el proyecto Redes Sociales y de Servicios de Salud como Estrategias para el Mejoramiento de la Calidad de Vida y Salud. La capacitación consta de siete sesiones y lo ideal es que todas las familias gestantes la tomen y aprendan sobre los temas que tienen que ver con la gestación.

“Todo el cuidado que tienen las mujeres gestantes durante el proceso es importante para disminuir las posibles muertes maternas, la mayoría de estas son prevenibles. Un muy buen control prenatal nos ayuda a detectar a tiempo algún problema con la gestación. Así mismo, el curso nos ayuda a preparar a las familias sobre cualquier problema, por ejemplo, si ellas saben que un dolor de cabeza es fuerte es signo de alarma inmediatamente van a ir al hospital porque puede ser un signo de hipertensión”, asegura Martha Lucía Mora, enfermera profesional y quien lidera el Grupo Materno Perinatal de la Secretaría de Salud de Bogotá.

El curso prenatal actualmente funciona encaminado hacia cumplir con las metas consignadas en el Plan de Desarrollo de Bo-

gotá, una de ellas es disminuir la mortalidad materna a menos de 40 por 100 mil nacidos vivos y la mortalidad perinatal a menos de 16 por mil nacidos vivos. “Uno de los problemas más importantes relacionados con la mortalidad materna y perinatal es la indiferencia. En muerte perinatal, el 98% de los casos suceden en condiciones socioeconómicas bajas y es lo que queremos evitar para que se visibilice el problema, que es social y su solución no depende solo del punto de vista médico”, afirma Gilberto Acuña Gómez, médico pediatra del Grupo Materno Perinatal.

Según los promotores del curso, todo lo que le enseñan a Tatiana y al resto de beneficiadas les va a ayudar a mejorar la calidad de vida de sus bebés y de ellas como mujeres gestantes. En el caso del proyecto Redes Sociales y de Servicios de Salud como Estrategias para el Mejoramiento de la Calidad de Vida y Salud, el trabajo desde la Secretaría de Salud de Bogotá está dirigido hacia lograr que haya más mujeres sanas durante la gestación y niños sanos cuando nazcan. “También le apuntamos a que nuestra sociedad tenga mejor calidad de vida cada vez más, que la gestación sea un proceso bonito y respetado, a que haya mayor apego de la familia con un bebé que va a nacer y que todos seamos más conscientes de que tener un hijo es una bendición, pero que hay que tener mucho cuidado con él para que sea un niño sano”, afirma Mora.

Experiencia en sí misma

El proyecto de las Redes Sociales y de Servicios como estrategia para el mejoramiento de la calidad de vida y salud se desarrolla tres fases:

La primera se centró en la elaboración del diagnóstico de la calidad de atención durante el control prenatal, el trabajo de parto y la atención del parto en las 21 ESE del Distrito. Se realizó el análisis epidemiológico del comportamiento de la mortalidad materna en una línea de tiempo de seis años para priorizar aseguradoras con mayor número de casos,

las causas básicas de muerte y las variables de persona, tiempo y lugar que intervienen en la muerte materna, para posteriormente realizar visitas de asesoría y acompañamiento técnico por Subred.

En la segunda fase se establecieron los planes de mejoramiento derivados de los hallazgos del diagnóstico institucional frente a los diferentes procesos, al igual que la formulación de planes de mejoramiento según hallazgos por demora de los casos de mortalidad materna durante el 2009 y el 2010 y los que se derivan de las visitas realizadas a las EAPB priorizadas.

En la tercera fase se actualizaron las guías de atención materna para con ellas establecer programas de capacitación al personal que atiende a la población gestante. Se priorizaron la sensibilización y capacitación en las guías que presentaron menor adherencia durante el 2008 y 2009. En el segundo semestre del 2010 se inició la elaboración de guía de cuidado de enfermería basadas en la evidencia para complementar las guías elaboradas por el equipo de Ginecólogos de las ESE y las EAPB.

Logros

- Disminución importante de las muertes maternas en el 2010 comparado con el 2009 y el 2008. De acuerdo al registro de casos de mortalidad materna en el 2008 hubo 44 casos, en el 2009, 58 casos y en el 2010, 41 casos, pasando de una razón de mortalidad materna en el 2007 de 45,8 a 37,3 en el 2008 y alcanzando en el 2010 una RMM 36,8 X 100.000 nacidos vivos (dato preliminar).
- El desarrollo de las diferentes estrategias se ha visto reflejado en los siguientes resultados:
 - Posicionamiento político y social con enfoque diferencial y de género para desarrollar la transectorialidad, mediante la implementación de la Red Social Materna Infantil en las 20 localidades del Distrito, Movilización social en torno a las políticas de salud sexual y reproductiva.
 - Desarrollo e implementación de la Estrategia comunicativa masiva e interpersonal con enfoque de derechos y género [Bogotá de puertas abiertas con las Familias Gestantes], mediante: Producción de cinco mini documentales bajo el título general de tejiendo la red.
 - Fortalecimiento de las capacidades y competencias de los equipos de salud para la atención integral de hombres y mujeres en edad fértil y la familia gestante.
- Capacitación: a 1.200 personas del equipo de salud (Enfermeras, médicos, psicólogas, nutricionistas y Auxiliares de enfermería) de todas las ESE en "curso de preparación para la maternidad y paternidad"; inducción para profesionales de la salud que inician servicio social obligatorio en las ESE, en temas relacionados con la salud materna y perinatal.
- Comité Técnico de expertos: actualización y diseño de guías de atención materna (12 guías); elaboración de guía de manejo del curso de preparación para la maternidad y paternidad; elaboración de instrumento de evaluación del Control Prenatal de Profesionales de Enfermería; difusión de las guías de atención materna a 550 profesionales de la salud del D.C.; concertación de actividades académicas y de asesoría con las sociedades científicas y la academia.

Dificultades

- Una de las dificultades encontradas en los diversos procesos de evaluación de la calidad de los servicios es la alta rotación del talento humano, lo que dificulta la sensibilización y socialización de los hallazgos en la mortalidad materna, así como la actualización del conocimiento que afecta la calidad en la prestación de los servicios.
- Teniendo en cuenta los determinantes socioculturales y económicos que impactan en la mortalidad materna y la necesidad de acciones transectoriales, se convierte en una dificultad la debilidad de políticas públicas que generen e integren acciones más allá del sector salud.

8. Trabajan por la seguridad alimentaria de las gestantes y sus recién nacidos

“COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LA MUJER GESTANTE Y LACTANTE” - UN APORTE A LA SALUD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN. SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE LA ALCALDÍA DE MEDELLÍN



En Medellín, una iniciativa liderada por el sector público suministra a las gestantes de escasos recursos un complemento alimentario gratuito que proporciona el 60% de los requerimientos diarios de micronutrientes. Además, les enseña sobre los cuidados que deben tener con sus bebés.

Juan Carlos Silva sueña con ver a su hijo convertido en un deportista, un médico y no descarta que algún día pueda llegar a ser el Presidente de Colombia. Él es el padre de Juan Daniel Silva López, quien tiene un año y un mes de edad y es uno de los niños más sanos y mejor nutridos de Medellín.

“Mi bebé es una bendición. Está gordito y cachetón, y esto ha sido gracias a la buena alimentación. Reconozco que, a pesar de que no tenemos una buena situación económica, hay hombres que no tienen cómo alimentar bien a sus esposas, a veces con un embarazo de alto riesgo y sin duda mi bebé sería desnutrido o enfermo si su mamita no hubiera recibido una buena atención durante el embarazo”, cuenta Juan Carlos, mientras su esposa, Marcela López lacta a Juan Daniel.

En agosto de 2009, cuando asistían a los controles prenatales una de las médicas que hace parte de la Red de Metrosalud en la ca-

pital antioqueña se dio cuenta del bajo peso que tenía Marcela y la remitió al programa Complementación Alimentaria y Nutricional para la Mujer Gestante y Lactante, que pertenece a la estrategia Buen Comienzo “Había una vez”, liderada por la Alcaldía de Medellín. En aquella época, explica Juan Carlos, la escases de empleo no le permitía darle una buena nutrición a su esposa, sin embargo, con el ingreso al programa esa situación se pudo mitigar.

“Los beneficios del programa son absolutos. Cuando la situación económica no es buena, uno como padre no puede suministrarle a su familia una nutrición adecuada, es decir, como lo recomiendan: carne, pollo, pescado, frutas, etc. Desde que nos vinculamos a esa iniciativa, cada mes tenemos una reunión en la que se abarcan varios puntos, no solo el nutricional, sino también asesoría psicológica en salud, pedagogía, educación física, y esos encuentros son muy fructíferos porque se tratan temas diferentes y hay un seguimiento en cuestión de complemento alimentario”, explica Juan Carlos.

Durante el proceso de gestación, el problema de bajo peso de Marcela fue atendido a través del programa, entre otras cosas, mediante un complemento alimentario y nutricional gratuito que les entregan a las madres beneficiadas, que hacen parte de los niveles 1 y 2 del SISBEN. “Luego de recibir el complemento, mi esposa comenzó a aumentar de peso, se notaba revitalizada y eso benefició para que tuviéramos un niño muy sano y bien alimentado”, asegura el padre de Juan Daniel, quien está terminando la carrera de Ingeniería Industrial en la Universidad Nacional.

Por su parte, Marcela, de 20 años, reconoce que el programa les cambió la vida no solo por el apoyo nutricional que les brindó sino también por todo lo que les enseñan para prestarle la debida atención al bebé antes, durante y después del nacimiento. “Nos enseñan cómo alimentar al bebé y para ello utilizan un seno de trapo para simular la lactancia. Sin duda, yo les diría a todas las mamitas en esta situación que vayan al programa porque nos enseñan mucho”, dice Marcela.

El programa de Complementación Alimentaria y Nutricional para la Mujer Gestante y Lactante nació en Medellín en 2005 con el objetivo de brindar atención integral a gestantes y lactantes en condiciones de vulnerabilidad, con prioridad en los niveles 1 y 2 del SISBEN. Uno de los principales retos es contribuir a la salud materna desde la complementación alimentaria, valoración y seguimiento del estado nutricional y educación nutricional de las mamás.

“Al tener una mamá bien alimentada vamos a tener mayores probabilidades de tener un niño sano porque va a tener un mayor peso al momento de nacer, también en el programa hay un componente grande en educación y en lo que tiene que ver con lactancia materna hasta los seis meses”, explica Alba Luz Tamayo, coordinadora del programa y la profesional encargada de Complementación Alimentaria de la Secretaría de Bienestar Social de Medellín.

Según ella, el 82 por ciento de las lactantes atendidas logran una recuperación en su peso y la demanda de energía y nutrientes es mayor en la lactancia que en la gestación, “por eso estamos aportando en su seguridad alimentaria”. “El peso al nacer es otro de los propósitos y es que el niño cuando nazca tenga un peso superior a los 2500 gramos y esto se logra en el 87% de los niños hijos de las madres que pertenecen a la estrategia”, dice.

La experiencia en sí misma

Las mujeres gestantes pueden llegar a la estrategia por solicitud propia o porque son remitidas desde los centros de atención de Metrosalud. Se inicia el proceso con la verificación y cumplimiento de criterios de selección.

Con seguimiento mensual, se cubre desde el ingreso de la gestante al proyecto, continúa durante el período de gestación y seis meses de lactancia. Con las siguientes actividades:

- Educación nutricional: Para formar hábitos y costumbres saludables para la familia gestante y lactante. Con encuentros educativos de dos horas: una para el tema educativo, la otra para registro, medición antropométrica y entrega de complemento nutricional. Los grupos son entre 15 y 20 participantes, con una metodología participativa. Desde el momento del ingreso al proyecto, la gestante se integra mensualmente a la educación nutricional y el número de talleres recibidos depende de la fecha de ingreso.
 - Medición antropométrica mensual. Con el fin de obtener información sobre la situación alimentaria y nutricional y la incidencia de los programas de alimentación en la población participante. se verifican variables como:
 - Bajo peso gestacional por Índice de Masa Corporal (IMC) ajustada para la edad gestacional, según Atalah.
 - Pérdida de peso gestacional.
 - Para las gestantes adolescentes, se realiza toma de estatura mensual hasta los 18 años cumplidos.
 - Medición antropométrica a los niños y niñas en el momento del nacimiento.
- Esta información se registra y se informa a la madre sobre la ganancia de peso, con las recomendaciones pertinentes.
- Visitas de acompañamiento al hogar: las familias gestantes y lactantes reciben

acompañamiento de nutricionista dietista para orientarlas y verificar su adecuada utilización del complemento alimentario y nutricional, monitorear los resultados de la intervención realizada, reforzar educación y verificar escala de hambre en el caso de gestantes de los niveles más vulnerables del SISBEN.

- Complemento alimentario mujer gestante y lactante.
- Sistematización de la información: Se cuenta con base de datos mensuales de población atendida.



Logros

- Con el proyecto de complementación alimentaria se atienden las gestantes y lactantes más vulnerables que participan en dicha estrategia.
- Pasar de una oficina de complementación alimentaria a una Dirección Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional, lo que genera la posibilidad de fortalecer las acciones de complementación alimentaria y diseñar nuevas propuestas de intervención con un enfoque más integral.
- Indudablemente el aumento de la cobertura en la atención a gestantes y lactantes en el proyecto de complementación alimentaria y nutricional se convierte en uno de los aspectos más relevantes, lo que contribuye al cumplimiento del objetivo misional y la garantía de derechos a la población.
- En el último año, se ha logrado desde el proyecto desarrollado por la Dirección Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
 - Aumento en las coberturas de los programas de atención alimentaria y nutricional del municipio para las gestantes y lactantes.
 - Articulación de la complementación alimentaria y nutricional a nivel interinstitucional e intersectorial en el abordaje de la salud materna, lo que ha generado optimización de recursos financieros, logísticos, administrativos, de operación y talento humano.
 - Lactancia Materna: Un 36.3% de los niños y niñas de las madres participantes en la Estrategia "Había una vez", son lactados hasta el sexto mes.
 - Peso al nacer: El 87% de los niños y niñas hijos de las madres participantes en la estrategia "Había una vez", nacen con un peso superior a 2.500 gramos.

Dificultades

- En ocasiones la situación de orden público no permite que las mujeres puedan asistir a algunas actividades por las barreras invisibles y dificulta el desplazamiento a los sitios de atención.
- La población en situación de pobreza y desplazamiento es muy flotante, presentan una alta movilidad en la ciudad y la mayoría no reportan su nuevo lugar de residencia para derivar su atención, y dificulta también la convocatoria a procesos grupales.

Este informe se imprimió
en agosto de 2011. Para su
realización se utilizaron las
fuentes Adobe Garamond Pro,
Itc Stone Sans y Myriad Pro.

El ejercicio que durante el año 2010 ha realizado Así Vamos en Salud como observatorio de la sociedad civil nos permite formular tres grandes líneas de acción en torno al derecho a la salud, que deben comprometer tanto a los actores responsables del sistema de salud como a quienes con independencia ejercemos la labor de hacer seguimiento al sector:

La primera: insistir en los retos que enfrenta el sistema de salud que hemos registrado desde nuestro Reporte Anual 2009, por cuanto nuestro ejercicio como observatorio nos muestra que dichos retos siguen vigentes;

La segunda: avanzar para que en la agenda pública esté el reconocimiento del goce efectivo del derecho a la salud como hilo conductor y como condición para la toma de decisiones sobre las transformaciones estructurales que están a la orden del día frente a la salud;

La tercera: profundizar nuestra línea como observatorio –en conjunto con otros observatorios de la sociedad civil- en la construcción de información e indicadores que midan el goce efectivo del derecho a la salud.

Desde Así Vamos en Salud queremos invitar a toda la sociedad civil y a la ciudadanía, a avanzar en el análisis, discusión, enriquecimiento y desarrollo de estas tres grandes líneas de acción estratégicas, que con seguridad, podemos compartir como elementos básicos del compromiso de todos en torno a la salud de nuestra sociedad.

www.asivamosensalud.org