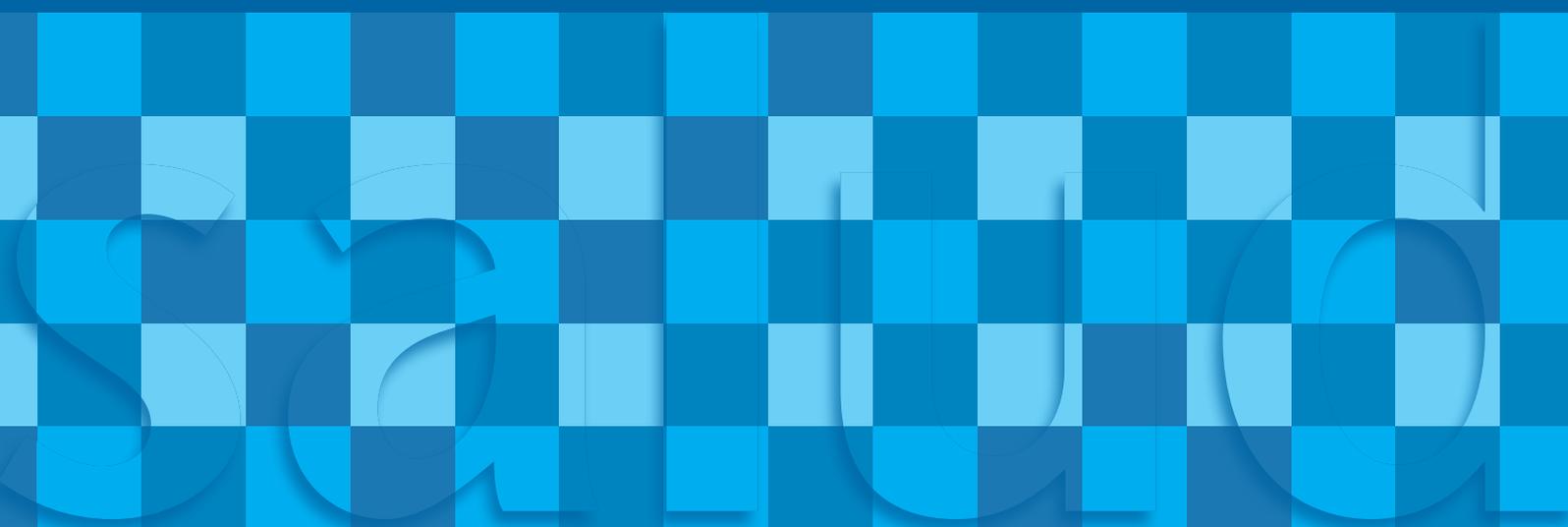


SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

así vamos en salud

Informe Anual 2015

Descentralización en salud: Cómo replantearla.



SOCIOS

EPS Sura
Fundación Antonio Restrepo Barco
Fundación Bolívar Davivienda
Fundación Corona
Fundación Saldarriaga Concha
Fundación Santa Fe de Bogotá
Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt
Profamilia
Roche
Universidad de Antioquia
Universidad del Bosque

Informe anual 2015

Documento Elaborado por:

Bibiana Pineda Restrepo
Coordinadora Gestión de Información Observatorio Así Vamos en Salud

Luis Carlos Cote Rojas
Coordinador de Políticas Públicas Observatorio Así Vamos en Salud

Sergio Cardozo

Natalia Butron

Laura Morales

Sofia Narvaez

Pasantes X semestre de Medicina (II semestre de 2015) Universidad del Rosario

Revisión de Estilo:

María Fernanda Avellaneda Choachi
Coordinadora de Comunicaciones Observatorio Así Vamos en Salud

Diseño y Diagramación:

Daniel Alberto Fajardo B.

OBSERVATORIO ASÍ VAMOS EN SALUD

COMITÉ DIRECTIVO

Gabriel Mesa N.
Gerente General-EPS Sura

Oscar Echeverri C.
Presidente Junta Directiva- Fundación Antonio Restrepo Barco

Fernando Cortés M.
Director Ejecutivo - Fundación Bolívar Davivienda

Angela Escallón E.
Directora Ejecutiva - Fundación Corona

Soraya Montoya G.
Directora Ejecutiva - Fundación Saldarriaga Concha

Juan Pablo Uribe R.
Director General - Fundación Santa Fe de Bogotá

José Ignacio Zapata S.
Director General-Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt

Marta Royo R.
Directora Ejecutiva-Profamilia

José Luis Méndez H.
Gerente de Asuntos Corporativos y Comunicaciones-Roche

María Patricia Arbeláez M.
Decana Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia
(hasta abril de 2015).

Álvaro Olaya P.
Decano (E) Facultad Nacional de Salud Pública-Universidad de Antioquia
(desde mayo hasta octubre de 2015).

Álvaro Franco G.
Decano Facultad Nacional de Salud Pública-Universidad de Antioquia
(desde noviembre de 2015).

Hugo Cárdenas L.
Decano Facultad de Medicina-Universidad El Bosque

EQUIPO DE TRABAJO

Augusto Galán Sarmiento.
Director

Bibiana Pineda Restrepo.
Coordinadora Gestión de Información

Luis Carlos Cote Rojas.
Coordinador de Políticas Públicas

María Fernanda Avellaneda Choachi.
Coordinadora de Comunicaciones

Ingrid Rivera Rubio.
Asistente Administrativa

COMITÉ TÉCNICO

Julio Carlos Vergara V.
Director Social-Fundación Antonio Restrepo Barco

Alberto Amaya P.
Gerente Nacional de Salud Seguros Bolívar - Fundación Bolívar Davivienda

Camila Ronderos B.
Gerente de Proyectos - Fundación Corona

Lina María González B.
Líder de Vida Saludable - Fundación Saldarriaga Concha

Darío Londoño T.
Director Eje de Salud Pública-Fundación Santa Fe de Bogotá

Martha Oyuela M.
Directora de Desarrollo Institucional-Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt

Juan Gonzalo López C.
Gerente Salud-Profamilia

Janeth Duque P.
Gerente de Proyectos Estratégicos-Roche

Román Restrepo V.
Docente Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia

Luis Alejandro Gómez B.
Director Maestría Salud Pública-Universidad El Bosque

Universidad del Rosario Pasantes décimo semestre de Medicina

(I semestre de 2015)

Paula Gonzalez

Maria Camila Gonzalez

Diana Diaz

Cindy Granados

II semestre de 2015

Sergio Cardozo

Natalia Butron

Laura Morales

Sofía Narvaez

Contenido

	Página
Presentación	
<i>Así Vamos en Salud</i> presenta su Informe Anual 2015.....	7
Capítulo 1	
Corte de cuentas a la descentralización en salud.....	9
Capítulo 2	
Indicadores de seguimiento al sector salud por regiones.....	19
Capítulo 3	
Foro Anual	
<i>Así Vamos en Salud</i> 2015	
"Descentralización en salud: cómo replantearla"	123

Así Vamos en Salud presenta su Informe Anual 2015

DESDE EL AÑO 2002, EL OBSERVATORIO ASÍ VAMOS EN SALUD ha mantenido su propósito fundamental de contribuir al mejoramiento de la salud de los colombianos, así como al ejercicio efectivo de los derechos y deberes en materia de salud por parte de la ciudadanía, mediante el mejoramiento de la información disponible a partir de la evaluación objetiva, la difusión de resultados y el monitoreo y análisis de las políticas de salud en Colombia.

Parte de ese trabajo realizado por el Observatorio se consolida año tras año en la colección ‘Tendencias de la Salud en Colombia’, publicación que se encuentra disponible a partir del año 2007, en lo que se constituye en un producto del seguimiento y evaluación sistemática de aspectos relevantes del sistema de salud.

En esta ocasión, el Observatorio presenta un análisis sobre el proceso de descentralización en salud, sus avances y dificultades en la implementación, así como una serie de recomendaciones como resultado del debate con actores relevantes del sector.

En tal sentido, el presente informe recoge el análisis a este proceso a partir del estudio de política pública contenido en el primer capítulo. El segundo capítulo expone la evaluación objetiva a partir de la evaluación de indicadores trazadores del estado de salud de la población, del acceso a servicios de salud y del aseguramiento de la población desde un enfoque territorial. Por último, en el tercer capítulo, se presentan los resultados del Foro Anual, del cual surgen una serie de recomendaciones producto de la revisión con expertos convocados para tal fin.

Esperamos que este informe aporte a la reflexión sobre la descentralización en salud, siendo este un aspecto importante a tener en cuenta dentro del proceso de implementación del actual Modelo Integral de Atención en Salud y del Plan Decenal de Salud Pública, que si bien son políticas del orden nacional, su consolidación depende de las capacidades institucionales y territoriales existentes a nivel local.

A partir de estas intervenciones, y a manera de conclusiones generales del foro, puede señalarse que aunque se reconocen avances en las distintas regiones frente a la implementación de modelos basados en APS, existen problemas comunes como son la necesidad de capacitar el talento humano para este modelo, no solo en el campo médico; trabajar de manera conjunta entre diferentes sectores y lograr la articulación del modelo APS con el modelo de aseguramiento actual, siendo este uno de los grandes retos.



Augusto Galán Sarmiento
Director Observatorio Así Vamos en Salud

1



Corte de cuentas a
la descentralización
en salud

En dos años, Colombia cumple tres décadas de operar con la política de descentralización a partir de la cual se transfirieron competencias, recursos y autoridad política a las entidades territoriales para que cumplieran un relevante rol en la provisión de servicios básicos a la población, y de esa manera ayudaran a disminuir la pobreza. Los 13 millones de colombianos en situación de pobreza y las grandes disparidades entre regiones muestran que no ha sido efectiva. ¿Qué ha pasado en el caso del sector salud? Informe del Observatorio Así Vamos en Salud.

LA DESCENTRALIZACIÓN SEGÚN BORJA (1984) “ES EL PROCESO MEDIANTE EL CUAL SE busca transferir poder político, responsabilidades, recursos fiscales y toma de decisiones desde el gobierno central a los gobiernos locales y regionales, con el fin de democratizar el Estado a partir de la ampliación del campo de derechos y libertades, la incorporación progresiva de los sectores excluidos de las instancias representativas y, mayor control y participación populares en las actuaciones públicas” (1).

En tal sentido, tal y como lo señalan Ramírez, Díaz y Bedoya (2014), Colombia, desde hace casi tres décadas, cuenta con un modelo de descentralización, donde se transfirieron responsabilidades hacia los municipios para atender las demandas en servicios sociales específicos como salud, educación y agua potable de sus ciudadanos, bajo la premisa de que la descentralización permite revelar de una mejor forma las preferencias locales, hace posible una mejor provisión de servicios sociales y de bienes básicos de acuerdo a las condiciones y necesidades de las poblaciones locales, y pone a los ciudadanos en relación directa con los niveles de gobierno de cuya elección participaron y sobre los cuales puede ejercer un control social más cercano(2).

En el caso de la descentralización en salud, en este informe especial de Así Vamos en Salud se busca hacer un balance a este modelo y llamar la atención a la ciudadanía en general, y en particular al Gobierno frente al logro de los propósitos de la descentralización en términos de alcanzar la equidad social, lo cual se obtiene, según la política, cuando la provisión de los servicios sociales está a cargo de las autoridades locales.

En términos generales, aunque las coberturas en las distintas áreas han aumentado a lo largo de los años, el resultado ha sido desigual en todos los municipios y departamentos del país, esto sin contar las brechas en calidad que aún hace falta subsanar, lo que se puede evidenciar en el capítulo de indicadores por regiones.

¿Cómo se llegó a la descentralización?

LAS POLÍTICAS DE DESCENTRALIZACIÓN COMENZARON A DARSE EN LA DÉCADA DE LOS 80, con mayor auge en los 90, debido a la ola de reformas políticas y económicas en América Latina orientadas a aumentar la participación ciudadana y mejorar la eficiencia, la competitividad y la modernización del Estado. De esta forma se buscaba “responder a necesidades de gobernabilidad y exigencias (nacionales e internacionales) en términos de inclusión y modernización”, tal y como lo señala el documento *Descentralización en Colombia: aportes desde la sociedad civil* (2013) (3).

La descentralización se vio entonces como un factor clave para generar cercanía con el ciudadano y lograr gobernabilidad. El principio era que el Estado a través de los gobiernos locales podría responder “oportunamente a las necesidades y demandas de los ciudadanos, yendo desde los servicios públicos básicos hasta la generación de procesos de reconciliación en el posconflicto”, como indica el documento (3).

Asuntos que se vienen tratando en el país, según el estudio en mención, desde los enfrentamientos entre las provincias de la Nueva Granada y Santa Fe, pues desde esa época la discusión en el país “persiste en términos de cómo generar desarrollo en las regiones luego de décadas de conflicto armado, cómo resolver la presencia inconsistente del Estado en el territorio, cómo distribuir adecuadamente los recursos derivados de las regalías y cómo superar la evidente desconexión entre el centro político del país y sus regiones” (3).

En ese sentido, para el sector que nos ocupa, a finales del siglo pasado el Gobierno sancionó el Decreto 77 de 1987 que dio paso a la descentralización de la salud al entregar a los municipios la competencia para construir, dotar y mantener puestos, centros de salud y hospitales locales (ver [Línea de Tiempo Descentralización](#)). Tres años después, “la Ley 10 de 1990 estableció la forma de llevar a cabo el proceso de descentralización en el sector salud. Se ocupó únicamente de los hospitales públicos, sin incluir entidades de seguridad social como el ISS y Cajanal. Transfirió a las entidades territoriales la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud”, según Guerrero, Prada, Chernichovsky y Urriago (2013) (4).

La Constitución Política de 1991 dio un aval a este enfoque descentralista al señalar recursos de transferencia desde el presupuesto nacional para los municipios y departamentos (Art. 356 y 357). A mediados de 1993, con la aprobación de la Ley 60 por parte del Congreso, esto se desarrolló. La norma fijó nuevas reglas para la descentralización en educación, salud y saneamiento. Seis meses después, con la Ley 100, se originó un cambio sustancial a la institucional del sistema de salud, que tenía inmersa la perspectiva de la descentralización. “Hubo una segunda descentralización que podemos llamar corporativa y que transfirió funciones previamente estatizadas a entidades privadas en su mayoría. A las Empresas Promotoras de Salud (EPS) les traslado la asunción del riesgo financiero y la organización de redes de servicios, y a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) la provisión de servicios de salud”, señalan los autores referenciados (4).

LAS CINCO NORMAS QUE DIERON VIDA A LA DESCENTRALIZACIÓN

HACE CASI 30 AÑOS COLOMBIA COMENZÓ CON EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE SU SISTEMA DE SALUD. DECRETOS Y LEYES LE DIERON VIDA.

1987

DECRETO 77 dio paso a la descentralización de la salud en Colombia al entregar a los municipios la competencia para construir, dotar y mantener puestos, centros de salud y hospitales locales.

LEY 10 estableció la forma de llevar a cabo el proceso de descentralización en el sector salud. En ese sentido, asignó las competencias de funcionamiento del primer nivel de atención a los municipios, las de segundo y tercer nivel, a los departamentos.

1990

1993

LEY 60 fijó nuevas reglas para la descentralización en educación, salud y saneamiento al desarrollar lo contemplado en los artículos 356 y 357 de la Constitución Nacional, que señalan recursos de transferencia desde el presupuesto nacional a los municipios y departamentos.

LEY 100 hizo un cambio de fondo en el diseño institucional del sistema de salud. Para algunos estudiosos fue una segunda descentralización que denominan corporativa al transferir funciones del Estado a entidades privadas. Por ejemplo a las EPS les transfirió el riesgo financiero y la organización de redes de servicios, y a las IPS la provisión de servicios de salud.

LEY 75 rediseñó la descentralización territorial en el marco de la Ley 100 y fijó responsabilidades para las entidades territoriales únicamente en relación con el régimen Subsidiado. En el régimen Contributivo solo hubo descentralización corporativa. En su regulación y operación solo tiene injerencia el gobierno nacional. En el subsidiado, en cambio, las entidades territoriales juegan un papel central.

2001

FUENTES

- Guerrero, R.; Prada, S. Chernichovsky D. y Urrego D (2013). La doble descentralización en el sector salud: Evaluación y alternativas de política pública. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA, Universidad Icesi. (Documento Borrador)
- Jaramillo I. (2001) Evaluación de la descentralización municipal en Colombia Evaluación de la descentralización en salud en Colombia. Documento elaborado por la Dirección de Desarrollo Territorial del DNP.

SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA
así vamos en salud

Los autores recalcan que las reformas coincidieron en el tiempo, y por tanto no pudieron diseñarse en función unas de otras. No ocurrió lo mismo con la Ley 715 de 2001 que, en su concepto, “rediseñó la descentralización territorial en presencia de la Ley 100, y fijó responsabilidades para las entidades territoriales únicamente en relación con el régimen subsidiado (RS). En el régimen contributivo (RC) solo hubo descentralización corporativa. En su regulación y operación solo tiene injerencia el gobierno nacional. En el subsidiado, en cambio, las entidades territoriales juegan un papel central, y la descentralización territorial se sobrepuso a la corporativa” (4).

Esto se debe a que la prestación de servicios del primer nivel siguió siendo responsabilidad de los municipios certificados, y los del segundo y tercer nivel, más el primer nivel de los municipios no certificados, era responsabilidad del departamento.

La Ley 715 pasó a la historia porque creó el Sistema General de Participaciones (SGP) para mejorar la eficacia y eficiencia del gasto de las entidades territoriales. Su esencia fue dar participaciones sectoriales en educación y salud, reforma que fue complementada mediante el Acto Legislativo No 4 de 2007, por el cual se constituyó la participación para agua potable y saneamiento básico.

Según el documento *Descentralización en Colombia: aportes desde la sociedad civil* (2013), una especie de contrarreforma a la descentralización se dio hace tres años, cuando se sancionó la Ley 1530 de 2012, que creó el Sistema General de Regalías (SGR), con el argumento de redireccionar el destino de los recursos del sector minero y petrolero del país, se centralizaron dichos recursos para monitorearlos más de cerca. El propósito era repartir de manera más equilibrada la bonanza de 2002-2012 para que no solo privilegiara a las zonas productoras sino que atendiera las necesidades básicas insatisfechas de otras regiones. “Esto no estuvo acompañado de modificaciones necesarias, se mantuvo la infraestructura insuficiente, las fallas técnicas de los funcionarios locales, la corrupción y la falta de capacidad institucional para administrar eficientemente dichos recursos” (3).

Esta ley creó también el Fondo de Ahorro y Estabilización (FAE) que recibe dineros de hasta un 30% del SGR para hacer frente a los cambios negativos de producción y precio del petróleo y los productos mineros. A septiembre de 2014, el FAE contaba con un saldo acumulado de más de 2.315 millones de dólares (4 billones de pesos), que se mantuvieron guardados en fondos extranjeros mientras en las regiones había urgencias que requerían el uso de esos dineros, como por ejemplo, los problemas de agua en Magdalena y Casanare y la mortalidad infantil en La Guajira, como indica el mencionado texto (3).

El supuesto no se logró

PARA CONSEGUIR LAS PROMESAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN, COMO LO SEÑALAN los diversos estudios consultados por Así Vamos en Salud, se requiere de una estructura básica institucional

y de un conocimiento técnico administrativo de quienes deben aplicar sus principios, algo de lo que carecían y carecen la mayoría de municipios y departamentos.

El paso de los años mostró que la política de descentralización tuvo varios obstáculos relacionados con lo descrito: falta de capacidades para el manejo de recursos por parte de alcaldes, gobernadores, concejales, diputados, personeros y miembros de las Juntas Administradoras Locales (JAL); limitación de incentivos a la competencia sana entre los entes territoriales; ausencia de un acompañamiento integral y permanente, y falta de reconocimiento a la buena gestión y de reglas claras de juego.

A su vez, Sánchez (2001) señala que “muchas entidades territoriales no tenían (ni tienen) la capacidad institucional para las tareas otorgadas dentro del marco de la descentralización. En adición, la falta de control y coordinación con la administración central junto con un marco político que crea incentivos al gasto público, facilitaron y promovieron el endeudamiento de las entidades territoriales, que algunas veces ha sobrepasado niveles sostenibles y que ha generado la inviabilidad financiera de varias entidades territoriales. Los resultados de este proceso fueron el incremento acelerado tanto de los gastos de funcionamiento como de la inversión, apalancado con endeudamiento, la mayor dependencia de las transferencias del nivel nacional a pesar del incremento en los recaudos tributarios de los municipios; los de los departamentos, por su parte, han experimentado un serio retroceso en materia de recaudos” (5).

Respecto a la descentralización en salud, Guerrero, Prada y Chernichovsky hacen una lista de razones por las cuales no se logró consolidar el modelo inicialmente planteado (4):

- ❖ Se delegaron funciones sin consultar la capacidad de quienes las deben ejercer.
- ❖ La ley es muy general y trata en muchas ocasiones a municipios pequeños y grandes como si fueran iguales.
- ❖ Se delegó la prestación pública de manera fragmentada entre municipios y departamentos (niveles 1 y 2, 3).
- ❖ El aseguramiento, función crítica en el sistema, se delegó a EPS de naturaleza y calidad heterogéneas. La delegación del aseguramiento va encadenada con la de la prestación, puesto que son las EPS las que escogen a los prestadores de sus redes.
- ❖ Las entidades territoriales no tienen ningún rol en la habilitación de EPS, ni en la escogencia de las mismas (el usuario elige).
- ❖ Originalmente los destinatarios de las transferencias eran las entidades territoriales (recibían plata a cambio de prestar un servicio). Luego el aseguramiento/prestación se pasó al sector corporativo (EPS). Para financiar el régimen subsidiado, usaron las transferencias. La Entidad Territorial quedó casi de mensajero (recibe un cheque y se lo endosa a laEPS).
- ❖ Se dio un atasco considerable de recursos, en parte por problemas operativos: bases de datos incompletas, sistemas de información frágiles, precariedad de procesos de autorizaciones, facturación etc. También por problemas jurídicos, en particular entre Fosyga y EPS del régimen contributivo por prestaciones no POS que se glosan.
- ❖ Hay traslapes y duplicidades en ciertas tareas.

- Existen funciones que podrían no ser compatibles entre sí, en una misma entidad.
- Hay una escala o un número mínimo de usuarios, a partir del cual se vuelve inviables el aseguramiento y la prestación. En zonas de baja población difícilmente caben múltiples aseguradores o prestadores.
- La Superintendencia de Salud, que es el gran supervisor nacional, no tiene presencia por fuera de Bogotá.
- Las Secretarías Departamentales también tienen funciones de inspección, vigilancia y control, pero difícilmente las pueden ejercer con las EPS que son el principal cliente de sus hospitales.

Los indicadores lo demuestran

SEGÚN EL DOCUMENTO *Descentralización en Colombia: aportes desde la sociedad civil* (2013), el Banco Mundial tiene evidencia de que el proceso de descentralización “ha funcionado en muchos municipios, mejorando calidad de servicios y aumentando su capacidad administrativa”, lo que significa que la descentralización sí es posible (3).

Sin embargo, el impacto importante que debería haber tenido la gestión de las entidades territoriales en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, mediante su acceso a la educación básica y media, a los servicios de salud preventiva y curativa, y al acueducto y alcantarillado, como eran los principios de la política, no se lograron a cabalidad. “En forma complementaria, se esperaba un efecto significativo en otras dimensiones de la calidad de vida, como la alimentación y nutrición, las condiciones de la vivienda, el acceso a bienes y servicios culturales, deportivos y de recreación”, señala Maldonado (2010) (6).

Si la descentralización territorial debería haber tenido “resultados en cuanto a la reducción de la pobreza por acceso a bienes y servicios”, como señala el autor, hoy la situación de Colombia sería otra (6). La pobreza en el país, según el DANE (2014), afecta a 13 millones de colombianos que están en condición de pobreza, de ellos 4,5 millones viven en condiciones de miseria. La tasa de mortalidad infantil tiene un promedio nacional reducido en 17,47 fallecimientos por cada mil nacidos vivos en relación con el año 2000, cuando se trazaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), pero hay grandes disparidades entre regiones: en el Chocó la tasa es de 42 (mucho más del doble) y en el Amazonas, de 38. Según el PNUD, solo el 54% de las zonas rurales del país tienen acueducto y un poco más del 15 por ciento, alcantarillado (7).

Un dato más. Como lo señala el Informe de Calidad de Vida de la Red de Ciudades Cómo Vamos (2015) con información de 2011-2013, los ingresos corrientes de libre destinación (ICLD) corresponden principalmente a recursos generados a partir de impuestos locales. En el año 2013, el sector salud participó en menos del 10% del total de los ICLD de cada ciudad, e incluso menos del 1% en ciudades como Cartagena y Valledupar (8).

“Por otra parte, de un total de 12 sectores de inversión que reportan las administraciones municipales a la Contaduría General de la Nación, solo en Barranquilla, Bogotá y Yumbo, la

salud está entre los 5 sectores con mayor participación dentro del total de los ICLD. Dada la naturaleza de estos recursos, estas cifras son un indicativo, sobre la importancia asignada al sector dentro de las agendas de los gobiernos municipales”, señala el informe (8).

“La descentralización de Colombia fue concebida para mejorar el acceso de la población a los servicios sociales, reducir la pobreza y proveer bienestar en todo el territorio. Sin embargo, después de más de 20 años de su puesta en práctica, una gran brecha entre municipios todavía permanece”, agrega Ramírez, Díaz y Bedoya (2014) (2).

Retos y recomendaciones

LOS SIGUIENTES SON ALGUNOS DE LOS RETOS Y DESAFÍOS QUE, en términos generales, el país debe afrontar para llevar a cabo el proceso de descentralización en las regiones, según lo planteado por el documento *Descentralización en Colombia: aportes desde la sociedad civil* (2013), de Konrad Adenauer Stiftung, Instituto de Ciencia Política Hernán Olózaga y Observatorio Legislativo (3):

- ❖ Fortalecer las capacidades institucionales necesarias para construir relaciones de confianza y de largo plazo con la población.
- ❖ Generar instancias adecuadas de coordinación interinstitucional en los entes territoriales, principalmente donde existen tendencias a la centralización de poder en el nivel central. Esto requiere una armonización entre las necesidades de gobernabilidad y visibilidad política del gobierno central y los intereses regionales concretos.
- ❖ Brindar asistencia técnica flexible y oportuna a los departamentos y municipios para subsanar sus deficiencias en términos de recurso humano, infraestructura y diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas. Debe ser de acuerdo con las especificidades de las regiones.
- ❖ Gestionar y asignar recursos según responsabilidades, de esa manera los departamentos y municipios pueden atender las nuevas competencias.
- ❖ Fortalecer el papel del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP) para que trasladen a municipios y departamentos (eventualmente a comunidades étnicas) el conocimiento que tienen en gestión pública.
- ❖ Adaptarse (instituciones nacionales y gobiernos local y regional) a las especificidades del territorio y ser flexibles para responder de manera completa y oportuna a las demandas y necesidades de los ciudadanos.
- ❖ Fortalecer el papel de los departamentos y su reglamentación. Existe un marcado énfasis municipal, como lo muestra la Ley 1551 de 2012, que estableció el régimen municipal. Los departamentos pueden tener un nivel intermedio fuerte que canalice demandas, coordine política pública y gestione soluciones.
- ❖ Crear incentivos directos y visibles para las autoridades locales, lo cual significa premiar alcaldes y gobernadores, y dar a conocer sus buenas prácticas.

- Combatir la corrupción en todos los niveles para lo cual se requieren herramientas de monitoreo y evaluación.
- Empoderar al ciudadano para que sea más participativo. Para ello se requiere posibilitar el acceso oportuno y completo a la información, y generar procesos de pedagogía normativa.
- Involucrar a los entes de control y a las organizaciones de la sociedad civil para que sean entes de rendición de cuentas.
- Revisar experiencias internacionales como son la alemana, mexicana y española.

Particularmente frente al proceso de descentralización en salud, por su parte, Guerrero, Prada, Chernichovsky y Urriego recomiendan (4):

- Decidir si la Superintendencia de Salud abre sedes fuera de Bogotá o se apoya en entidades del orden departamental, de manera articulada, para ejercer la vigilancia. En esta decisión habría que asegurar la capacidad institucional. Si algunos entes de orden departamental no tienen la capacidad suficiente podrían crearse, para efectos de la vigilancia, jurisdicciones que abarquen más de un departamento.
- Incluir unos canales claros y bien regulados para la recepción y respuesta de quejas en el sistema de vigilancia y control. Los municipios podrían convertirse en voceros y orientadores de los usuarios, ayudarlos a canalizar las quejas y navegar por el sistema.
- Delegar, en primera instancia, en los departamentos, y solo en tareas específicas que lo ameriten, en algunos o todos los municipios la regulación.
- Centralizar el diseño y operación en red del proceso de afiliación, y habilitar operadores idóneos con funciones muy puntuales (por ejemplo, introducir novedades de afiliación al sistema de información).
- Reducir el número de aseguradores o prestadores de cada nivel. En la categoría de municipios más pequeños solo debería operar una EPS. Esta podría asumir el control de los centros de atención primaria (generalmente públicos), o bien interactuar con ellos mediante contratos o esquemas de concesión. Referiría los casos más complejos a prestadores de su red en otros municipios cercanos.
- Reasignar funciones a las entidades territoriales. Por ejemplo, entidades del orden municipal y departamental podrían participar en la prestación, siempre que no represente una situación de conflicto o contradicción (que no sea asegurador al mismo tiempo).

Finalmente, como señalan Ramírez, Díaz y Bedoya (2014), la geografía es una variable a tener en cuenta, puesto que está relacionada con los resultados diferenciales frente a la disminución de la pobreza; dado que los municipios que tienen características como: a) altos niveles de ruralidad (entendida como baja densidad demográfica y/o mayores distancias a los centros poblados), b) baja tasa de urbanización, y c) no hacen parte del Sistema de Ciudades Colombiano, presentan mayores incidencias de pobreza multidimensional (2). Lo anterior implica que en términos de política pública, el diseño además de lo anteriormente expuesto, debe contemplar políticas diferenciadas a nivel territorial, así como diseños de descentralización que tomen en cuenta la heterogeneidad de las regiones y municipios, incorporando el componente geográfico desde un enfoque territorial.

Referencias Bibliográficas:

1. Borja, J. (1984). *Descentralización: una cuestión de método*. *Revista Mexicana de Sociología* Vol. 46 No. 4, 5-33.
2. Ramírez, J., Díaz, Y., y Bedoya, J. (2014). Decentralization in Colombia: Searching for Social Equity in a Bumpy Economic Geography. Fedesarrollo.
3. *Descentralización en Colombia: aportes desde la sociedad civil* (2013), de Konrad Adenauer Stiftung, Instituto de Ciencia Política Hernán Olózaga y Observatorio Legislativo.
4. Guerrero, R.; Prada, S.Chernichovsky D. y Urrego D. (2013). *La doble descentralización en el sector salud: Evaluación y alternativas de política pública*. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – PROESA, Universidad Icesi. (Documento Borrador).
5. Sánchez, F. (2001). *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia Descentralización y macroeconomía*. Documento elaborado por la Dirección de Desarrollo Territorial del DNP.
6. Maldonado, A. (201). *Descentralización territorial en Colombia: situación y perspectivas de política*. Fescol.
7. El Tiempo (2015), *La salud aporta un balance agridulce*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/multimedia/especiales/objetivos-del-milenio-la-salud-aporta-un-balance-agridulce/15768642>.
8. Informe de Calidad de Vida-Comparado de 14 ciudades de Colombia (2015). la Red de Ciudades Cómo Vamos.
9. Jaramillo, I. (2001). *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia Evaluación de la descentralización en salud en Colombia*. Documento elaborado por la Dirección de Desarrollo Territorial del DNP.

2



Indicadores de seguimiento al sector salud por regiones

EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE PRESENTA UN ANÁLISIS DESAGREGADO por regiones de algunos indicadores, con el fin de evidenciar las diferencias y rezagos existentes en los resultados en salud entre éstas, los cuales obedecen no solo a la dimensión de prestación de servicios de salud; son a su vez la expresión de las condiciones sociales, económicas, ambientales, entre otros, que inciden en los desenlaces en salud de la población. Este informe constituye una línea de base a partir de la cual el Observatorio Así Vamos en Salud llevará a cabo el seguimiento a la reducción de desigualdades en salud presente entre las diferentes regiones del país.

Para este ejercicio, el Observatorio Así Vamos en Salud tomó como referente regional, el planteado por el Departamento Nacional de Planeación para el actual *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 ‘Todos por un Nuevo País’* (1). Según lo establece este documento, además del reconocimiento de los departamentos como unidad de análisis, se avanza en la identificación concreta de las características diferenciadoras de estas regiones que integran, las cuales fueron definidas a partir de [...] “*diagnósticos precisos sobre las disparidades y las potencialidades regionales y, de otro lado, en la materialización explícita de tales diagnósticos en la formulación y priorización de lineamientos de política, cursos de acción e inversiones específicas con metas cuantificables*” [...] (1).

Las regiones definidas en el plan de desarrollo son seis: la Región Caribe conformada por los departamentos de Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, Guajira, Magdalena, San Andrés y Providencia, y Sucre; la Región Pacífico conformada por los departamentos de Chocó, Cauca, Valle y Nariño; la Región Centro-Oriente conformada por los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Santander y Norte de Santander; la Región Centro-Sur-Amazonia conformada por los departamentos de Tolima, Huila, Caquetá, Putumayo y Amazonas; la Región Llanos conformada por los departamentos de Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Meta, Vaupés y Vichada; y la Región de Eje Cafetero y Antioquia conformada por los departamentos de Risaralda, Caldas, Quindío y Antioquia.

Cabe aclarar que aunque dentro del Plan Nacional de Desarrollo no se incluye a Bogotá, D.C. dentro de ninguna región, para efectos del presente análisis hecho por Así Vamos en Salud, se incorpora a la Región Centro-Oriente.

MAPA 1:

REGIONES DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2014-2018.



Fuente: Documento 'Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018'. Departamento Nacional de Planeación, 2014.

Metodología

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE INDICADORES CON DESAGREGACIÓN regional y departamental a partir de fuentes de información oficiales y secundarias para los últimos cinco años, teniendo en cuenta la última información oficial disponible (año 2013). Los datos fueron obtenidos a partir de tres fuentes principales: Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Base Única de Afiliados (BDUA) del Ministerio de Salud y Protección Social, y Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), estas dos últimas consultadas en la bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Toda la información fue procesada y analizada en Excel®.

Se seleccionaron 8 indicadores para el análisis desagregado por regiones:

1. Tasa de Mortalidad Infantil (2013)
2. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (2013)
3. Razón de Mortalidad Materna (2013)
4. Fecundidad en Adolescentes (2013)
5. Prevalencia de Bajo Peso al Nacer (2013)
6. Cobertura de Aseguramiento en Salud (2014)
7. Cobertura en Vacunación Tripe Viral (2014)
8. Cobertura de Vacunación con DPT, esquema completo (2014)

Para todos los indicadores se presenta la serie nacional a partir de 1998, además del comparativo del comportamiento del indicador entre regiones para el año 2013.

Para los indicadores de estado de salud como son tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de 5 años, razón de mortalidad materna, fecundidad en adolescentes, prevalencia de bajo peso al nacer, se presenta un comparativo del comportamiento del indicador entre los departamentos que conforman cada región a partir del análisis de la variación porcentual durante el período 2009-2013, a partir de la semaforización de los cambios presentados.

Dicha semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que mostraron disminución en el comportamiento de cada indicador, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en el comportamiento de cada indicador durante los dos años del período analizado, siendo una adaptación de la metodología utilizada por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. (2).

Para este mismo grupo de indicadores también se realiza el cálculo de las diferencias relativas o cociente de tasas, razones o prevalencias (Razón de tasas), siendo esta una expresión de desigualdad en términos relativos, que existe entre dos grupos. Es el producto del cociente, razón

o fracción entre dos números. Se obtienen de la división de los valores que toman los indicadores (tasa, razón o proporción) de determinado evento de salud en dos grupos poblacionales extremos, de acuerdo a la definición propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (3). En este caso se toma el cociente entre las tasas departamentales, las tasas regionales y la tasa nacional, siendo esta última el denominador. Este análisis se realiza para el año 2013.

Para el análisis de la cobertura de aseguramiento se muestra un análisis comparativo entre el porcentaje de cobertura de afiliación a cada uno de los regímenes (contributivo, subsidiado y de excepción) y el porcentaje de población no afiliada para el año 2014. Este comparativo se presenta para los departamentos que conforman cada región.

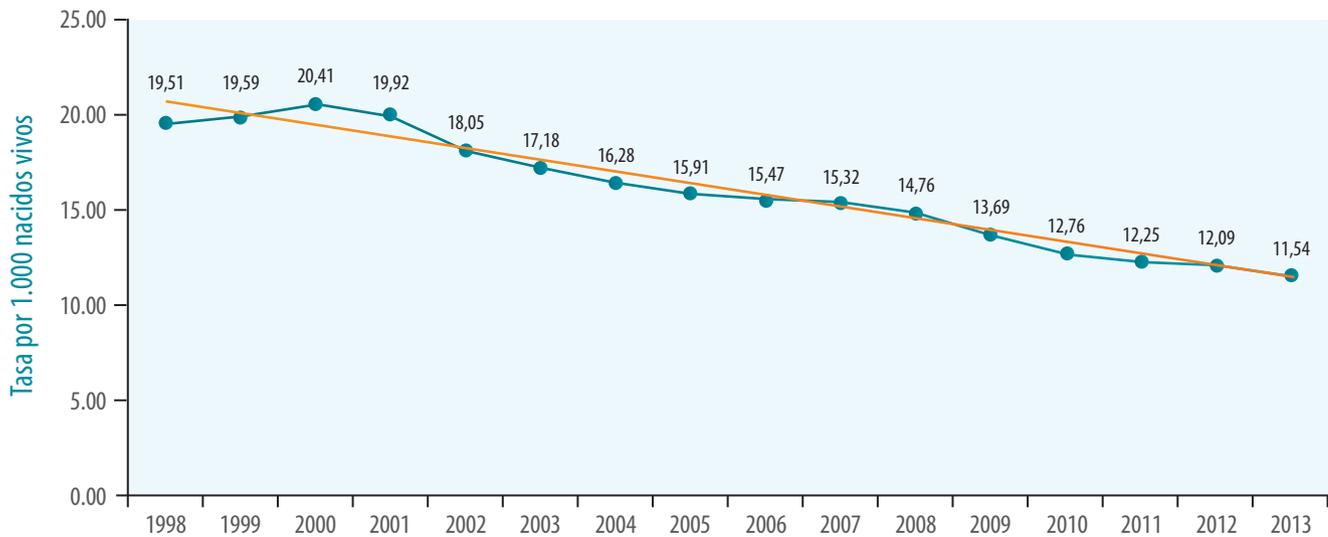
Para finalizar se presenta el análisis comparativo del porcentaje de coberturas de vacunación para DPT y Triple Viral entre los departamentos de cada región a partir de la semaforización de coberturas de vacunación establecida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Mortalidad infantil

SE DEFINE COMO EL NÚMERO DE DEFUNCIONES DE NIÑOS MENORES de un año por cada 1.000 nacidos vivos para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. En el país, este indicador ha mostrado una tendencia al descenso desde 1998, pasando de 19,51 muertes por 1.000 nacidos vivos a 11,54 muertes por 1.000 nacidos vivos en el 2013, lo cual se traduce en una disminución de 8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Disminución que busca cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que es reducir dos terceras partes la tasa de mortalidad infantil desde el año 1990 hasta el 2015. La meta para el 2015 es de 16,68 muertes por 1.000 nacidos vivos, alcanzando esta meta a partir del año 2005 (Ver Gráfica 1).

GRÁFICA 1

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS, COLOMBIA 1998- 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

La marcada disminución que se ha visto a lo largo de los años en el país, corresponde al diseño de políticas públicas en salud enfocadas a mejorar la salud de los niños, como son los Programas de Atención a la Enfermedad Diarrea Aguda, Infección Respiratoria Aguda, Crecimiento y Desarrollo, Atención Integral Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), y la Atención Integral a la Primera Infancia que contempla la atención hasta los 5 años de edad.

A pesar de esta disminución, sin embargo persisten marcadas diferencias frente al comportamiento de este indicador en las diferentes regiones de Colombia. Por ejemplo, el departamento de Vaupés tiene la tasa de mortalidad infantil más alta del país. En dicho departamento se iden-

tífica que el área rural es donde se produce la mayor ocurrencia del evento, lo cual obedece al difícil acceso geográfico, la accesibilidad y oportunidad a los servicios de salud, de acuerdo con el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del departamento (4). Otros factores que influyen en el comportamiento de este indicador en el Vaupés son: la dispersión demográfica, factores culturales que retrasan la demanda a los servicios de salud por parte de los padres y cuidadores, prácticas inadecuadas del cuidado a niños y niñas, alto costo de traslado a lugar de atención en salud, ausencia de centros de salud adecuados para una atención inicial.

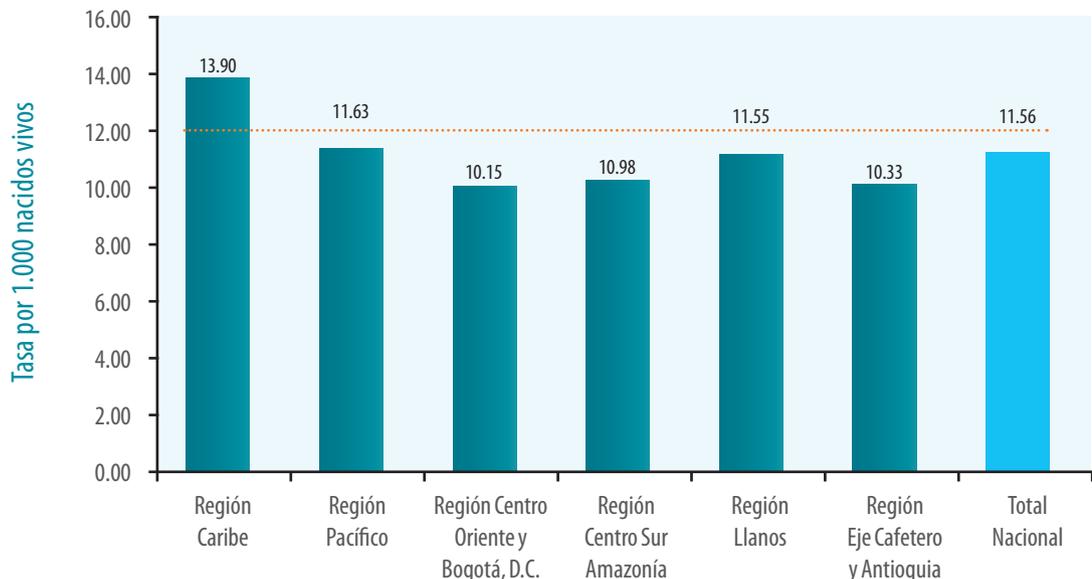
De acuerdo con los datos recopilados por el Observatorio Así Vamos en Salud, los otros departamentos que evidencian una tasa significativamente mayor a la tasa nacional son: Chocó, Amazonas y Guainía, que obedece a la presencia de factores socioeconómicos (determinantes intermedios) como el bajo nivel de ingreso, el salario, la educación, y el estatus social, que terminan favoreciendo la desnutrición infantil, enfermedades infecciosas y accidentes (5).

Análisis por regiones

PARA EL AÑO 2013 LA MAYORÍA DE LAS REGIONES PRESENTARON tasas cercanas o por debajo de la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional (11,6 por 1.000 nacidos vivos), a excepción de la Región Caribe, que presentó una tasa de 13,90 por 1.000 nacidos vivos, como se puede observar en la Gráfica 2.

GRÁFICA 2

COMPARATIVO MORTALIDAD INFANTIL POR REGIONES, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

A continuación se presenta un análisis del comportamiento de la tasa de mortalidad infantil para cada una de las regiones durante el período 2009-2013, así como un análisis comparativo del comportamiento de esta tasa entre departamentos para el año 2013.

Región Caribe

EN TÉRMINOS GENERALES SE PUEDE OBSERVAR QUE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL en los ocho departamentos que conforman la Región Caribe ha disminuido durante el período 2009-2013. Los mayores porcentajes de reducción respecto a la línea de base (año 2009) se presentan en los departamentos de Córdoba y Cesar, con reducciones del 20%. Por el contrario, en el departamento de San Andrés y Providencia esta reducción no ha sido significativa. Cabe anotar además que en este departamento el indicador ha presentado un comportamiento irregular durante el período analizado (Ver Tabla 1).

Tabla 1

MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. REGIÓN CARIBE, 2009-2013

Tasa de Mortalidad Infantil por 1.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación Porcentual 2009-2013*
Atlántico	14,59	13,10	14,63	12,14	14,16	-2,95
Bolívar	13,71	11,96	11,21	12,71	12,13	-11,50
Cesar	16,72	16,42	13,73	16,35	12,77	-23,65
Córdoba	19,85	15,59	14,95	15,60	15,56	-21,61
La Guajira	20,86	18,59	19,80	18,56	18,38	-11,90
Magdalena	17,59	14,82	13,95	14,08	15,14	-13,93
San Andrés y Providencia	13,75	21,82	8,06	21,69	13,73	-0,11
Sucre	10,93	8,86	8,85	9,69	10,16	-7,06
Total Región Caribe	15,96	13,96	13,6	13,85	13,9	-12,91
Total Nacional	13,69	12,55	12,25	12,09	11,56	-15,56

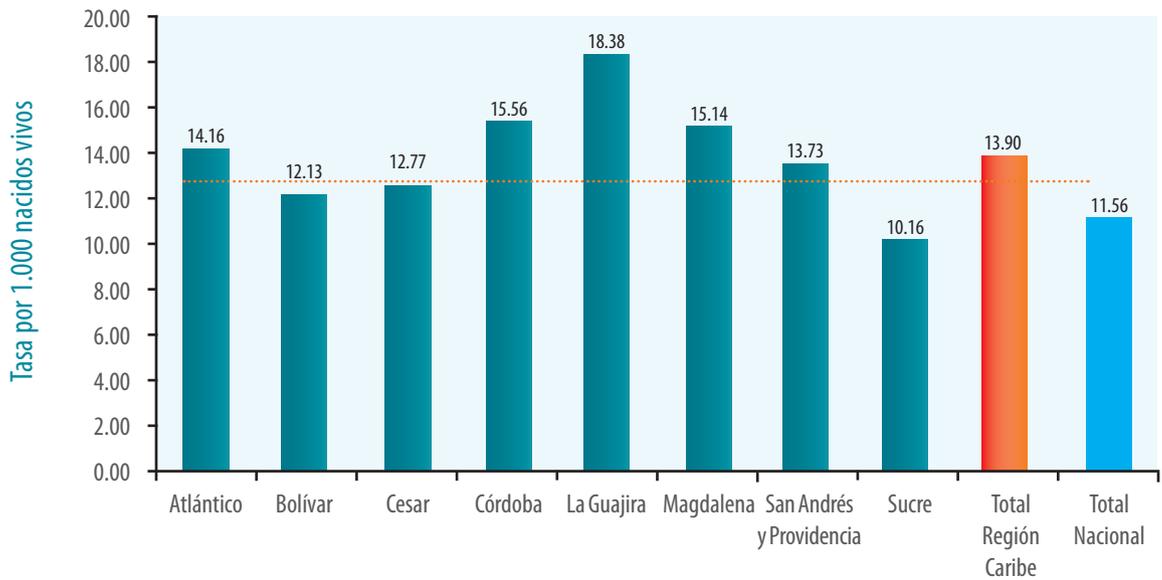
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de mortalidad infantil, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de mortalidad infantil durante los dos años analizados.

Para el año 2013, los departamentos que presentaron las mayores tasas de mortalidad infantil son La Guajira, Magdalena, Córdoba, y Atlántico, superando el valor del indicador a nivel nacional. Al comparar las tasas departamentales con la nacional, todos los departamentos en la Región Caribe superan la tasa nacional, a excepción del departamento de Sucre (Ver Gráfica 3).

Gráfica 3

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA REGIÓN CARIBE, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

El cálculo de la razón de tasas o diferencias relativas muestra que los departamentos con un valor mayor a 1 se aproximan a un riesgo de mayor ocurrencia de mortalidad infantil en comparación con el valor nacional. Para el año 2013, la mayoría de los departamentos presentan una razón de tasas mayor a 1, a excepción de Sucre, que presenta una razón de tasas de 0,8. La Región Caribe también presenta un valor mayor a 1 como se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2 | RAZÓN DE TASAS PARA MORTALIDAD INFANTIL. REGIÓN CARIBE, 2013

Departamento	Nacidos Vivos	Defunciones < 1 año	Tasa	Razón de Tasas*
Atlántico	39.054	553	14,16	1,22
Bolívar	35.282	428	12,13	1,05
Cesar	20.753	265	12,77	1,10
Córdoba	26.864	418	15,56	1,35
La Guajira	13.166	242	18,38	1,59
Magdalena	22.989	348	15,14	1,31
San Andrés y Providencia	874	12	13,73	1,19
Sucre	14.863	151	10,16	0,88
Total Región Caribe	173.845	2.417	13,90	1,20
Total Nacional	658.835	7.618	11,56	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Pacífico

EN LA REGIÓN PACÍFICO, TODOS LOS DEPARTAMENTOS PRESENTAN disminución en la tasa de mortalidad infantil durante el período 2012-2013. El departamento de Chocó muestra la mayor reducción, seguido del Cauca, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3 | MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. REGIÓN PACÍFICO, 2009-2013

Tasa de Mortalidad Infantil por 1.000 nacidos vivos						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación Porcentual 2009-2013*
Chocó	37,52	33,77	24,56	26,47	22,81	-39,21
Cauca	18,82	15,90	14,82	15,27	12,83	-31,83
Nariño	15,03	14,46	14,99	13,50	12,05	-19,87
Valle del Cauca	11,42	11,36	10,68	10,71	9,65	-15,50
Total Región Pacífico	14,84	14,08	13,08	13,05	11,63	-21,63
Total Nacional	13,69	12,55	12,25	12,09	11,56	-15,56

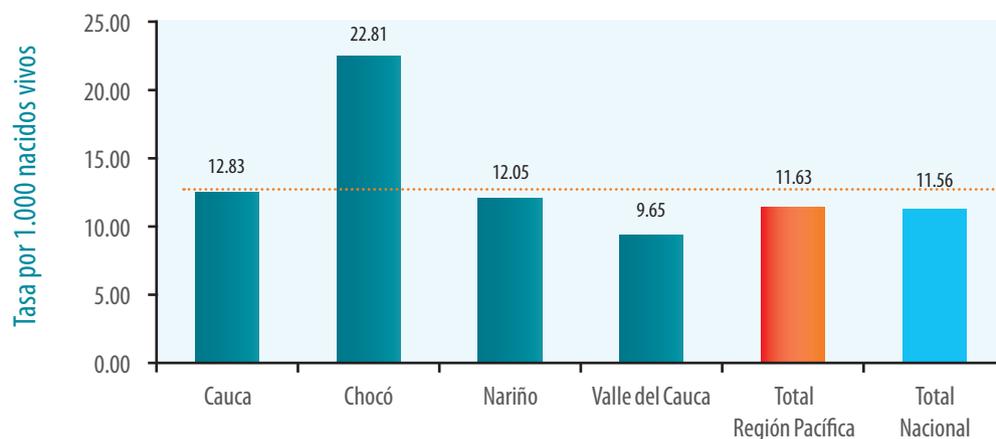
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de mortalidad infantil, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de mortalidad infantil durante los dos años analizados.

Durante el año 2013, la mayoría de los departamentos de la región presentaron tasas de mortalidad infantil por encima de las tasas regional y nacional, a excepción del departamento del Valle del Cauca. (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA REGIÓN PACÍFICO, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

El cálculo de la razón de tasas muestra que para el año 2013, los departamentos de Chocó, Cauca y Nariño presentaron una razón de tasas mayor a 1. Chocó registra el mayor valor, presentando un riesgo casi dos veces mayor de mortalidad infantil en comparación con el valor nacional (Ver Tabla 4).

Tabla 4 | RAZÓN DE TASAS PARA MORTALIDAD INFANTIL. REGIÓN PACÍFICO, 2013

Departamento	Nacidos Vivos	Defunciones < 1 año	Tasa Mortalidad Infantil	Razón de Tasas*
Cauca	18.157	233	12,83	1,11
Chocó	6.708	153	22,81	1,97
Nariño	17.598	212	12,05	1,04
Valle del Cauca	52.518	507	9,65	0,83
Total Región Pacífico	94.981	1.105	11,63	1,01
Total Nacional	658.835	7.618	11,56	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.

EN LOS TODOS LOS DEPARTAMENTOS QUE CONFORMAN LA Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C., la tasa de mortalidad infantil también ha tenido un comportamiento descendente en los últimos cinco años. Durante el período 2009-2013, el departamento de Norte de Santander presenta la mayor reducción, seguido de Boyacá y Bogotá, D.C., como se observa en la Tabla 5.

Tabla 5

MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. REGIÓN CENTRO-ORIENTE, 2009-2013

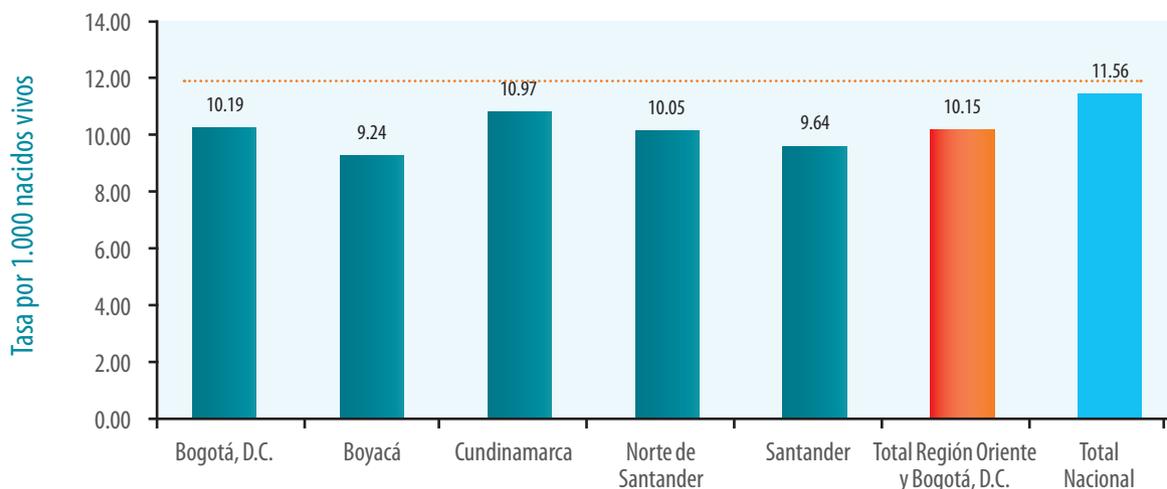
Tasa de Mortalidad Infantil por 1.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación Porcentual 2009-2013*
Bogotá, D.C.	12,08	11,86	12,06	11,97	10,19	-15,67
Boyacá	11,45	12,50	10,90	9,87	9,24	-19,28
Cundinamarca	11,80	11,05	11,49	11,42	10,97	-7,08
Norte de Santander	13,31	12,70	12,17	10,93	10,05	-24,53
Santander	10,42	10,42	8,25	8,25	9,64	-7,54
Total Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.	11,88	11,66	11,33	11,05	10,15	-14,56
Total Nacional	13,69	12,55	12,25	12,09	11,56	-15,56

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de mortalidad infantil, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de mortalidad infantil durante los dos años analizados.

Para el año 2013 en la Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C. no se observan diferencias significativas en la tasa de mortalidad infantil entre los departamentos que conforman esta región. Aun estando por debajo de la tasa nacional, los departamentos con las tasas más elevadas son Cundinamarca y Bogotá, D.C. como se puede observar en la Gráfica 5.

Gráfica 5 | TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA REGIÓN CENTRO-ORIENTE, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

El cálculo de la razón de tasas muestra que para el año 2013, todos los departamentos de la Región Centro-Oriente y Bogotá, presentan una razón de tasas por debajo de 1. Asimismo sucede con la tasa regional, como se puede observar en la Tabla 6.

Tabla 6

RAZÓN DE TASAS PARA MORTALIDAD INFANTIL. REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2013

Departamento	Nacidos Vivos	Defunciones < 1 año	Tasa Mortalidad Infantil	Razón de Tasas*
Bogotá, D.C.	103.256	1.052	10,19	0,88
Boyacá	16.339	151	9,24	0,80
Cundinamarca	34.282	376	10,97	0,95
Norte de Santander	20.108	202	10,05	0,87
Santander	30.611	295	9,64	0,83
Total Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.	204.596	2.076	10,15	0,88
Total Nacional	658.835	7.618	11,56	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Centro-Sur-Amazonia

EN LA MAYORÍA DE DEPARTAMENTOS QUE CONFORMAN LA Región Centro-Sur-Amazonia, la tasa de mortalidad infantil ha tenido un comportamiento descendente en los últimos cinco años, a excepción de Putumayo que mantiene una tasa similar a la presentada al inicio del período analizado. Durante el período 2009-2013, el departamento de Caquetá presenta la mayor reducción, seguido de Amazonas, que a pesar de presentar la mayor reducción continúa ostentando una tasa de mortalidad infantil bastante elevada. El porcentaje de reducción de la tasa regional es mayor que el presentado a nivel nacional, como se observa en la Tabla 7.

Tabla 7

MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2009-2013

Tasa de Mortalidad Infantil por 1.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación Porcentual 2009-2013*
Amazonas	32,92	22,98	13,15	18,55	25,53	-22,43
Caquetá	19,52	16,52	15,72	13,41	12,26	-37,21
Huila	12,16	10,70	9,29	10,50	9,89	-18,70
Putumayo	13,03	17,92	16,06	12,34	12,96	-0,54
Tolima	11,05	11,65	10,52	10,54	10,11	-8,50
Total Región Centro-Sur-Amazonia	13,31	12,78	11,31	11,32	10,98	-17,51
Total Nacional	13,69	12,55	12,25	12,09	11,56	-15,56

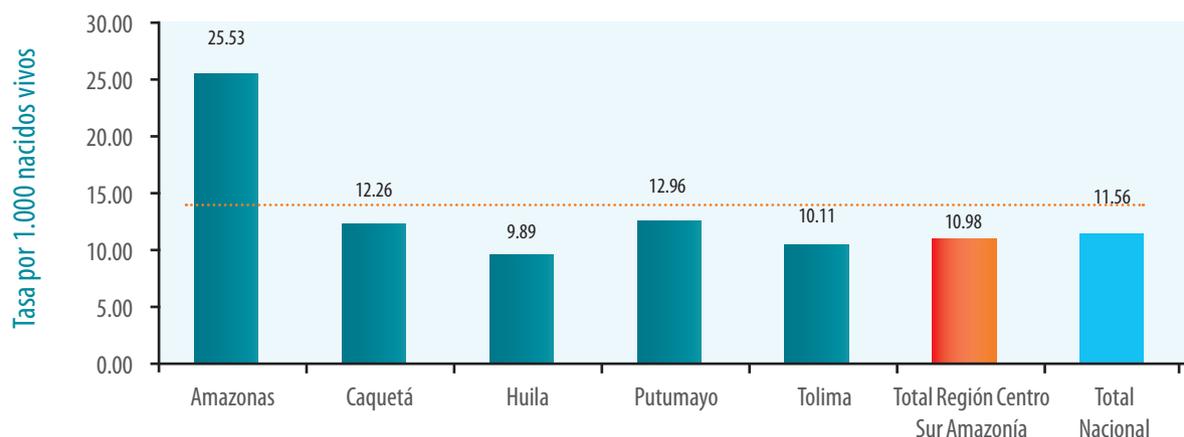
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

***Nota:** la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de mortalidad infantil, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de mortalidad infantil durante los dos años analizados.

Para el año 2013, en la Región Centro-Sur-Amazonia, el departamento del Amazonas presentó la tasa de mortalidad infantil más alta de la región duplicando la tasa presentada a nivel regional y nacional. Los otros departamentos que reportan tasas elevadas de mortalidad son: Putumayo y Caquetá, presentando tasas por encima del total regional y nacional (Ver Gráfica 6).

Gráfica 6

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

El cálculo de la razón de tasas muestra que para el año 2013, el departamento de Amazonas presenta una razón de tasas de 2, lo que implica un riesgo dos veces mayor de mortalidad infantil. A su vez, los departamentos de Putumayo y Caquetá presentan una razón de tasas superior a 1. La razón de tasas de la Región Centro-Sur-Amazonia se encuentra por debajo de 1 (Ver Tabla 8).

Tabla 8

RAZÓN DE TASAS PARA MORTALIDAD INFANTIL. REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2013.

Departamento	Nacidos Vivos	Defunciones < 1 año	Tasa Mortalidad Infantil	Razón de Tasas*
Amazonas	1.410	36	25,53	2,21
Caquetá	7.751	95	12,26	1,06
Huila	20.732	205	9,89	0,86
Putumayo	4.320	56	12,96	1,12
Tolima	18.784	190	10,11	0,87
Total Región Centro-Sur-Amazonia	52.997	582	10,98	0,95
Total Nacional	658.835	7.618	11,56	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Llanos

EN LA MAYORÍA DE DEPARTAMENTOS QUE CONFORMAN LA Región Llanos, la tasa de mortalidad infantil también ha presentado un comportamiento descendente en los últimos cinco años, siendo los departamentos de Vichada y Casanare los que registran los mayores porcentajes de reducción. Por el contrario, el departamento del Vaupés muestra un aumento significativo durante el período analizado. A nivel regional, el porcentaje de reducción es mayor que el presentado a nivel nacional, como se observa en la Tabla 9.

TABLA 9

MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. REGIÓN LLANOS, 2009-2013

Tasa de Mortalidad Infantil por 1.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación Porcentual 2009-2013*
Arauca	9,99	8,24	10,85	10,72	8,77	-12,27
Casanare	12,17	12,21	11,82	8,22	6,91	-43,22
Guainía	47,23	38,98	32,73	21,70	29,70	-37,11
Guaviare	13,89	14,81	13,95	12,10	14,02	0,93
Meta	15,77	10,92	12,23	12,28	11,71	-25,74
Vaupés	35,60	17,43	40,88	22,92	47,29	32,83
Vichada	43,58	37,87	26,29	14,12	18,33	-57,94
Total Región Llanos	15,98	12,44	13,51	11,56	11,55	-27,72
Total Nacional	13,69	12,55	12,25	12,09	11,56	-15,56

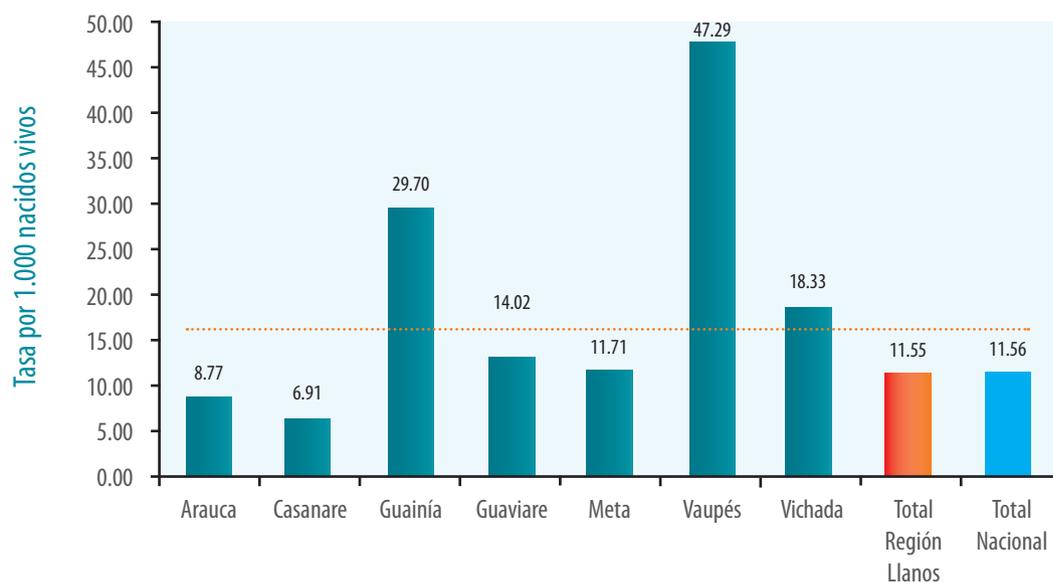
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de mortalidad infantil, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de mortalidad infantil durante los dos años analizados.

En la Región Llanos para el año 2013 se observa que la tasa de mortalidad infantil de los departamentos de Vaupés y Guainía se encuentra muy por encima de la tasa regional y nacional (Ver Gráfica 7). Dicho aumento en estos departamentos, guarda relación con la mayor proporción de personas en necesidades básicas insatisfechas, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social (6).

Gráfica 7

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA REGIÓN LLANOS, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

El cálculo de la razón de tasas muestra que para el año 2013, el departamento de Vaupés presenta una razón de tasas de 4, con un riesgo cuatro veces mayor de mortalidad infantil. El departamento de Guainía ostenta un riesgo dos veces mayor de mortalidad infantil. Los departamentos de Guaviare, Meta y Vichada presentan una razón de tasas por encima de 1 (Ver Tabla 10).

Tabla 10

RAZÓN DE TASAS PARA MORTALIDAD INFANTIL. REGIÓN LLANOS, 2013

Departamento	Nacidos Vivos	Defunciones < 1 año	Tasa Mortalidad Infantil	Razón de Tasas*
Arauca	3.993	35	8,77	0,76
Casanare	7.091	49	6,91	0,60
Guainía	606	18	29,70	2,57
Guaviare	1.070	15	14,02	1,21
Meta	15.374	180	11,71	1,01
Vaupés	571	27	47,29	4,09
Vichada	1.091	20	18,33	1,59
Total Región Llanos	29.796	344	11,55	1,00
Total Nacional	658.835	7.618	11,56	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Eje Cafetero y Antioquia

EN LA REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, LA TASA DE mortalidad infantil ha tenido un comportamiento descendente en los últimos cinco años, siendo los departamentos de Quindío y Antioquia los que registran los mayores porcentajes de reducción. A nivel regional, el porcentaje de reducción es menor que el presentado a nivel nacional, como se observa en la Tabla 11.

TABLA 11

**MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.
REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2009-2013**

Tasa de Mortalidad Infantil por 1.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación Porcentual 2009-2013*
Antioquia	11,45	11,00	10,74	9,90	9,93	-13,30
Caldas	12,37	13,33	12,07	12,60	12,18	-1,51
Quindío	15,76	13,98	12,53	12,08	10,17	-35,44
Risaralda	12,45	11,76	10,18	10,58	11,41	-8,31
Total Región Eje Cafetero y Antioquia	11,89	11,49	10,92	10,37	10,33	-13,12
Total Nacional	13,69	12,55	12,25	12,09	11,56	-15,56

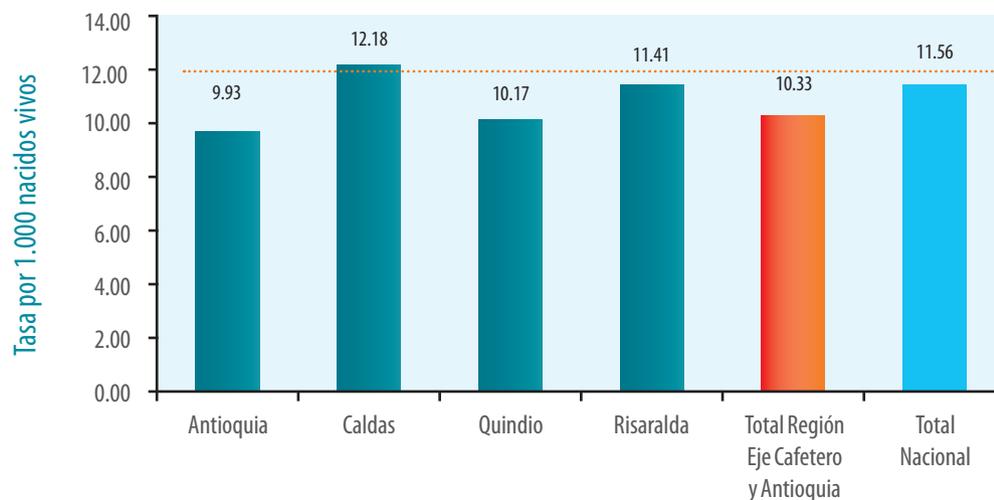
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de mortalidad infantil, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de mortalidad infantil durante los dos años analizados.

En la región del Eje Cafetero y de Antioquia se puede observar que para el año 2013, no se presentaron diferencias marcadas entre las tasas de mortalidad infantil de los diferentes departamentos que la componen, al comparar estos datos con la tasa nacional. El único departamento con una tasa superior a la nacional es Caldas. Y al hacer balance entre los mismos departamentos, aquellos con las tasas más elevadas corresponden a Caldas y Risaralda (Ver Gráfica 8).

Gráfica 8

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

Respecto a la razón de tasas para el año 2013 en la región, el departamento de Caldas presenta una razón de tasas superior a 1. El resto de departamentos, así como la región en su conjunto presenta una razón de tasas por debajo de 1 (Ver Tabla 12).

Tabla 12

RAZÓN DE TASAS PARA MORTALIDAD INFANTIL. REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2013

Mortalidad Infantil Región Eje Cafetero y Antioquia				
Departamento	Nacidos Vivos	Defunciones < 1 año	Tasa Mortalidad Infantil	Razón de Tasas*
Antioquia	74.757	742	9,93	0,86
Caldas	10.181	124	12,18	1,05
Quindío	5.898	60	10,17	0,88
Risaralda	11.302	129	11,41	0,99
Total Región Eje Cafetero y Antioquia	102.138	1.055	10,33	0,89
Total Nacional	658.835	7.618	11,56	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

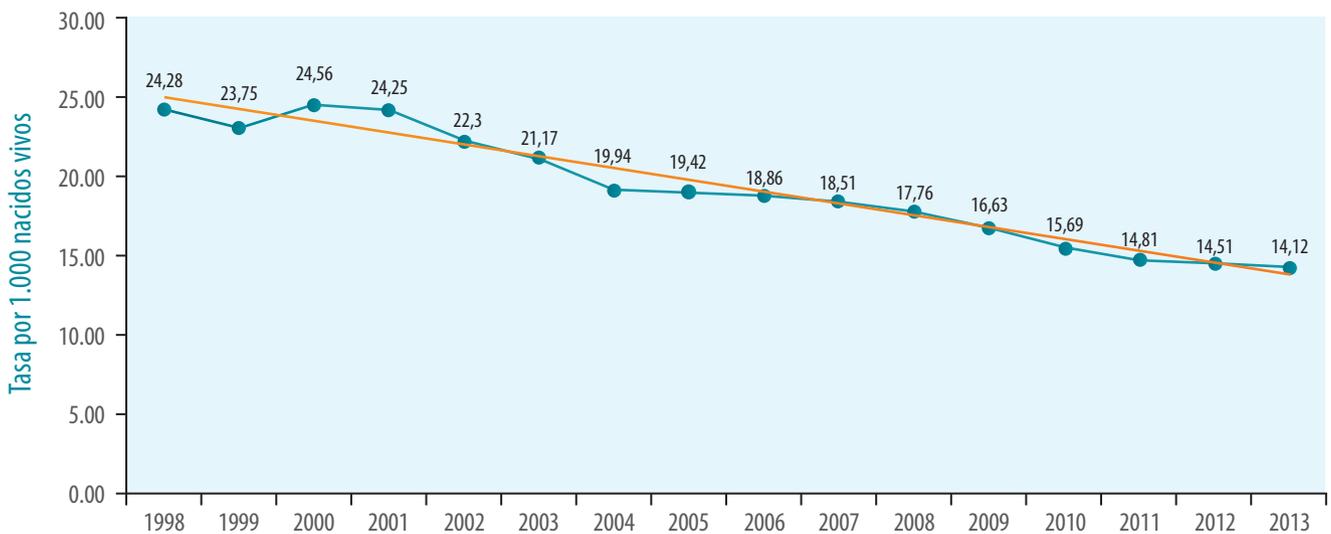
Mortalidad en Menores de 5 años

SE DEFINE COMO AQUEL INDICADOR EN SALUD, QUE EXPRESA EL número de defunciones de niños menores de 5 años de edad por cada 1.000 nacidos vivos para un año determinado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Alrededor del 83% de las muertes en niños menores de 5 años ocurren durante el primer año de vida, y se atribuyen a enfermedades propias del periodo perinatal como lo son las malformaciones congénitas, trastornos respiratorios, y sepsis bacteriana (7). Por otra parte las tasas de mortalidad más altas en los niños de 1 a 4 años se atribuye a las enfermedades prevenibles como la infección respiratoria aguda, enfermedades infecciosas intestinales y a causas externas de morbilidad y mortalidad, que son todos aquellos acontecimientos ambientales y circunstancias que generan enfermedad (traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos) (6).

La mortalidad en niños menores de 5 años sigue una tendencia similar a la mortalidad en menores de un año, pasando de una tasa de 24,28 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1998, a una tasa de 14,12 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el 2013, lo cual se traduce en una disminución de 10 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, como se puede observar en la Gráfica 9.

Gráfica 9

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS, COLOMBIA 1998-2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

Aunque hay un descenso sostenido en el comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de 5 años, persisten las desigualdades entre las diferentes regiones. Al igual que la tasa de mortalidad en menores de un año, el departamento de Vaupés presenta las tasas más altas a nivel nacional. Los departamentos con tasas más bajas fueron: Casanare y Santander, según información de Así Vamos en Salud (7).

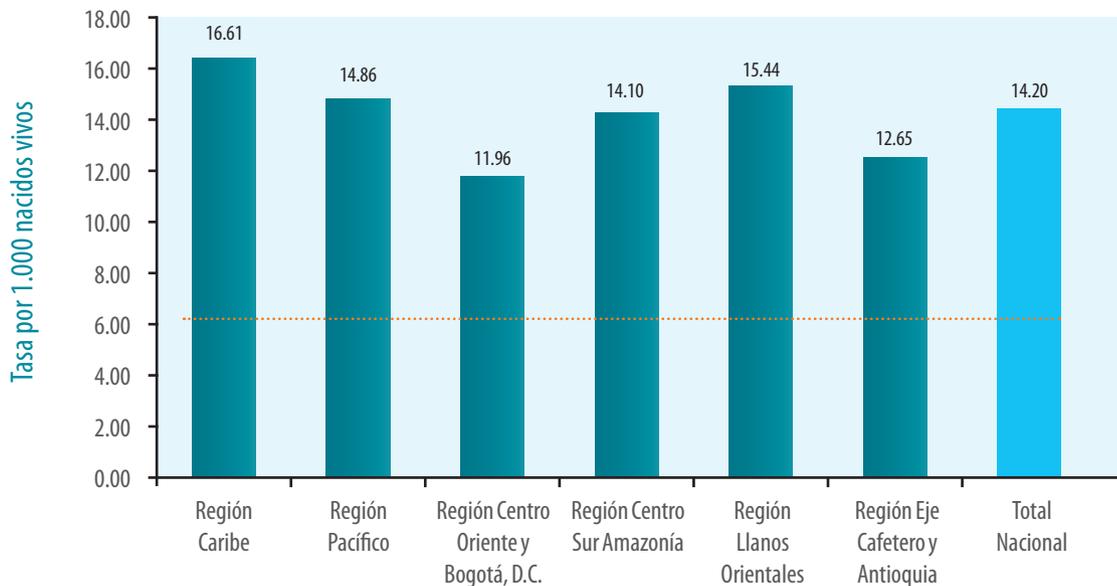
De acuerdo con información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, las tasas de mortalidad por quintil de pobreza son superiores en aquellas regiones que tienen niveles de pobreza más altos, lo cual se relaciona directamente con aquellas enfermedades prevenibles (6).

Análisis por regiones

PARA EL AÑO 2013, AL COMPARAR LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS de las diferentes regiones con el total nacional, se puede observar que las regiones Caribe, Pacífico y Llanos presentan tasas de mortalidad por encima de 14,20 muertes por 1.000 nacidos vivos, valor que representa la tasa nacional. La Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C., así como la Región Centro-Sur-Amazonia presentan tasas por debajo de la tasa nacional (Ver Gráfica 10).

GRÁFICA 10

COMPARATIVO MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR REGIONES, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

A continuación se presenta un análisis del comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de cinco años para cada una de las regiones durante el período 2009-2013, así como un análisis comparativo del comportamiento de esta tasa entre departamentos para el año 2013.

Región Caribe

EN TÉRMINOS GENERALES SE PUEDE OBSERVAR QUE LA TASA de mortalidad en menores de cinco años en la mayoría de departamentos que conforman la Región Caribe ha disminuido durante el período 2009-2013, a excepción de los departamentos de San Andrés y Providencia, y

Atlántico donde se ha presentado un aumento para este período. En la Región Caribe también se muestra una disminución de la tasa durante el período 2009-2013 (Ver Tabla13).

Tabla 13
MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR DEPARTAMENTO DE
RESIDENCIA. REGIÓN CARIBE, 2009-2013

Tasa de Mortalidad Menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Atlántico	16,27	15,20	16,40	13,67	16,69	2,61
Bolívar	16,42	14,70	13,98	14,80	14,65	-10,77
Cesar	19,99	19,99	16,33	19,03	15,23	-23,83
Córdoba	22,95	18,57	17,10	18,51	18,46	-19,55
La Guajira	26,77	23,08	24,14	23,01	22,79	-14,88
Magdalena	20,48	18,08	16,68	16,21	17,57	-14,21
San Andrés y Providencia	13,75	25,45	10,37	24,10	16,02	16,53
Total Región Caribe	18,75	16,79	16,08	16,18	16,61	-11,41
Total Nacional	16,63	15,69	14,81	14,51	14,12	-15,11

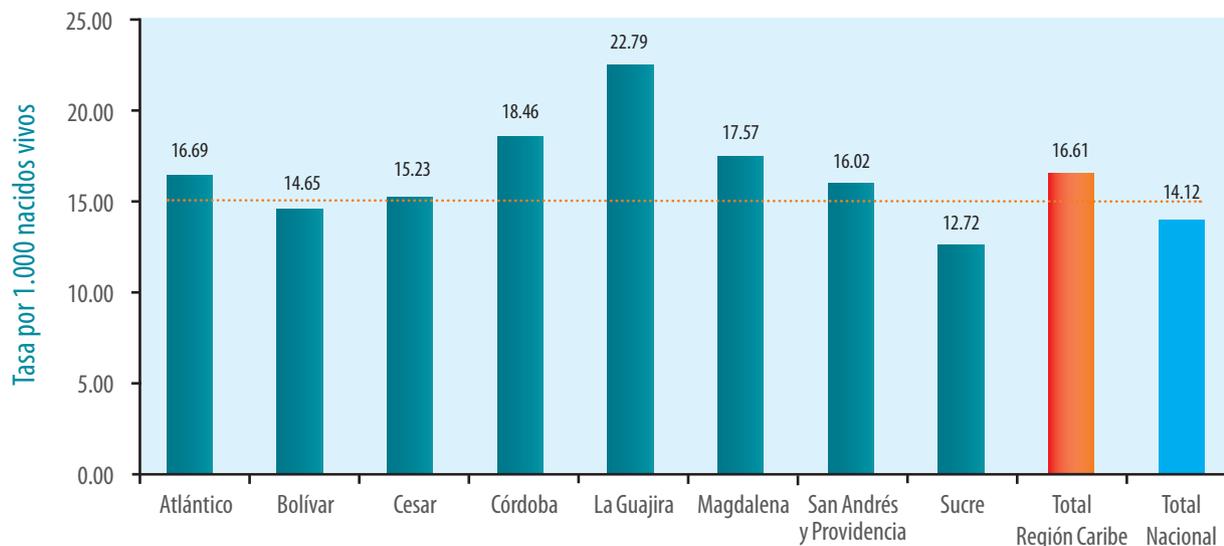
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de mortalidad en menores de 5 años, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de mortalidad en menores de 5 años durante los dos años analizados.

Los departamentos de La Guajira, Córdoba, Atlántico, Cesar y Magdalena presentan tasas de mortalidad en menores de 5 años por encima del valor nacional. El departamento que demuestra la tasa más baja es Sucre. La tasa de mortalidad en menores de 5 años en la Región Caribe también supera la tasa a nivel nacional, como se observa en la Gráfica 11.

Gráfica 11

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS EN LA REGIÓN CARIBE, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

Todos los departamentos de la región muestran una razón de tasas superior a 1, a excepción del departamento de Sucre. La razón de tasas de la Región Caribe también presenta un valor superior a 1 como se puede observar en la Tabla 14.

Tabla 14

RAZÓN DE TASAS PARA MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. REGIÓN CARIBE, 2013

Departamento	Nacidos vivos	Defunciones < 5 años	Tasa Mortalidad < 5	Razón de Tasas *
Atlántico	39.054	652	16,69	1,18
Bolívar	35.282	517	14,65	1,04
Cesar	20.753	316	15,23	1,08
Córdoba	26.864	496	18,46	1,31
La Guajira	13.166	300	22,79	1,61
Magdalena	22.989	404	17,57	1,24
San Andrés y Providencia	874	14	16,02	1,13
Sucre	14.863	189	12,72	0,90
Total Región Caribe	173.845	2.888	16,61	1,18
Total Nacional	658.835	9.301	14,12	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Pacífico

EN TÉRMINOS GENERALES SE PUEDE OBSERVAR QUE LA TASA de mortalidad en menores de cinco años en los departamentos que conforman la Región Pacífico ha disminuido en el período 2009-2013. Esta región en conjunto presentó una disminución en la tasa durante este mismo período, presentando un porcentaje de reducción más alto que el demostrado por el total nacional (Ver Tabla15).

Tabla 15

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN PACÍFICO, 2009-2013

Tasa de Mortalidad Menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Chocó	46,76	42,34	30,75	34,49	30,26	-35,29
Cauca	23,90	19,66	18,75	18,72	16,74	-29,95
Nariño	20,34	17,34	18,92	16,51	15,51	-23,73
Valle del Cauca	13,81	13,84	13,07	12,99	12,01	-12,97
Total Región Pacífico	18,64	17,22	16,26	16,04	14,86	-20,28
Total Nacional	16,63	15,69	14,81	14,51	14,12	-15,11

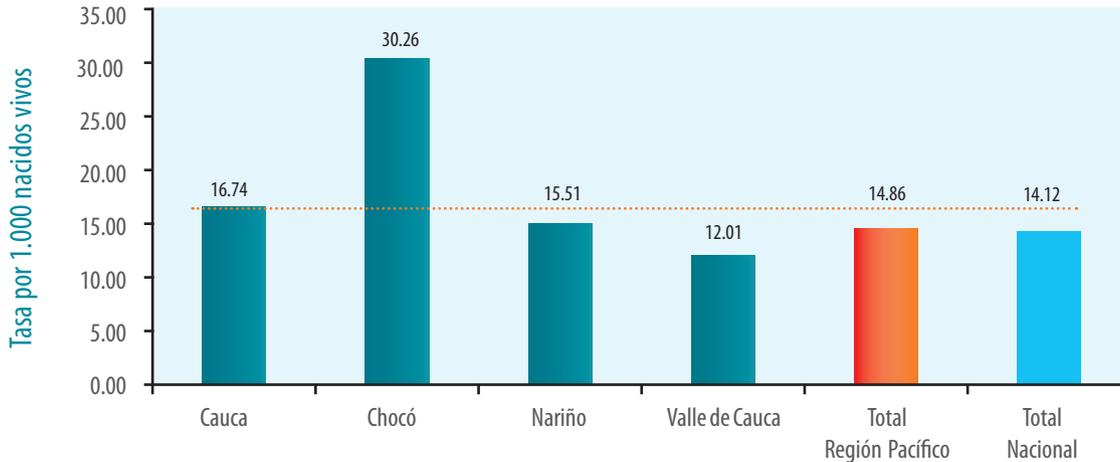
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de mortalidad en menores de 5 años, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de mortalidad en menores de 5 años durante los dos años analizados.

Los departamentos de Chocó, Cauca y Nariño para el año 2013 presentan tasas superiores a los valores nacional y regional. La Región Pacífico presenta un valor similar a la tasa nacional como se puede observar en la Gráfica 12.

Gráfica 12

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS EN LA REGIÓN PACÍFICO, 2013.



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

En la Región Pacífico, los departamentos que presentan una razón de tasas de mortalidad en menores de 5 años mayores a 1 son Cauca, Nariño y Chocó, este último presentando una razón de tasas de 2, como se puede observar en la Tabla 16.

Tabla 16

RAZÓN DE TASAS PARA MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. REGIÓN PACÍFICO, 2013

Departamento	Nacidos vivos	Defunciones < 5 años	Tasa Mortalidad < 5	Razón de Tasas*
Cauca	18.157	304	16,74	1,19
Chocó	6.708	203	30,26	2,14
Nariño	17.598	273	15,51	1,10
Valle del Cauca	52.518	631	12,01	0,85
Total Región Pacífico	94.981	1.411	14,86	1,05
Total Nacional	658.835	9.301	14,12	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.

EN TÉRMINOS GENERALES SE PUEDE OBSERVAR QUE LA TASA DE mortalidad en menores de cinco años en los departamentos que conforman la Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C. ha disminuido durante el período 2009-2013. El valor regional también ha presentado una baja durante este período (Ver Tabla17).

Tabla 17

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.
REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2009-2013.

Tasa de Mortalidad Menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Bogotá, D.C.	13,82	13,78	13,77	13,56	11,74	-15,05
Boyacá	14,66	15,32	13,17	13,29	12,00	-18,17
Cundinamarca	13,99	13,37	14,29	14,28	13,07	-6,61
Norte de Santander	15,93	15,46	14,15	12,99	12,38	-22,25
Santander	13,30	12,48	10,23	9,94	11,17	-16,00
Total Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.	14,05	13,82	13,32	13,06	11,96	-14,88
Total Nacional	16,63	15,69	14,81	14,51	14,12	-15,11

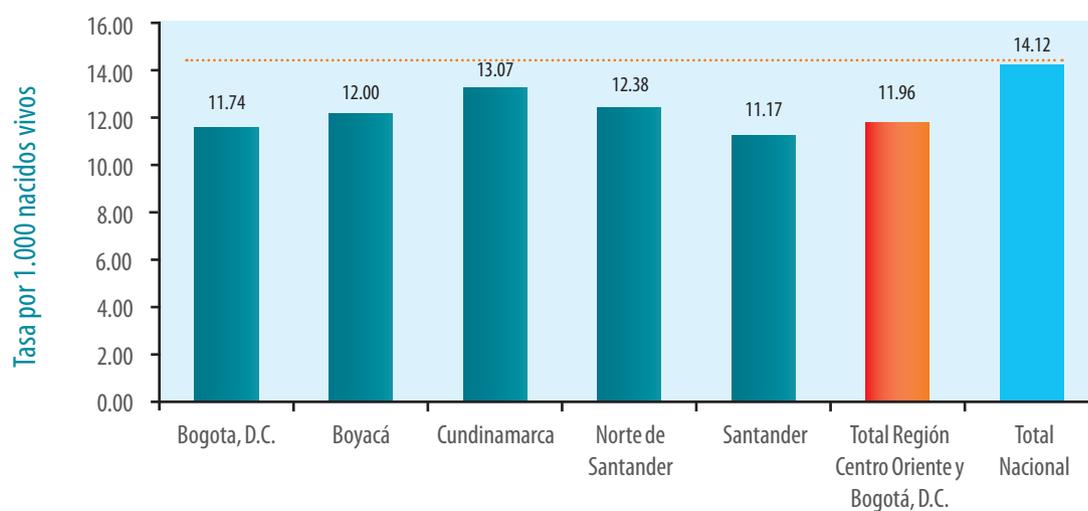
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de mortalidad en menores de 5 años, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de mortalidad en menores de 5 años durante los dos años analizados.

En la Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C., los departamentos de Cundinamarca, Norte de Santander y Boyacá presentan las mayores tasas de mortalidad de la región. Por otra parte la tasa de mortalidad en menores de 5 años para todos los departamentos de la región se encuentra por debajo de la tasa nacional como se observa en la Gráfica 13.

Gráfica 13

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS EN LA REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

En la Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C., ningún departamento presenta una razón de tasas de mortalidad en menores de 5 años por encima de 1, como se puede observar en la Tabla 18.

Tabla 18

RAZÓN DE TASAS PARA MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS.

REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2013.

Departamento	Nacidos vivos	Defunciones < 5 años	Tasa Mortalidad < 5	Razón de Tasas*
Bogotá, D.C.	103.256	1.212	11,74	0,83
Boyacá	16.339	196	12,00	0,85
Cundinamarca	34.282	448	13,07	0,93
Norte de Santander	20.108	249	12,38	0,88
Santander	30.611	342	11,17	0,79
Total Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.	204.596	2.447	11,96	0,85
Total Nacional	658.835	9.301	14,12	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Centro-Sur Amazonia

LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS EN LOS departamentos que conforman la Región Centro-Sur Amazonia también presenta una disminución durante el período analizado. El departamento del Caquetá presentó una disminución mucho más marcada durante este período. La región en su conjunto también mostró una disminución en la tasa para el período 2009-2013 (Ver Tabla19).

Tabla 19:

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.
REGIÓN CENTRO-SUR AMAZONIA, 2009-2013.

Tasa de Mortalidad Menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Amazonas	39,97	32,49	18,99	25,59	35,46	-11,28
Caquetá	25,81	20,82	20,69	16,86	15,87	-38,51
Huila	15,85	13,42	12,24	13,37	12,40	-21,77
Putumayo	16,19	21,31	18,35	15,60	15,51	-4,19
Tolima	14,72	15,38	13,31	13,51	13,31	-9,61
Total Región Centro-Sur Amazonia	17,37	16,34	14,51	14,45	14,10	-18,83
Total Nacional	16,63	15,69	14,81	14,51	14,12	-15,11

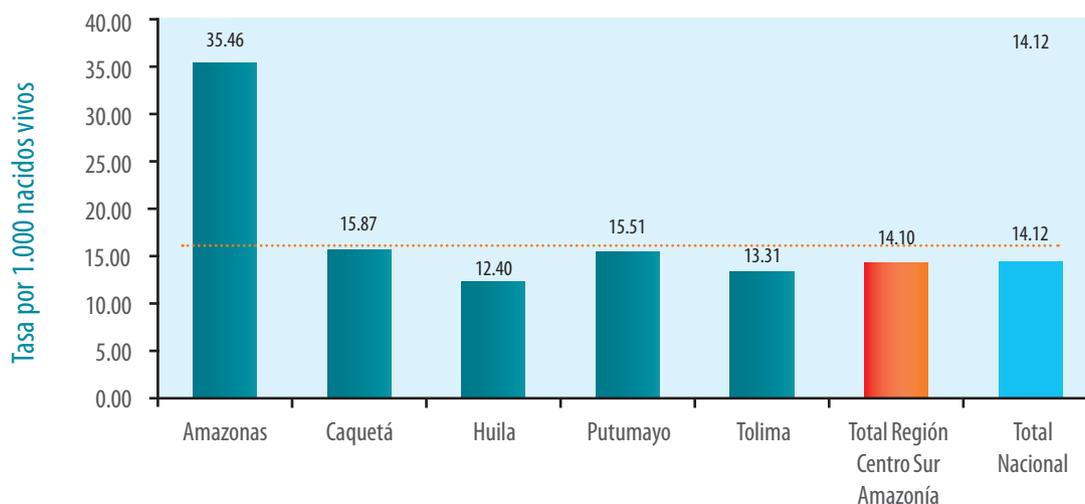
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de mortalidad en menores de 5 años, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de mortalidad en menores de 5 años durante los dos años analizados.

En la Región Centro-Sur Amazonia, el departamento del Amazonas muestra una tasa muy elevada de mortalidad en menores de 5 años, siendo la mayor tasa de la región. Los otros departamentos con tasas por encima de la nacional son Caquetá y Putumayo. Por debajo de la tasa nacional se encuentran los departamentos de Huila y Tolima. La tasa de la región también se encuentra por debajo del valor a nivel nacional, como se puede observar en la Gráfica 14.

Gráfica 14

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS EN LA REGIÓN CENTRO-SUR AMAZONIA, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

En la Región Centro-Sur Amazonia, los departamentos de Caquetá, Putumayo y Amazonas presentan una razón de tasas por encima de 1. En Amazonas, con una razón de tasas cercana a 3, hay un riesgo casi tres veces mayor de muerte en menores de 5 años que a nivel nacional, como se puede observar en la Tabla 20.

Tabla 20

RAZÓN DE TASAS PARA MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. REGIÓN CENTRO-SUR AMAZONIA, 2013

Departamento	Nacidos vivos	Defunciones < 5 años	Tasa Mortalidad < 5	Razón de Tasas*
Amazonas	1.410	50	35,46	2,51
Caquetá	7.751	123	15,87	1,12
Huila	20.732	257	12,40	0,88
Putumayo	4.320	67	15,51	1,10
Tolima	18.784	250	13,31	0,94
Total Región Centro-Sur Amazonia	52.997	747	14,10	1,00
Total Nacional	658.835	9.301	14,12	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Llanos

EN TÉRMINOS GENERALES LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES de cinco años en los departamentos que conforman la Región Llanos ha disminuido durante el período 2009-2013. Sin embargo, en el departamento de Vaupés esta tasa ha aumentado respecto al comportamiento presentado durante el 2009, y en el departamento de Guaviare esta tasa no muestra una variación significativa en comparación con la tasa presentada en el 2009. La región en su conjunto ostenta disminución respecto al valor presentado en el año 2009 (Ver Tabla 21).

Tabla 21

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. REGIÓN LLANOS, 2009-2013

Tasa de Mortalidad Menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Arauca	13,39	12,91	13,79	14,52	12,52	-6,50
Casanare	15,91	16,08	15,20	10,87	9,87	-37,97
Guainía	60,26	47,46	40,92	31,56	42,90	-28,80
Guaviare	18,75	20,74	17,83	16,13	18,69	-0,31
Meta	18,98	15,22	15,91	15,23	14,90	-21,54
Vaupés	53,40	49,13	52,55	32,95	63,05	18,07
Vichada	55,36	49,70	40,00	17,89	26,58	-51,98
Total Región Llanos	20,17	17,67	17,60	14,91	15,44	-23,45
Total Nacional	16,63	15,69	14,81	14,51	14,12	-15,11

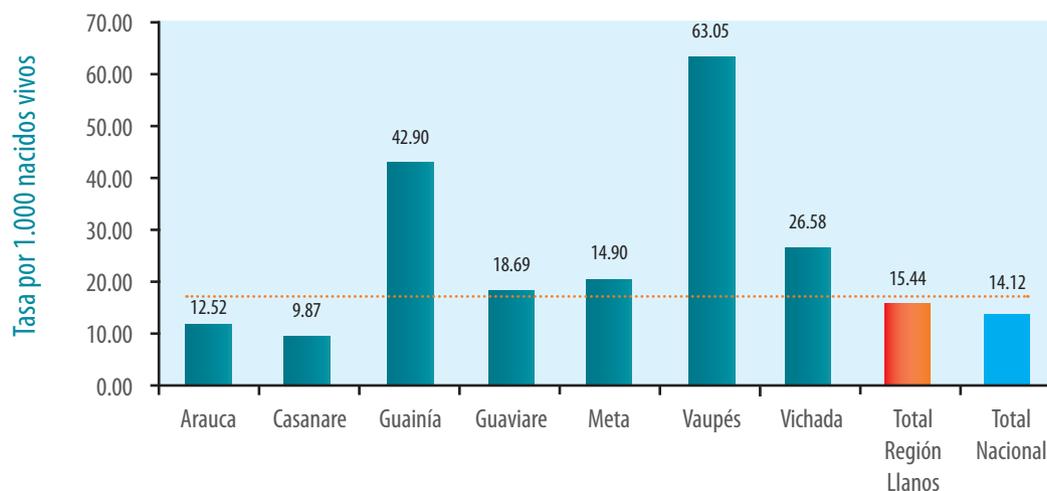
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de mortalidad en menores de 5 años, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de mortalidad en menores de 5 años durante los dos años analizados.

La Región Llanos presenta las tasas de mortalidad en menores de 5 años más altas del país. El departamento de Vaupés tiene una tasa cuatro veces más alta que la tasa a nivel nacional. El departamento de Guainía muestra una tasa tres veces más alta que la tasa nacional. Además la tasa regional se encuentra por encima de la tasa nacional (Ver Gráfica 15).

Gráfica 15

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS EN LA REGIÓN LLANOS, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

De acuerdo con el cálculo de la razón de tasas en la Región Llanos, el departamento de Vaupés presenta un riesgo cuatro veces mayor de mortalidad en menores de 5 años. Guainía ostenta un riesgo tres veces mayor, comparado con la tasa nacional, como se observa en la Tabla 22.

Tabla 22

RAZÓN DE TASAS PARA MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. REGIÓN LLANOS, 2013

Departamento	Nacidos vivos	Defunciones < 5 años	Tasa Mortalidad < 5	Razón de Tasas*
Arauca	3.993	50	12,52	0,89
Casanare	7.091	70	9,87	0,70
Guainía	606	26	42,90	3,04
Guaviare	1.070	20	18,69	1,32
Meta	15.374	229	14,90	1,06
Vaupés	571	36	63,05	4,47
Vichada	1.091	29	26,58	1,88
Total Región Llanos	29.796	460	15,44	1,09
Total Nacional	658.835	9.301	14,12	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Eje Cafetero y Antioquia

LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS HA disminuido en el período 2009-2013 en todos los departamentos que conforman la Región Eje Cafetero y Antioquia, siendo el departamento de Quindío el que presenta el mayor porcentaje de reducción (Ver Tabla 23).

Tabla 23

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2009-201

Tasa de Mortalidad Menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Antioquia	14,12	14,28	13,19	12,10	12,19	-13,72
Caldas	15,59	16,18	13,66	14,40	14,64	-6,11
Quindío	18,51	15,77	14,67	14,42	12,04	-34,97
Risaralda	16,35	15,48	13,01	13,36	14,25	-12,89
Total Región Eje Cafetero y Antioquia	14,75	14,69	13,30	12,60	12,65	-14,24
Total Nacional	16,63	15,69	14,81	14,51	14,12	-15,11

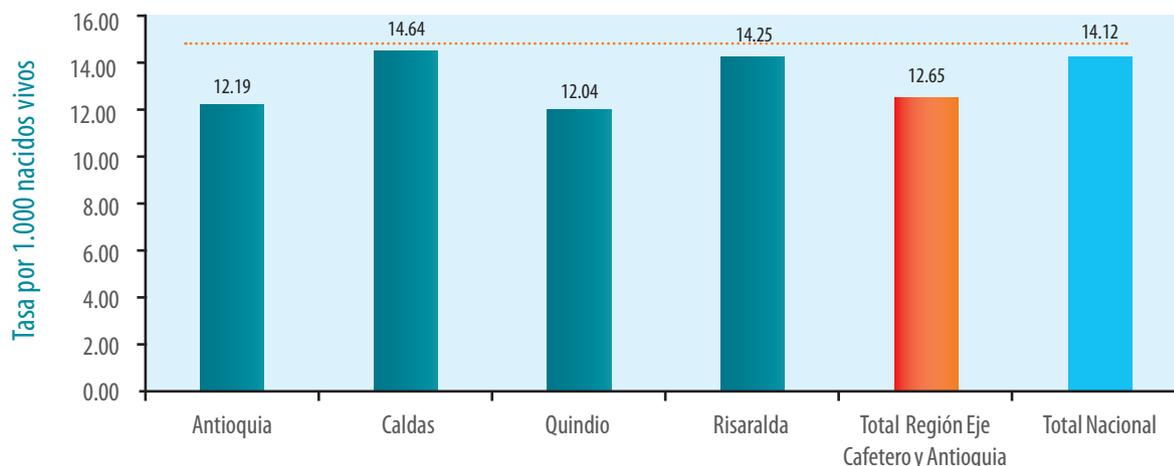
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de mortalidad en menores de 5 años, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de mortalidad en menores de 5 años durante los dos años analizados.

Para el año 2013 los departamentos que presentan las mayores tasas de la región son Caldas y Risaralda, aunque no muestran diferencias significativas respecto de la tasa nacional. A su vez, la tasa regional sigue siendo menor que la tasa nacional (Ver Gráfica 16).

Gráfica 16

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS EN LA REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

En la Región Eje Cafetero y Antioquia, los departamentos de Caldas y Risaralda presentan una razón de tasas mayores a 1. El resto de departamentos así como la región en su conjunto muestra razones de tasas inferiores a 1, como se observa en la Tabla 24.

Tabla 24

RAZÓN DE TASAS PARA MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2013

Departamento	Nacidos vivos	Defunciones < 5 años	Tasa Mortalidad < 5	Razón de Tasas*
Antioquia	74.757	911	12,19	0,86
Caldas	10.181	149	14,64	1,04
Quindío	5.898	71	12,04	0,85
Risaralda	11.302	161	14,25	1,01
Total Región Eje Cafetero y Antioquia	102.138	1.292	12,65	0,90
Total Nacional	658.835	9.301	14,12	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

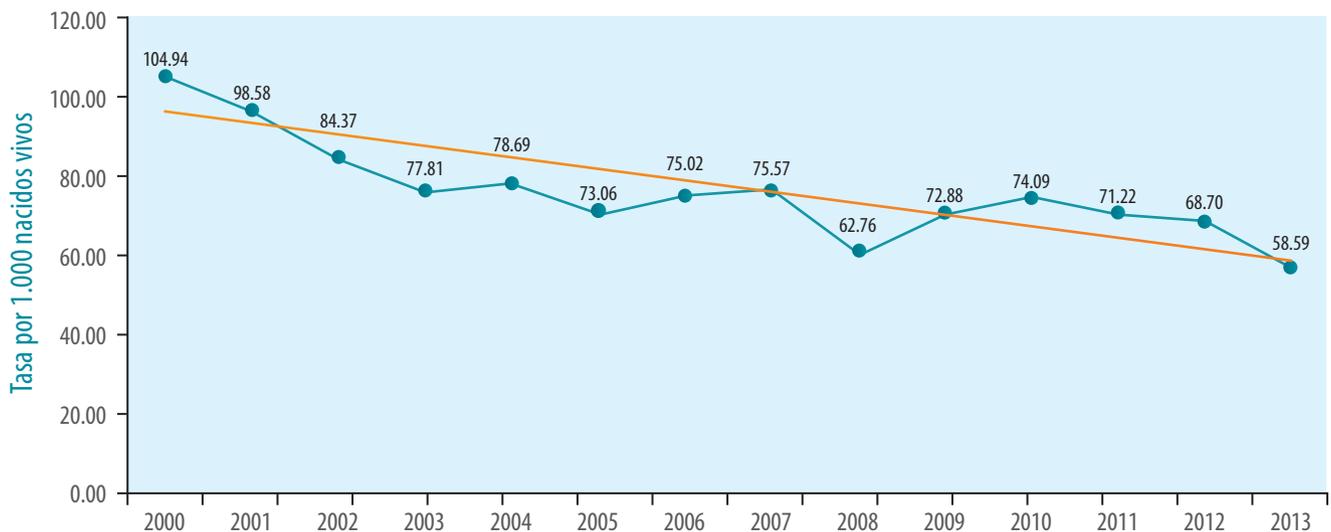
*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Mortalidad Materna

ES EL NÚMERO DE MUJERES QUE MUEREN DURANTE EL EMBARAZO o en los 42 días siguientes a su terminación y debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, por cada 100.000 nacidos vivos para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Según la información reportada por el DANE en el año 2013, la razón de mortalidad materna en Colombia fue de 58,59 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, presentando una disminución en el tiempo respecto a la tasa presentada en el año 1998, línea de base de la serie presentada (Ver Gráfica 17).

Gráfica 17

TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 100.000 NACIDOS VIVOS, COLOMBIA 1998- 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

La Mortalidad Materna es un indicador de salud pública que es considerado uno de los más sensibles de la calidad de los servicios de salud de una región. Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, ya que entre el 90% a 95% de éstas muertes son evitables con un adecuado conocimiento y uso efectivo de las tecnologías existentes (8).

De acuerdo con lo anterior, el mayor riesgo de mortalidad materna corresponde al grupo de adolescentes de menos de 15 años y dentro de las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, se destacan las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; y los abortos peligrosos (9).

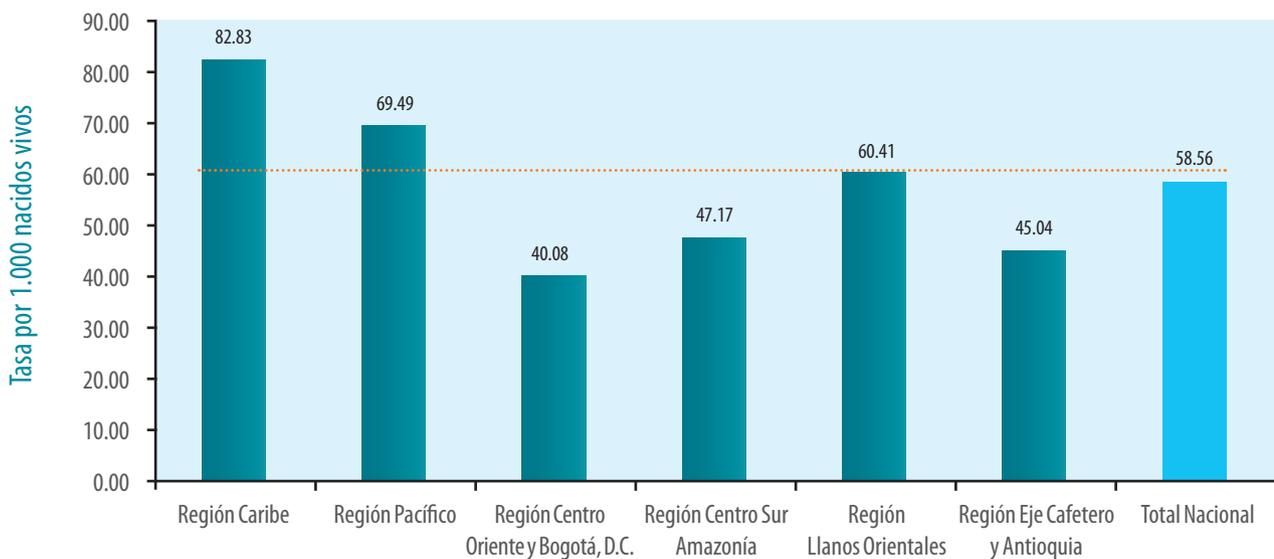
El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo (9).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia la pobreza genera desigualdades en la distribución de la mortalidad materna. El 50% de la población más pobre soporta aproximadamente el 69% de la mortalidad produciendo desigualdad a favor de los más favorecidos en la sociedad (6). A nivel nacional los departamentos que mayores tasas de mortalidad materna presentan son Vichada (366,64), La Guajira (235,45) y Chocó (149,08) con valores muy por encima al valor de mortalidad materna nacional; que a su vez son los departamentos que muestran mayor proporción de personas en Necesidades Básicas Insatisfechas (6). De la misma manera la educación se comporta como otro factor determinante de la mortalidad materna, pudiendo observar que la mitad de la población menos educada experimenta más del 50% de esta causa (6).

Análisis por regiones

DE ACUERDO A LOS RESULTADOS PRESENTADOS EN EL 2013 para la tasa de mortalidad materna, tres regiones presentaron tasas por encima del valor nacional (58,59 muertes por 100.000 nacidos vivos), como son las regiones Caribe, Pacífico y Llanos. Las regiones Centro-Oriente y Bogotá, D.C., Centro-Sur-Amazonia y Eje Cafetero y Antioquia presentaron valores por debajo de la tasa nacional. La Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C. es la que reporta la menor tasa de mortalidad materna (40,08 muertes por 100.000 nacidos vivos) (Ver Gráfica 18).

Gráfica 18 | COMPARATIVO MORTALIDAD MATERNA POR REGIONES, 2013.



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

A continuación se presenta un análisis del comportamiento de la tasa de mortalidad materna para cada una de las regiones durante el período 2009-2013, así como un análisis comparativo del comportamiento de esta tasa entre departamentos para el año 2013.

Región Caribe

A PESAR DE QUE LA REGIÓN CARIBE EN SU CONJUNTO HA PRESENTADO una disminución en la tasa de mortalidad materna en comparación con la presentada en el año 2009, hay departamentos que no han logrado esta disminución como son Cesar, Córdoba, Sucre y La Guajira. Se aclara que el departamento de San Andrés y Providencia no presenta información para los años 2010, 2012 y 2013, por lo cual no se puede realizar el cálculo de la variación con la línea de base definida en el presente análisis (Ver Tabla 25).

Tabla 25

MORTALIDAD MATERNA POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. REGIÓN CARIBE, 2009-2013

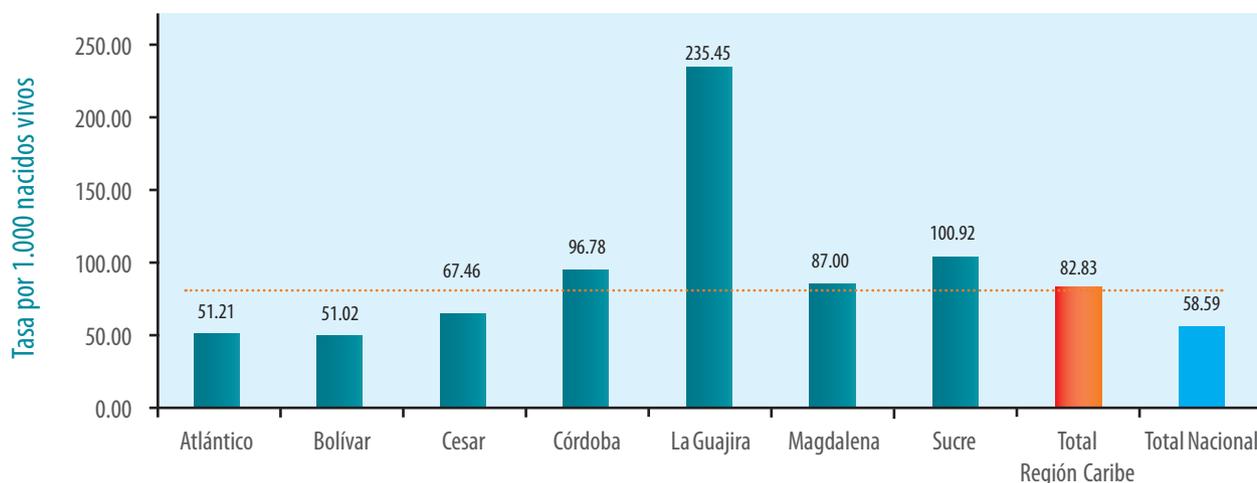
Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Atlántico	80,22	79,55	71,31	52,67	51,21	-36,16
Bolívar	81,13	71,09	71,33	64,34	51,02	-37,11
Cesar	52,86	122,59	105,65	109,95	67,46	27,62
Córdoba	69,78	151,16	98,67	110,12	96,78	38,70
La Guajira	220,46	154,95	173,56	135,81	235,45	6,80
Magdalena	100,88	127,43	79,23	93,57	87,00	-13,76
San Andrés y Providencia	114,55	NR	230,41	NR	NR	-
Sucre	83,60	62,80	90,43	51,68	100,92	20,73
Total Región Caribe	89,00	104,04	91,16	81,98	82,83	-6,93
Total Nacional	72,88	74,09	71,22	68,70	58,59	-19,61

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la razón presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la razón de mortalidad materna, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la razón de mortalidad materna durante los dos años analizados.

En la Región Caribe se puede observar que durante el 2013 la tasa de mortalidad materna, en todos los departamentos, exceptuando Bolívar y Atlántico, supera la tasa nacional del mismo indicador. Las mayores tasas las presentan los departamentos de: La Guajira, Córdoba, Sucre y Magdalena (Ver Gráfica 19).

Gráfica 19 | RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN CARIBE, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

En la Región Caribe, la mayoría de los departamentos presenta una razón de razones por encima de 1 a excepción de los departamentos de Atlántico y Bolívar. La Guajira muestra una razón de razones de 4. La región también presenta una razón de razones por encima de 1. Se aclara que el departamento de San Andrés y Providencia no enseña información para el año 2013, por lo cual no se puede realizar el cálculo de la razón de razones (Ver Tabla 26).

Tabla 26

RAZÓN DE RAZONES PARA MORTALIDAD MATERNA. REGIÓN CARIBE, 2013

Departamento	Defunciones maternas	Nacidos Vivos	Razón mortalidad materna	Razón de Razones*
Atlántico	20	39.054	51,21	0,87
Bolívar	18	35.282	51,02	0,87
Cesar	14	20.753	67,46	1,15
Córdoba	26	26.864	96,78	1,65
La Guajira	31	13.166	235,45	4,02
Magdalena	20	22.989	87,00	1,48
San Andrés y Providencia	NR	874	NR	NR
Sucre	15	14.863	100,92	1,72
Total Región Caribe	144	173.845	82,83	1,41
Total Nacional	386	658.835	58,59	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de razones se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Pacífico

EN LA REGIÓN PACÍFICO DURANTE EL PERÍODO 2009-2013 se observa una disminución en la razón de mortalidad materna en la mayoría de departamentos, a excepción del departamento del Chocó donde se puede observar un aumento de la razón respecto al comportamiento presentado en el año 2009. La región en su conjunto también presenta disminución en la razón de mortalidad materna (Ver Tabla 27).

Tabla 27

MORTALIDAD MATERNA POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. REGIÓN PACÍFICO, 2009-2013

Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Cauca	102,68	140,85	166,68	118,80	60,58	-41,00
Chocó	126,88	196,53	341,63	240,65	163,98	29,24
Nariño	122,82	69,37	120,33	56,72	96,60	-21,35
Valle del Cauca	72,88	74,09	71,22	68,70	58,59	-19,61
Total Región Pacífico	82,53	84,43	106,86	93,39	69,49	-15,80
Total Nacional	72,88	74,09	71,22	68,70	58,59	-19,61

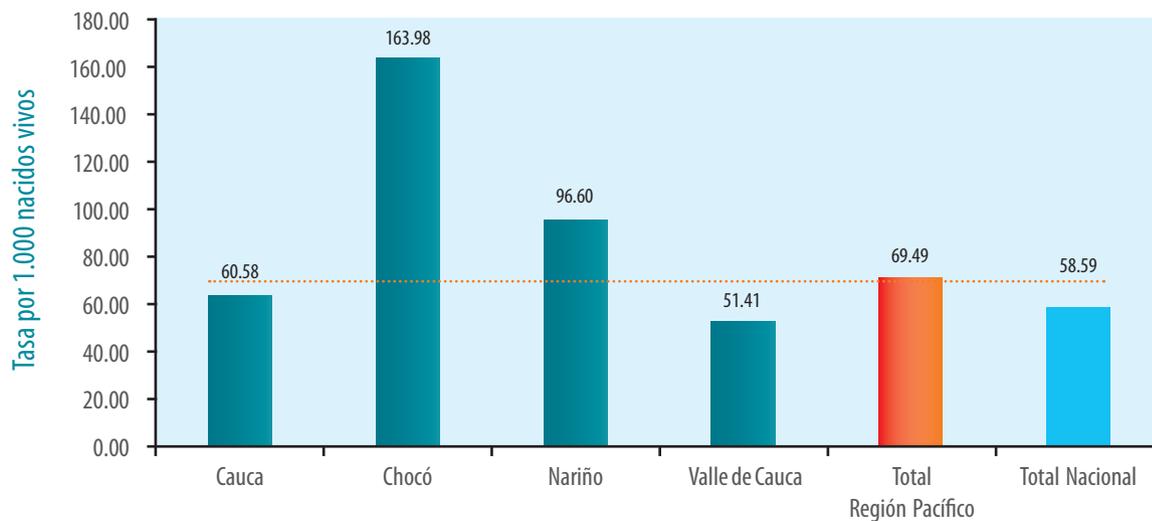
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la razón presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la razón de mortalidad materna, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la razón de mortalidad materna durante los dos años analizados.

En la Región Pacífico que comprende cuatro departamentos, se observa que la tasa de mortalidad materna en el departamento de Chocó, es 2 veces más alta que a nivel nacional. Los otros departamentos que presentan tasas altas son Nariño y Cauca (Ver Gráfica 20).

Gráfica 20

TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN PACÍFICO, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

En la Región Pacífico la mayoría de los departamentos presentan una razón de razones por encima de 1. Chocó muestra una razón de tasas de 2, como se observa en la Tabla 28.

Tabla 28

RAZÓN DE RAZONES PARA MORTALIDAD MATERNA. REGIÓN PACÍFICO, 2013

Departamento	Defunciones maternas	Nacidos Vivos	Razón mortalidad materna	Razón de Razones*
Cauca	11	18.157	60,58	1,03
Chocó	11	6.708	163,98	2,80
Nariño	17	17.598	96,60	1,65
Valle del Cauca	27	52.518	51,41	0,88
Total Región Pacífico	66	94.981	69,49	1,19
Total Nacional	386	658.835	58,59	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de razones se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.

EN LA REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C. DURANTE el período 2009-2013 se puede observar una disminución en la razón de mortalidad materna en la mayor parte de los departamentos que la conforman, salvo en el departamento de Boyacá que presenta aumento respecto al año 2009. El departamento de Norte de Santander no muestra cambios en el valor de la tasa. La región en su conjunto también presenta disminución, la cual es mayor a la reportada a nivel nacional (Ver Tabla 29).

Tabla 29

**MORTALIDAD MATERNA POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.
REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2009-2013.**

Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Bogotá, D.C.	53,54	39,66	44,86	43,62	25,18	-52,97
Boyacá	74,90	73,22	34,97	63,85	79,56	6,22
Cundinamarca	55,42	43,41	65,51	75,94	46,67	-15,78
Norte de Santander	55,08	98,44	51,70	67,13	54,70	-0,67
Santander	52,94	43,84	35,73	41,57	52,27	-1,27
Total Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.	55,71	49,24	46,71	52,62	40,08	-28,06
Total Nacional	72,88	74,09	71,22	68,70	58,59	-19,61

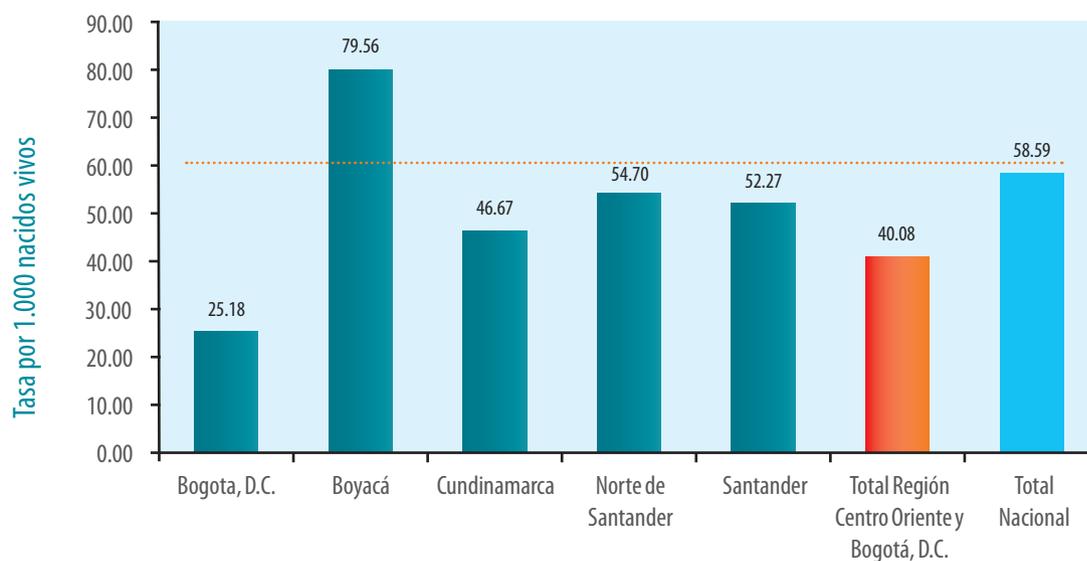
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la razón presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la razón de mortalidad materna, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la razón de mortalidad materna durante los dos años analizados.

En la Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C., que comprende cuatro departamentos no se observan diferencias entre las tasas de los departamentos que la componen, comparado con la tasa a nivel nacional, excepto el departamento de Boyacá cuya tasa de mortalidad materna es más alta que la tasa nacional. También puede verse que las tasas de los departamentos de Norte de Santander y Santander presentaron un comportamiento similar comparado con el valor nacional (Ver Gráfica 21).

Gráfica 21

TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

Respecto al comportamiento de la razón de razones para mortalidad materna, en la mayoría de los departamentos de la Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C. esta razón está por debajo de 1, salvo la presentada por el departamento de Boyacá (Ver Tabla 30).

Tabla 30

RAZÓN DE RAZONES PARA MORTALIDAD MATERNA. REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2013

Departamento	Defunciones maternas	Nacidos Vivos	Razón mortalidad materna	Razón de Razones*
Bogotá, D.C.	26	103.256	25,18	0,43
Boyacá	13	16.339	79,56	1,36
Cundinamarca	16	34.282	46,67	0,80
Norte de Santander	11	20.108	54,70	0,93
Santander	16	30.611	52,27	0,89
Total Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.	82	204.596	40,08	0,68
Total Nacional	386	658.835	58,59	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de razones se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Centro-Sur-Amazonia

EN LA REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA DURANTE el período 2009-2013 se observa una reducción en la razón de mortalidad materna, a excepción de los departamentos de Caquetá y Huila. La región en su conjunto también presenta una reducción en la razón de mortalidad frente al resultado presentado en el año 2009 (Ver Tabla 31).

Tabla 31

MORTALIDAD MATERNA POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2009-2013

Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Amazonas	391,85	NR	146,09	127,96	141,84	-63,80
Caquetá	95,58	194,34	67,16	102,18	116,11	21,49
Huila	20,19	48,13	54,96	33,42	33,76	67,26
Putumayo	126,13	242,19	160,55	116,44	69,44	-44,94
Tolima	62,76	81,77	40,64	87,00	21,29	-66,07
Total Región Centro-Sur-Amazonia	64,95	96,34	62,41	72,00	47,17	-27,37
Total Nacional	72,88	74,09	71,22	68,70	58,59	-19,61

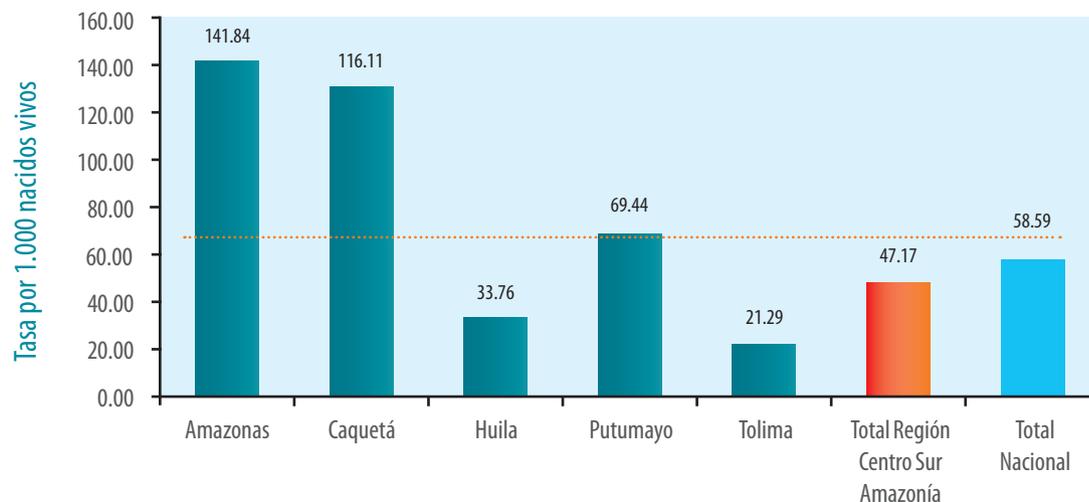
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la razón presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la razón de mortalidad materna, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la razón de mortalidad materna durante los dos años analizados.

Para el año 2013 en la Región Centro-Sur-Amazonia, las mayores razones de mortalidad materna las presentaron los departamentos de Amazonas y Caquetá, siendo dos veces más alta que la reportada a nivel nacional. Los departamentos con tasas inferiores a la Nacional corresponden a los departamentos del Huila y Tolima (Ver Gráfica 22).

Gráfica 22

TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

Frente a la razón de razones en la Región Centro-Sur-Amazonia, las más altas se encuentran en los departamentos de Amazonas y Caquetá, como se observa en la Tabla 32.

Tabla 32

RAZÓN DE RAZONES PARA MORTALIDAD MATERNA. REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2013

Departamento	Defunciones maternas	Nacidos Vivos	Razón mortalidad materna	Razón de Razones*
Amazonas	2	1.410	141,84	2,42
Caquetá	9	7.751	116,11	1,98
Huila	7	20.732	33,76	0,58
Putumayo	3	4.320	69,44	1,19
Tolima	4	18.784	21,29	0,36
Total Región Centro-Sur-Amazonia	25	52.997	47,17	0,81
Total Nacional	386	658.835	58,59	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de razones se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Llanos

PARA EL PERÍODO 2009-2013, EN CUATRO DE LOS SIETE departamentos que conforman la Región Llanos, ha aumentado la razón de mortalidad materna respecto al comportamiento presentado en el año 2009. Sin embargo, la región en su conjunto ha presentado un comportamiento descendente, como se puede observar en la Tabla 33.

Tabla 33

MORTALIDAD MATERNA POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. REGIÓN LLANOS, 2009-2013

Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Arauca	42,52	111,33	67,80	22,33	25,04	-41,10
Casanare	74,89	77,29	76,77	41,81	56,41	-24,68
Guainía	162,87	NR	163,67	NR	165,02	1,32
Guaviare	69,44	74,07	155,04	NR	93,46	34,58
Meta	57,92	52,93	78,90	57,58	39,03	-32,62
Vaupés	161,81	NR	145,99	286,53	175,13	8,23
Vichada	235,57	118,34	228,57	188,32	366,64	55,64
Total Región Llanos	68,72	67,82	87,81	55,21	60,41	-12,09
Total Nacional	72,88	74,09	71,22	68,70	58,59	-19,61

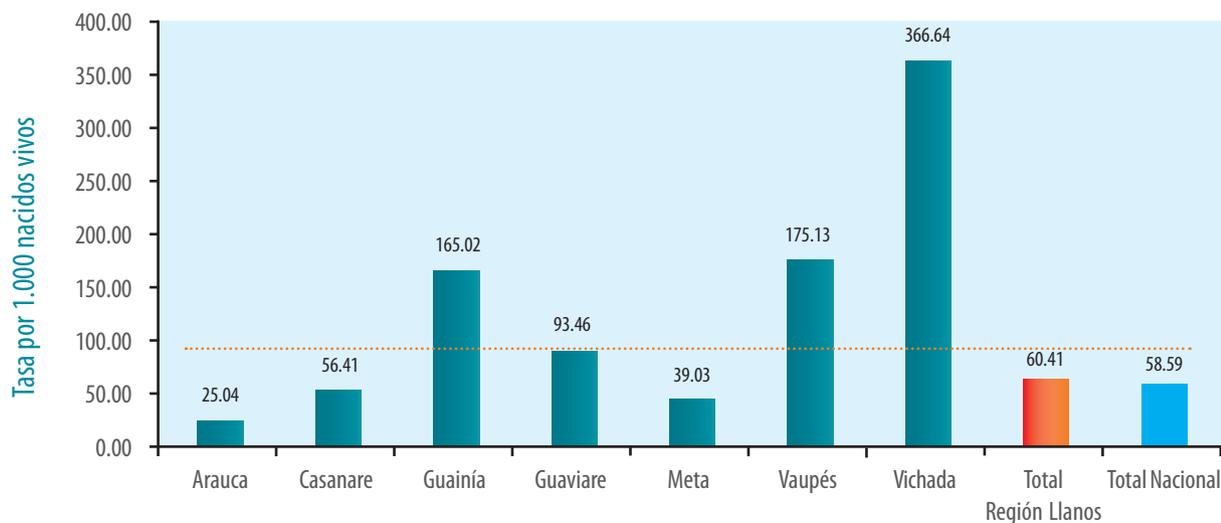
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la razón presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la razón de mortalidad materna, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la razón de mortalidad materna durante los dos años analizados.

En la región de los Llanos, se observa que los departamentos de Vichada, Vaupés, Guainía y Guaviare presentan razones de mortalidad materna por encima de la tasa nacional. El departamento de Vichada muestra la tasa más alta de mortalidad materna de la región. La región en su conjunto presenta una tasa ligeramente superior a la tasa nacional (Ver Gráfica 23).

Gráfica 23

TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN LLANOS, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

El cálculo de la razón de razones muestra que los departamentos de Guainía, Vaupés y Vichada presentan los valores más altos, siendo en este último el departamento con el mayor riesgo con una razón de razones de seis, siendo la más alta del país. La región en su conjunto muestra una razón de razones ligeramente superior a 1 (Ver Tabla 34).

Tabla 34

RAZÓN DE RAZONES PARA MORTALIDAD MATERNA. REGIÓN LLANOS, 2013

Departamento	Defunciones maternas	Nacidos Vivos	Razón mortalidad materna	Razón de Razones*
Arauca	1	3.993	25,04	0,43
Casanare	4	7.091	56,41	0,96
Guainía	1	606	165,02	2,82
Guaviare	1	1.070	93,46	1,60
Meta	6	15.374	39,03	0,67
Vaupés	1	571	175,13	2,99
Vichada	4	1.091	366,64	6,26
Total Región Llanos	18	29.796	60,41	1,03
Total Nacional	386	658.835	58,59	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de razones se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Eje Cafetero y Antioquia

EN LA REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA DURANTE EL PERÍODO 2009-2013 se ha presentado una disminución en la razón de mortalidad materna en todos los departamentos en comparación con el comportamiento mostrado en el año 2009. Se aclara que el departamento del Quindío no presenta información para el año 2009, por lo cual no se puede realizar el cálculo de la variación con la línea de base definida en el presente análisis (Ver Tabla 35).

Tabla 35

MORTALIDAD MATERNA POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2009-2013.

Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Antioquia	60,50	52,42	58,89	53,15	44,14	-27,03
Caldas	104,50	73,54	74,83	66,32	19,64	-81,20
Quindío	NR	65,03	32,97	33,55	67,82	-
Risaralda	73,22	59,21	50,05	92,40	61,94	-15,42
Total Región Eje Cafetero y Antioquia	62,79	56,04	58,00	57,79	45,04	-28,27
Total Nacional	72,88	74,09	71,22	68,70	58,59	-19,61

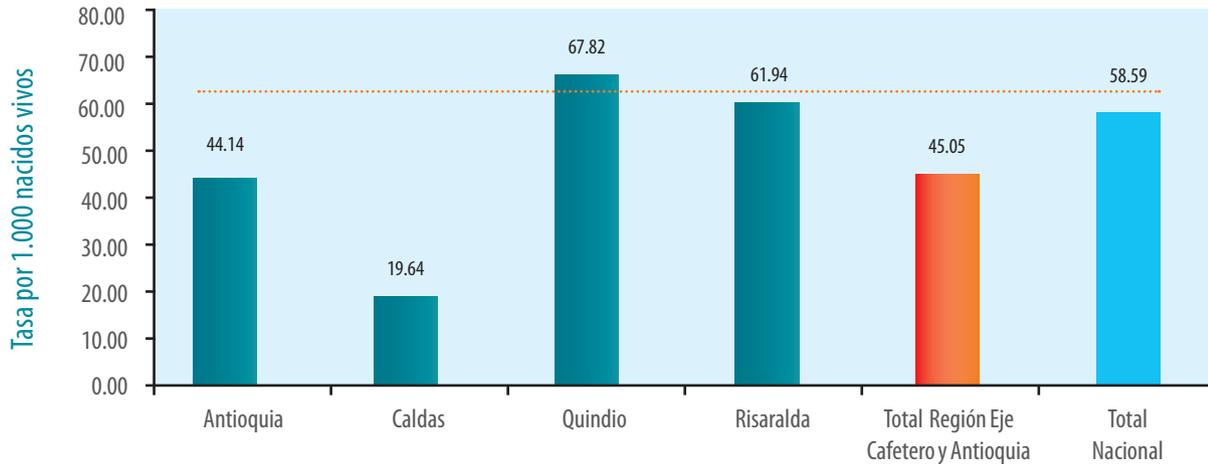
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la razón presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la razón de mortalidad materna, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la razón de mortalidad materna durante los dos años analizados.

En esta región se puede observar que los departamentos que presentaron las mayores razones de mortalidad materna fueron Quindío y Risaralda presentando razones de mortalidad por encima de las tasas regional y nacional (Ver Gráfica 24).

Gráfica 24

TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

El cálculo de la razón de razones muestra que los departamentos de Quindío y Risaralda presentan las razones más altas de la región. La región en su conjunto muestra una razón de razones inferior a 1 (Ver Tabla 36).

Tabla 36

RAZÓN DE RAZONES PARA MORTALIDAD MATERNA. REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2013

Departamento	Defunciones maternas	Nacidos Vivos	Razón mortalidad materna	Razón de Razones*
Antioquia	33	74.757	44,14	0,75
Caldas	2	10.181	19,64	0,34
Quindío	4	5.898	67,82	1,16
Risaralda	7	11.302	61,94	1,06
Total Región Eje Cafetero y Antioquia	46	102.138	45,04	0,77
Total Nacional	386	658.835	58,59	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de razones se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

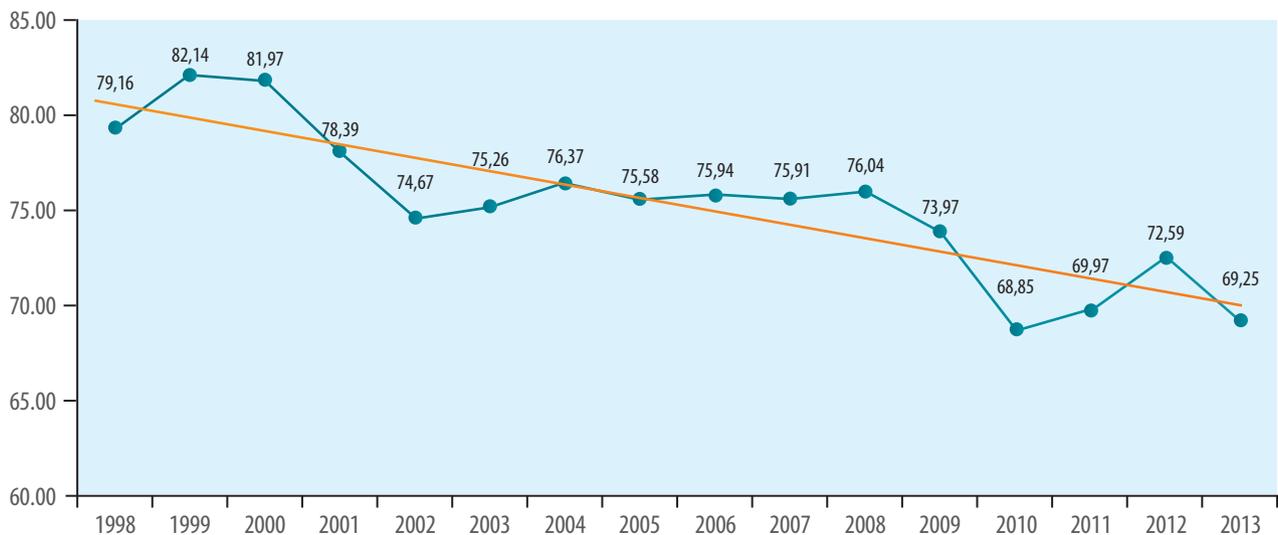
Fecundidad en Adolescentes

LA TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS ES EL NÚMERO de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad durante un período dado por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad en ese mismo período. Si bien las tasas de fecundidad en adolescentes han descendido en la mayoría de los países en desarrollo durante los últimos 20 años, la conducta reproductiva de este grupo constituye gran preocupación. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, en comparación con los cambios de fecundidad observados en los grupos de mujeres de mayor edad, en gran parte como consecuencia del uso de métodos de planificación familiar, las reducciones en la fecundidad de adolescentes son principalmente obtenidas mediante la postergación de la primera unión (10). Para el 2010, una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años había estado alguna vez embarazada, el 16% ya eran madres y 4% estaban esperando su primer hijo. Estos indicadores son similares a los estimados en el 2000, 15% y 4% respectivamente (10).

Para el grupo de edad de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad para Colombia ha tenido un comportamiento descendente desde 1998, línea de base de la serie presentada. Para el año 2013 esta tasa es de 69,25 nacimientos por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad, presentando además una disminución respecto al comportamiento presentado en el 2012 (Ver Gráfica 25).

Gráfica 25

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES, COLOMBIA 1998-2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

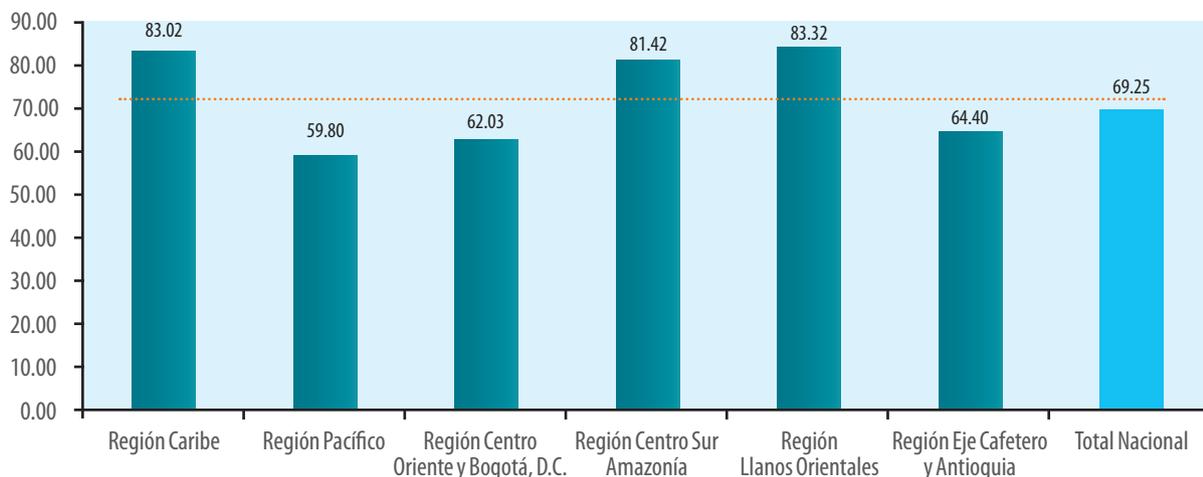
Sin embargo persisten diferencias entre las regiones. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, las proporciones de adolescentes que ya son madres disminuyen en Bogotá y en la región central, pero aumentan en otras regiones, sobre todo en la Orinoquía-Amazonia (10). Según datos de Así Vamos en Salud, en el año 2013 las mayores tasas de fecundidad específica de 15 a 19 años se presentaron en los departamentos de Cesar, Caquetá, Casanare, Magdalena y Huila con tasas de fertilidad específicas por encima de 90 nacimientos por 1.000 mujeres entre los 15 y 19 años. A su vez, las tasas de fertilidad más bajas se dieron en los departamentos de Guaviare, Quindío, Vaupés, Valle del Cauca, Bogotá, D.C., Nariño y San Andrés y Providencia, con tasas por debajo de 60 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años.

A pesar de ciertos cambios positivos en algunos de los factores determinantes del embarazo en adolescentes, como son una mayor permanencia en el sistema educativo, el aumento de la escolaridad, más participación laboral de la mujer, una mejor disponibilidad y acceso a métodos de planificación familiar, un mayor grado de urbanización y cambios favorables en los conceptos y valores acerca de la maternidad y la familia (CE, 2005), aún no se ha logrado una disminución significativa en el comportamiento de este indicador, cuya importancia radica en que el embarazo en adolescentes puede generar una trampa de pobreza que perpetúa las condiciones de vulnerabilidad de las jóvenes más pobres del país, así como tener consecuencias negativas sobre la madre adolescente como lo es un menor nivel de escolaridad, una probabilidad menor en 19% de participar en el mercado laboral, un mayor número de hijos y una probabilidad mayor de casarse más de una vez (12).

Análisis por regiones

DE ACUERDO CON EL COMPORTAMIENTO DE LA TASA DE FECUNDIDAD EN adolescentes por regiones para el año 2013, las regiones Llanos, Caribe y Centro-Sur-Amazonia presentan las tasas de fecundidad más altas, superando incluso la tasa de fecundidad nacional. Por el contrario la Región Pacífico es la que presentó la tasa de fecundidad más baja (Ver Gráfica 26).

Gráfica 26 | COMPARATIVO TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES POR REGIONES, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

A continuación se presenta un análisis del comportamiento de la tasa de fecundidad en adolescentes para cada una de las regiones durante el período 2009-2013, así como un análisis comparativo del comportamiento de esta tasa entre departamentos para el año 2013.

Región Caribe

EN LA REGIÓN CARIBE DURANTE EL PERÍODO 2009-2013 SOLAMENTE tres departamentos presentan una reducción en este indicador; Bolívar, Sucre y San Andrés y Providencia, este último presentando la mayor variación porcentual. En el departamento de Cesar no se presentan cambios significativos. En el resto de departamentos ha aumentado la tasa al compararla con la línea de base del año 2009. La Región Caribe en su conjunto también muestra un aumento en este indicador, como se puede observar en la Tabla 37.

Tabla 37

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN CARIBE, 2009-2013

Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por 1.000 n.v.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Atlántico	72,08	62,80	62,75	76,59	74,93	3,96
Bolívar	85,09	74,53	85,11	90,52	83,52	-1,83
Cesar	98,21	90,00	99,94	98,75	97,98	-0,23
Córdoba	79,51	69,51	84,55	88,06	84,74	6,57
La Guajira	65,44	62,87	65,74	66,72	66,79	2,06
Magdalena	91,61	86,20	90,27	96,63	93,12	1,65
San Andrés y Providencia	47,96	45,33	43,98	48,76	36,54	-23,80
Sucre	87,21	79,87	86,86	88,28	86,11	-1,25
Total Región Caribe	81,73	73,46	80,57	86,17	83,02	1,58
Total Nacional	73,97	68,85	69,97	72,59	69,25	-6,39

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

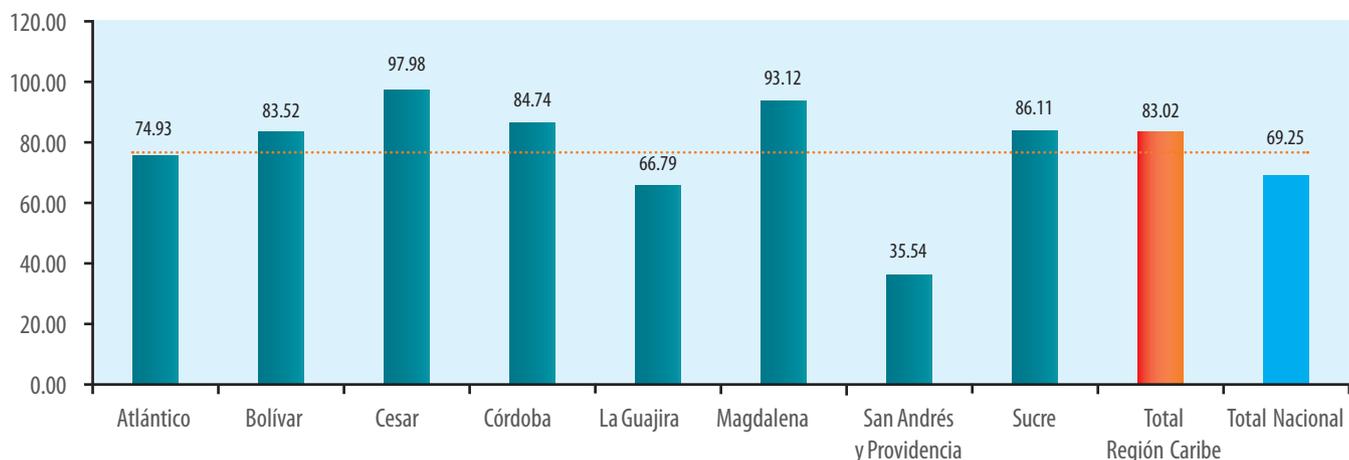
*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de fecundidad en adolescentes, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de fecundidad en adolescentes durante los dos años analizados.

Para el año 2013 los departamentos de Cesar, Magdalena, Bolívar y Córdoba presentan las tasas de fecundidad en adolescentes más altas de la región. Cabe aclarar que salvo los departamentos de La Guajira y San Andrés y Providencia, el resto de departamentos de la región se

encuentran por encima de la tasa nacional. La tasa regional también supera la tasa nacional, como se puede observar en la Gráfica 27.

Gráfica 27

Tasa de Fecundidad en Adolescentes en la Región Caribe, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

Para la Región Caribe, el cálculo de la razón de tasas muestra que la mayoría de los departamentos de la región presentan una razón de tasas por encima de 1, a excepción de los departamentos de San Andrés y Providencia, y La Guajira (Ver Tabla 38).

Tabla 38 | RAZÓN DE TASAS PARA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES. REGIÓN CARIBE, 2013

Departamento	NV de mujeres 15 a 19 años	Total mujeres de 15 a 19 años	Tasa de Fecundidad 15 a 19 años	Razón de Tasas*
Atlántico	7.889	105.290	74,93	1,08
Bolívar	8.278	99.109	83,52	1,21
Cesar	5.033	51.367	97,98	1,41
Córdoba	6.858	80.933	84,74	1,22
La Guajira	2.903	43.465	66,79	0,96
Magdalena	5.757	61.822	93,12	1,34
San Andrés y Providencia	121	3.311	36,54	0,53
Sucre	3.584	41.619	86,11	1,24
Total Región Caribe	40.423	486.916	83,02	1,20
Total Nacional	148.438	2.143.506	69,25	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Pacífico

DURANTE EL PERÍODO 2009-2013, LOS DEPARTAMENTOS DE Nariño y Valle del Cauca presentaron reducción frente al comportamiento de la tasa presentado en el 2009. Cauca y Chocó por el contrario presentaron aumento, siendo más significativo en este último departamento. La región en su conjunto muestra disminución durante este período (Ver Tabla 39).

Tabla 39

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN PACÍFICO, 2009-2013.

Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por 1.000 n.v.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Cauca	71,74	70,73	68,32	71,24	72,46	1,01
Chocó	49,56	50,99	51,21	54,45	60,91	22,90
Nariño	67,11	61,90	57,84	56,70	55,76	-16,92
Valle del Cauca	65,70	60,83	62,03	63,07	56,98	-13,27
Total Región Pacífico	65,81	62,07	61,48	62,56	59,8	-9,13
Total Nacional	73,97	68,85	69,97	72,59	69,25	-6,39

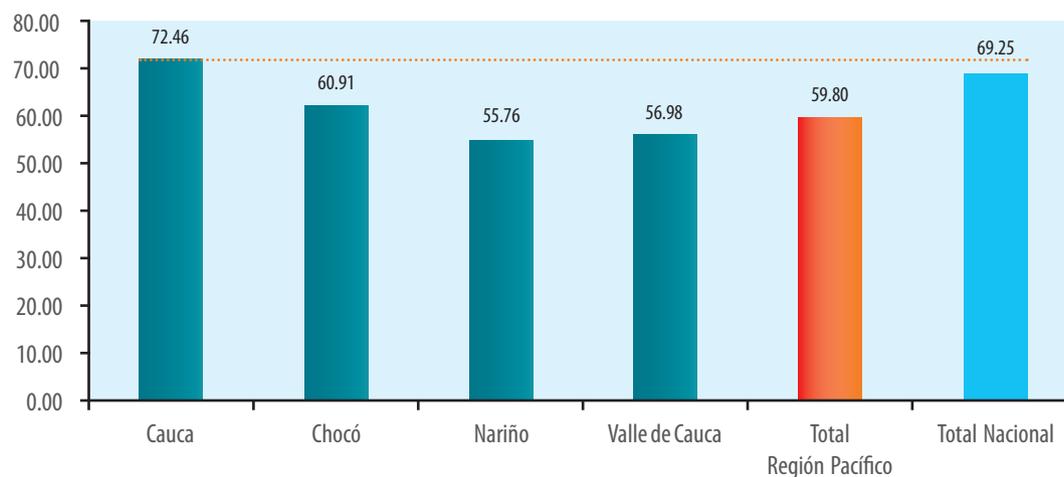
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de fecundidad en adolescentes, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de fecundidad en adolescentes durante los dos años analizados.

Para el año 2013 los departamentos de la región presentaron tasas de fecundidad en adolescentes por debajo de la tasa nacional, a excepción del departamento de Cauca. Igual sucede con la tasa agregada a nivel regional, como se observa en la Gráfica 28.

Gráfica 28

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES EN LA REGIÓN PACÍFICO, 2013.



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

Al realizar el cálculo de la razón de tasas, se observa que a excepción del departamento de Cauca, los demás departamentos, así como la región, presentan razones por debajo de 1, como se puede observar en la Tabla 40.

Tabla 40

RAZÓN DE TASAS PARA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES. REGIÓN PACÍFICO, 2013

Departamento	NV de mujeres 15 a 19 años	Total mujeres de 15 a 19 años	Tasa de Fecundidad 15 a 19 años	Razón de Tasas*
Cauca	4.817	66.476	72,46	1,05
Chocó	1.663	27.303	60,91	0,88
Nariño	4.395	78.826	55,76	0,81
Valle del Cauca	11.156	195.787	56,98	0,82
Total Región Pacífico	22.031	368.392	59,80	0,86
Total Nacional	148.438	2.143.506	69,25	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.

DURANTE EL PERÍODO 2009-2013 EN LA REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., se puede observar que, a excepción del departamento de Santander, tanto los departamentos como la región en su conjunto presentaron una disminución en el indicador al compararlo con la línea de base del año 2009 (Ver Tabla 41).

Tabla 41

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2009-2013

Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por 1.000 n.v.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Bogotá, D.C.	65,26	60,57	59,26	59,28	56,34	-13,67
Boyacá	70,10	64,96	65,44	65,57	61,15	-12,77
Cundinamarca	72,11	70,71	67,86	70,03	68,73	-4,69
Norte de Santander	77,43	73,38	73,49	73,72	69,14	-10,71
Santander	66,81	64,30	68,91	71,22	68,76	2,92
Total Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.	68,31	64,55	64,1	64,87	62,03	-9,19
Total Nacional	73,97	68,85	69,97	72,59	69,25	-6,39

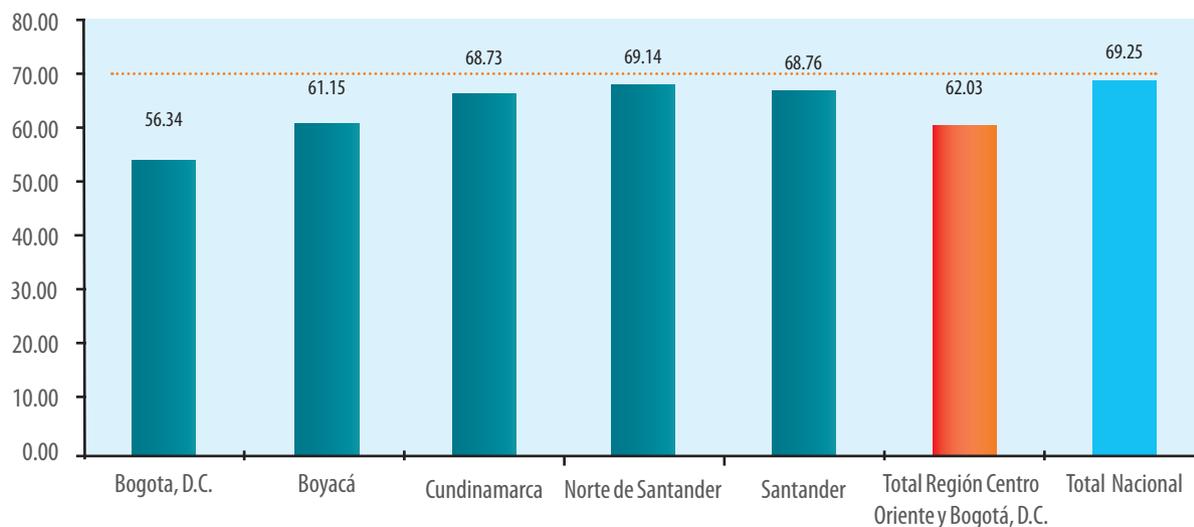
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de fecundidad en adolescentes, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de fecundidad en adolescentes durante los dos años analizados.

En el año 2013, todos los departamentos de la región presentan tasas por debajo de la tasa nacional, como se observa en la Gráfica 29.

Gráfica 29

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES EN LA REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

Respecto al comportamiento de la razón de tasas en la región, se puede observar que la mayoría de los departamentos así como la región presentan razones por debajo de 1, a excepción del departamento de Norte de Santander (Ver Tabla 42).

Tabla 42

RAZÓN DE TASAS PARA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES.

REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2013

Departamento	NV de mujeres 15 a 19 años	Total mujeres de 15 a 19 años	Tasa de Fecundidad 15 a 19 años	Razón de Tasas*
Bogotá, D.C.	18.095	321.149	56,34	0,81
Boyacá	3.427	56.042	61,15	0,88
Cundinamarca	8.137	118.387	68,73	0,99
Norte de Santander	4.521	65.387	69,14	1,00
Santander	6.270	91.183	68,76	0,99
Total Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.	40.450	652.148	62,03	0,90
Total Nacional	148.438	2.143.506	69,25	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Centro-Sur-Amazonia

DURANTE EL PERÍODO 2009-2013 EN LA REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA LA mayoría de los departamentos presentan disminución en la tasa de fecundidad en adolescentes, a excepción del departamento del Caquetá. La región en su conjunto también presenta una reducción en el comportamiento de este indicador (Ver Tabla 43).

Tabla 43

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.
REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2009-2013

Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por 1.000 n.v.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Amazonas	78,71	73,43	75,82	91,19	74,19	-5,75
Caquetá	91,76	90,83	91,86	101,82	96,47	5,13
Huila	94,76	87,69	90,76	95,93	92,05	-2,85
Putumayo	72,71	62,73	65,61	66,07	62,37	-14,22
Tolima	78,56	76,94	74,69	79,03	72,47	-7,75
Total Región Centro-Sur-Amazonia	85,12	80,83	81,52	86,82	81,42	-4,35
Total Nacional	73,97	68,85	69,97	72,59	69,25	-6,39

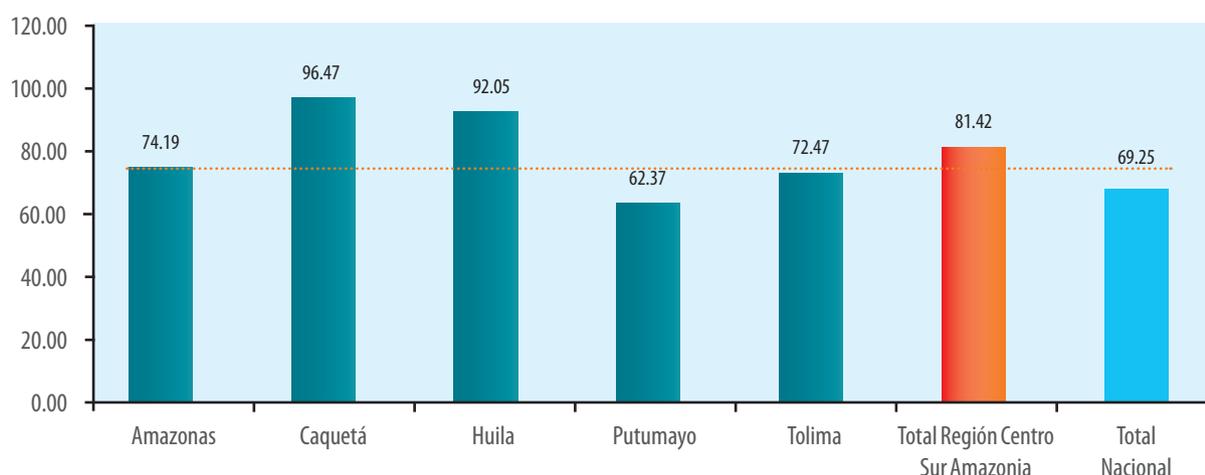
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de fecundidad en adolescentes, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de fecundidad en adolescentes durante los dos años analizados.

Durante el año 2013 casi la totalidad de departamentos de la región presentaron tasas de fecundidad en adolescentes, excepto el departamento de Putumayo. La región en su conjunto también se encuentra por encima de la tasa nacional (Ver Gráfica 30).

Gráfica 30

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES EN LA REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

Para la Región Centro-Sur-Amazonia, de acuerdo al cálculo de la razón de tasas, todos los departamentos presentan valores por encima de 1 a excepción del departamento de Putumayo. La razón de tasas de la región también se encuentra por encima de 1 (Ver Tabla 44).

Tabla 44

RAZÓN DE TASAS PARA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES. REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2013

Departamento	NV de mujeres 15 a 19 años	Total mujeres de 15 a 19 años	Tasa de Fecundidad 15 a 19 años	Razón de Tasas*
Amazonas	319	4.300	74,19	1,07
Caquetá	2.291	23.749	96,47	1,39
Huila	5.164	56.099	92,05	1,33
Putumayo	1.151	18.455	62,37	0,90
Tolima	4.621	63.763	72,47	1,05
Total Región Centro-Sur-Amazonia	13.546	166.366	81,42	1,18
Total Nacional	148.438	2.143.506	69,25	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Llanos

EN LA REGIÓN LLANOS, DURANTE EL PERÍODO 2009-2013 EN LOS departamentos de Arauca, Guainía, Guaviare y Meta presentaron disminución en la tasa de fecundidad en adolescentes. Por el contrario en los departamentos de Casanare, Vaupés y Vichada hubo un aumento en dicha tasa. La región en su conjunto presenta disminución, como se observa en la Tabla 45.

Tabla 45

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN LLANOS, 2009-2013

Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por 1.000 n.v.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Arauca	106,06	98,90	93,34	97,71	83,31	-21,45
Casanare	77,69	97,24	90,69	100,09	95,92	23,47
Guainía	73,45	76,32	64,59	66,19	64,60	-12,06
Guaviare	67,69	63,80	59,38	60,90	58,27	-13,92
Meta	88,25	85,24	84,99	90,79	85,32	-3,32
Vaupés	55,22	53,52	62,88	65,69	57,24	3,66
Vichada	56,85	55,99	54,70	53,16	70,27	23,60
Total Región Llanos	84,76	85,88	83,22	88,71	83,32	-1,70
Total Nacional	73,97	68,85	69,97	72,59	69,25	-6,39

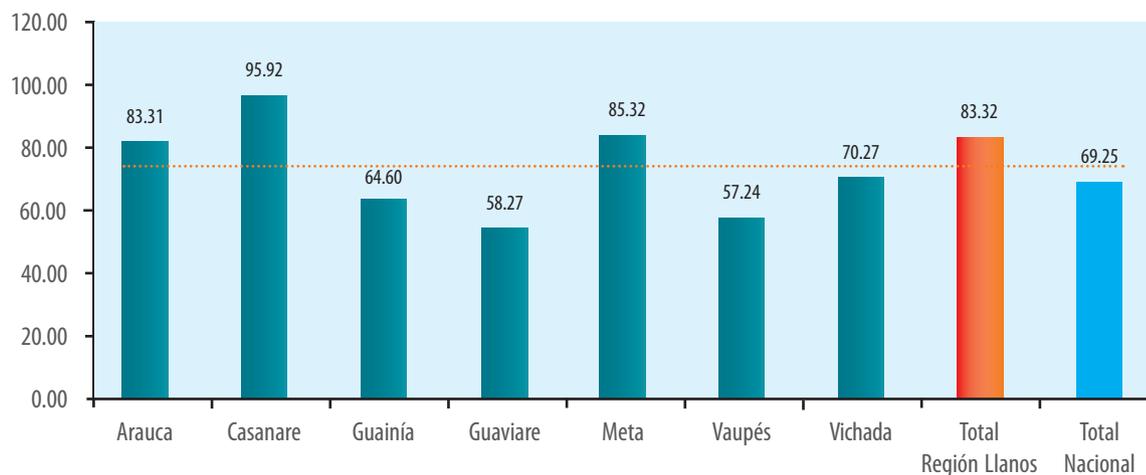
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de fecundidad en adolescentes, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de fecundidad en adolescentes durante los dos años analizados.

Para el año 2013, a excepción de los departamentos de Guainía, Guaviare y Vaupés, el resto de departamentos así como la región en su conjunto presentan tasas de fecundidad en adolescentes por encima del total nacional, como se observa en la Gráfica 31.

Gráfica 31

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES EN LA REGIÓN LLANOS, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

Frente al cálculo de la razón de tasas se observa que en la Región Llanos, a excepción de los departamentos de Guainía, Guaviare y Vaupés, el resto de departamentos y la región en su conjunto presentan una razón de tasas por encima de 1 (Ver Tabla 46).

Tabla 46

RAZÓN DE TASAS PARA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES. REGIÓN LLANOS, 2013

Departamento	NV de mujeres 15 a 19 años	Total mujeres de 15 a 19 años	Tasa de Fecundidad 15 a 19 años	Razón de Tasas*
Arauca	1.105	13.263	83,31	1,20
Casanare	1.684	17.556	95,92	1,39
Guainía	156	2.415	64,60	0,93
Guaviare	350	6.007	58,27	0,84
Meta	3.651	42.792	85,32	1,23
Vaupés	134	2.341	57,24	0,83
Vichada	268	3.814	70,27	1,01
Total Región Llanos	7.348	88.188	83,32	1,20
Total Nacional	148.438	2.143.506	69,25	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Eje Cafetero y Antioquia

EN LA REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA DURANTE EL PERÍODO 2009-2013 se observa una disminución en el comportamiento de este indicador tanto en los departamentos, como en la región en su conjunto, tal y como se observa en la Tabla 47.

Tabla 47

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2009-2013

Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por 1.000 n.v.						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Antioquia	75,59	67,69	67,40	69,56	65,44	-13,43
Caldas	62,93	62,28	61,56	62,76	59,89	-4,84
Quindío	66,65	62,99	63,73	59,88	58,25	-12,60
Risaralda	74,60	69,79	67,18	68,75	65,59	-12,08
Región Eje Cafetero y Antioquia	73,45	67	66,5	68,12	64,4	-12,32
Total Nacional	73,97	68,85	69,97	72,59	69,25	-6,39

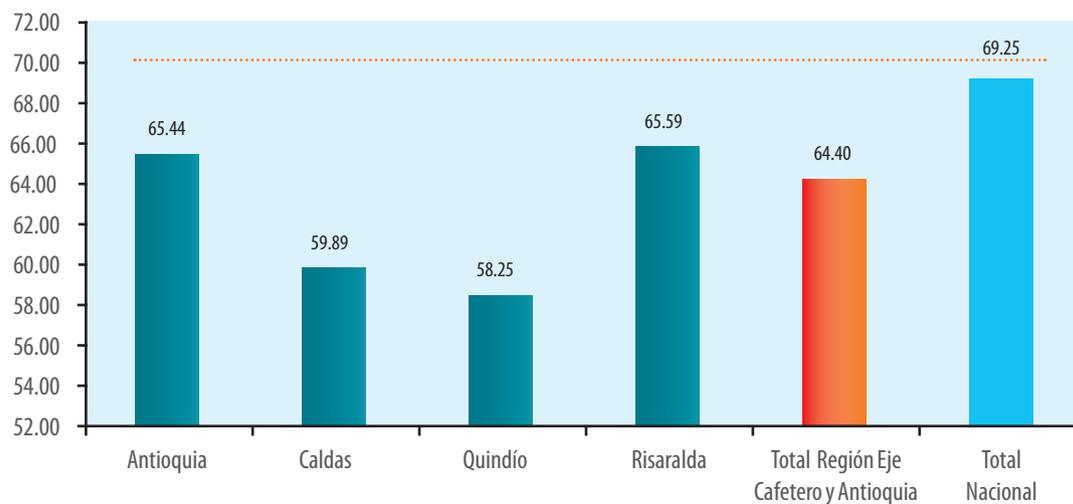
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la tasa presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la tasa de fecundidad en adolescentes, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la tasa de fecundidad en adolescentes durante los dos años analizados.

Para el año 2013, tanto los departamentos como la región en su conjunto se encuentran por debajo de la tasa de fecundidad en adolescentes a nivel nacional, como se puede observar en la Gráfica 32.

Gráfica 32

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES EN LA REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

A su vez, la razón de tasas en todos los departamentos se encuentra por debajo de 1, como se puede observar en la Tabla 48.

Tabla 48

RAZÓN DE TASAS PARA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES. REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2013

Departamento	NV de mujeres 15 a 19 años	Total mujeres de 15 a 19 años	Tasa de Fecundidad 15 a 19 años	Razón de Tasas*
Antioquia	18.052	275.872	65,44	0,94
Caldas	2.442	40.778	59,89	0,86
Quindío	1.414	24.276	58,25	0,84
Risaralda	2.661	40.570	65,59	0,95
Total Región Eje Cafetero y Antioquia	24.569	381.496	64,40	0,93
Total Nacional	148.438	2.143.506	69,25	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

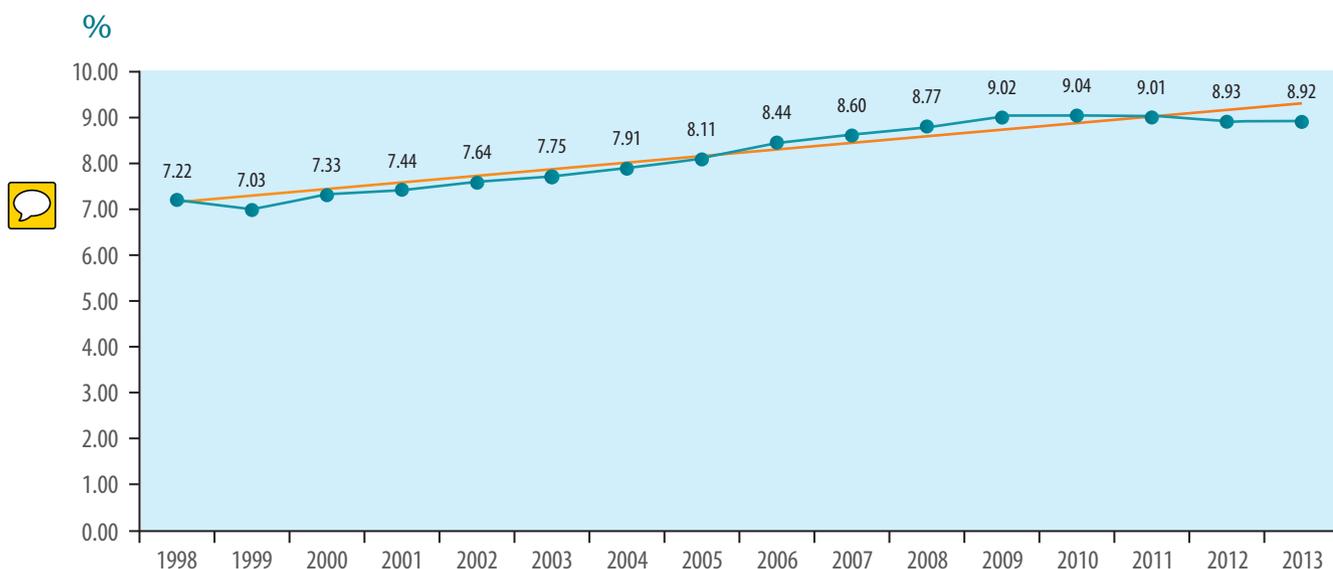
*La razón de tasas se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Prevalencia de Bajo Peso al Nacer

SE CONSIDERA BAJO PESO AL NACER AL NEONATO CUYO PESO ES MENOR O IGUAL a 2.499 gramos, independiente de la edad gestacional y cualquiera que sea la causa, en un determinado país, territorio o área geográfica (13). A diferencia de los anteriores indicadores, la prevalencia de bajo peso al nacer muestra un comportamiento ascendente, presentando para el último año de la serie (2013) un valor de 8,92%.

Gráfica 33

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER, COLOMBIA 1998-2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

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, generalmente como consecuencia de una deficiente salud y nutrición de la madre (14). Según información del Instituto Nacional de Salud, en la mayoría de los casos, el bajo peso al nacer suele estar relacionado con situaciones que interfieren en la circulación placentaria, encontrando dentro de las principales causas los nacimientos pre-término y la restricción en el crecimiento fetal secundarios a infecciones intrauterinas y anemia, que de manera retrospectiva puede estar asociado a desnutrición materna y embarazo adolescente (13).

El bajo peso al nacer presenta una mayor prevalencia en los países en vía de desarrollo, siendo la pobreza uno de los determinantes principales de este indicador. Se ha visto que la prevalencia de esta condición es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad neona-

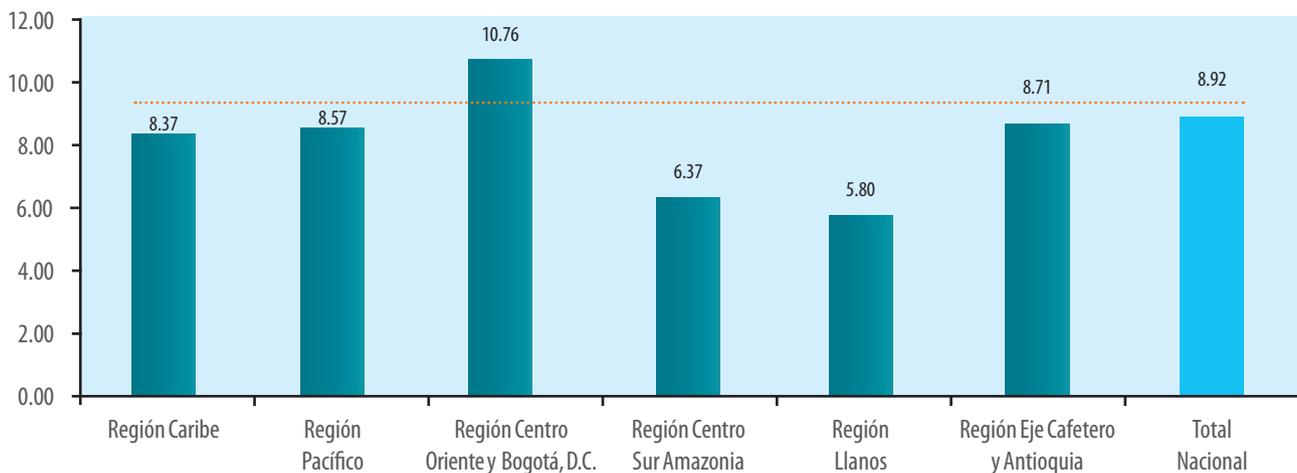
tal (6), siendo un riesgo 4 veces mayor de morir si se compara con neonatos con peso dentro de los rangos normales (13); así como de consecuencias negativas en otros indicadores como morbilidad, educación y productividad.

Según el Instituto Nacional de Salud, al realizar el análisis de la proporción de bajo peso al nacer, la edad de la madre es una variable que está muy relacionada con esta condición. Se observa que cerca del 20% del total de bajo peso al nacer se presenta en las mujeres menores de 20 años de edad, siendo mayor en las menores de 15 años. Este porcentaje disminuye con la edad, pero cobra mayor importancia a partir de los 40 años y aún más en el grupo de edad de 45-50 años, que es el grupo que ostenta el mayor porcentaje del bajo peso al nacer. Sin embargo frente a esta afirmación se debe tener en cuenta que éste último grupo etario es el que presenta menor número de nacimientos anuales (13).

Análisis por regiones

DE ACUERDO AL COMPORTAMIENTO DE LA PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER por regiones durante el 2013, llama la atención que la región que presenta la más alta prevalencia, incluso superando el valor nacional sea la Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C., con una prevalencia de 10,76%. El resto de regiones demuestra prevalencias por debajo del valor nacional. La Región Llanos es la que presenta la menor prevalencia, con un 5,8%, como se observa en la Gráfica 34.

Gráfica 34 | COMPARATIVO PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER POR REGIONES, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

A continuación se presenta un análisis del comportamiento de la prevalencia de bajo peso al nacer para cada una de las regiones durante el período 2009-2013, así como un análisis comparativo del comportamiento de este indicador entre departamentos para el año 2013.

Región Caribe

EN LA REGIÓN CARIBE DURANTE EL PERÍODO 2009-2013 SE OBSERVA un aumento en la prevalencia de bajo peso al nacer en la mayoría de departamentos, salvo en los departamentos de Cesar, y San Andrés y Providencia, como se puede observar en la Tabla 49.

Tabla 49

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN CARIBE, 2009-2013

Prevalencia de Bajo Peso al Nacer						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Atlántico	8,64	8,59	9,02	8,59	9,04	4,66
Bolívar	7,47	7,68	7,94	8,15	7,67	2,68
Cesar	8,38	7,76	7,83	8,77	7,94	-5,20
Córdoba	8,10	8,42	8,35	8,43	8,22	1,49
La Guajira	8,11	8,24	8,09	8,34	9,32	14,92
Magdalena	7,49	7,49	7,66	7,79	8,20	9,51
San Andrés y Providencia	7,56	8,36	7,72	8,55	7,09	-6,17
Sucre	7,90	7,47	7,78	8,45	8,58	8,63
Total Región Caribe	8,03	8,01	8,17	8,36	8,37	4,23
Total Nacional	9,02	9,04	9,01	8,93	8,92	-1,03

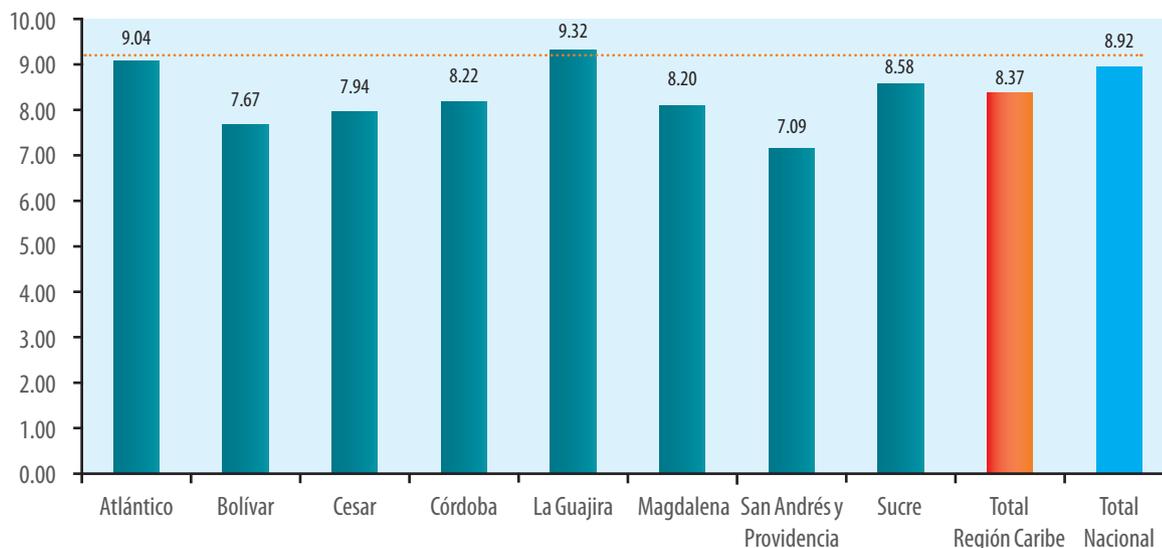
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la prevalencia presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la prevalencia de bajo peso al nacer, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la prevalencia de bajo peso al nacer durante los dos años analizados.

En la Región Caribe, es posible evidenciar que durante el 2013 los departamentos que tuvieron una prevalencia de bajo peso al nacer superior al nacional fueron La Guajira y Atlántico. Mientras que los otros departamentos que componen ésta región presentaron índices relativamente similares, con valores inferiores que el nacional. Por otro lado, el departamento de San Andrés y Providencia presentó la menor prevalencia durante el 2013. A su vez la prevalencia de bajo peso al nacer de la región se encuentra por debajo de la prevalencia a nivel nacional (Ver Gráfica 35).

Gráfica 35

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER EN LA REGIÓN CARIBE, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

Por otra parte la razón de prevalencias en la mayoría de departamentos se encuentra por debajo de 1, a excepción de los departamentos de Atlántico y La Guajira, como se puede observar en la Tabla 50.

Tabla 50

RAZÓN DE PREVALENCIAS PARA BAJO PESO AL NACER. REGIÓN CARIBE, 2013

Departamento	Nacidos Vivos	R.N. con peso inferior 2500gr	Prevalencia	Razón de prevalencias*
Atlántico	39.054	3.530	9,04	1,01
Bolívar	35.282	2.707	7,67	0,86
Cesar	20.753	1.648	7,94	0,89
Córdoba	26.864	2.209	8,22	0,92
La Guajira	13.166	1.227	9,32	1,04
Magdalena	22.989	1.885	8,20	0,92
San Andrés y Providencia	874	62	7,09	0,80
Sucre	14.863	1.275	8,58	0,96
Total Región Caribe	173.845	14.543	8,37	0,94
Total Nacional	658.835	58.784	8,92	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de prevalencias se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Pacífico

EN EL PERÍODO 2009-2013, TODOS LOS DEPARTAMENTOS PRESENTAN reducción en el comportamiento de este indicador frente a la línea de base del año 2009. El departamento de Chocó presenta la mayor disminución durante este período, como se puede observar en la Tabla 51.

Tabla 51

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN PACÍFICO, 2009-2013

Prevalencia de Bajo Peso al Nacer						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Cauca	8,75	8,16	8,04	8,03	7,90	-9,68
Chocó	9,68	9,76	9,31	7,08	8,20	-15,29
Nariño	9,01	8,82	8,49	8,90	8,69	-3,56
Valle del Cauca	8,91	9,12	8,90	8,92	8,81	-1,10
Total Región Pacífico	8,94	8,93	8,7	8,64	8,57	-4,14
Total Nacional	9,02	9,04	9,01	8,93	8,92	-1,03

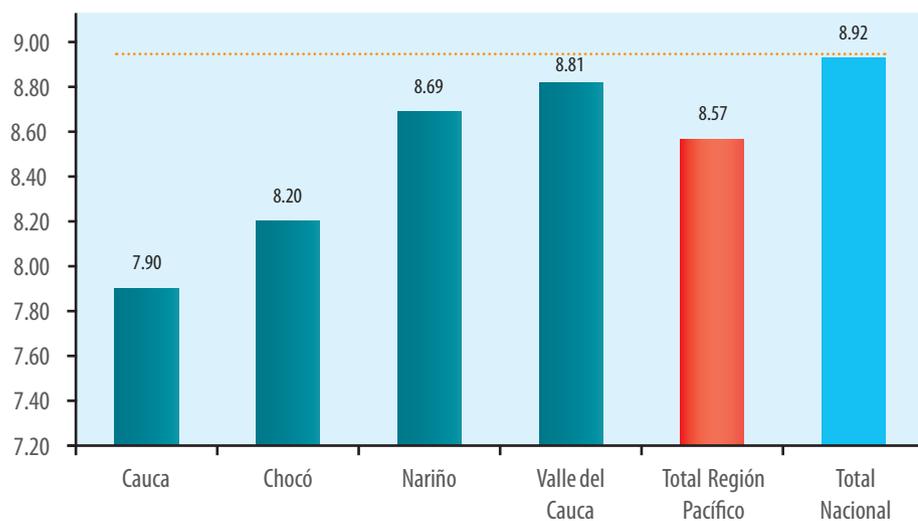
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la prevalencia presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la prevalencia de bajo peso al nacer, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la prevalencia de bajo peso al nacer durante los dos años analizados.

Para el año 2013 todos los departamentos de la Región Pacífico presentaron prevalencias de bajo peso al nacer por debajo de la prevalencia nacional. De la región, Valle es el departamento que presentó la mayor prevalencia, seguido del departamento de Nariño (Ver Gráfica 36).

Gráfica 36

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER EN LA REGIÓN PACÍFICO, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

La razón de prevalencias en todos los departamentos de la región se encuentra por debajo de 1, como se observa en la Tabla 52.

Tabla 52

RAZÓN DE PREVALENCIAS PARA BAJO PESO AL NACER. REGIÓN PACÍFICO, 2013

Departamento	Nacidos Vivos	R.N. con peso inferior 2500gr	Prevalencia	Razón de prevalencias*
Cauca	18.157	1.435	7,90	0,89
Chocó	6.708	550	8,20	0,92
Nariño	17.598	1.530	8,69	0,97
Valle del Cauca	52.518	4.627	8,81	0,99
Total Región Pacífico	94.981	8.142	8,57	0,96
Total Nacional	658.835	58.784	8,92	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de prevalencias se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.

Durante el período 2009-2013 en la Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C. los únicos departamentos que presentan reducción en la prevalencia de bajo peso al nacer son Santander y Boyacá. En Cundinamarca se observa aumento en la prevalencia. En Bogotá, D.C. y en Norte de Santander este indicador no ha presentado variaciones significativas, así como en la región en su conjunto (Ver Tabla 53).

Tabla 53

**PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.
REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2009-2013**

Prevalencia de Bajo Peso al Nacer						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Bogotá, D.C.	12,85	12,95	13,29	12,94	12,84	-0,09
Boyacá	9,33	9,53	9,25	9,52	8,76	-6,08
Cundinamarca	10,43	10,65	10,75	10,94	11,32	8,54
Norte de Santander	6,21	6,40	6,19	6,48	6,20	-0,06
Santander	7,59	7,26	7,46	7,39	7,21	-4,93
Total Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.	10,8	10,88	10,98	10,85	10,76	-0,37
Total Nacional	9,02	9,04	9,01	8,93	8,92	-1,03

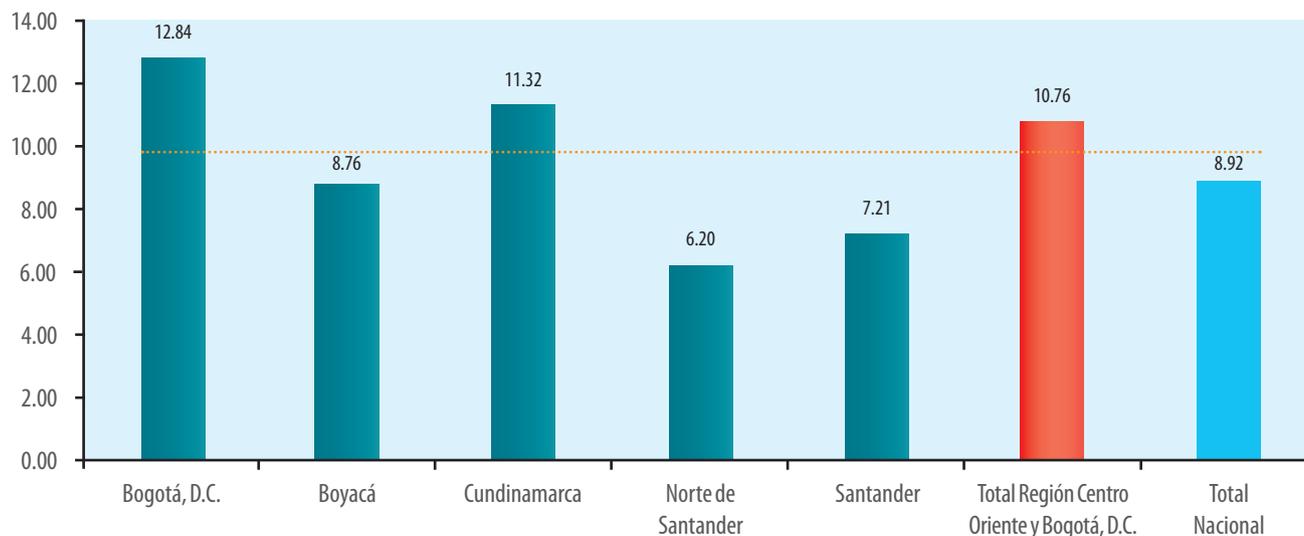
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la prevalencia presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la prevalencia de bajo peso al nacer, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la prevalencia de bajo peso al nacer durante los dos años analizados.

En la Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C., tanto Bogotá D.C. como Cundinamarca presentan prevalencias por encima de los valores a nivel nacional y regional. La región a su vez también muestra una prevalencia por encima del valor nacional (Ver Gráfica 37).

Gráfica 37

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER EN LA REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

Frente al cálculo de la razón de prevalencias se puede observar que Bogotá D.C. y Cundinamarca presentan razones de prevalencia por encima de 1, al igual que la región, como se observa en la Tabla 54.

Tabla 54

RAZÓN DE PREVALENCIAS PARA BAJO PESO AL NACER. REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2013

Departamento	Nacidos Vivos	R.N. con peso inferior 2500gr	Prevalencia	Razón de prevalencias*
Bogotá, D.C.	103.256	13.255	12,84	1,44
Boyacá	16.339	1.431	8,76	0,98
Cundinamarca	34.282	3.881	11,32	1,27
Norte de Santander	20.108	1.247	6,20	0,70
Santander	30.611	2.208	7,21	0,81
Total Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.	204.596	22.022	10,76	1,21
Total Nacional	658.835	58.784	8,92	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de prevalencias se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Centro-Sur-Amazonia

EN LA REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA DURANTE EL PERÍODO 2009-2013, Tolima fue el único departamento que presentó una disminución en el comportamiento de este indicador. Los departamentos de Amazonas y Putumayo presentaron aumento. Huila y Caquetá no demostraron diferencias significativas frente al comportamiento reportado al comienzo de la serie (Ver Tabla 55).

Tabla 55

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2009-2013

Prevalencia de Bajo Peso al Nacer						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Amazonas	6,43	6,34	5,41	5,57	7,59	18,09
Caquetá	6,09	5,96	6,45	5,81	6,05	-0,64
Huila	6,52	6,09	6,16	6,29	6,49	-0,43
Putumayo	5,51	6,03	5,83	5,52	6,41	16,42
Tolima	6,83	6,96	6,64	6,58	6,26	-8,35
Total Región Centro-Sur-Amazonia	6,49	6,41	6,33	6,24	6,37	-1,85
Total Nacional	9,02	9,04	9,01	8,93	8,92	-1,03

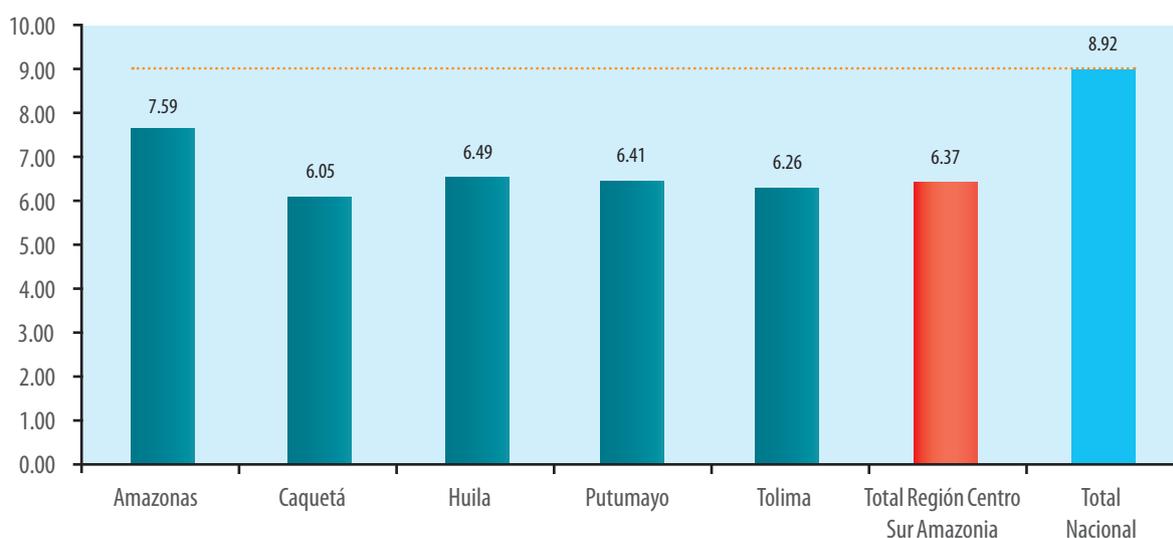
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la prevalencia presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la prevalencia de bajo peso al nacer, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la prevalencia de bajo peso al nacer durante los dos años analizados.

En la región Centro-Sur-Amazonia todos los departamentos presentan una prevalencia inferior a la nacional. Al hacer la comparación entre los departamentos pertenecientes a esta región no se encuentra una diferencia significativa entre ellos; sin embargo el departamento que muestra la mayor prevalencia de bajo peso al nacer en la región es Amazonas. Para el 2013 Tolima reportó la menor prevalencia de bajo peso al nacer de la región (Ver Gráfica 38).

Gráfica 38

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER EN LA REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

En la Región Centro-Sur-Amazonia todos los departamentos presentan una razón de prevalencias inferior a 1, como se puede observar en la Tabla 56.

Tabla 56

RAZÓN DE PREVALENCIAS PARA BAJO PESO AL NACER. REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2013

Departamento	Nacidos Vivos	R.N. con peso inferior 2500gr	Prevalencia	Razón de prevalencias*
Amazonas	1.410	107	7,59	0,85
Caquetá	7.751	469	6,05	0,68
Huila	20.732	1.345	6,49	0,73
Putumayo	4.320	277	6,41	0,72
Tolima	18.784	1.176	6,26	0,70
Total Región Centro-Sur-Amazonia	52.997	3.374	6,37	0,71
Total Nacional	658.835	58.784	8,92	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de prevalencias se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Llanos

En el período 2009-2013, todos los departamentos pertenecientes a la Región Llanos presentaron una disminución en el comportamiento de la prevalencia de bajo peso al nacer, como se observa en la Tabla 57.

Tabla 57

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN LLANOS, 2009-2013

Prevalencia de Bajo Peso al Nacer						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Arauca	5,72	6,17	5,97	5,69	5,71	-0,15
Casanare	6,52	5,66	5,48	5,83	5,57	-14,51
Guainía	7,49	5,76	4,42	5,72	4,46	-40,53
Guaviare	8,47	7,11	7,36	7,34	7,20	-15,06
Meta	6,18	6,18	6,57	5,71	5,95	-3,87
Vaupés	5,18	4,28	5,69	5,16	4,55	-12,06
Total Región Llanos	6,32	6,05	6,16	5,72	5,8	-8,23
Total Nacional	9,02	9,04	9,01	8,93	8,92	-1,03

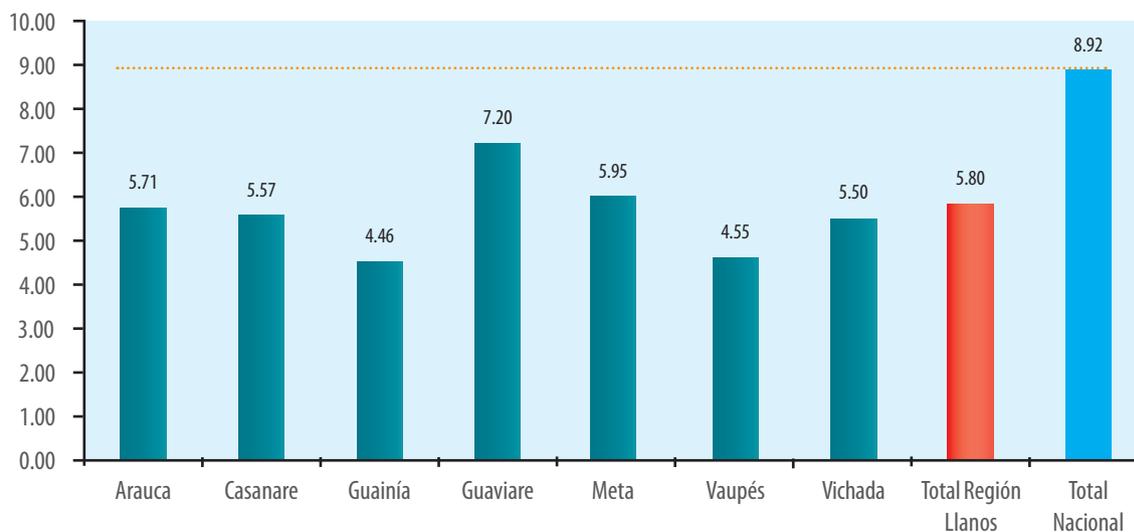
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la prevalencia presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la prevalencia de bajo peso al nacer, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la prevalencia de bajo peso al nacer durante los dos años analizados.

En el año 2013, todos los departamentos de la Región Llanos presentan una prevalencia de bajo peso al nacer inferior al nacional, como se observa en la Gráfica 39.

Gráfica 39

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER EN LA REGIÓN LLANOS, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

En la Región Llanos todos los departamentos presentan una razón de prevalencias inferior a 1, como se puede observar en la Tabla 58.

Tabla 58

RAZÓN DE PREVALENCIAS PARA BAJO PESO AL NACER. REGIÓN LLANOS, 2013

Departamento	Nacidos Vivos	R.N. con peso inferior 2500gr	Prevalencia	Razón de prevalencias*
Arauca	3.993	228	5,71	0,64
Casanare	7.091	395	5,57	0,62
Guainía	606	27	4,46	0,50
Guaviare	1.070	77	7,20	0,81
Meta	15.374	914	5,95	0,67
Vaupés	571	26	4,55	0,51
Vichada	1.091	60	5,50	0,62
Total Región Llanos	29.796	1.727	5,80	0,65
Total Nacional	658.835	58.784	8,92	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de prevalencias se calcula tomando como denominador la tasa nacional.

Región Eje Cafetero y Antioquia

DURANTE EL PERÍODO 2009-2013, LA MAYORÍA DE LOS DEPARTAMENTOS QUE HACEN parte de la Región Eje Cafetero y Antioquia presentaron reducción en el comportamiento de la prevalencia de bajo peso al nacer, a excepción de Caldas. La región en su conjunto también presentó una disminución, como se observa en la Tabla 59.

Tabla 59

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.

REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2009-2013

Prevalencia de Bajo Peso al Nacer						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	Variación 2009-2013*
Antioquia	9,54	9,57	9,38	9,11	9,26	-2,92
Caldas	6,80	6,83	6,71	7,48	7,40	8,74
Quindío	7,77	7,45	7,15	6,68	6,92	-10,98
Risaralda	8,08	8,73	8,22	8,01	7,49	-7,24
Total Región Eje Cafetero y Antioquia	9,01	9,08	8,85	8,69	8,74	-3,00
Total Nacional	9,02	9,04	9,01	8,93	8,92	-1,03

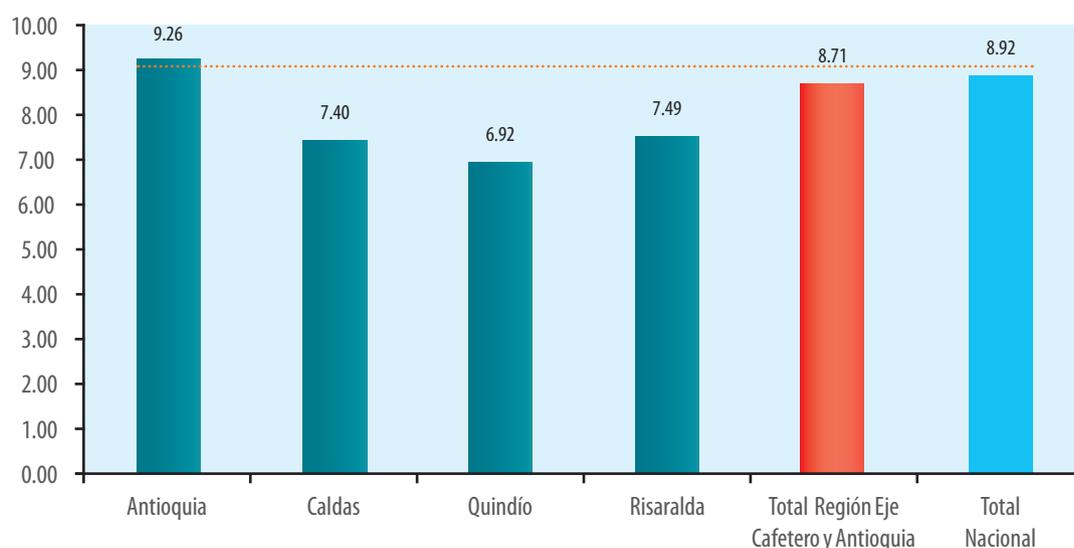
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población), 2015.

*Nota: la semaforización se realizó en términos de la variación porcentual presentada en el 2013 respecto a la prevalencia presentada al comienzo de la serie analizada (año 2009). En verde se presentan los departamentos que presentaron disminución en la prevalencia de bajo peso al nacer, en amarillo los departamentos que no presentaron cambios porcentuales significativos (menos del 1%) y en rojo los departamentos con incrementos porcentuales en la prevalencia de bajo peso al nacer durante los dos años analizados.

Para el año 2013 en la región del Eje Cafetero y Antioquia, a excepción del departamento de Antioquia, se presentaron prevalencias por debajo del total nacional (Ver Gráfica 40).

Gráfica 40

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER EN LA REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2013



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

El cálculo de la razón de prevalencias muestra que, salvo el departamento de Antioquia, el resto de la región presenta razones de prevalencias por debajo de 1 (Ver Tabla 60).

Tabla 60

RAZÓN DE PREVALENCIAS PARA BAJO PESO AL NACER. REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2013

Departamento	Nacidos Vivos	R.N. con peso inferior 2500gr	Prevalencia	Razón de prevalencias*
Antioquia	74.757	6.921	9,26	1,04
Caldas	10.181	753	7,40	0,83
Quindío	5.898	408	6,92	0,78
Risaralda	11.302	847	7,49	0,84
Total Región Eje Cafetero y Antioquia	2.244.229	195.483	8,71	0,98
Total Nacional	658.835	58.784	8,92	1,00

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en DANE (Estadísticas Vitales), 2015.

*La razón de prevalencias se calcula tomando como denominador la tasa nacional

Cobertura de Aseguramiento en Salud

ESTE INDICADOR PERMITE CONOCER A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL EL NÚMERO de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través de los diferentes regímenes (contributivo, subsidiado y de excepción). El régimen subsidiado está conformado por las personas sin capacidad de pago. Los mecanismos de financiación de este régimen son: transferencias nacionales, contribuciones solidarias y, de esfuerzos municipales y distritales. A su vez el régimen contributivo está conformado por las personas que tienen capacidad de contribuir a la seguridad social. Este régimen se financia a través de las contribuciones de base establecidas en el 12,5% del salario, del cual el 8,5% lo paga el empleador y el 4% lo asume el empleado. Los trabajadores independientes deben asumir el costo total de la cotización a partir del ingreso mensual. Los regímenes especiales afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas (15) (16).

Adicionalmente se consideró la participación en el SGSSS de personas que lo harán en forma transitoria mientras se logra la universalidad en la afiliación. Son aquellos que por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado (15).

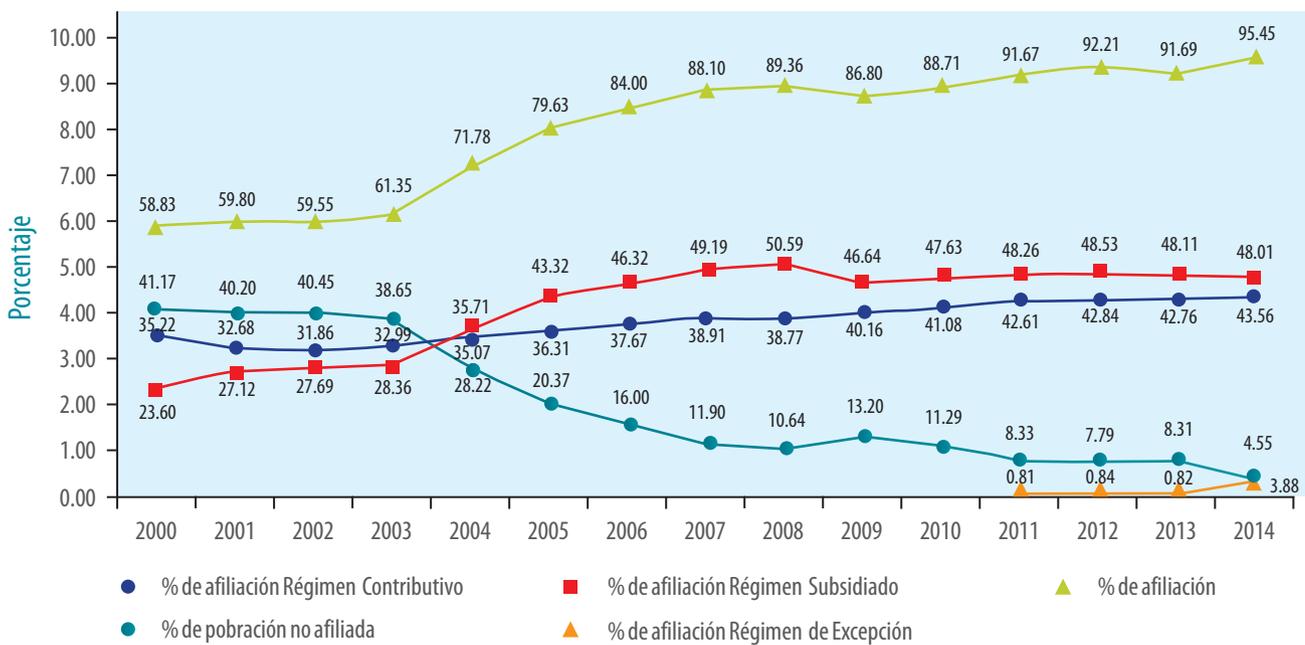
El sector exclusivamente privado es utilizado por aquellos que tienen mayor capacidad de pago, y pueden pagar seguros privados o acudir a consulta privada. Un porcentaje de la población de ingresos medios, por carecer de cobertura o por no tener acceso oportuno al SGSSS, se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo (15).

La afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), públicas o privadas, que se encargan de ofrecer el Plan Obligatorio de Salud (POS). Las EPS entregan los fondos reunidos de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual devuelve a las EPS el monto equivalente a la unidad de pago por capitación (UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tengan. El pago capitado en el régimen subsidiado es análogo (aunque no se ajusta por riesgo) y se denomina UPC-S. Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), que pueden estar o no integradas a las EPS, pero que en todo caso son contratadas por éstas (15).

Según lo presentan los datos de Así Vamos en Salud, el porcentaje de población asegurada en Colombia ha aumentado significativamente, pasando de un 58,3% de población asegurada en el año 2000 a un 95,45% a diciembre de 2014, lo que significa que 45.492.407 personas cuentan con aseguramiento en salud según la información disponible en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Esta tendencia positiva en el porcentaje de aseguramiento en Colombia se debe más al crecimiento del régimen subsidiado, el cual pasó de un 23,60% en el año 2000 a un 48,01% en el año 2014, contando con un total de 22.882.669 personas afiliadas a este régimen (17).

Mientras que la afiliación al régimen subsidiado ha aumentado progresivamente, el aumento de la afiliación al régimen contributivo no ha sido tan significativo, pasando de un porcentaje de población afiliada de 35,22% en el 2000 a un porcentaje de 43,56% en el 2014. Al mismo tiempo se observa una disminución significativa en la población no afiliada al sistema, pasando de un 41,17% de población no afiliada al sistema en el año 2000 a un 4,55% en el año 2014. Para el 2014 1.849.615 personas se encuentran afiliadas en alguno de los regímenes de excepción o especiales (Ver Gráfica 41).

Gráfica 41 | COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. COLOMBIA, 2000-2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

*Nota: el cálculo del porcentaje de afiliación se realiza tomando como denominador las proyecciones de población DANE, por lo que el resultado es una aproximación.

Análisis por regiones

A NIVEL REGIONAL SE PUEDEN OBSERVAR LAS DIFERENCIAS EXISTENTES ENTRE LOS porcentajes de población afiliada a los distintos regímenes, lo que guarda relación con el desarrollo social y económico de cada una de las regiones. Las mayores coberturas de afiliación las presentan las regiones Centro-Oriente y Bogotá, D.C. y, Eje Cafetero y Antioquia con coberturas de 58% y 50% respectivamente.

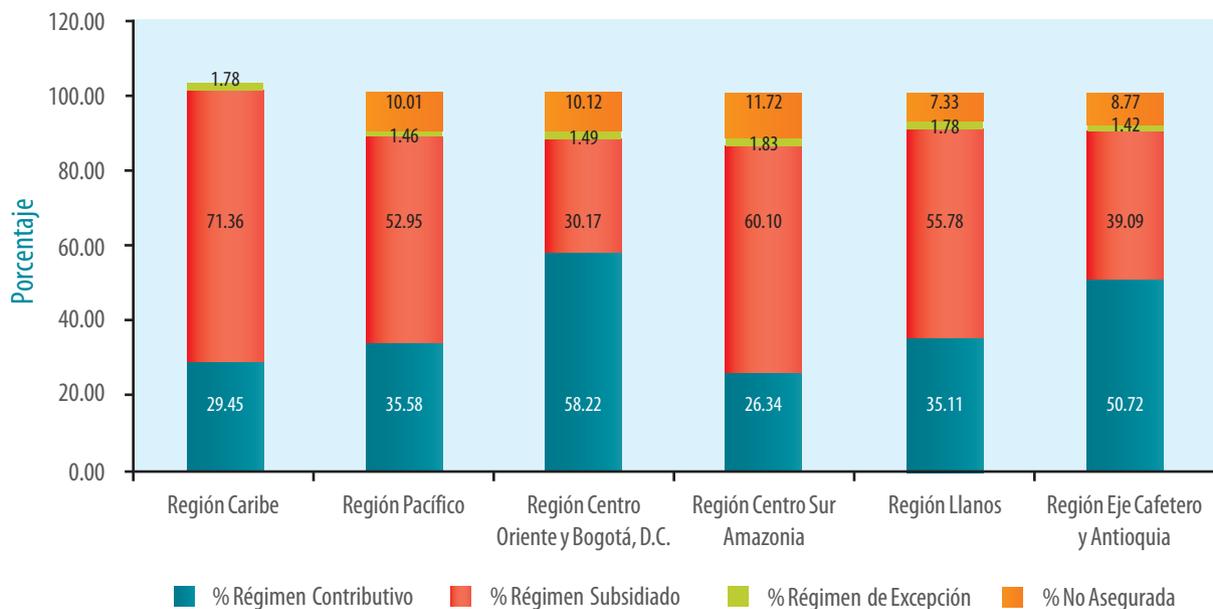
A su vez, las regiones con las mayores coberturas de afiliación al régimen subsidiado las presentan las regiones Caribe y Centro-Sur-Amazonia con coberturas de 71% y 60% respectivamente.

Frente a la cobertura de afiliación a regímenes de excepción no se observan diferencias significativas entre regiones.

Por último, las regiones con los mayores porcentajes de población no asegurada son Centro-Sur-Amazonia (11%), Centro-Oriente y Bogotá, D.C. y Pacífico con una cobertura del 10% (Ver Gráfica 42).

Gráfica 42

COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POR REGIONES, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

*Nota: el cálculo del porcentaje de afiliación se realiza tomando como denominador las proyecciones de población DANE, por lo que el resultado es una aproximación.

A continuación se presenta un análisis comparativo del comportamiento de la cobertura de aseguramiento entre departamentos para el año 2014.

Región Caribe

PARA EL AÑO 2014 EN LA REGIÓN CARIBE PREDOMINA EL PORCENTAJE de población afiliada al régimen subsidiado, siendo los departamentos de Sucre y Bolívar los que presentan el mayor porcentaje de población afiliada a este régimen. A excepción de San Andrés y Providencia, los demás departamentos que conforman la región superan el porcentaje de población afiliada al régimen subsidiado a nivel nacional.

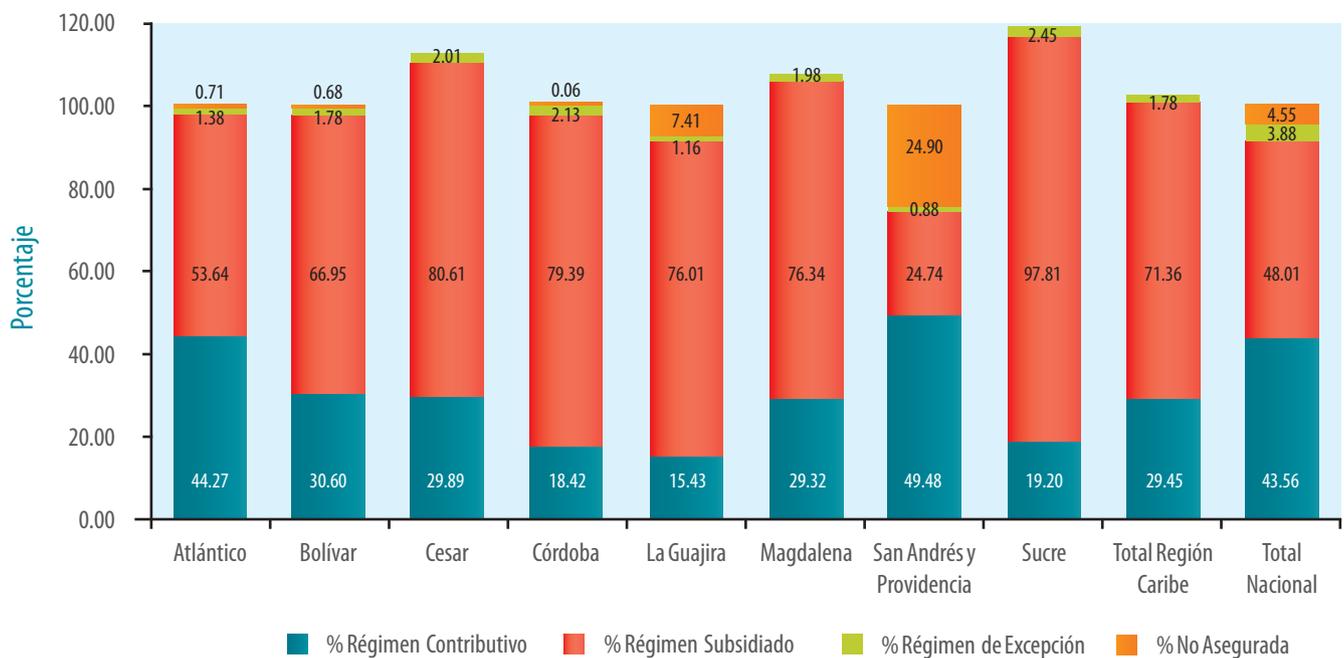
Por otra parte, los departamentos que presentan los mayores porcentajes de población afiliada al régimen contributivo son Atlántico y San Andrés y Providencia, con porcentajes superiores al porcentaje nacional.

Respecto al porcentaje de afiliación a regímenes exceptuados, los departamentos de la región no superan el 3% de población afiliada.

Frente al porcentaje de población no asegurada, los departamentos que presentan los mayores porcentajes de población no afiliada son La Guajira y San Andrés y Providencia, este último con el mayor porcentaje de población no afiliada (24,9%) (Ver Gráfica 43).

Gráfica 43

COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. REGIÓN CARIBE, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

*Nota: el cálculo del porcentaje de afiliación se realiza tomando como denominador las proyecciones de población DANE, por lo que el resultado es una aproximación.

Región Pacífico

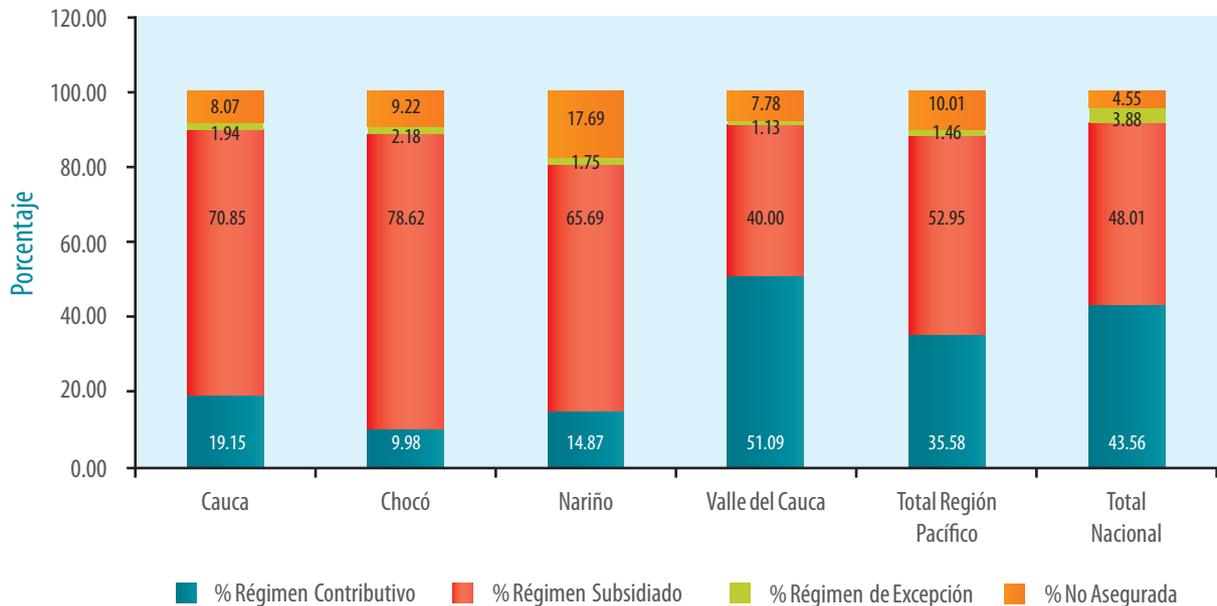
PARA EL AÑO 2014 LOS PORCENTAJES DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO en la Región Pacífico no superan el 20%, a excepción del porcentaje observado en el Valle del Cauca. Por el contrario, los porcentajes de afiliación al régimen subsidiado superan el 50% a excepción del porcentaje observado en el Valle del Cauca.

Frente a los porcentajes de afiliación a regímenes de excepción, se puede observar que estos no superan el 3% (valor nacional).

La población no asegurada en esta región oscila entre 7-17%, presentando porcentajes por encima del porcentaje a nivel nacional (Ver Gráfica 44).

Gráfica 44

COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POR TIPO DE RÉGIMEN. REGIÓN PACÍFICO, AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

*Nota: el cálculo del porcentaje de afiliación se realiza tomando como denominador las proyecciones de población DANE, por lo que el resultado es una aproximación.

Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.

EL PORCENTAJE DE POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO en la Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C. oscila entre 64-16%, siendo el departamento de Norte de Santander donde se presenta el mayor porcentaje.

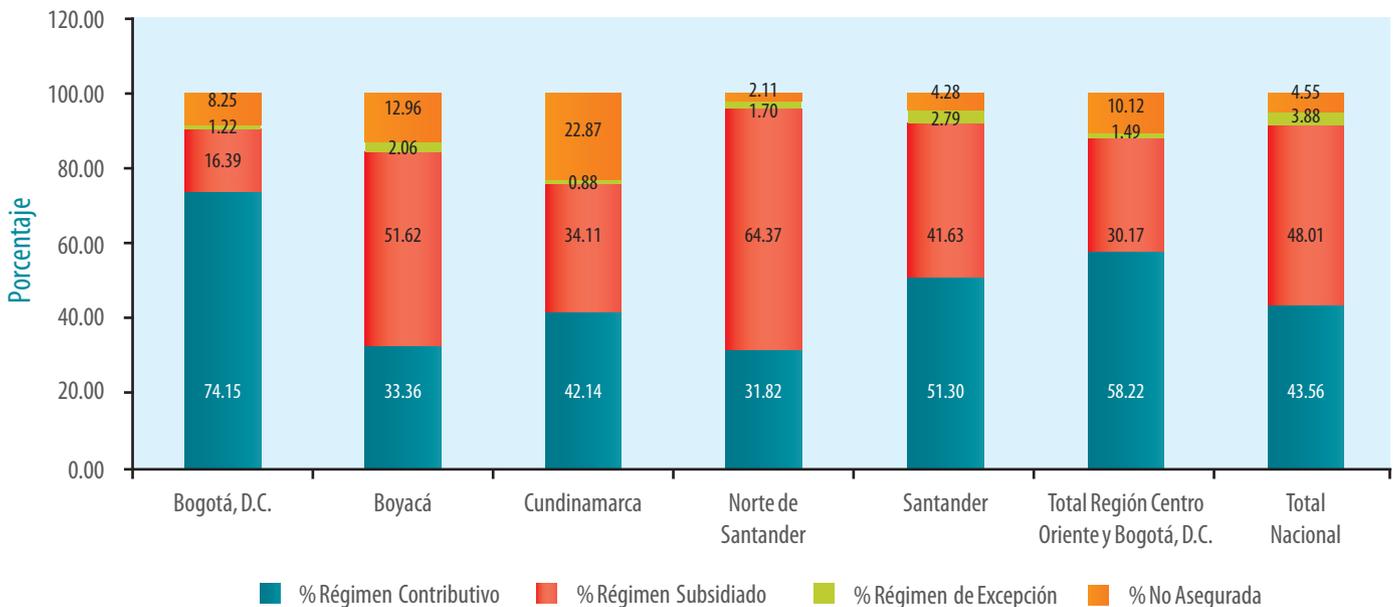
A su vez el porcentaje de población afiliada al régimen contributivo oscila entre 74-31%. Bogotá, D.C. presenta el mayor porcentaje de población afiliada a este régimen.

El porcentaje de población afiliada a regímenes de excepción no supera el 3%, siendo el departamento de Santander donde se presenta el mayor porcentaje de afiliación (2,79%).

Los departamentos de Boyacá y Cundinamarca presentan los mayores porcentajes de población no asegurada, 22,87% y 12,96% respectivamente, superando el valor nacional (4,55%) (Ver Gráfica 45).

Gráfica 45

COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POR TIPO DE RÉGIMEN. REGIÓN CARIBE, AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

*Nota: el cálculo del porcentaje de afiliación se realiza tomando como denominador las proyecciones de población DANE, por lo que el resultado es una aproximación.

Región Centro-Sur-Amazonia

PARA EL AÑO 2014, EN LA REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA EL PORCENTAJE de población afiliada al régimen subsidiado estuvo por encima del 50% en todos los departamentos. Los departamentos de Amazonas y Putumayo son los que registran los mayores porcentajes de afiliación a este régimen.

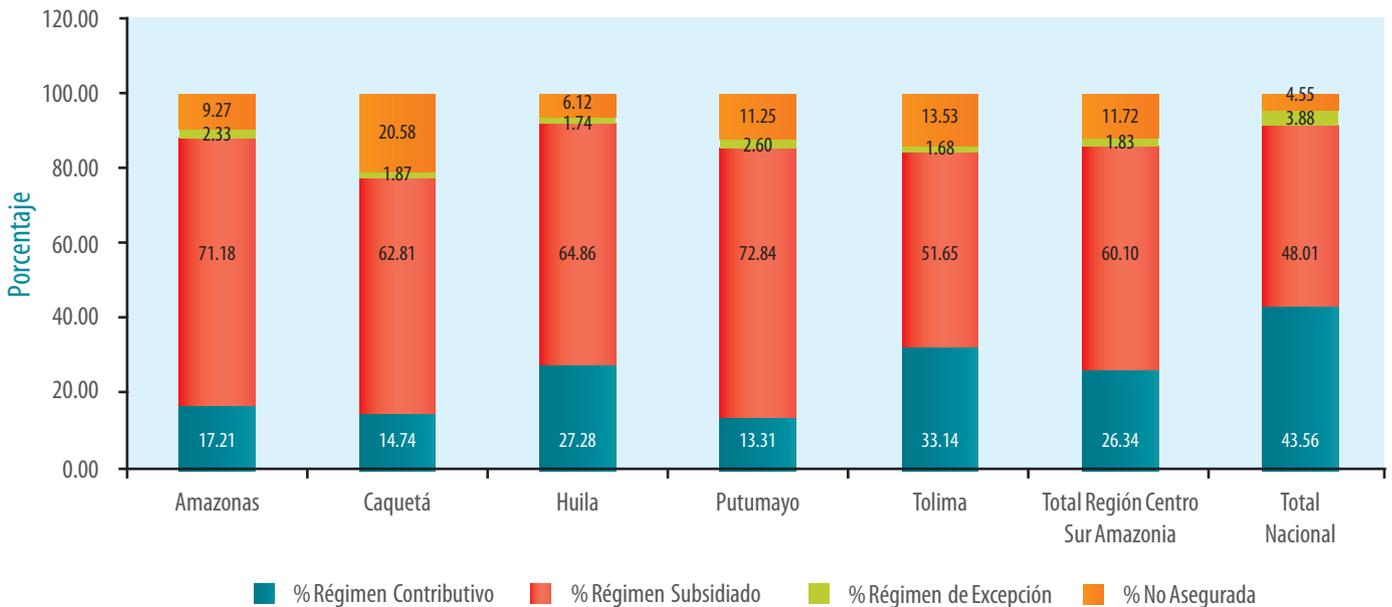
Respecto al comportamiento del porcentaje de población afiliada al régimen contributivo en la región, se puede observar que ningún departamento supera el porcentaje de afiliación a nivel nacional. El mayor porcentaje de afiliación a este régimen lo presenta el departamento del Tolima (33%).

En la Región Centro-Sur-Amazonia el porcentaje de población afiliada a regímenes exceptuados oscila entre 1-2%.

Por otra parte, frente al porcentaje de población no asegurada, los valores oscilan entre 6-20%, siendo el departamento de Caquetá donde se encuentra el mayor porcentaje de población no afiliada (Ver Gráfica 46).

Gráfica 46

COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POR TIPO DE RÉGIMEN.
REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

*Nota: el cálculo del porcentaje de afiliación se realiza tomando como denominador las proyecciones de población DANE, por lo que el resultado es una aproximación.

Región Llanos

EN LA REGIÓN LLANOS PREDOMINA EL PORCENTAJE DE POBLACIÓN AFILIADA al régimen subsidiado. A excepción del departamento del Meta, los demás departamentos presentan coberturas superiores al 50%. Frente al porcentaje de población afiliada al régimen contributivo, salvo los departamentos de Meta y Casanare, la cobertura no supera el 20%.

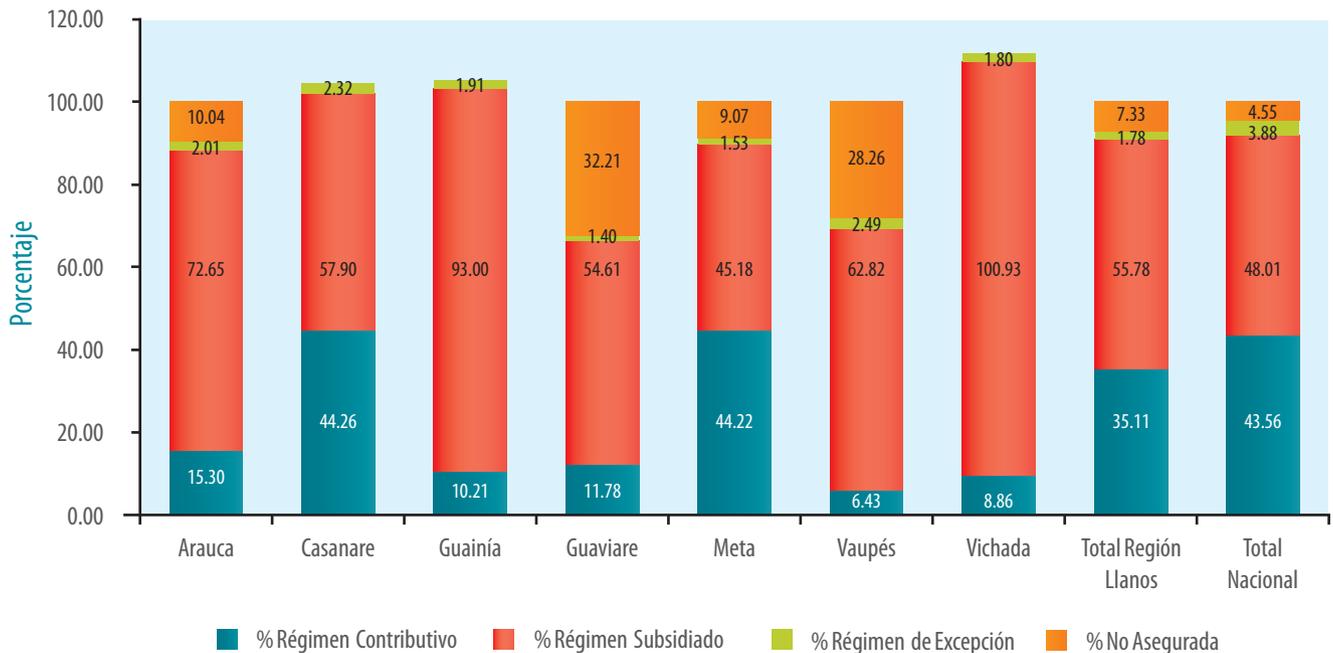
La cobertura de afiliación a regímenes de excepción no supera el 3%.

Frente a la población no asegurada, los porcentajes en la región oscilan entre 9-32%, siendo el departamento de Guaviare el que presenta el mayor porcentaje de población sin asegurar (Ver Gráfica 47).

Gráfica 47

Cobertura de Aseguramiento en Salud por tipo de régimen.

Región Llanos, año 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

*Nota: el cálculo del porcentaje de afiliación se realiza tomando como denominador las proyecciones de población DANE, por lo que el resultado es una aproximación.

Región Eje Cafetero y Antioquia

Por último en la Región del Eje Cafetero y Antioquia, el porcentaje de población afiliada al régimen contributivo se encuentra en el rango de 40-50%. Los departamentos de Antioquia y Risaralda cuentan con porcentajes de cobertura por encima del total nacional.

La cobertura de afiliación a regímenes de excepción no supera el 2% en todos los departamentos de la región.

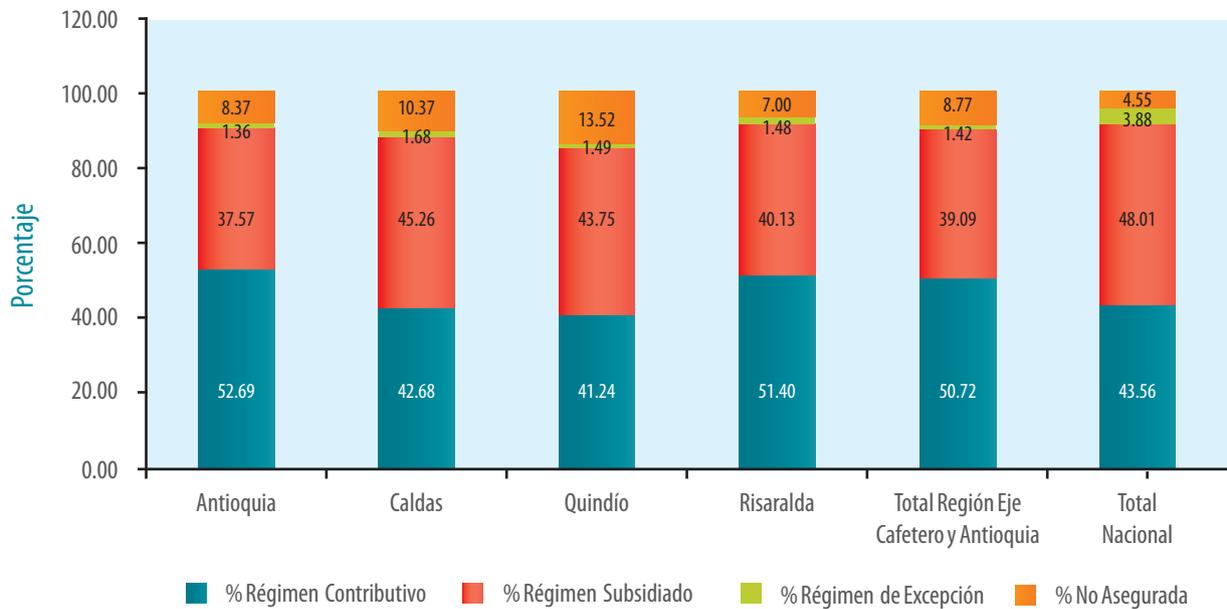
Frente a la cobertura de afiliación en el régimen subsidiado, la región cuenta con coberturas aproximadas del 40%.

El porcentaje de población no asegurada se encuentra entre el 7-13% (Ver Gráfica 48).

Gráfica 48

COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POR TIPO DE RÉGIMEN.

REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, AÑO 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

*Nota: el cálculo del porcentaje de afiliación se realiza tomando como denominador las proyecciones de población DANE, por lo que el resultado es una aproximación.

Cobertura de vacunación Triple Viral

SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), LAS VACUNAS son cualquier preparación que logra desarrollar inmunidad contra una enfermedad mediante la generación de anticuerpos (18). Con el desarrollo de las vacunas, hoy en día, se habla de enfermedades inmunoprevenibles. Por lo tanto se han desarrollado programas cuyo fin es el de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad que dichas enfermedades generan. En Colombia, se encuentra establecido el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, que se define como “una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación,... y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas” (19).

El Ministerio de Salud y Protección Social señala que el esquema de vacunación de Colombia es de los más completos y modernos de América Latina. Este cuenta con 16 vacunas que buscan controlar 19 enfermedades, entre las que se encuentra la triple viral, de especial interés en el presente análisis (19).

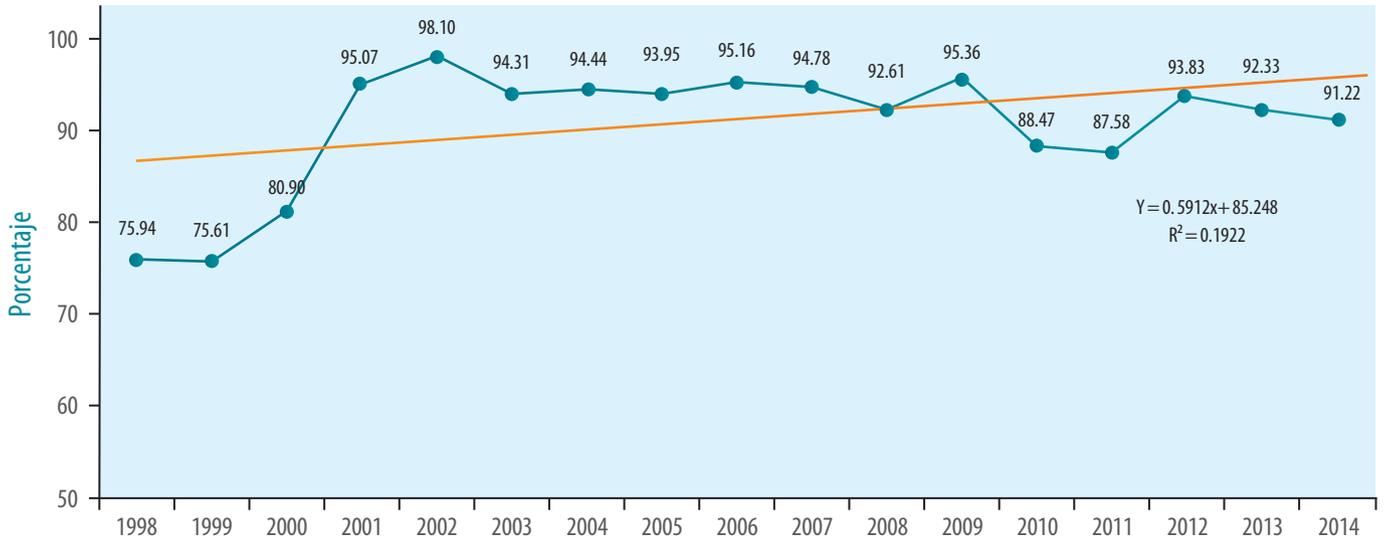
La cobertura óptima en vacunación, varía según la enfermedad. Para las enfermedades objeto del PAI, se aceptan coberturas mínimas para niños de 0 a 5 años del 95%, por lo tanto este valor se toma como cobertura útil y clave en el análisis de los indicadores (21).

La vacuna triple viral genera protección contra sarampión, rubéola y parotiditis. Esta vacuna se incluyó en el país desde 1995, ya que una de las metas del PAI es erradicar el sarampión (21).

El indicador de Cobertura de Vacunación Triple Viral en niños de un año según lo definido en Así Vamos en Salud, “es el porcentaje de niños de un año que han recibido una dosis de vacuna contra el sarampión (generalmente en combinación con rubéola y parotiditis – SRP), expresado como porcentaje de la población de un año de edad, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica” (21).

Aunque en términos generales, la cobertura de vacunación con triple viral ha aumentado desde el año 1998 en el cual se presentaba una cobertura del 75%, este aumento no ha sido sostenido y sin lograr aún coberturas útiles de vacunación. Para el 2014, la cobertura alcanzada a nivel nacional fue del 91,26% (Ver Gráfica 49), presentando variaciones importantes a nivel regional y departamental.

Gráfica 49 | COBERTURA DE VACUNACIÓN CON TRIPLE VIRAL, COLOMBIA 1998-2014

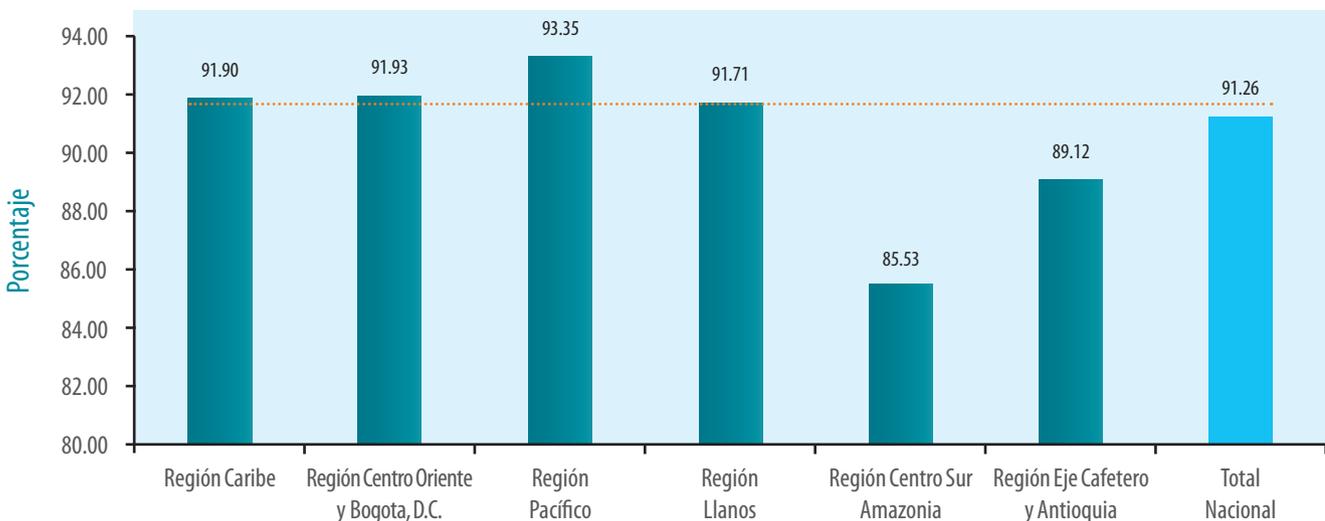


Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Análisis por regiones

EN LAS REGIONES CARIBE, PACÍFICO Y CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ D.C., si bien presentan variaciones departamentales, son las regiones que demostraron mayores niveles de cobertura para el año 2014, coberturas que se encuentran por encima del total nacional. Por su parte las regiones Centro-Sur-Amazonia, Llanos y la región del Eje Cafetero y Antioquia presentan los niveles de cobertura más bajos, como se observa en la Gráfica 50.

Gráfica 50 | COBERTURA DE VACUNACIÓN CON TRIPLE VIRAL POR REGIONES, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Esta cobertura desigual que se presenta a nivel regional, en especial referente a los bajos niveles de cobertura, se relaciona con las inequidades en el acceso a los servicios de salud que se presentan en dichas regiones y departamentos; esto es el caso del departamento de Sucre en la región Caribe, Boyacá en la Centro Oriente y Guaviare en Llanos. En la región Centro-Sur-Amazonia, observamos un patrón de cobertura similar en la región, que podría suponer equidades en la disponibilidad y acceso a los servicios.

Los altos niveles de cobertura pueden estar un poco sesgados por ciudades capitales con altas coberturas, frente a pequeños municipios aledaños que pueden a su vez no alcanzar coberturas óptimas ni cercanas a las que se reportan en el departamento, como puede ser el caso de Vaupés y Vichada en la región Llanos, por ejemplo.

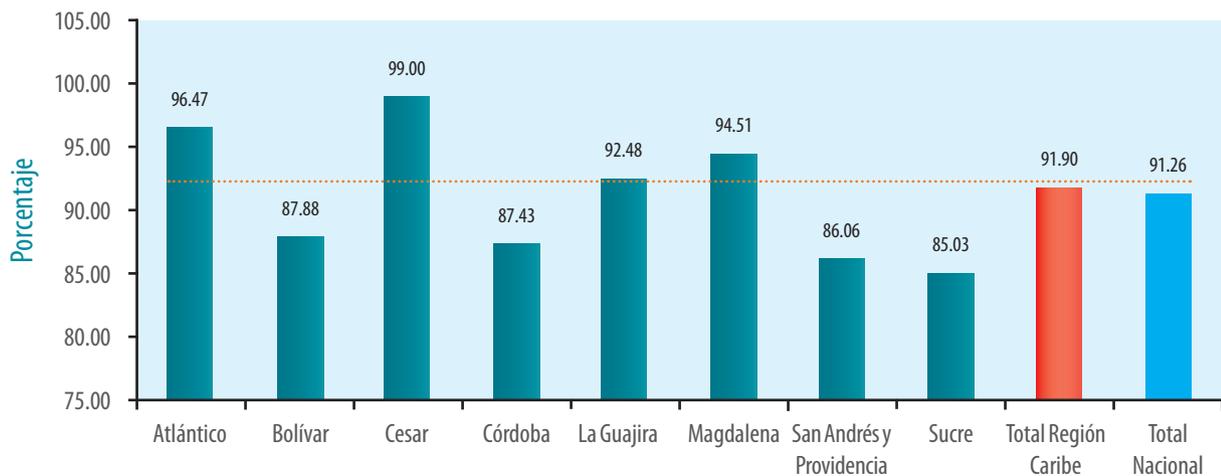
A continuación se presenta un análisis del comportamiento de la cobertura de vacunación con triple viral para cada una de las regiones durante el año 2014, así como un análisis comparativo del comportamiento de las coberturas entre departamentos.

Región Caribe

En la Región Caribe, los departamentos de Atlántico, Cesar, La Guajira y Magdalena, presentan coberturas superiores a la nacional (91,26%), siendo Cesar el departamento con mayor cobertura; mientras el departamento de Sucre muestra coberturas muy por debajo a estas, alcanzando únicamente el 85%.

Gráfica 51

COBERTURA DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL. REGIÓN CARIBE, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

De acuerdo con la semaforización de coberturas de vacunación con triple viral para la Región Caribe, se puede observar que los únicos departamentos que logran alcanzar coberturas útiles de vacunación según los rangos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) son Atlántico y Cesar, con coberturas por encima del 95%. A su vez los departamentos de Bolívar, Córdoba, San Andrés y Providencia, y Sucre presentan las coberturas más bajas de la región, como se puede observar en la Tabla 61.

Tabla 61

SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL. REGIÓN CARIBE, 2014

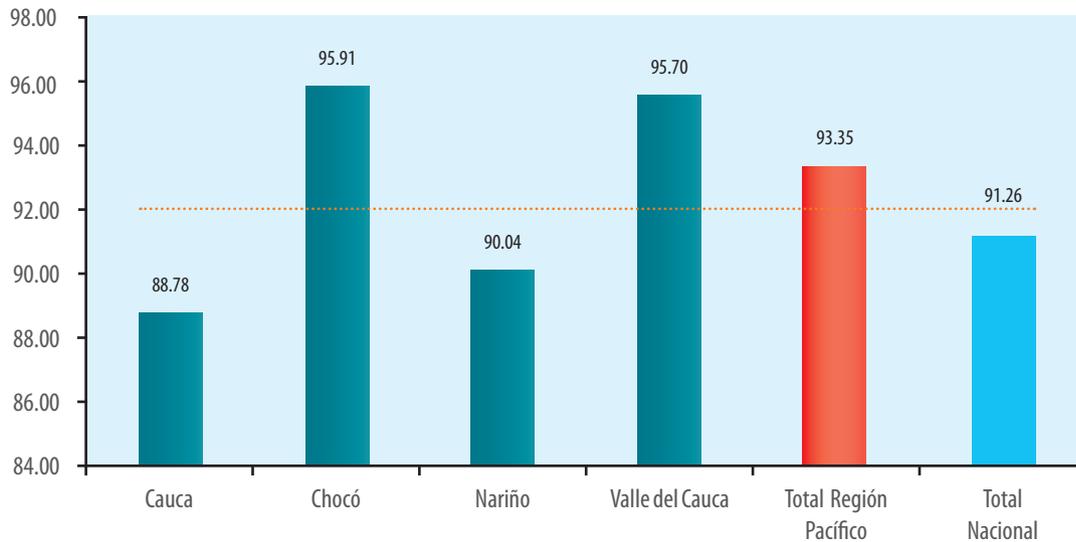
Rangos según estándar O.P.S Cobertura por departamento		Departamento	Porcentaje
> 100%		Atlántico	96,47
95% - 100%		Bolívar	87,88
90% - 94%		Cesar	99,00
80% - 89,99%		Córdoba	87,43
50% - 79,99		La Guajira	92,48
< 49,99%		Magdalena	94,51
		San Andrés y Providencia	86,06
		Sucre	85,03
		Total Región Caribe	91,90
		Total Nacional	91,26

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Región Pacífico

EN LA REGIÓN PACÍFICO, MIENTRAS VALLE Y CHOCÓ PRESENTAN LAS COBERTURAS más altas de vacunación, superando incluso los niveles de cobertura nacional; el departamento de Cauca es el que muestra menor porcentaje de cobertura. La región en su conjunto presenta un porcentaje de cobertura superior al total nacional (Ver Gráfica 52).

Gráfica 52 | COBERTURA DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL. REGIÓN PACÍFICO, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

De acuerdo a la semaforización de coberturas de vacunación con Triple Viral para la Región Pacífico, Chocó y Valle del Cauca son los departamentos que alcanzan coberturas útiles de vacunación de acuerdo a los rangos establecidos por la OPS. El departamento con la menor cobertura es Cauca (Ver Tabla 62).

Tabla 62

SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL. REGIÓN PACÍFICO, 2014

Departamento	Porcentaje
Cauca	88,78
Chocó	95,91
Nariño	90,04
Valle del Cauca	95,70
Total Región Pacífico	93,35
Total Nacional	91,26

Rangos según estándar O.P.S Cobertura por departamento	
> 100%	
95% - 100%	
90% - 94%	
80% - 89,99%	
50% - 79,99	
< 49,99%	

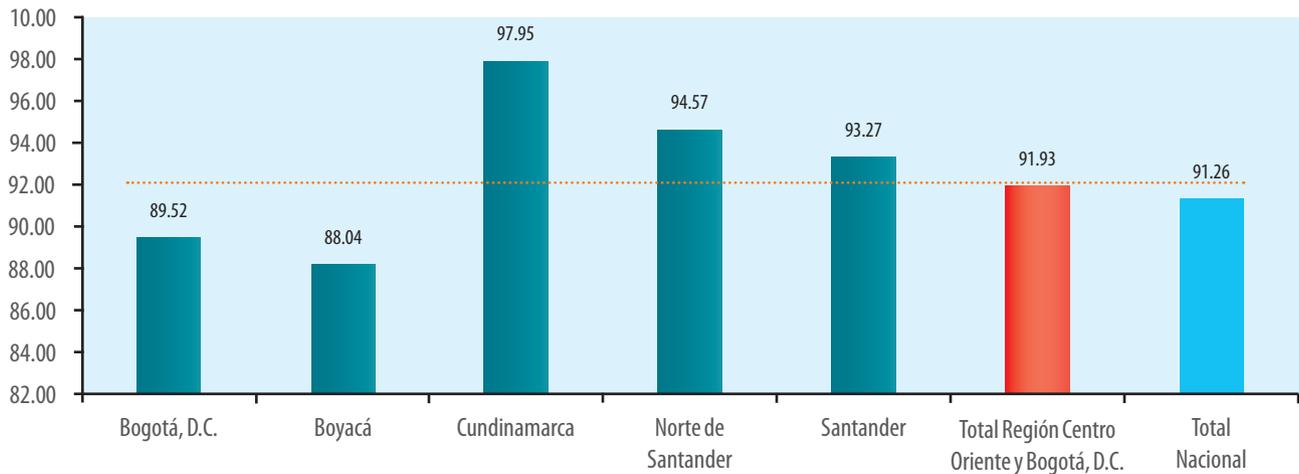
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.

EN LA REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C. LOS DEPARTAMENTOS de Cundinamarca, Norte de Santander y Santander presentan tasas que superan la tasa nacional y regional. Bogotá, D.C. y Boyacá ostentan coberturas por debajo de estos totales (Ver Gráfica 53).

Gráfica 53

COBERTURA DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL. REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

En la Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C. el único departamento que presenta una cobertura útil de vacunación es Cundinamarca. Bogotá, D.C. y Boyacá presentan los rangos más bajos de cobertura dentro de la región, como se puede observar en la Tabla 63.

Tabla 63 | SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL.

REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2014.

Rangos según estándar O.P.S Cobertura por departamento	
> 100%	
95% - 100%	
90% - 94%	
80% - 89,99%	
50% - 79,99	
< 49,99%	

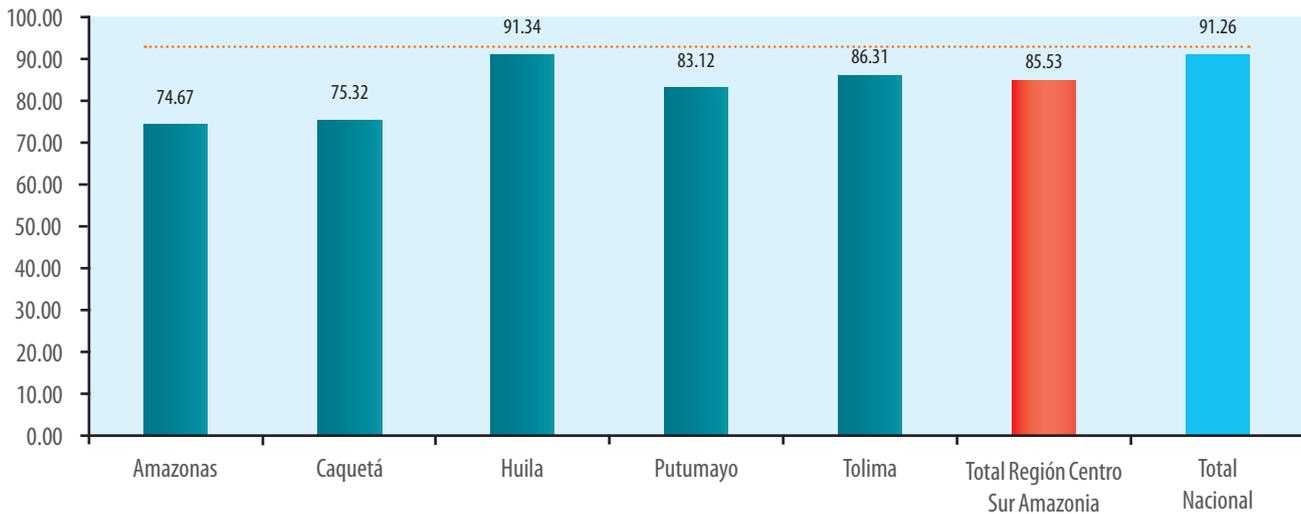
Departamento	Porcentaje
Bogotá, D.C.	89,52
Boyacá	88,04
Cundinamarca	97,95
Norte de Santander	94,57
Santander	93,27
Total Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.	91,93
Total Nacional	91,26

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Región Centro-Sur-Amazonia

EN LA REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA ES DONDE SE OBSERVAN MENORES variaciones en el porcentaje de cobertura de vacunación para triple viral. Ningún departamento de la región supera la cobertura presentada a nivel nacional. El departamento de Amazonas es quien presenta la menor cobertura, como se observa en la Gráfica 54.

Gráfica 54 | COBERTURA DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL. REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Respecto a la semaforización de las coberturas de vacunación con triple viral en la Región Centro-Sur-Amazonia se puede observar que ningún departamento alcanza coberturas útiles de vacunación. Los departamentos de Amazonas y Caquetá presentan las coberturas más bajas de la región, como se observa en la Tabla 64.

Tabla 64 | SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL.

REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2014

Departamento	Porcentaje
Amazonas	74,67
Caquetá	75,32
Huila	91,34
Putumayo	83,12
Tolima	86,31
Total Región Centro-Sur-Amazonia	85,53
Total Nacional	91,26

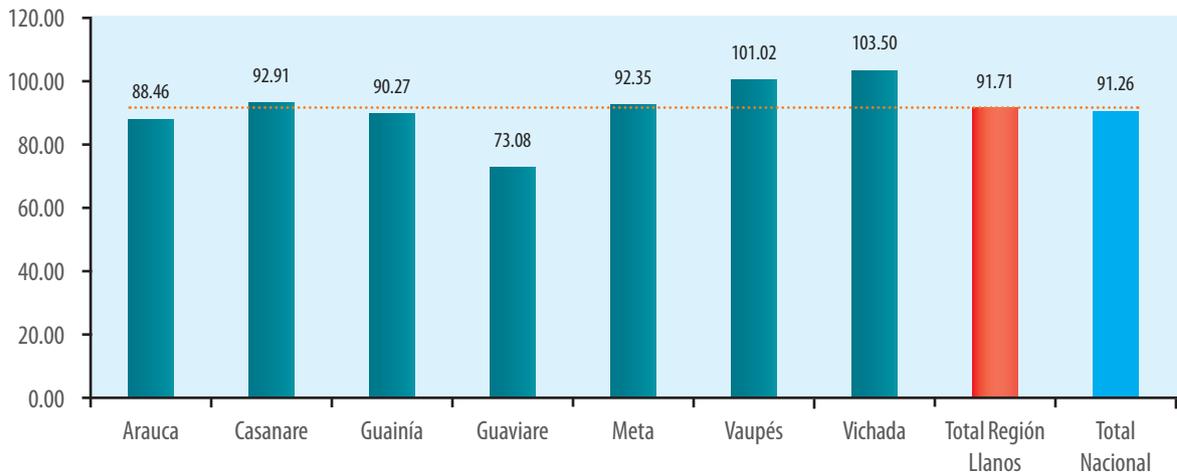
Rangos según estándar O.P.S Cobertura por departamento	
> 100%	
95% - 100%	
90% - 94%	
80% - 89,99%	
50% - 79,99	
< 49,99%	

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Región Llanos

Para el año 2014 en la Región Llanos los departamentos de Vaupés y Vichada son los únicos que sobrepasan los niveles de cobertura alcanzados a nivel nacional. Guaviare, por su parte, es el departamento con menores niveles de cobertura en esta región (Ver Gráfica 55).

Gráfica 55 | COBERTURA DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL. REGIÓN LLANOS, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

En la Región Llanos, los únicos departamentos que alcanzan coberturas útiles de vacunación son Vaupés y Vichada. Guaviare presenta la cobertura más baja de la región, como se observa en la Tabla 65.

Tabla 65

SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL. REGIÓN LLANOS, 2014

Departamento	Porcentaje
Arauca	88,46
Casanare	92,91
Guainía	90,27
Guaviare	73,08
Meta	92,35
Vaupés	101,02
Vichada	103,50
Total Región Llanos	91,71
Total Nacional	91,26

Rangos según estándar O.P.S Cobertura por departamento	
> 100%	
95% - 100%	
90% - 94%	
80% - 89,99%	
50% - 79,99	
< 49,99%	

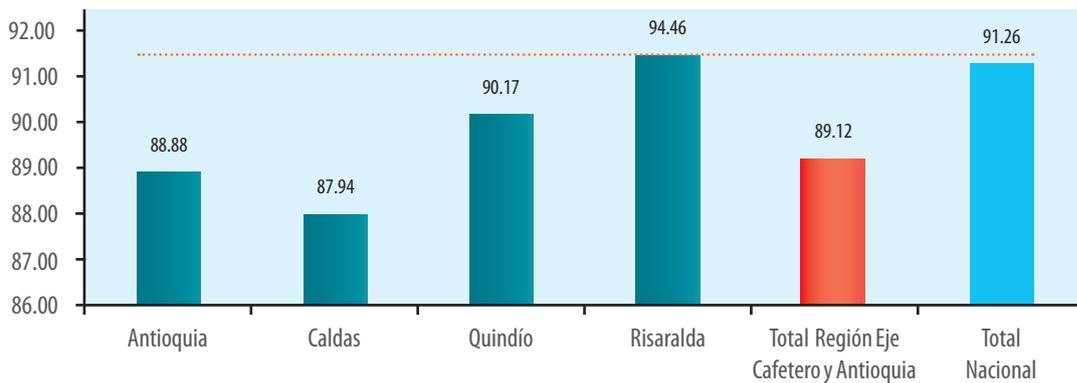
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Región Eje Cafetero y Antioquia

EN LA REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, PARA EL AÑO 2014 SOLO EL departamento de Risaralda sobrepasa los niveles nacionales de cobertura. Los departamentos de Antioquia y Caldas presentan coberturas por debajo del 90%, siendo las más bajas de la región (Gráfica 56).

Gráfica 56

COBERTURA DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL. REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Como se puede observar en la Tabla 66, ningún departamento de la región logra alcanzar coberturas útiles de vacunación.

Tabla 66

SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL.

REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2014

Departamento	Porcentaje
Antioquia	88,88
Caldas	87,94
Quindío	90,17
Risaralda	91,46
Total Región Eje Cafetero y Antioquia	89,12
Total Nacional	91,26

Rangos según estándar O.P.S Cobertura por departamento	
> 100%	
95% - 100%	
90% - 94%	
80% - 89,99%	
50% - 79,99	
< 49,99%	

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Cobertura de Vacunación DPT

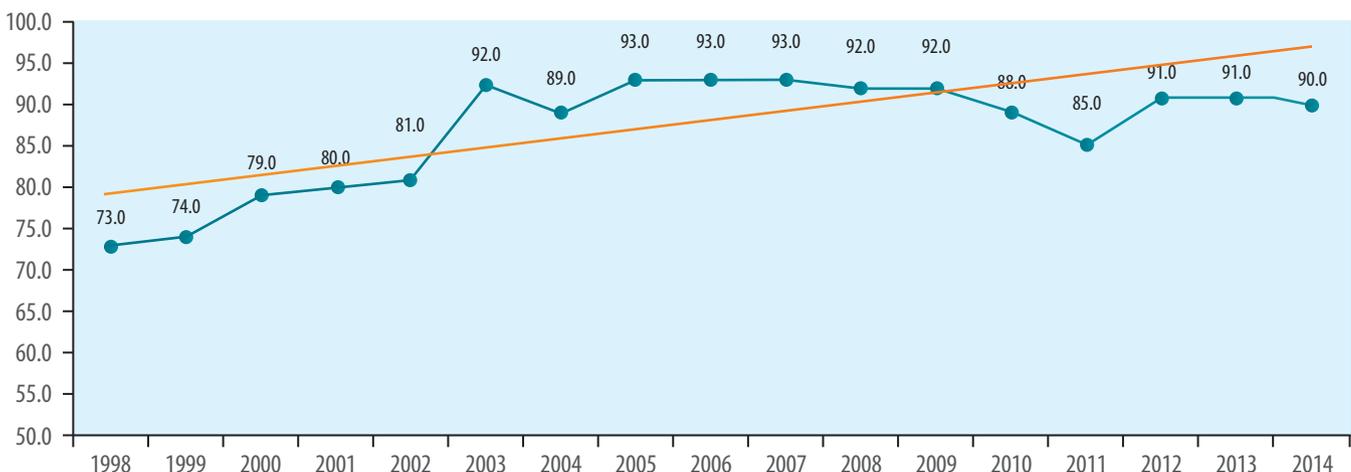
LA DIFTERIA, EL TÉTANOS Y LA TOS FERINA SON ENFERMEDADES GRAVES provocadas por bacterias. La difteria y la tos ferina se transmiten de una persona a otra, mientras el tétanos ingresa en el cuerpo a través de cortes o heridas (22).

Esta vacuna está disponible en el mercado desde hace más de medio siglo. Su aplicación en los menores de un año ha permitido evitar 70 millones de casos de tos ferina y 610.000 defunciones en el mundo por dicha causa. En Colombia, se introdujo en la década de los 70, desde entonces ha logrado disminuir de manera considerable la morbimortalidad por estas tres enfermedades. El esquema recomendado de la vacuna tiene una eficacia del 95% al 98% para tétanos y difteria, mientras que para la tos ferina es del 70% a 85% (23).

El Ministerio de Salud y Protección Social define el indicador como el “cociente entre el total de niños menores de 1 año con esquema de vacunación completo para la edad y el total de niños estimados menores de 1 año de edad, para un determinado territorio” (24) La cobertura óptima en vacunación, varía según la enfermedad. Para las enfermedades objeto del PAI, se aceptan coberturas mínimas para niños de 0 a 5 años del 95%, por lo cual también se toma este valor como cobertura útil y clave en el análisis de este indicador (21).

Como se puede observar en la Gráfica 57, aunque la cobertura de vacunación con DPT ha tenido un comportamiento ascendente, aún no alcanza coberturas útiles del 95% o más. La cobertura alcanzada a nivel nacional para el año 2014 fue del 90%.

Gráfica 57 | COBERTURA DE VACUNACIÓN CON DPT, COLOMBIA 1998-2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

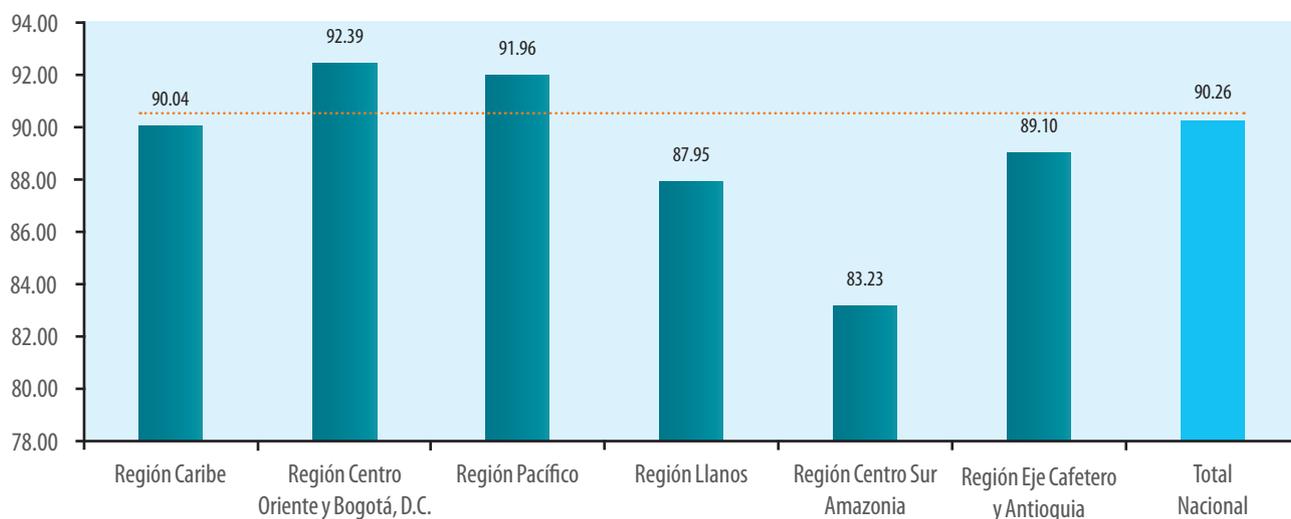
80% - 89,99%	
50% - 79,99	
< 49,99%	

Análisis por regiones

Aunque en ninguna región se alcanza coberturas útiles de vacunación, las regiones Caribe y Pacífico presentan coberturas por encima del total nacional. Por su parte las regiones Centro-Sur-Amazonia, Llanos y Eje Cafetero y Antioquia, no alcanzan niveles útiles de cobertura para DPT (Ver Gráfica 58).

Gráfica 58

COBERTURA DE VACUNACIÓN CON DPT POR REGIONES, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

La distribución desigual de coberturas puede estar relacionada con las inequidades en el acceso a los servicios de salud que se presentan en dichas regiones y departamentos. Lo anterior supone, que para disminuir el riesgo, se debe trabajar intersectorialmente en asegurar acceso a los servicios de salud en todo el territorio nacional.

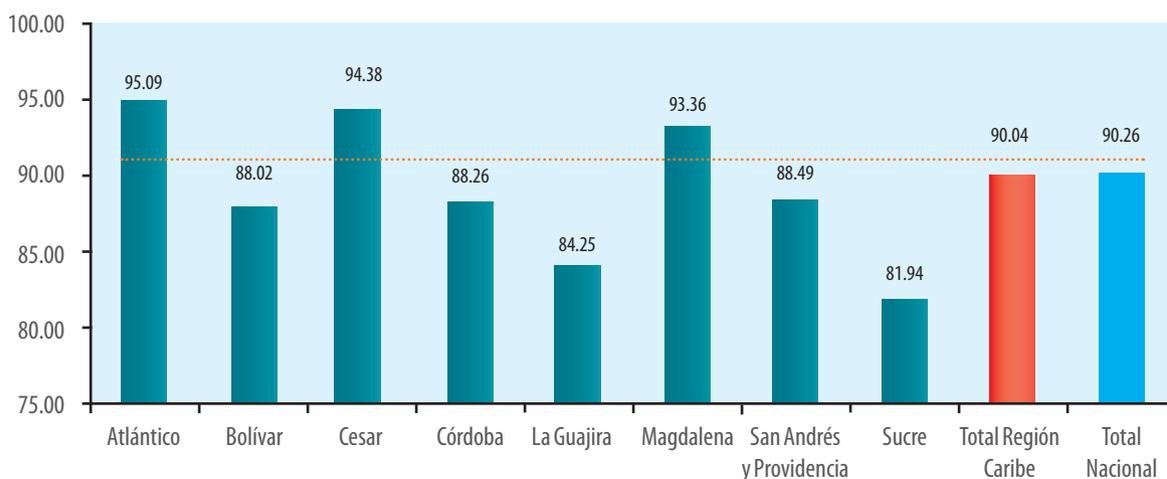
Cabe resaltar que los altos niveles de cobertura en varias regiones y departamentos, pueden presentar un sesgo, debido a las altas coberturas que presentan las ciudades capitales, frente a pequeños municipios aledaños que pudieran no alcanzar coberturas óptimas ni cercanas a las que se reportan en el departamento o la región.

A continuación se presenta un análisis del comportamiento de la cobertura de vacunación con DPT para cada una de las regiones durante el año 2014, así como un análisis comparativo del comportamiento de coberturas entre departamentos.

Región Caribe

Para el año 2014, en la Región Caribe, los departamentos de Atlántico, Cesar y Magdalena presentaron coberturas más altas que la expuestaa nivel nacional. Los departamentos como Sucre y La Guajira mostraron los menores niveles de cobertura, los cuales están por debajo de la cobertura nacional, como se puede observar en la Gráfica 59.

Gráfica 59 | COBERTURA DE VACUNACIÓN DPT. REGIÓN CARIBE, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

De acuerdo con la semaforización de las coberturas de vacunación con DPT, el único departamento de la región que presentó una cobertura útil de vacunación para el año 2014 fue Atlántico (Ver Tabla 67).

Tabla 67 | SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN DPT. REGIÓN CARIBE, 2014.

Departamento	Porcentaje
Atlántico	95,09
Bolívar	88,02
Cesar	94,38
Córdoba	88,26
La Guajira	84,25
Magdalena	93,36
San Andrés y Providencia	88,49
Sucre	81,94
Total Región Caribe	90,04
Total Nacional	90,26

Rangos según estándar O.P.S Cobertura por departamento	
> 100%	Verde
95% - 100%	Verde claro
90% - 94%	Amarillo
80% - 89,99%	Naranja
50% - 79,99	Rojo
< 49,99%	Marrón

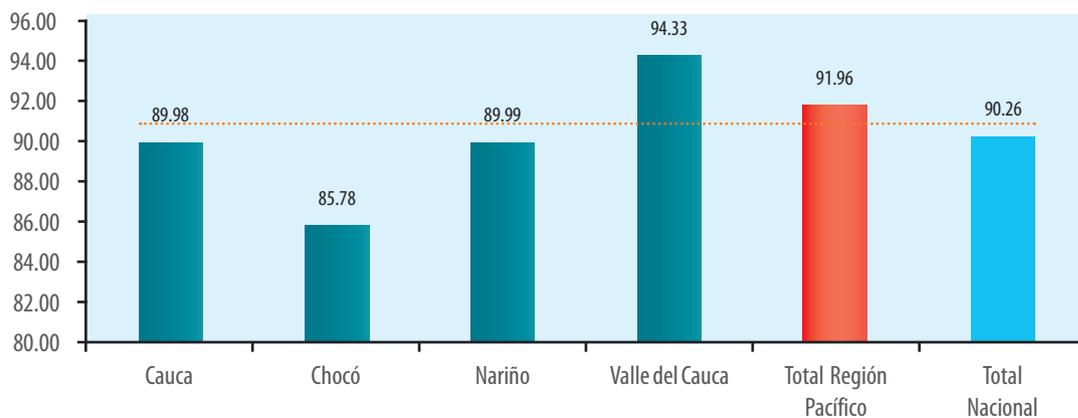
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Región Pacífico

EN LA REGIÓN PACÍFICO, POR SU PARTE, SE PUEDE OBSERVAR QUE EL departamento de Chocó es el que presenta menor cobertura, mientras Valle del Cauca muestra la mayor cobertura, superando incluso los niveles de cobertura nacional, pero sin alcanzar una cobertura útil de vacunación, como se observa en la Gráfica 60.

Gráfica 60

COBERTURA DE VACUNACIÓN DPT. REGIÓN PACÍFICO, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Según la semaforización de las coberturas de vacunación para DPT en la Región Pacífico se observa que aunque el departamento del Valle del Cauca presenta la mayor cobertura, esta no alcanza a superar la cobertura útil de vacunación. El resto de departamentos está por debajo de las coberturas útiles (Ver Tabla 68).

Tabla 68

SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN DPT. REGIÓN PACÍFICO, 2014

Departamento	Porcentaje
Cauca	89,98
Chocó	85,78
Nariño	89,99
Valle del Cauca	94,33
Total Región Pacífico	91,96
Total Nacional	90,26

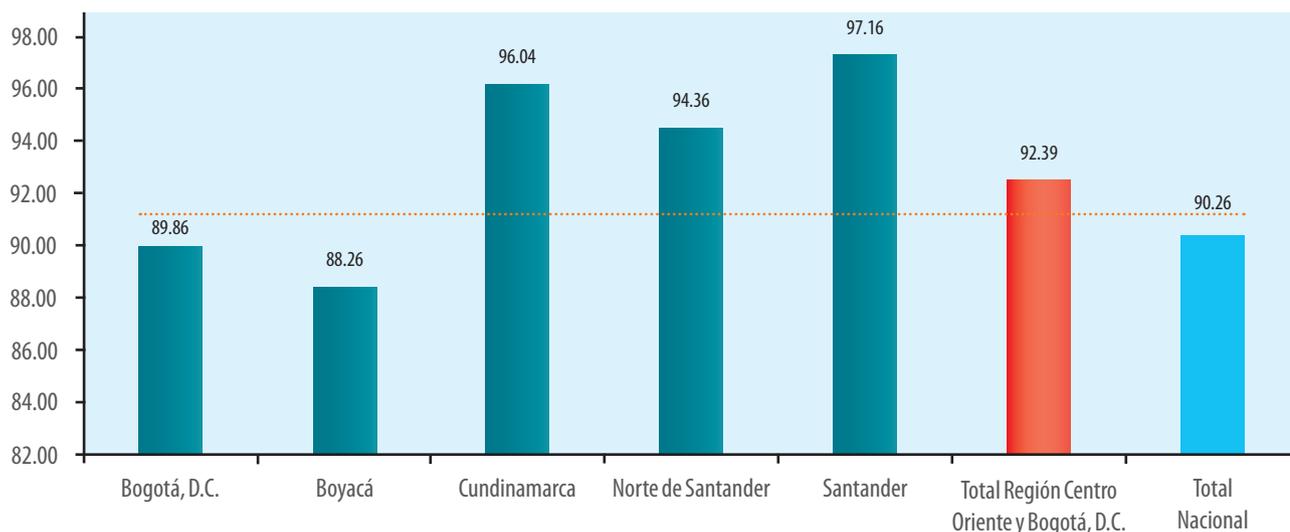
Rangos según estándar O.P.S Cobertura por departamento	
> 100%	
95% - 100%	
90% - 94%	
80% - 89,99%	
50% - 79,99	
< 49,99%	

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.

EN LA REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ D.C., LOS DEPARTAMENTOS DE Norte de Santander, Cundinamarca y Santander presentan coberturas por encima de la cobertura de vacunación nacional. Sin embargo las coberturas de vacunación en Bogotá, D.C. y Boyacá muestran las coberturas más bajas de la región, las cuales además se encuentran por debajo de la cobertura nacional (Ver Gráfica 61).

GRÁFICA 61 | COBERTURA DE VACUNACIÓN DPT. REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

En la Tabla 69 se puede observar que en la Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C., los únicos departamentos que alcanzan coberturas útiles de vacunación son Cundinamarca y Santander. A su vez Bogotá, D.C. y Boyacá presentan los rangos de cobertura más bajos de la región.

Tabla 69 | SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN DPT. REGIÓN CENTRO-ORIENTE Y BOGOTÁ, D.C., 2014.

Rangos según estándar O.P.S Cobertura por departamento	
> 100%	
95% - 100%	
90% - 94%	
80% - 89,99%	
50% - 79,99	
< 49,99%	

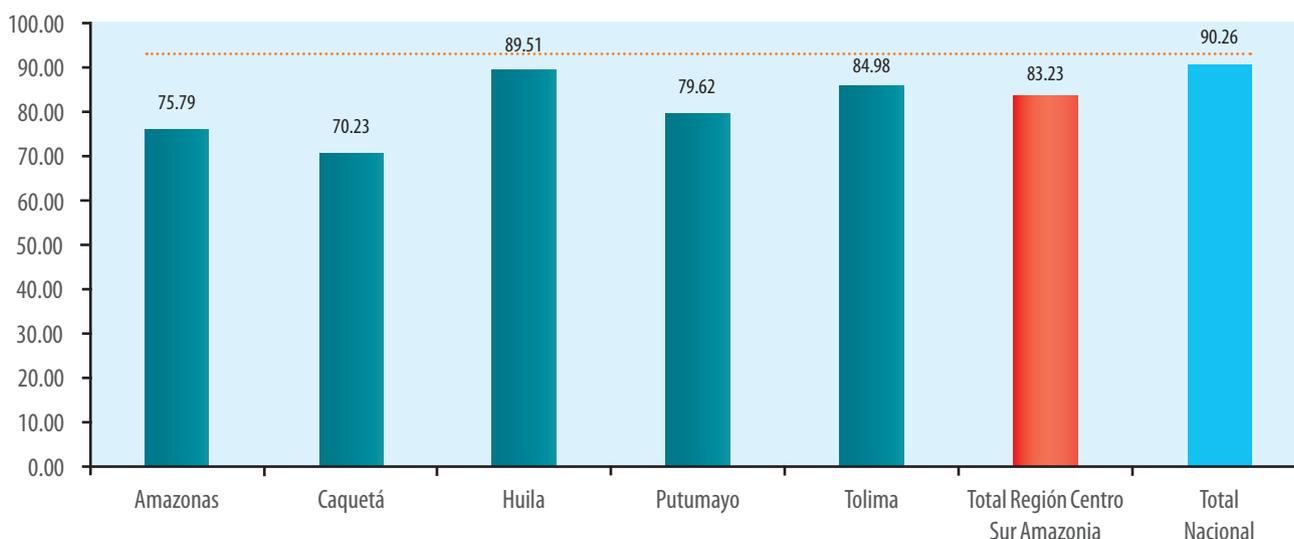
Departamento	Porcentaje
Bogotá, D.C.	89,86
Boyacá	88,26
Cundinamarca	96,04
Norte de Santander	94,36
Santander	97,16
Total Región Centro-Oriente y Bogotá, D.C.	92,39
Total Nacional	90,26

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Región Centro-Sur-Amazonia

La Región Centro-Sur-Amazonia para el año 2014 presenta coberturas bajas de vacunación, incluso por debajo de la cobertura nacional (Ver Gráfica 62). Es la región que demuestra las menores coberturas de vacunación con DPT.

Gráfica 62 | COBERTURA DE VACUNACIÓN DPT. REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

De acuerdo con la semaforización de las coberturas de vacunación en la Región Centro-Sur-Amazonia, todos los departamentos de la región presentan coberturas por debajo del 90%. Estas coberturas se encuentran dentro de los rangos más bajos establecidos por la OPS (Ver Tabla 70).

Tabla 70:

SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN DPT. REGIÓN CENTRO-SUR-AMAZONIA, 2014

Departamento	Porcentaje
Amazonas	75,79
Caquetá	70,23
Huila	89,51
Putumayo	79,62
Tolima	84,98
Total Región Centro-Sur-Amazonia	83,23
Total Nacional	90,26

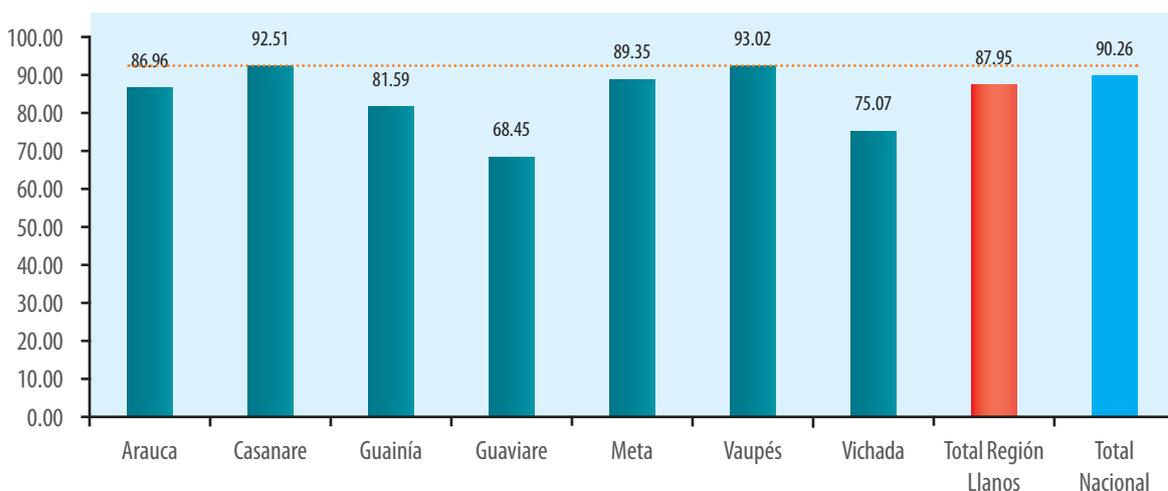
Rangos según estándar O.P.S Cobertura por departamento	
> 100%	
95% - 100%	
90% - 94%	
80% - 89,99%	
50% - 79,99	
< 49,99%	

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Región Llanos

EN LA REGIÓN LLANOS LOS DEPARTAMENTOS DE VAUPÉS Y CASANARE son los únicos que sobrepasan los niveles de cobertura alcanzados a nivel nacional. Guaviare y Vichada son los departamentos con menores niveles de cobertura en esta región, como se observa en la Gráfica 63.

Gráfica 63 | COBERTURA DE VACUNACIÓN DPT. REGIÓN LLANOS, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

De acuerdo con la semaforización de coberturas de vacunación con DPT para la Región Llanos, se puede observar que ningún departamento alcanza una cobertura útil. Los departamentos que presentan coberturas cercanas al 95% son Vaupés y Casanare. Los departamentos con las coberturas más bajas son Vichada y Guaviare (Ver Tabla 71).

Tabla 71 | SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN DPT. REGIÓN LLANOS, 2014

Departamento	Porcentaje
Arauca	86,96
Casanare	92,51
Guainía	81,59
Guaviare	68,45
Meta	89,35
Vaupés	93,02
Vichada	75,07
Total Región Llanos	87,95
Total Nacional	90,26

Rangos según estándar O.P.S Cobertura por departamento	
> 100%	
95% - 100%	
90% - 94%	
80% - 89,99%	
50% - 79,99	
< 49,99%	

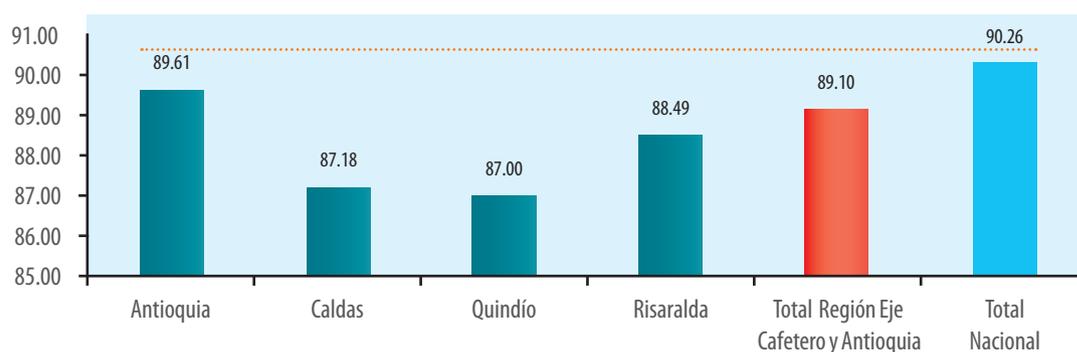
Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Región Eje Cafetero y Antioquia

EN LA REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, TODOS LOS DEPARTAMENTOS presentan niveles de cobertura por debajo de la cobertura presentada a nivel nacional, como se puede observar en la Gráfica 64.

Gráfica 64

COBERTURA DE VACUNACIÓN DPT. REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

De acuerdo con la semaforización de coberturas de vacunación con DPT en la Región Eje Cafetero y Antioquia, se observa que todos los departamentos presentan coberturas por debajo del 90%, como se puede ver en la Tabla 72.

Tabla 72

SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN DPT. REGIÓN EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA, 2014

Departamento	Porcentaje
Antioquia	89,61
Caldas	87,18
Quindío	87,00
Risaralda	88,49
Total Región Eje Cafetero y Antioquia	89,10
Total Nacional	90,26

Rangos según estándar O.P.S Cobertura por departamento	
> 100%	
95% - 100%	
90% - 94%	
80% - 89,99%	
50% - 79,99	
< 49,99%	

Fuente: Elaboración propia con datos disponibles en SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Conclusiones y Recomendaciones

LOS RESULTADOS EN SALUD ENTRE LAS REGIONES Y AL INTERIOR DE LAS MISMAS SON la expresión de las desigualdades que persisten y que trascienden las responsabilidades del sector salud. Es así como la reducción de las diferencias presentes entre regiones y departamentos continúa representando un reto no solo para la nación, sino además para los gobernantes locales y departamentales, quienes se ven en la obligación de desarrollar y fortalecer estrategias que mejoren las condiciones de vida de todos los ciudadanos.

Si bien, desde las políticas públicas se ha avanzado en la intervención de los determinantes para mejorar las condiciones de salud, estas intervenciones aún no son suficientes. Lo anterior implica el fortalecimiento de la atención primaria en salud y de la implementación de medidas de prevención y promoción, en el marco de la actual Política de Atención Integral en Salud (PAIS)¹ a partir del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Tal y como lo señala la Política de Atención Integral en Salud (2016), con el desarrollo del MIAS se busca orientar la intervención de los diferentes agentes del sistema de salud (entre aseguradores, instituciones prestadoras de servicios de salud, usuarios, entidades territoriales) para inducir a la transformación de la atención con miras a lograr resultados en salud a partir del mejoramiento del acceso a los servicios, de manera oportuna, eficaz y con calidad, a partir de la reorganización de los servicios y de las acciones de salud pública desde una aproximación a la comprensión de las relaciones población-territorio.

Lo anterior implica la acción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y de otros sectores, para que realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud, teniendo en cuenta las características diferenciales de las poblaciones y de los territorios; a través del cual se puede avanzar en la reducción de las brechas en salud que persisten entre las diferentes regiones.

También es importante destacar que dentro del *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*, a partir de una construcción participativa, se definieron una serie de metas y de prioridades territoriales en cada una de las regiones desde un enfoque diferencial, apuntando a la disminución no solo de intolerables evitables como son la mortalidad infantil, la mortalidad en menores de 5 años, la mortalidad materna y el embarazo en adolescentes, sino de otras dimensiones prioritarias para la salud y calidad de vida de la población como son la seguridad alimentaria y nutricional, la salud sexual y reproductiva, la salud ambiental y la salud mental. Por tanto, este plan decenal es la hoja de ruta para el abordaje de estas prioridades de forma transversal a todos los componentes, estrategias y metas que están incorporadas tanto en los planes de desarrollo como en los planes territoriales de salud.

1. Artículo 65, Ley 1753 de 2015: Plan Nacional de Desarrollo 'Todos por un nuevo país' 2014-2018.

Por último, es importante resaltar la responsabilidad de las administraciones departamentales y municipales para desarrollar los mecanismos y las acciones necesarias para garantizar la continuidad en la atención integral después del nacimiento, durante la primera infancia y en todas las etapas del ciclo vital, dentro de las competencias a su cargo. En ese sentido, las secretarías de salud tanto departamentales como municipales deben ser ese actor relevante encargado de liderar la coordinación de acciones encaminadas a intervenir los determinantes sociales en salud; para que, de acuerdo a las competencias de cada sector, se actúe de forma coordinada sobre los determinantes sociales y se impacte positivamente sobre los mismos.

Referencias Bibliográficas:

1. Departamento Nacional de Planeación. Documento Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 'Todos por un Nuevo País'. ; 2014.
2. Secretaría Distrital de Salud. Cuadernillo para la Vigilancia en Salud Pública: 'Priorización de Indicadores de interés en Vigilancia en Salud Pública por localidad. Primera Entrega'. Bogotá, D.C.; 2015.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. Colombia, 2014.
4. Gobernación del Vaupés, Secretaria de Salud Departamental. Análisis de la situación de salud en el departamento del Vaupés (ASIS). [Online].; 2010. [cited 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Vaupes-2010.pdf>.
5. Así Vamos en Salud. Tasa de Mortalidad infantil. www.asivamosensalud.org. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/7>.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la Situación de Salud según Regiones. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2013 [cited 2015 Septiembre. Available from: www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf.
7. Así Vamos en Salud. Tasa de mortalidad en menores de 5 años. www.asivamosensalud.org. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/8>.
8. Secretaría Distrital de Salud. Protocolos de Vigilancia en Salud Pública. Mortalidad Materna. [Online].; 2001 [cited 2015 Septiembre. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20Materna.pdf>.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad Materna. Nota Descriptiva No. 348. [Online].; 2015 [cited 2015 Noviembre. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
10. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ; 2010.
11. CE F. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia.. Rev. Panam. Salud Pública. 2005; 18(6).
12. Bernal R CA. La política de primera infancia en el contexto de la equidad y movilidad social en Colombia.. Documentos CEDE.. 2012 Octubre; 33.

13. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Bajo Peso al Nacer. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Bajo Peso al Nacer. [Online].; 2014 [cited 2015 Septiembre]. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Bajo%20Peso%20al%20Nacer%20a%20Termino.pdf>.
14. Así Vamos en Salud. Prevalencia de Bajo Peso al Nacer. www.asivamosensalud.org. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/14>.
15. Guerrero R GABMVVJ. Sistema de Salud de Colombia. Salud Pública de México. 2011; 53 (Suplemento 2).
16. Torrenegra E. The Subsidized Health-care Scheme in the Social Protection System. Sharing Innovative Experiences-UNDP. 2011.; 18.
17. Así Vamos en Salud. Aseguramiento en Salud. www.asivamosensalud.org. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15>.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Vacunas. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre]. Available from: <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodeInmunizaciones\(PAI\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodeInmunizaciones(PAI).aspx).
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Vacunación: Logros del Gobierno. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Logros%20del%20Gobierno%20en%20vacunaci%C3%B3n.pdf>.
21. Así Vamos en Salud. Cobertura de Vacunación Triple Viral. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/inidicadores/servicios-de-salud/grafica.ver/33>.
22. MedLine Plus. Vacuna contra la Difteria, el Tétanos y la Tos ferina (DTP). [Online]. [cited 2015 Septiembre]. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682198-es.html>.
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Vacuna contra la Difteria, Tétanos y Tos ferina (DPT). [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Vacuna%20contra%20difteria,%20tos%20ferina%20y%20t%C3%A9tanos%20\(DPT\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Vacuna%20contra%20difteria,%20tos%20ferina%20y%20t%C3%A9tanos%20(DPT).pdf).
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO. Ficha Departamental y Municipal. [Online].; 2015 [cited 2015]. Available from: <http://www.sispro.gov.co/#>.

3



Foro Anual
Así Vamos en Salud 2015

“Descentralización
en Salud: Cómo
Replantearla”

Presentación Director Observatorio Así Vamos en Salud

AUGUSTO GALÁN SARMIENTO

BIENVENIDOS AL FORO ANUAL DEL OBSERVATORIO ASÍ VAMOS EN SALUD, en su edición número X, organizado en conjunto con PROESA, a cuyas directivas agradecemos su acogida, su hospitalidad y de quienes destacamos la importante labor que desarrollan desde la investigación para el sector salud de la región y del país.

Como la mayoría de los presentes saben, Así Vamos en Salud es un observatorio producto de la alianza entre las fundaciones Antonio Restrepo Barco, Bolívar Davivienda, Corona, Saldarriaga Concha y Santa Fe de Bogotá, así como Coomeva, EPS Sura, el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, Profamilia, Roche y la Universidad de Antioquia.

Así Vamos en Salud orienta su labor a mejorar la información de la ciudadanía para que ejerza de manera efectiva sus derechos y deberes en materia de salud, al igual que se propone contribuir a incrementar las condiciones de salubridad de los colombianos, mediante el análisis y evaluación de políticas públicas.

En particular: Así Vamos en Salud genera información calificada sobre la salud en Colombia, con indicadores válidos y actualizados sobre la situación del sector y, en segundo lugar, hace seguimiento y análisis sobre las políticas de salud con propósitos de incidir en ellas. Lo hacemos a partir de una información objetiva e independiente sostenidos en un análisis plural y calificado que busca revisar propuestas de política pública estructuradas colectivamente, queremos edificar todo esto de manera descentralizada, de tal forma que nos permita reconocer y comprender mejor las realidades regionales.



Tomado de: Presentación 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

Por eso, no es una coincidencia que para este foro anual hayamos escogido la descentralización de la salud como tema central y hayamos decidido reunirnos en la ciudad de Cali, todo lo contrario, fue una determinación deliberada porque el análisis y la evaluación de la descentralización del sistema de salud han estado alejados de las discusiones y los debates que se han sucedido en los últimos años en el sector.

La prioridad de las discusiones públicas se ha centrado en otros aspectos quizás más operativos del sistema como el aseguramiento, su financiación, la integración vertical y los mecanismos de contratación; todos ellos seguramente muy importantes, han sido los ejes de los debates sobre las propuestas de la reforma al sistema, pero están o han estado alejados del gobierno, de nuestras instituciones y del conocimiento que podamos obtener de una adecuada relación del centro con las regiones.

Desde hace casi tres décadas el país opera con un modelo de descentralización para atender la demanda en servicios sociales de los ciudadanos específicamente en las áreas de salud, educación y agua potable. Aunque las coberturas en las distintas áreas han aumentado a lo largo de los años, no ha sido igual en todos los municipios y departamentos como tampoco lo ha sido la calidad del servicio.

Como señala el documento “Descentralización en Colombia aportes desde la sociedad civil”, las políticas de descentralización comenzaron a darse en la década de los 80 y con mayor auge en las de los 90, buscando responder a necesidades de gobernabilidad y exigencias nacionales e internacionales en términos de inclusión y modernización.

En ese sentido para el sector salud a finales de la década de los 80 específicamente, en 1987, se sancionó el Decreto 77 que dio paso a la descentralización de la salud al entregar a los municipios la competencia para construir, dotar y mantener puestos, centros de salud y hospitales locales. Tres años después como bien señalan en su investigación Guerrero, Prada, Chernichovsky y Urriago, y cito: «la Ley 10 de 1990 estableció la forma de llevar a cabo el proceso de descentralización en el sector salud se ocupó únicamente en los hospitales públicos sin incluir entidades de seguridad social como el Instituto de Seguro Social y Cajanal, y transfirió a las entidades territoriales la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud»

La Constitución Política en 1991 dio aval a este enfoque descentralista al señalar recursos de transferencia desde el presupuesto nacional para los municipios y departamentos a partir de los Artículos 356 y 357 de la Constitución. A mediados de 1993 con la aprobación de la Ley 60 por parte del Congreso todo lo anterior se desarrolló más y la norma fijó nuevas reglas para la descentralización en educación, salud y saneamiento. Seis meses después con la Ley 100, se presentó un cambio sustancial a la institucionalidad del sistema de salud el que tuvo inmersa la perspectiva de la descentralización.

De acuerdo a los mismos autores hubo una segunda descentralización que podemos llamar corporativa y que transfirió funciones previamente estatizadas a entidades privadas en su mayoría. A las empresas promotoras de salud les transfirió la asunción del riesgo financiero y

la organización de redes de servicio, y a las instituciones prestadoras de salud la provisión de estos servicios.

La profunda y radical transformación del sistema de salud que imperaba hasta 1993 condujo a una redefinición de errores institucionales con una mayor descentralización de responsabilidades y decisiones, a la par de una incremental participación del sector privado.

El sector salud se constituyó, con el sector educativo, en abanderados de ese empeño por trasladar responsabilidades, recursos y competencias a los territorios. Tanto la transformación del sistema de salud como la descentralización del sector requerían de la intervención del Estado a nivel nacional a través de una autoridad rectora fuerte y mediante la regulación y la reglamentación pertinentes.

Guerrero y colaboradores agregan que «la Ley 715 de 2001 rediseñó la descentralización territorial en presencia de la Ley 100 y fijó responsabilidades para las Entidades territoriales únicamente en relación con el régimen subsidiado; en el régimen contributivo solo hubo descentralización corporativa. En su regulación y operación solo tiene injerencia el Gobierno Nacional, en el subsidiado las Entidades territoriales juegan un papel central y la descentralización territorial se sobrepuso a la corporativa».

Además, la Ley 715 creó el Sistema General de Participaciones para mejorar la eficacia y eficiencia del gasto de las entidades territoriales, su esencia fue dar participaciones sectoriales en educación y salud, reforma que fue complementada mediante el Acto Legislativo No. 4 de 2007 por el cual se incluyó la participación para el agua potable y el saneamiento básico.

Ahora bien, numerosos análisis y debates sobre el sistema de salud colombiano han señalado la debilidad que ha existido en la función rectora del sector en gran parte de los últimos 25 años. Estudios e investigaciones del Banco Interamericano de Desarrollo, de Jairo Humberto Restrepo y Sandra Rodríguez, por ejemplo, sobre los aspectos de la regulación del modelo, así como la estructura que ha desarrollado el sector desde la formulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud evidenciaron dificultades relacionadas con la capacidad institucional, no solo nacional sino fundamentalmente territorial.

De igual forma con la claridad en el marco normativo, con las competencias y funciones de las entidades rectoras, se evidencian también debilidades sistemáticas en asuntos relacionados con la vigilancia y el control de la ejecución de la norma y con la implementación de las funciones encomendadas a los diferentes agentes.

La superposición de funciones entre instituciones y la ausencia de una metodología que surgiera de una definición de objetivos -de objetivos claros para el sistema- y que contara con los recursos necesarios para su implementación por parte del Estado de los agentes a los cuales se les asignara la responsabilidad también fueron señalados como factores que influyeron en debilitar la rectoría del sector.

Existen además referencias semejantes en cuanto a las determinaciones de los procesos operativos o requerimientos técnicos exigidos con ese fin: se produjo una excesiva reglamentación con frecuentes modificaciones en muchas ocasiones, producto más de la pretensión de transformar súbitamente la realidad existente que respondieran más al propósito de solucionar problemas puntuales sin beneficios claros para la operación del sistema.

Tampoco hubo una metodología de seguimiento y evaluación de las normas que permitiera efectuar las aclaraciones, ajustes o modificaciones adecuadas. Para analistas del sistema y la propia Corte Constitucional la respuesta institucional frente a los temas estructurales ha sido cuando menos inoportuna en diferentes etapas de estos 25 años, que ha señalado además una deficiente gestión en relación con el sistema de información del sector, lo que impidió en diversas ocasiones que las decisiones adoptadas contaran con el suficiente soporte técnico y la pertinente legitimidad. Frente al tema de la regulación en sí misma se señalaron momentos de inestabilidad jurídica.

Es comprensible el necesario periodo que requiere la madurez de un sistema de salud, lo que implica ajustes normativos y operativos para lograr la consolidación del modelo, pero se requiere una capacidad de rectoría fuerte para que se establezcan la justificación y la racionalidad adecuadas que modifiquen la reglamentación de forma equilibrada, de tal manera que no se produzcan excesos regulatorios en unos aspectos cuando en otros la regulación se torna incompleta o contradictoria.

Ahora bien, con este panorama la determinación política emitida a través de la Ley 1444 de 2011, en la que se le entregó facultades extraordinarias al Presidente de la República, estableció la estructuración del Ministerio de Salud y Protección Social escindido del antiguo Ministerio de Protección Social. A nuestro modo de ver, esta determinación creó la oportunidad de reestructurar la institucionalidad del sistema de salud y aspectos relativos a la protección y la seguridad social, partiendo de entregar claridad y definición precisa sobre las competencias y las responsabilidades de la Autoridad Rectora Nacional en estas materias.

Entendemos que el nacimiento del Ministerio de Salud y Protección Social y las reestructuraciones del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, del Instituto Nacional de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud tuvieron en consideración el propósito de fortalecer la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional, y que para ello se tuvieron en cuenta las 5 dimensiones del rol rector de esta última sumadas a las funciones esenciales de salud pública que el Consejo Directivo de la Organización Mundial de la Salud presentó a consideración y aprobación de los estados miembros en 1997.

De esta forma, las funciones y competencias de las entidades mencionadas que hacen parte de esa Autoridad Sanitaria Nacional, determinaron o asignaron mejor entre las entidades del nivel nacional las dimensiones de conducción sectorial, que comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la política nacional de salud:

- ☉ La de regulación, que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud, y que además mediante la inspección da vigilancia; y el control debe garantizar su cumplimiento.
- ☉ La de modulación del financiamiento, que incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo a la población de los servicios de salud.
- ☉ La de vigilancia y garantía del aseguramiento, la cual focaliza su quehacer en garantizar el acceso a un conjunto de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes.
- ☉ La armonización de la provisión constituida por la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender las atenciones en salud equitativa y eficientemente.

La ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública tienen una mención especial, pues son indelegables de la autoridad sanitaria, además el desempeño eficaz de esas funciones es de gran importancia debido a sus altas externalidades.

Esta función más que un capítulo separado de las anteriores debe hacer presencia en cada una de ellas y esas funciones son:

1. El seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación de salud;
2. La vigilancia de la salud pública, la investigación y el control de riesgos y daños en salud pública;
3. La promoción de la salud;
4. La participación de los ciudadanos en la salud;
5. El desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública;
6. El fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública;
7. La evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;
8. El desarrollo de recursos humanos y la capacitación en salud pública;
9. La investigación en salud pública;
10. La garantía y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; y
11. La reducción de las emergencias y desastres en la salud.

El paso de los años mostró que la política de descentralización ha tenido varios obstáculos relacionados con lo descrito, falta de capacidades para el manejo de recursos por parte de alcaldes, gobernadores, concejales, diputados, personeros y miembros de las juntas administradoras

locales; falta de incentivos a la competencia sana entre los entes territoriales; ausencia de un acompañamiento integral y permanente, y falta de reconocimiento a la buena gestión de reglas de juego claras.

Guerrero, Prada, Chernichovsky y Urriago hacen una lista de razones por las cuales no se logró consolidar el modelo -o no se ha logrado consolidar el modelo-

- ⊗ Se delegaron funciones sin consultar la capacidad de quienes las deben ejercer.
- ⊗ La ley es muy general y trata en muchas ocasiones a municipios pequeños y grandes como si fueran iguales.
- ⊗ Se delegó la prestación pública de manera fragmentada entre municipios y departamentos (niveles 1, y 2, 3).
- ⊗ El aseguramiento, función crítica en el sistema, se delegó a EPS de naturaleza y calidad heterogéneas.
- ⊗ Las entidades territoriales no tienen ningún rol en la habilitación de EPS, ni en la escogencia de las mismas.
- ⊗ Originalmente los destinatarios de las transferencias eran las entidades territoriales. Luego el aseguramiento/prestación se pasó al sector corporativo. Para financiar el régimen subsidiado, usaron las transferencias. La Entidad Territorial quedó casi de mensajero, de acuerdo con lo que describen ellos.
- ⊗ Se dio un atasco considerable de recursos: En parte por problemas operativos: bases de datos incompletas, sistemas de información frágiles, precariedad de procesos de autorizaciones, facturación etc. También por problemas jurídicos, en particular entre Fosyga y EPS del régimen contributivo por prestaciones No POS que se glosan.
- ⊗ Hay traslapes y duplicidades en ciertas tareas y responsabilidades.
- ⊗ Existen funciones que podrían no ser compatibles entre sí, en una misma entidad.
- ⊗ Hay una escala o un número mínimo de usuarios, a partir del cual se vuelve inviables el aseguramiento y la prestación. En zonas de baja población difícilmente caben múltiples aseguradores o prestadores.
- ⊗ La Superintendencia de Salud, que es el gran supervisor nacional, no tiene presencia por fuera de Bogotá.
- ⊗ Las Secretarías Departamentales también tienen funciones de inspección, vigilancia y control, pero difícilmente las pueden ejercer con las EPS que son el principal cliente de sus hospitales.

Con el avance dado a nivel nacional en el esfuerzo por fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional, la tarea pendiente de acuerdo con lo que se observa tiene que ver con la gobernabilidad de la descentralización, en otras palabras con su optimización a la luz de las dimensiones rectoras establecidas a nivel nacional.

Desde Así Vamos en Salud consideramos que se hace necesaria una revisión de las competencias existentes en materia de descentralización de la salud teniendo como marco de referencia las dimensiones del rol rector de la autoridad sanitaria nacional y las funciones esenciales en salud pública.

¿Cuáles de ellas se deben descongestionar?, ¿cuáles más se deben desconcentrar y cuáles otras descentralizar?, ¿hasta qué nivel?, ¿en qué regiones?, ¿quiénes serán los actores responsables de esas funciones? esas son parte de las preguntas que quisiéramos empezar a analizar en el día de hoy y que quisiéramos empezar a encontrar respuestas a la luz de esas preguntas, muchas gracias.

La descentralización en salud de los países de la OCDE

Strengthening governance in regional health systems

IAN FORDE



Analista Senior de la división de Salud de la Organización para la Cooperación en Desarrollo Económico de la OCDE y líder del programa de Sistemas de Calidad y Resultados en Salud.

El Dr. Ian Forde es graduado de ciencias políticas y sociales de la Universidad de Cambridge, médico de la Universidad de Oxford y PhD del University College de Londres. Su tesis doctoral versó sobre los impactos a la salud de las reformas del sistema de salud colombiano. Fue miembro de la Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Ha dirigido más de 10 revisiones de la OCDE a sistemas de salud incluyendo el de Colombia, México, Japón, Australia y Reino Unido.

Dr. Ian Forde: Colombia es un país que me encanta, siempre es un placer estar aquí. A nivel de la OCDE estamos trabajando cada vez más con Colombia, ya que ustedes nos interesan al tener un sistema dinámico, amistoso y exitoso, entonces para la organización también es un placer estar con ustedes.

Voy a hablar de descentralización ilustrando el tema con unos datos de los países de la OCDE y unos casos de la OCDE, pero lo que pretendo es mostrar los retos en común, las funciones compartidas encontradas para resolver este problema, tener un buen equilibrio entre el gobierno central, las autoridades centrales y el gobierno local.

Pero antes de eso, haré una intervención sobre la OCDE, aunque no esté necesariamente todavía en Colombia.

La OCDE cuenta con 34 países miembros, que son los países más desarrollados pero también que son democracias y que tienen mercados abiertos. Su sede principal se encuentra en París pero contamos con oficinas pequeñas en otras ciudades y una secretaría de aproximadamente 3.000 funcionarios, en el que hay comités que tratan de cada tema, tenemos 22 comités: sobre comercio, medio ambiente, turismo, salud, y cada 6 meses los delegados se reúnen en París para hablar de los retos en común entre los sistemas de salud de la OCDE con el fin de buscar soluciones, buenas prácticas y compartirlas, entonces esa es la función de la OCDE.

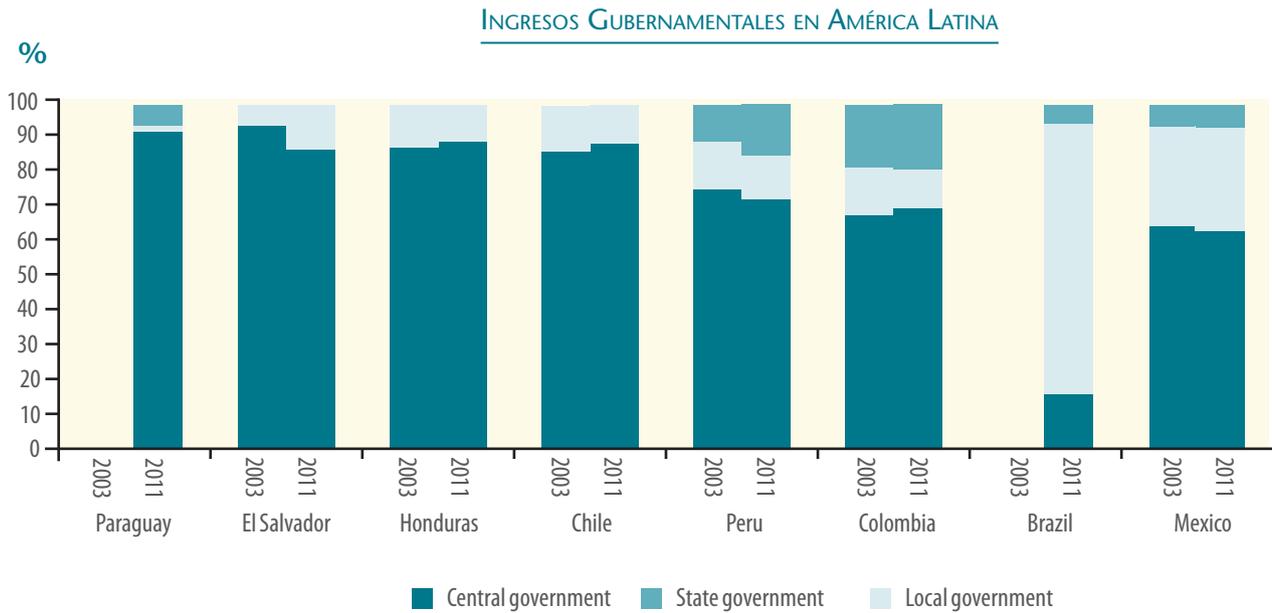
En el comité de salud, estamos intentando tener unos diálogos sobre la política, ofrecemos asistencia técnica a los países sobre reformas centrales. También exploramos reformas de los sistemas de salud en diferentes países; intentamos crear, identificar buenas prácticas, construir capacidad, aumentar capacidades nacionales y locales, y más que nada también ser conscientes de los retos en el futuro, como digo, compartirlos para los sistemas de salud en general y también estar buscando soluciones prácticas a éstos.

Voy a pasar al tema de gobernanza en sistemas de salud, creo que en la OCDE tenemos un panorama muy grande de modelos diferentes de gobernanza, es un panorama universal. Entonces tenemos unos países federales como los Estados Unidos, Suiza, México, y al otro lado del espectro tenemos países muy centralizados como Portugal, Turquía, pero en esos dos extremos hay muchas variedades de la gobernanza, por ejemplo hay países como Italia o España, que no son federales que tienen sistemas de salud totalmente regionalizados, descentralizados y también países que sí son unitarios pero con tradiciones muy fuertes de gobernanza local como los países nórdicos, como Holanda.

En este espectro, Colombia se encuentra más o menos así, que no es un país federal pero sí tiene unas prácticas y políticas muy descentralizadas, sobre todo en salud, en educación y en

los servicios públicos. Entonces es muy importante reconocer que no hay un modelo ideal para gestionar sin monitorear el sistema de salud, hay una barrera muy grande.

También el financiamiento varía mucho, se ve la participación de cada nivel de gobierno en los gastos de salud entre los países de la OCDE, y a un lado de espectro en países como Italia, casi todos los gastos son a nivel local, pero al otro lado el espectro como en el Reino Unido e Irlanda, casi todos los gastos son desde el gobierno central, entonces también hay una variación muy importante.



Tomado de: Presentación Ian Forde. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

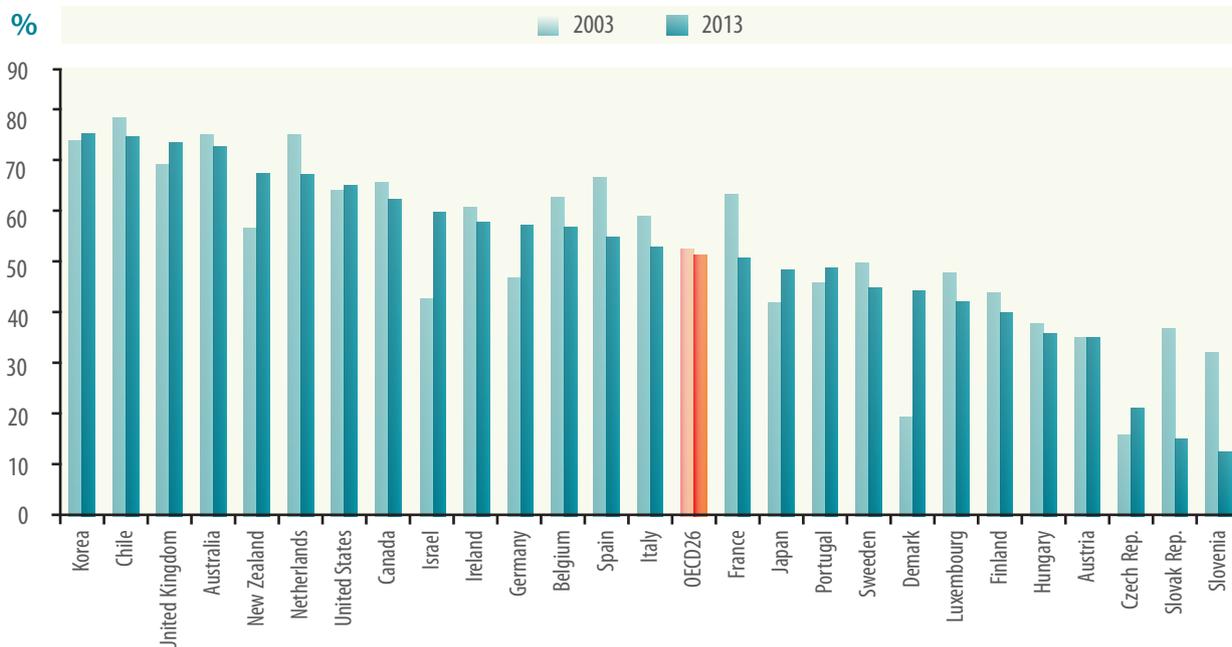
Ahora nos referimos a los países de América Latina pero no en el sector salud, sino en el sector público en general. Se puede ver que Colombia tiene casi el mismo detalle de ingresos locales como México o como un país federal. Asimismo, se observa que Colombia está al mismo nivel de México en temas de ingresos, por lo que es bastante sorprendente. Al igual que los gastos del gobierno, Colombia está bien descentralizada frente a los otros países de la región que tenían datos parecidos. Es imposible decir cuál modelo es mejor, como dije antes no hay un único modelo que sea evidentemente mejor que el otro.

Por ejemplo, tenemos el indicador de fatalidad después de un infarto cardiaco, y se puede evidenciar que en los dos extremos tenemos dos países, tenemos por un lado a Australia donde la fatalidad después de un infarto es lo mejor en la OCDE, en el otro extremo tenemos a México, otro país federal con las peores tasas de fatalidad después de un infarto cardiaco, entonces no se puede decir cuál es mejor, un sistema federal o un sistema centralizado.

Otro indicador relevante es asistencia primaria, vacunación contra la influenza, y los mejores países son unos muy centralizados como Corea y también países federales como Australia.

COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA EN POBLACIÓN DE

65 AÑOS Y MÁS, AÑOS 2003 Y 2013 (O AÑOS MÁS CERCANOS)



Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Tomado de: Presentación Ian Forde. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

También tenemos gastos en salud en términos del PIB y entre los países con sistemas de salud más costosos están Holanda, Suiza, Suecia y Alemania, una mezcla de sistemas de gobernanza, unos con sistemas federales otros con sistemas más centralizados, entonces es imposible decir que es un modelo mejor o menos costoso.

Pero a pesar de esto, en la OCDE creemos que el gobierno local es muy importante, en nuestro caso, tenemos mucho trabajo para apoyarlos y comprenderlos, para aumentar sus capacidades. Entonces a grandes rasgos este es un objetivo muy importante.

LIDERAZGO LOCAL, UNA META MUY IMPORTANTE



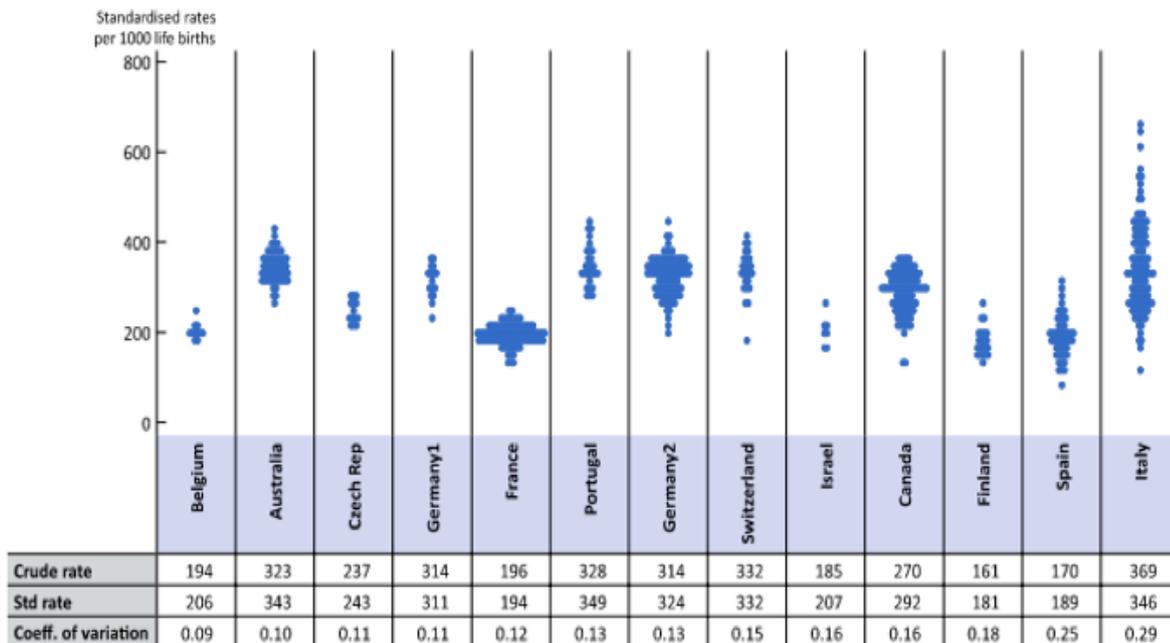
Tomado de: Presentación Ian Forde. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

Cuando hablamos de servicios públicos como la salud y la educación es evidente que estos son servicios de consumo por individuos que a su vez son consumidos por familias y comunidades; entonces tenemos ese sentido que esos servicios públicos se encuentran a nivel local. Además, es evidente que el nivel local puede entender mejor las necesidades de la comunidad, como también sus contextos, sus historias, y por eso está en una mejor decisión diseñar los servicios adecuados sostenibles y factibles.

También en la OCDE creemos que el gobierno local es muy importante por su fuente de experimentos de buenas ideas y nuevos modelos. Por lo anterior, yo creo que no es tan revelador decir que el gobierno local es un nivel muy importante en términos de servicios públicos, pero a pesar de esto lo que vemos es que a veces no se desempeña como deseamos.

Aquí tenemos datos de cesáreas en los países de la OCDE que demuestran la variabilidad, es evidente que hay demasiada variación adicional en esta actividad. Es notorio que en Italia, Alemania, Australia y España hay mucha variación en bases de cesáreas que evidentemente no es ideal, ya que la OMS dice que más o menos 15% de partos deben ser cesáreas, pero lo que vemos es algo muy diferente.

TASA DE PARTOS POR CESÁREA ENTRE PAÍSES SELECCIONADOS DE LA OCDE, 2011 O ÚLTIMO AÑO

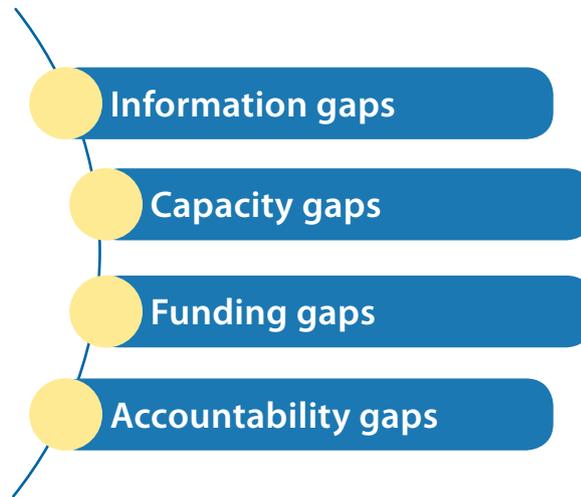


Tomado de: Presentación Ian Forde. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

No obstante, hasta en los países más sofisticados de la OCDE, como el caso de Suecia, hay una variación entre regiones y departamentos, por lo que es importante el gobierno local; sin embargo, al no cumplir siempre sus responsabilidades y expectativas de manera deseada, a veces nos decepciona un poco.

Hemos realizado un estudio de 15 países de la OCDE pensando en este tema y otros temas de salud, identificamos 4 razones principales, por las que a veces el gobierno local no descarga sus responsabilidades: porque a veces hay brechas en la información, brechas en capacidad, brechas en financiamiento o brechas en responsabilidad o rendición de cuentas, voy a hablar un poquito más de cada una.

Why do governance arrangements fail?



Tomado de: Presentación Ian Forde. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

La brecha de información se refiere cuando un nivel de gobierno no tiene información adecuada para diseñar, prestar o gestionar lo que se pide o si existe la información hay barreras que impiden compartir la misma de manera adecuada.

Por ejemplo, en Noruega hay una reforma que crea y orienta al sistema dramáticamente fuera de los hospitales y presta más servicios en el sector primario, pero en Noruega no hay ningún sistema de información en asistencia primaria, es increíble pero no hay ninguna información.

También en Colombia, creo que hay una expectativa en los servicios del primer nivel, la cual tendrá una capacidad resolutoria del 90% de presentaciones pero nunca he visto un indicador válido para monitorear esta expectativa, entonces es otra brecha en la información muy evidente.

Otra brecha, es la de capacidad y esta puede aparecer cuando un nivel de gobierno no tiene capacidad suficiente para cumplir sus responsabilidades y eso puede ser en parte por falta de recursos humanos o puede ser que los recursos humanos si están pero no tienen capacidad, formación adecuada, no tienen las aptitudes y conocimientos para cumplir sus responsabilidades. Pero no se trata solamente de recursos humanos, puede ser también que sí hay gente bien formada pero esta gente está frustrada porque a nivel institucional no hay procesos inteligentes para que las instituciones puedan hacer lo que les están pidiendo.

Otra brecha, es la de financiamiento, a través del cual un nivel de gobierno necesita para cumplir con sus responsabilidades y también puede ser simplemente que no hay recursos suficientes, pero lo que hemos visto más que nada es que sí hay recursos financieros pero el presupuesto no está bien gestionado, es decir, que gastos de fondos o los incentivos no son bien diseñados o alienados, entonces como información el flujo de financiamiento no funciona bien para que el nivel local pueda descargar sus responsabilidades.

Eso lo hemos visto por ejemplo en Australia, en donde los departamentos que tienen responsabilidad para prestar servicios en el sector hospitalario tienen una capacidad de generar recursos por ingresos locales muy limitada. Entonces hay una discontinuidad entre su capacidad de generar recursos y la capacidad de recibir recursos, fondos, y demás responsabilidades, la discontinuidad es importante.

Y finalmente la brecha de responsabilidad, en la cual hay dos variedades, puede ser que no hay suficiente transparencia al rededor del papel de una persona o el papel de una institución, o puede ser que haya mezcla de funciones dentro de una persona o dentro de una institución, una mezcla que quizás se convierta en un conflicto de intereses.

Esto pasa muy a menudo cuando estamos pensando en hospitales públicos porque en muchos países el Ministerio de Salud o el gobierno local no es solamente responsable de gestionar los hospitales públicos sino también es responsable de monitorear su desempeño, esa es una mezcla de funciones de conflicto de intereses que impide la transparencia, que a su vez frena la responsabilidad o rendición de cuentas.

Entonces ¿qué tenemos?, hemos dicho que sí es importante el gobierno local pero muy a menudo hay fracasos con lo que pasa a ese nivel y puede pasar por las anteriores razones, entonces llegamos a esta pregunta clave ¿Cómo podemos mantener el equilibrio entre el gobierno central, las autoridades centrales y las autoridades locales? ¿Cómo hacer el equilibrio entre esos dos niveles de gobernanza?, esa realmente es la pregunta clave.

Tal vez lo más importante es estar claro sobre lo que estamos pidiendo del nivel local, es importante tener las expectativas bien definidas, por ejemplo, decir a nivel local qué estamos solicitando, por ejemplo, que queremos ver una disminución del 20% de presentaciones urgentes en hospital en 3 años o queremos ver un 20% de fracturas de cadera sean operadas en 48 horas, esos son algunos de los indicadores utilizados en los países de la OCDE. Y luego de indicar los datos, verificar un sistema para entrar en unos acuerdos entre las autoridades centrales y las autoridades locales. Como por ejemplo, en Dinamarca y el Reino Unido cada año el gobierno central entra en un acuerdo con cada municipalidad, cada departamento, especificando exactamente lo que requieren por año.

Otro ejemplo viene de Australia, un país federal que publica de manera muy clara, atractiva y accesible ese empeño frente a las expectativas de las autoridades estatales. Puedes ver por ahí las consultas en urgencia de hospitales, la gran variedad entre 100 en unos sitios hasta 700 en otros; pero hacen algo interesante, inteligente, porque claro, hay mucha diversidad entre estos departamentos. En Australia hacen una comparación entre departamentos, municipalidades, ahí podemos ver áreas urbanas y zonas más regionales, entonces es un análisis, una interpretación quizá más comparable.

Asimismo, es importante estar seguro que las responsabilidades sean bien estructuradas con los recursos adecuados e incentivos para cumplirlas, con el fin de llenar a esas expectativas. Es claro que hay que dar recursos suficientes a niveles locales para que puedan cumplir con sus expectativas, pero se debe explicar así porque es muy difícil determinar el nivel de apoyo adecuado, el

balance y economía. Aquí doy un ejemplo, porque en todos los países de la OCDE estamos intentando reducir la dependencia en el sector hospitalario y casi todos han demostrado una disminución en el número de camas en su sistema de salud, es decir, reducir su excedente en ese sector.

Y entre los países interesantes está Dinamarca, el gobierno central publicó una expectativa respecto al número de camas pero luego lo dejaron completamente a las regiones decidir cómo hacerlo, entonces algunas centrales tenían clara esa expectativa pero luego lo dejó completamente a nivel regional decidir cómo hacerlo, cómo centralizar hospitales, entonces fue totalmente una decisión local.

Sería imposible pensar otra manera de hacerlo en Dinamarca pero en Portugal tuvieron exactamente la misma expectativa, pero fue el gobierno central quien hizo todos los planes, que fuéramos a hospitales, entonces dos maneras completamente diferentes para llegar al mismo objetivo. Otro aspecto importante es un diálogo eficaz y continuo entre el gobierno central y los gobiernos locales. Como dije antes hay cuatro pasos muy importantes cuando estás trabajando con gobiernos locales: uno es identificando explícitamente las expectativas; dos, es identificar medidas e indicadores para verificar si lo logran o no; tercero, publicar, interpretar y discutir los resultados; y cuatro, precisar el camino a seguir para lograr o mejorar el cumplimiento de las expectativas.

Hay cuatro papeles del gobierno central, uno es determinar la dirección estratégica; dos, es desarrollar herramientas para recuperar evidencias; tres, recibir recursos; y cuarto estar consciente de las prioridades locales, y generar dinamismo a ese nivel.

Quiero dar el ejemplo de Italia porque es un país federal que tiene un sistema sofisticado de diálogo entre el gobierno central y las autoridades locales, entonces hay un sistema de conferencias regulares entre el Estado de los departamentos, el Estado central y las municipalidades.

Pero lo que es realmente interesante en Italia es que van más allá de éste y tiene una agencia que coordina todo, únicamente para manejar el diálogo entre los niveles de gobierno; y su única función es de coordinar el diálogo y fortalecer y apoyar el mismo.

Otra cosa que hacen en este país es el apoyo directo de un departamento a otro, un departamento exitoso se une con un departamento que está en dificultades para prestar apoyo directo uno a uno. Entonces se evidencia que es un sistema desarrollado y que nos parece muy interesante unificar un modelo a seguir en otros países.

Y finalmente otro aspecto importante para resolver la tensión entre el gobierno central y el gobierno local es ser flexible, tener reevaluación regular entre los dos niveles de gobernanza. Turquía es un buen ejemplo de este aspecto, porque tenía una reforma muy fuerte para llegar a cobertura universal siendo dirigido por el gobierno central, pero ahora están en proceso de rebajar un poco el liderazgo central ya que están en proceso de crear unos organismos públicos descentralizados. Entonces se puede ver en este ejemplo como un signo de madurez en el que el sistema puede empezar a dejar el control central y ser flexible, concentrándose en sus errores y repensando cuando sea necesario.

Ya he hablado de Noruega, donde tuvimos una reforma muy fuerte para reorientar el sistema hacia la asistencia primaria y al principio de esta reforma hubo uno o dos incentivos, si un paciente con diabetes u otras enfermedades crónicas se encontraba en un hospital la municipalidad tenía que pagar 20% de los costos porque tuvo un fracaso de asistencia primaria. Y si este paciente no podía salir del hospital cuando estaba listo por parte de los derechos de la comunidad, la Municipalidad tenía que pagar cada día extra de su estancia en el hospital; entonces hubo incentivos muy fuertes para reorientar el sistema fuera de los hospitales, pero Noruega se dio cuenta que fueron demasiado fuertes estos incentivos y los han suspendido. Entonces es un ejemplo de cómo un sistema sofisticado sería flexible, consciente de lo que funciona, y de lo que no funciona.

Esto es lo que hemos obtenido de estudios de 15 países en la OCDE pero ¿qué significa todo esto para Colombia? Claro que en Colombia hay una descentralización doble, por un lado las reformas de los años 1990 implicaron una descentralización territorial pero también una revisión de las EPS, entonces fueron dos cosas muy difíciles hacer en paralelo, unos retos muy grandes pero Colombia los logró. Va a llegar una perspectiva desde afuera, el 10 de diciembre vamos a lanzar nuestro reporte sobre el sistema de Colombia que hemos realizado este año, nuestra perspectiva desde afuera de la OCDE, de cómo funciona el sistema de salud aquí en Colombia.

Colombia: a view from the outside

Strategic direction is clear

Central institutions are strong

Trust and co-operation is in place

Local capacity is too variable

Data on performance is weak

Not enough value got out of EPS

Tomado de: Presentación Ian Forde. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

También vimos que las instituciones centrales son muy fuertes, eficaces, y capaces, y es por eso es que en Colombia han logrado de una manera tan impresionante la cobertura universal. Y notamos que hay un gran nivel de confianza entre los actores principales tanto a nivel central como a nivel local en Colombia. Yo sé que tal vez esta no es su impresión pero es lo que digo es la perspectiva de lo que pasa aquí en Colombia. Sin embargo, hay una falta enorme de datos de desempeño.

Y más que nada que las EPS por el momento realmente nos demuestren su valor, son unos organismos un poco pasivos que no están ocasionando el riesgo clínico ni el riesgo financiero de manera adecuada que son una parte muy importante del sistema pero no están todavía llegando a su potencial.

- ✿ Entonces hay muchas recomendaciones, como digo ese es el reporte que vamos a adelantarles, no quiero hablar mucho al respecto pero unas regulaciones para Colombia son estas:
- ✿ Colombia debe desarrollar un marco de desempeño mucho más exigente y transparente sobre todo alrededor de las EPS. Este debe ser más explícito y tener indicadores vinculados al mismo.
- ✿ Colombia debe modificar sus sistemas de pago, orientados más hacia los resultados y no solamente hacia las actividades porque lo que vimos actualmente, los recursos, siguen orientados hacia las actividades y no recompensa la calidad.
- ✿ Colombia debe formar cohortes de médicos, enfermeras en asistencia primaria, especialistas que también tendrán un papel muy importante a nivel local que todavía no existe.
- ✿ Y algo muy importante que Colombia extienda su participación en programas de medición y comparación con otros sistemas de salud con respecto a calidad, a gastos, a eficiencia, para que se compare con los otros países de la OCDE.

Key recommendations



Develop more demanding and transparent performance frameworks around insurers, providers and territorial authorities, focussed on health outcomes, quality of care, financial sustainability and good governance.



Modify payment systems to reward quality and outcomes, rather than activity, in both primary care and secondary care.



Develop a specialist primary care workforce, focused on preventing and managing chronic conditions such as diabetes.



Extend Colombian's participation in international benchmarking efforts for health system quality and efficiency.

Entonces esas son unas de las principales recomendaciones de la OCDE pero claro que ustedes son los expertos sobre lo que falta aquí en Colombia para lograr el equilibrio entre el gobierno central y el gobierno local.

Muchas gracias por la oportunidad de dar nuestras reflexiones de este espacio internacional.

PANEL

PARTICIPANTES

Alejandro Gaviria
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Ian Forde
LÍDER DEL PROGRAMA DE CALIDAD Y RESULTADOS EN SALUD DE
LA DIVISIÓN DE LA SALUD DE LA OCDE

Ramiro Guerrero
DIRECTOR DE PROESA

MODERADOR

Augusto Galán
DIRECTOR ASÍ VAMOS EN SALUD

Moderador: Ministro además de la presentación de Ian, tuvimos una introducción en la cual hicimos una revisión muy sucinta y rápida de lo que hacemos, de los antecedentes de la descentralización y de los retos y las dificultades que ha habido en el proceso de descentralización en Colombia.

Esencialmente en esa parte, tomamos diferentes estudios de BID, de Humberto Restrepo y otros, y muy especialmente el de aquí de PROESA, nuestro grupo del Doctor Ramiro Guerrero, y quisiera empezar por ahí, preguntándole al Doctor Guerrero ¿Qué adicional a lo que se planteó quisiera complementar en ese análisis de lo que ha sido la descentralización en el país en materia del sistema de salud?

Dr. Ramiro Guerrero: Posiblemente toda la reflexión sobre la descentralización se puede visualizar como un triángulo que tiene en una esquina la capacidad de decisión que tiene la entidad territorial; por otro lado la capacidad; y por otro lado la rendición de cuentas.

Uno de los problemas de la descentralización fue que no se consultó la capacidad de las entidades que estaban recibiendo ciertas funciones y eso todavía sigue siendo fuente de gran dificultad pero creo que en este punto me enfocaría en los modelos de rendición de cuentas, ya que alrededor de esos modelos de rendición de cuentas se pueden orientar las reflexiones.

Hay un modelo de rendición de cuentas político que se da a través de unos funcionarios popularmente electos que son responsables de unos servicios públicos, que si se daña el servicio pues teóricamente la gente vota por otros y eso induce en teoría a la mejora permanente de los servicios públicos.

Un segundo modelo de rendición de cuentas totalmente distinto, es el modelo de rendición de cuentas de mercado que es el de cualquier comerciante que presta un servicio y si el servicio es bueno pues la gente lo compra y si no, la ciudadanía vota con su elección o por su billetera.

Y un tercer modelo de rendición de cuentas es el modelo corporatista, en el cual todas las partes interesadas en la prestación de un servicio están representadas en el Gobierno en una organización, por ejemplo una Caja de Compensación Familiar que tiene a los sindicatos y a los empresarios afiliados en la junta, teóricamente si se deteriora el servicio, los representantes de los usuarios deberían disciplinar a la organización.

Nosotros veníamos que de un modelo estatizado va a un modelo de estado provisor, que estaba fundado en el modelo de rendición de cuentas público y en ese mundo hubo un primer bombazo que fue la elección popular de Alcaldes a fines de los años 80, fue la descentralización política porque era un modelo jerárquico donde el primer nivel de atención estaba a cargo de los municipios y los niveles superiores de atención a cargo de los departamentos, y eso supone una noción de jerarquía, en un mundo en el que los gobernadores eran jefes de los alcaldes, pero a partir de la descentralización política los alcaldes ya no reconocen a los gobernadores como jefes, se perdió esa noción de jerarquía pero el sistema inercialmente siguió funcionando con esa lógica.

Y a ese modelo se sobrepuso el modelo de la Ley 100 que está fundado más en la lógica de mercado, unas organizaciones que prestan los servicios y la gente, el usuario, elige con su decisión cual le gusta y cual no le gusta.

Entonces en el régimen subsidiado fue más clara esa superposición, siguió funcionando inercialmente la lógica del modelo anterior y a eso se sobrepuso la Ley 100, generando muchas redundancias, algunas de esas redundancias se han corregido ahora con el giro directo, por ejemplo, pues de alguna manera la plata ya no da tantas vueltas. Pero la expresión más clara de esa redundancia era cuando la plata iba del FOSYGA al municipio, del municipio a la EPS, de la EPS a la IPS, se demoraba años en llegar -si es que llegaba-.

Pero el punto es que la descentralización se concibió y se ejecutó bajo la lógica de un estado provisor y después se sobrepuso otro modelo, y no se alcanzaron a armonizar plenamente.

Entonces ya para terminar, problemas que surgieron, uno muy grande que evidenciamos en la investigación, es que en principio los servicios de salud individuales son responsabilidad de la EPS y la IPS, mientras que los servicios de salud pública colectiva que tienen una lógica territorial son responsabilidad de la entidad territorial. La línea entre unos y otros nunca ha podido ser clara en la práctica, y uno lo ve en el día a día y eso genera toda una serie de confusión de errores.

Otra consecuencia que hubo es que se debilitó estructuralmente la función de rectoría por varias razones, primero como anotaba Augusto, el Rector Nacional, no tiene presencia fuera de Bogotá, se ha empezado a abrir unas oficinas por iniciativa del Ex superintendente Gustavo Morales pero para unas funciones muy pequeñas en unos pocos lugares del país.

Leyes anteriores a la Ley 100, la Ley 10 y de alguna manera también la 715 que es posterior a la Ley 100 le dan a los departamentos funciones de inspección y vigilancia, y la Superintendencia también tiene funciones de inspección, vigilancia y control, y es facilísimo para un vigilado poner a pelear -un abogado la tiene muy fácil porque él dice, no, eso no es competencia suya sino del otro- y ahí los enredan.

Ya a nivel local el problema que surge es que coexisten a nivel de departamentos y municipios, y sobre todo a nivel de departamentos funciones que no son compatibles como lo decía también Ian Forde, los departamentos tienen funciones de rectoría, inspección y vigilancia, deben habilitar a sus propios hospitales y a la competencia.

Entonces tienen un sombrero rector pero también tienen una pata en la prestación y muchas veces están involucrados también en el aseguramiento, y esos son sombreros que pueden llegar a ser incompatibles.

Y por último ya en lo que tiene que ver con la operación del aseguramiento, surge el problema del modelo dual, que es que hay sitios del país donde hay tan poca población, donde es ridículo pretender que hayan múltiples aseguradores y prestadores compitiendo cuando toda la gente del pueblo va a dar a donde el mismo médico al final del día.

Entonces existe la necesidad de plantear un modelo dual que no es tan fácil, como decir que Vichada y Vaupés son modelo monopolio y el resto del país es competencia porque en el Valle, en Antioquia, en Cundinamarca hay pueblos de 5.000 habitantes donde debería existir el modelo monopólico coexistir con el otro, y esa que creo que ahí vamos a oír al Ministro, la forma de lograrlo no es fácil pero hay unos umbrales de población que se tienen que observar.

Yo creo que el camino de salida está más por el lado de especializar funcionalmente a las entidades territoriales consultando su capacidad, de pronto pensar en una nueva categoriza-

ción de municipios *ad hoc* para el sector salud y asignar funciones de una forma que no sean incompatibles.

Moderador: Le cede la palabra al Ministro.

Dr. Alejandro Gaviria: Voy a hacer dos comentarios generales y después voy a ampliar un poco las ideas de Ramiro tratando de hacer énfasis en algunas innovaciones recientes de la descentralización.

Primer comentario general sobre la descentralización en nuestro país, uno puede hablar de 3 tipos de descentralización, una de la normativa que comienza en serio hace 30 años y después se consolida en nuestra constitución política, vamos a cumplir 30 años de la elección popular de Alcaldes, ya vamos a cumplir 25 años de la Constitución Política y todavía estamos discutiendo aspectos de la descentralización.

Hay otra descentralización que siempre ha existido en Colombia que es inherente a nuestro país que casi define lo que somos como nación, que es la descentralización que nos impone la geografía endemoniada de nuestro país, un país de regiones, donde siempre se ha definido, casi una ficción, que puede gobernarse desde Bogotá, un país que no consolida una economía nacional hasta bien avanzada la década de los 50. Yo me acuerdo haber leído algo cuando llegué aquí que en el año 49- y decía el autor que- en Colombia encuentra fábricas de cemento, de gaseosas distintas en cada región, incluso él mencionaba que las de Cartagena tenían el nombre de las familias de allá Román, Posada Tobón, Pinto en Santander cosas como esas; ese era nuestro país y hemos sido de alguna manera descentralizados desde siempre desde hace más de 200 años yo creo que también hay que tenerlo en cuenta.

La otra descentralización que me parece muy interesante es la descentralización que está en la mente de los ciudadanos. Hoy en día, en el mundo de las redes sociales yo recibo mensajes del siguiente tenor casi todos los días, hay una noticia de las tantas en nuestros medios de comunicación que dice que en el departamento de Sucre en un pequeño municipio, la ambulancia no llegó y el mensaje ahí mismo es -Ministro usted qué está haciendo, no sirve para nada- a mí me dan ganas de responder, me las aguanto siempre diciendo -yo no tengo nada que ver con la ambulancia del departamento de Sucre- pero bueno.

Todavía estamos centralizados, muy centralizados en nuestra mente, todavía esa descentralización no ha ocurrido plenamente en la mente de las personas entonces es paradójica la descentralización en Colombia. Otro comentario general, Ramiro puso de moda la doble descentralización como lo llama Ian “la descentralización territorial y la descentralización funcional”. Yo creo que sobre el tema de Ramiro nosotros tenemos una doble descentralización porque en el tema territorial nosotros tenemos una innovación, voy a hacer referencia a esto varias veces en el comentario que viene.

La autonomía de las Empresas Sociales del Estado es independiente tanto de los municipios como los departamentos, para mí es una doble descentralización en el sentido territorial. Quiero compartir con ustedes cinco o seis ideas de avances o mejoras institucionales recientes en el

tema de la descentralización, el cambio social yo creo que es necesariamente acumulativo, yo no creo mucho en el diseño inteligente, creo en la evolución.

De la génesis que tuvimos en la descentralización en el sistema de salud ya se ha hablado suficiente de ella, esa simultaneidad ante la Ley 60 y la Ley 100, una pensando en un modelo ofertista y la otra en un modelo de subsidio, es más así nació nuestro sistema de salud. Y comenzaron a pasar varias cosas, yo creo que una innovación y Ramiro lo dijo, y es que no ha sido valorado lo suficiente lo que ocurre en el régimen subsidiado; la forma como eso se organizó en un comienzo creo que fue equivocada con base en los contratos municipales del régimen subsidiado, eso era una forma muy extraña de funcionar en un modelo de aseguramiento, volver a los alcaldes quienes firmaban contratos con los aseguradores -con varios aseguradores- contratos que tenían todo tipo de problemas, el flujo de recursos era imposible, la corrupción que ocurrió con los contratos municipales del régimen subsidiado fue muy alta.

El Ministerio de Salud hizo un reporte sobre pérdida de recursos, desviación de dineros que se enviaba a los municipios para que hicieran el contrato del régimen subsidiado y tenemos una cifra de quinientos mil millones de pesos en el periodo desde el año 95-96 hasta el año 2010 aproximadamente, y eso puede estar subestimado. Yo creo que eso se corrigió Ramiro y se corrigió con la Ley 1438 que no se ha dicho de esta manera, pero yo quiero decirlo de manera clara, lo que hace la Ley 1438 es una recentralización de la salud, cuando concentra los recursos y los concentra plenamente, y lo gira directamente a los hospitales o a las EPS.

El paso definitivo lo dio la Ley del Plan Nacional de Desarrollo donde ya incluso los recursos de esfuerzo propio que todavía se giraban directamente de las Entidades Territoriales a las EPS ya se acumulan completamente en lo que va a ser el nuevo fondo y unidad de gestión; ya la entidad territorial no tiene nada que ver con el manejo de los recursos, todos se acumulan en un Fondo Único Nacional y se van a girar en forma de UPC a las EPS. Ese proceso se culminó, esa forma como se hizo inicialmente la concatenación de la descentralización de la salud, Ley 60, Ley 100, con contrato municipal del régimen subsidiado y flujos dispersos. Yo creo que hay un proceso de reforma que comienza con la 1438 y culmina de manera definitiva con el Plan Nacional de Desarrollo -creo que esa innovación es importante-.

Otra innovación es lo que menciona Ramiro y tiene que ver con zonas dispersas. William Chávez desde el año 1995 dice en su estudio que en algunas regiones de nuestro país no tiene sentido la competencia estructurada, no tiene sentido el modelo como fue concebido inicialmente por la Ley 100.

Y eso comenzó a cambiar y tuvimos primero grandes dificultades cuando tratamos de hacer una prueba piloto en el departamento de Guainía porque los obstáculos legales fueron muy grandes, el Decreto nos lo devolvió la Secretaría Jurídica de Presidencia tres o cuatro veces porque siempre nos decían -ustedes están acabando con la competencia- y nosotros decíamos -es lo que queremos hacer- pero entonces nos decían no, pero es que la Ley 100 habla de competencia.

Afortunadamente hicimos el Decreto y lo blindamos normativamente, también en el Plan Nacional de Desarrollo con los modelos integrales de atención en salud que ha promovido el Viceministro.

Y yo creo que la innovación conceptual es bastante grande, lo que se va a hacer en Guainía es un modelo completamente distinto a cómo funciona la Ley 100, por ejemplo, en una ciudad grande es un modelo de concesión donde se le está diciendo básicamente a un operador que debe tener con un asegurador una especie de alianza, el aseguramiento no es muy importante pero es necesario porque por ejemplo, si en Guainía aparecen dos pacientes hemofílicos se derrumba financieramente el modelo, entonces es importante tener ese complemento con un asegurador, no solamente puede haber una concesión, algo hay que asegurar, entra la aseguradora. Pero la parte importante del modelo es el operador y el modelo se construye, a diferencia de la Ley 100, de abajo hacia arriba.

Usted dice mire yo quiero en mi territorio tener estos puestos de salud, estos centros de salud van a estar dotados de esta manera, van a tener estos médicos atendiendo tantas veces, va a haber tantas brigadas con cierta frecuencia eso se valora. Los recursos, la totalidad de los recursos disponibles, tener los recursos de la UPC, y los recursos de las intervenciones colectivas se acumulan y se hace un proceso para que sea uno solo.

Lo de Guainía está a punto de cerrarse, ya está la resolución lista con la que vamos a terminar con un operador escogido para manejar ese modelo, esperemos que en los próximos años ese modelo se generalice y tengamos muchas regiones de Colombia operando de esta manera. Yo creo que hay una innovación importante, es una corrección a la descentralización. Requiere y eso es fundamental, voluntad de la entidad territorial, si el gobernador no quiere participar o no está dispuesto va a ser muy difícil, y algo que pasó en Guainía es que también hubo recursos importantes del Sistema General de Regalías utilizados en la dotación de esos puestos y centros de salud. Requiere también, esto hay que decirlo, que desaparezca la Empresa Social del Estado porque entra a operarse de otra manera.

El giro directo que tiene que ver con esto, esta es mi tercera idea, yo creo que también es una innovación importante. Entendido el giro directo con los primeros niveles y contratos por capitación, eso como volver al subsidio de oferta pero un subsidio de oferta mejorado.

Esta es una conversación recién entrado al Ministerio con el expresidente César Gaviria, dentro de las muchas cosas que él me dijo, me soltó una frase que decía -régimen subsidiado es lo mismo que los hospitales públicos pero un poquito mejor- yo nunca entendí, de pronto a lo que estaba haciendo referencia era a esto, que usted tiene giro directo más un contrato por capitación, lo que le está haciendo llegar un flujo, ¿un flujo para qué? Para pagar por operación ese es un subsidio de oferta ¿porque es un poquito mejor? Porque en todo caso usted tiene una especie de convenio de desempeño, tiene un pagador que le va a ir a revisar que usted hizo lo que tenía que hacer y cumplió con las actividades de promoción y prevención, por ejemplo.

Esquemas como estos de descentralización se plantearon a finales de la década de los 90, por ejemplo, para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y a sus regionales se decía, bueno mándele la plata pero exíjale que cumpla una serie de condiciones. Entonces terminamos reinventando esto con las EPS que son una especie de supervisor con los primeros niveles, de que se cumplan ciertas actividades, entonces es subsidio de oferta mejorado yo creo que en eso estamos en algunos de los mismos niveles.

Siguen existiendo a veces tensiones en la contratación, cuál es el valor de la cápita, pero la cápita termina convergiendo a remunerar las actividades básicas por lo que se están contratando, entonces ahí también el giro directo más la capitación es una innovación.

Si nos vamos a los segundos y terceros niveles la cosa es más compleja porque depende mucho de la gestión pública dada la independencia de las Empresas Sociales del Estado, y ese es un mundo muy heterogéneo, aquí está el Doctor Andrés Narváez del Hospital San José de Popayán, que ha demostrado que con buena gestión pública se pueden sacar los hospitales adelante.

Desafortunadamente esa no es la historia en todo el país y si uno quisiera ver cuál ha sido la política pública del Estado para manejar los hospitales de segundo y tercer nivel yo creo que es una política de salvamento con diferente nombre, el convenio de desempeño con el programa de saneamiento es inventar disculpas para mandarles plata cuando gastan más de lo que pueden gastar.

Y eso ha sido muy difícil porque en el fondo queda como lo que alguien decía, no hay una restricción presupuestal fija y si de pronto hay un gasto más allá de lo que los presupuestos dicen, nosotros encontramos formas con recursos públicos, muchas veces con recursos públicos del orden nacional; y creo que el caso del Hospital Universitario del Valle, este es un ejemplo de esa política pública de salvamento permanente, encontrar formas de cuando se gasta más de lo que tiene y eso no se ha resuelto plenamente y creo que ahí tenemos en esa doble descentralización líos importantes.

Cuando se ha tocado ese problema en la descentralización, se ha tratado de decir racionalicemos la oferta pública y creemos redes de hospitales públicos. La posición política es muy compleja, se trató de hacer en el documento de red en el departamento de Antioquia y Boyacá y no se pudo; esto lo presentaron en un proyecto que incluía la formación de redes como se tienen por ejemplo en Cauca. Entonces yo creo que ahí esa racionalización de la oferta pública en el territorio es doble, creo que todavía es un tema que no hemos resuelto.

Quiero ya para terminar exponer otras ideas, cambios importantes en la descentralización que no son del sector salud pero que atañen al sector salud, uno es muy importante por el Sistema General de Regalías, la descentralización también cambió finalmente, y esa llegada de recursos, de inversión por otra vía distinta del Sistema General de Participaciones, eso es como si uno tuviera el funcionamiento por el Sistema General de Participaciones. La inversión como prioridades fijadas en los territorios por el Sistema General de Regalías ha sido una innovación muy importante que ha tenido todo tipo de consecuencias, incluso las de economía política que ya comienzan a ser visibles en el país porque esos cargos de las gobernaciones son mucho más atractivos.

Eso nos ha llevado a que tengamos más recursos de inversión sobre todo de inversión hospitalaria y nos lleva a tener entonces un poco más control en rectoría, en esos procesos de inversión, porque ustedes saben que la inversión puede ser una arma de doble filo, invertimos hoy pero si esa oferta pública no es sostenible vienen problemas mañana.

Y segundo, en el país están surgiendo también modelos innovadores de administración de lo público, creo que experiencias como la de Barranquilla en los últimos años merecen ser estudiadas más de cerca, entendidas y analizadas en sus efectos por lo que implica operadores externos sin Empresas Sociales del Estado y con articulación más grande en lo público entre los niveles de mayor complejidad en los diferentes niveles.

El objetivo de mi comentario era mostrarles que están pasando cosas, que la descentralización es dinámica, que la idea de doble descentralización si es cómo surgió pero que muchas veces el origen tiene poco que ver con la esencia de la cosa, esto va cambiando y está cambiando rápidamente y creo que podemos decir más de dos décadas después que el sistema de salud ha venido progresando y hemos venido articulando mejor nuestras normas de descentralización con los seguridad social pero hay muchos desafíos todavía pendientes.

Moderador: La inquietud que le queda a uno entonces es ¿hasta dónde debemos hacer una reforma legal para flexibilizar esas posibilidades y no esa lucha permanente que parecería darse a través de Decretos o a través de definiciones que tienen un tránsito a veces un tanto difícil, y ustedes cómo verían la necesidad de hacer una reforma de la 715 específicamente?

Dr. Ramiro Guerrero: La palabra clave es especialización funcional porque pasamos de un modelo de estado provisor a un modelo de estado regulador y sector privado a sector corporativo prestador.

A nivel nacional quedó perfecto porque al Ministerio no le queda prácticamente ningún hospital adscrito, por ahí pues el Instituto Nacional de Cancerología y dos o tres cositas que están adscritas al Ministerio, pero el Ministerio desde que salió del Seguro Social no quedó con prestación, el Ministerio se especializó y uno va a ese edificio y allá todo el mundo tiene chip de regulador y de rector.

Entonces de pronto uno podría pensar en cosas de la Ley 715 en la especialización funcional, en donde tiene más sentido que las gobernaciones se concentren en la rectoría local porque ésta traspasa las fronteras de los municipios. Ahora eso por descarte implicaría que los municipios serían los llamados a asumir la función prestadora pero creo que tampoco todos tienen la capacidad.

En ese orden de ideas, si uno tomara esa línea en todo caso uno debería rescatar la idea original de la certificación pero adaptada a las funciones que hoy en día se esperan de las entidades territoriales. El problema de la certificación fue que se siguió aplicando durante los 90, la certificación de los municipios con la lógica del modelo de los 80 que era -certifique usted que tiene la capacidad para constituirse en prestador- pero ya no era un modelo de Estado prestador. Entonces de pronto algunos municipios podrían asumir o competir por así decirlo en la prestación porque hoy en día tiende a ser más preponderante pero habrá otros municipios pequeños que uno duda de si tendrían o no la capacidad de asumir ese rol.

Creo que otra mención importante para los alcaldes y quizá más claramente en los municipios más pequeños es como apadrinar al ciudadano, ayudar al ciudadano como vocero o representante del ciudadano ante el sistema. Por eso nos pareció interesante en el estudio la forma cómo funcionan las oficinas de quejas y reclamos en las alcaldías. Las alcaldías reciben montones de quejas y reclamos sobre la operación del Sistema, los secretarios de salud no son los responsables de prestar el servicio y los gerentes de las EPS típicamente no le pasan al teléfono como nos lo dijeron cualquier cantidad de secretarios de salud, que entonces debería haber un canal a través del cual ese abogado -pues no es abogado en el sentido jurídico- en

el cual ese defensor del ciudadano lo puede actuar ante las entidades responsables que en este caso son EPS e IPS para que el servicio que tienen esté bien. Entonces los municipios grandes posiblemente podrían participar en la prestación, los más pequeños de pronto tener un rol más de acompañamiento del ciudadano.

Una reforma a la 715 podría darle mucho más herramientas y asidero legal a lo que planteaba el Ministro, el modelo dual que se está innovando en Guainía. Ahí hay un punto muy importante que tiene que ver con la asignación de recursos y este es un debate en la literatura.

Pero pues espero con esto de pronto dar algo de respuesta a lo que podría hacerse si uno tuviera poderes para modificar la Ley 715.

Moderador: ¿Ministro usted qué opina reforma de la 715?

Dr. Alejandro Gaviria: Yo creo que en todo caso algo hay que hacer, la Ley 715 fue aprobada por allá en el año 2001 y la realidad del sistema de salud era muy distinta, la cobertura no llegaba al 50%, la ley hacía mucho énfasis en la forma como se iban a distribuir esos recursos de oferta para pagar por la población pobre no asegurada, un montón de fórmulas raras, todo eso está completamente desueto.

Voy a decir dos o tres cosas que son las demandas más urgentes que son percibidas, voy a hacer un comentario general sobre la descentralización y sobre las reuniones más de todos los días en donde yo veo todavía una especie de contradicción y esto tiene que ver con la forma como interactuamos sobre todo con las Secretarías de Salud y con las Empresas Sociales del Estado donde hay un doble discurso. El del gobierno nacional es diciéndole -compórtese como adultos pero siempre los seguimos tratando como niños- entonces muchas veces y en todas las entidades, y no solamente el Ministerio de Salud, hay desconfianza sobre lo que hacen las entidades territoriales. Luego ese discurso es un poco extraño y es -compórtense como adultos- pero muchas de las normas y actos administrativos es suponiendo que los recursos no van a ser bien manejados.

Desde el lado de las entidades territoriales el discurso es este -creo que esta frase se la aprendí a Estanislao Zuleta- también es una demanda contradictoria, es «quíerame mucho pero déjeme solo» que es simplemente yo necesito recursos pero quiero recursos con autonomía, o sea la tarjeta de crédito con un cupo bien alto.

Y muchas reuniones son así y eso no lo define ninguna ley, aquí también necesitamos entre todos ir construyendo una palabra que es clave y alguien decía, que debe haber confianza de pronto en términos relativos sino en términos absolutos, pues todavía nos falta generar mucha confianza, tener una mejor relación de confianza entre el gobierno nacional y las entidades territoriales es de parte y parte y eso es fundamental para que la descentralización funcione mejor.

Muchas veces yo digo en el Ministerio -confiemos en las entidades territoriales- por qué tenemos que hacer todas estas cosas, todas esas revisiones si la plata es de ellos, pero creo que eso es algo que todavía no ha cambiado y eso no lo va a definir una reforma legal yo creo que en eso tenemos que avanzar todos como funcionarios y sociedad.

Veó que hay una frontera de descentralización en las intervenciones colectivas que están aquí, el Ministerio no es esa cosa que usted va a hablar de la nueva normatividad y la nueva resolución pero yo creo que ahí necesitamos unos temas legales y sus reglas claras, esas competencias distribuidas de manera más transparente entre municipios y territorios, y más procesos de rendición de cuentas.

Por lo menos en la plata del aseguramiento uno tiene a alguien y pregunto: Cuando uno habla de los planes de intervenciones colectivas la plata que se transfiere a nivel Municipal, y la frase que yo más oigo por todas partes es -eso es plata de bolsillo del Alcalde- se contrata con una ONG para hacer algunas actividades de capacitación y transmisión de conocimientos.

Cuando ya tenemos cobertura universal, hay que repensar en el papel del subsidio de oferta y tenemos un problema muy grave hoy, ustedes de pronto lo han sufrido en 9 departamentos sobre todo; crecimiento de las deudas de los departamentos por servicios y tecnología No POS en el régimen subsidiado, donde estamos siendo claramente contradictorios. Esa competencia está en la entidad territorial, ellos tienen que pagar en el régimen subsidiado por servicios de tecnología No POS -hoy no tienen plata-, y parte de los problemas de financiamiento del régimen subsidiado, parte de la crisis financiera viene de allí, de esa contradicción, un aumento muy rápido de esos servicios No POS y las entidades territoriales, entonces dicen que no tienen como pagar.

Hicimos este año una innovación normativa que ustedes conocen bien, que fue la 1479 con algo de perversidad, que fue simplemente conectar donde se origina la demanda con quien tiene en últimas la responsabilidad de pagar que es la entidad territorial.

Esto de sacar a la EPS de la jugada ¿Por qué? Porque la EPS estaba pagando y no le estaba pagando, entonces la EPS no pagaba porque no le pagaban y lo hicimos con el siguiente sentido y es cuando usted conecta a quien origina la demanda, con quien últimamente paga, quien originaba la demanda de pronto iba a ser más consciente de que los recursos son limitados, pero fue una forma un poco brusca de hacer este cambio, de transmitir la idea de la escases de recursos y en nuestro caso yo creo que ha tenido consecuencias adversas sobre la gente, y no puede ser de esa manera. Yo creo que eso lo tenemos que definir, necesita necesariamente un cambio legal.

Para los nuevos gobernadores, la pregunta que tenía más clara es - bueno ¿qué va a pasar con el No POS? ¿Nos va a dar plata el gobierno nacional? No, no está resuelto el tema, necesitan necesariamente una reforma legal eso tiene que estar en la 715, creo que es inequitativo decir lo del contributivo lo pago con el FOSYGA, lo del subsidiado se lo dejo a la entidad territorial que no tiene plata, eso va en contra del espíritu de equidad que tiene nuestro sistema de salud y eso hay que corregirlo legalmente, creo que necesita ser un punto importante esa reforma que viene a la 715.

Cuando estábamos en el proyecto de ley ordinaria la demanda más grande que yo tenía también de los secretarios de salud era con actividades de inspección, vigilancia y control. La ciudadanía nos reclama todo el tiempo y no tenemos instrumentos. La Superintendencia de Salud no puede estar en todo el territorio, ya está teniendo presencia territorial en 7-8 oficinas, pero no puede estar en toda parte. Yo creo que esto también hay que definirlo en esa reforma de la Ley 715, hay que tener unas competencias mucho más altas de las que se tiene hoy en día en inspección, vigilancia y control para las IPS pero también para las EPS

por parte de las entidades territoriales, y ahí pueda tener un tema de no dársela a todos sino dársela a quien la requiere.

Termino con esto, que tampoco nos va a resolver la ley, pero que es una idea interesante, en el que hemos tenido también un tema donde la descentralización no ha funcionado.

Hay un tema paradójico que es el papel que juega la división de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda la cual interactúa con las entidades territoriales. En estos días, en una conversación que tuve con Guillermo Pérez, él dice “¿por qué?” y yo le digo -porque es la única oficina del gobierno central que capacita a las entidades territoriales que se sienta con ellos, que mira los procesos que después de esa interacción repetida ellos dicen -nosotros aprendimos a hacer algo-.

Y creo que a pesar de toda la dirección de desarrollo territorial de planeación nacional -que algo hace- no ha cumplido ese papel plenamente. Nosotros algo hacemos en la dirección de prestación de servicios en el Ministerio pero tenemos problemas iguales, la Secretaría de Salud del Chocó que se liquidó, básicamente no existe y nosotros no tenemos la totalidad de las capacidades para decir bueno, vamos a dedicar cinco o seis funcionarios por un tiempo largo que son seis meses, que se vayan allá y básicamente creen que los funcionarios en la secretaría construyan esas capacidades en el territorio.

La Secretaría de Salud de La Guajira si existe pero en la práctica no hay unas capacidades y tampoco la gente, no han sido capaces en un tiempo largo hacer un documento de red y miren como van a organizar la oferta pública en el territorio y eso se necesita y eso no pasa necesariamente por una ley, desde el gobierno nacional tiene que haber una política pública deliberada de construcción de capacidades en el territorio, en salud eso pasa por el fortalecimiento de muchas secretarías y creo que hay ahí todavía una frontera inexplorada donde hay mucho por hacer.

Moderador: Quiero aprovechar estas dos respuestas para hacerle una pregunta a Ian y más que una pregunta es como un desarrollo, una profundización en algo que usted nos presentó; el Ministro planteó el tema de la recuperación de la confianza en el sector salud y eso es clave y hemos hablado sobre ese tema varias veces. Por favor nos profundiza un poco y esta es la última pregunta, ese diálogo franco y efectivo entre el nivel central y las autoridades locales que tienen en Italia y particularmente digamos, usted planteó que lo hacen centrado en la calidad y en la eficiencia, entonces quisiera que nos desarrollara un poquito más ¿cómo hacen eso?, ¿cómo es ese diálogo allá en Italia y que tanto de eso podemos aplicar? Y al Ministro en el tema de la confianza ¿cómo va la estancia?

Dr. Ian Forde: Bueno ese tema de confianza es muy elemental porque es evidente que no hay ningún sistema de salud de la OCDE que tiene completamente resuelto este problema del equilibrio entre el gobierno central y local, pero los países que lo tienen mejor resuelto, diría son los países nórdicos como Noruega y Suecia, y lo que se destaca en esos países es la confianza que se nota entre el gobierno central y autoridades locales.

Y noté que la audiencia se reía cuando dije que había una buena confianza, una expectativa extranjera en Colombia, y somos conscientes de los debates fuertes que ha habido en Colombia, pero hay que reconocer que lo que ha logrado el sistema aquí es impresionante en términos

de cobertura, en términos de gasto de bolsillo, en términos de acceso a pacientes y de acceso a consultas en los pueblos más pobres, por ejemplo.

Entonces todo eso no había sido posible si no fuera igual a nivel de confianza, si no fuera un sistema funcional, entonces quedan retos aquí en Colombia, claro que queda un camino importante a recorrer pero están en una buena posición si hay la confianza si el sistema es funcional.

Entonces a veces lo que más le falta a Colombia es ánimo porque es un país de un nivel de dificultad muy alto pero la función de la OCDE a veces simplemente es dar ánimo a ustedes.

Para volver al sistema de Italia de cómo funciona este diálogo, algo muy importante que quiero enfatizar son los datos ya que todo el dialogo entre el gobierno central y las autoridades locales se basa en datos. Pocos como Australia, poco como el mapa gráfico de Australia al detalle también tiene un sistema de datos muy rico, sofisticado y son datos pertinentes, son datos relevantes a la eficiencia, calidad, desempeño.

Entonces lo que me gustaría más que nada ver en Colombia, tal vez en 5 años, es un atlas como los de Australia, un libro, un atlas de desempeño de calidad y de eficiencia. Y también un elemento muy importante en Italia son los acuerdos, muy específicos, explícitos entre el gobierno central y los departamentos y las regiones que precisan lo que está cedido de cada departamento individualmente y lo que se espera por parte del gobierno central. Claro que hay unas expectativas que se aplican a todo el país pero más allá de eso esta cada región. El departamento tiene un acuerdo específico con el gobierno central acerca de como disminuir hospitalizaciones. Entonces esos son unos elementos muy claves, tener datos, traslados pertinentes y acuerdos explícitos y precisados.

Moderador: Ministro ¿La instancia cómo va?

Dr. Alejandro Gaviria: La instancia asesora fue una innovación institucional de este año, ya he tenido dos reuniones que trató de revivir el Consejo de Seguridad Social en Salud, no tiene todavía competencia en la toma de decisiones pero puede hacer recomendaciones para que tome decisiones.

Se va a reunir mañana por tercera vez y es un esfuerzo deliberado desde el Ministerio para ir construyendo confianza entre los diferentes agentes, allí también hay representaciones tanto de los hospitales públicos como de las entidades territoriales y esto nos permite conversar francamente con sinceridad y no creo que ese solo instrumento nos permita recuperar parte de la confianza perdida pero creo que es importante.

Quiero hacer dos comentarios con la anuencia, uno lo que dice Ian, que parte de su función es darnos ánimo; existe en Colombia en salud en particular, pero en nuestro país en general, una especie de indiferencia, la forma como nos miramos a nosotros mismos, la forma como nos miran desde afuera a veces hay un abismo -una diferencia muy grande entre una cosa y la otra-. Eso no es solo de ahora, yo creo que varios observadores de nuestra realidad a lo largo de la historia han observado cabe la redundancia, por eso a mí me gusta repetir la frase de Albert Hirschman, basada en su experiencia colombiana en mediados de la década del 50, cuando dijo

que los colombianos estábamos en términos de fracasomanía, y esa fracasomanía muchas veces nos impide ver el progreso social que es más fácil verlo desde una perspectiva externa, creo que eso es importante y por eso son valiosas las miradas desde afuera.

Para darnos ánimo y para una cosa que también se necesita en nuestro sector y es recuperar ese orgullo, ser conscientes de que aquí hay una transformación social importante y que hay mucha gente que se ha visto beneficiada.

El segundo, parece una excusa pero yo creo que estamos hablando de descentralización en salud, muchas veces cuando se presenta un problema por ejemplo en el hospital público de tercer nivel, yo me pregunto y me lo he preguntado en voz alta públicamente ¿es este un problema del sistema de salud? O ¿es este un problema de la descentralización? Vuelvo al ejemplo del Hospital Universitario del Valle, y yo hago analogías, ¿es este un problema muy parecido al que pasó con licorerías, lotería, electrificadoras? No tiene esto más que ver con la forma como se manejan empresas públicas del orden territorial con una economía política muy difícil. Le estamos pidiendo al sistema de salud que resuelva esos problemas históricos de nuestro país de las empresas complejas del orden territorial -tampoco-.

Entonces en los análisis que se hacen muchas veces de nuestra realidad -puede sonar a justificación y en parte lo es- pero yo creo que es importante distinguir los problemas de la salud de los problemas de la descentralización.

Lo que está ocurriendo hoy por ejemplo el hospital de Maicao en mi opinión no es un problema del sistema de salud, es un problema de la forma como se ha manejado ese hospital y de un entorno de economía política que ha conspirado en contra del hospital. El sistema de salud está organizado, ha girado los recursos ha hecho lo que tiene que hacer, tenemos las auditorías, el Estado no es omnipresente ni puede evitar todos los males, y eso me lleva a mi tercer punto y, es que la forma como funciona la descentralización también depende de otro aspecto que es la descentralización política y su funcionamiento. Yo creo que en Colombia el balance de la descentralización pasa también por eso, que en muchas regiones del país sobre todo en nuestras grandes ciudades, la descentralización se ha permitido porque de alguna manera han revitalizado esos procesos de cambio muy interesantes.

Muchas de las historias más interesantes en los 25 años tienen que ver con la forma como de alguna manera se han retroalimentado la descentralización política con la descentralización administrativa.

Buenos gobiernos que se repiten, procesos de cambio que se consolidan pero en algunas otras regiones pasa lo contrario y el sistema de salud es víctima de eso, no es el causante de los problemas, muchos de los problemas que vemos son consecuencias del mal funcionamiento de los mercados políticos y de problemas históricos de la descentralización.

Y para el funcionamiento de los hospitales yo siempre digo, muchos de los temas de salud si uno tiene buena gerencia pública en las regiones, si uno tiene buena articulación entre hospitales, alcaldes y gobernadores, y apoyo del gobierno nacional con las instituciones que tenemos, las cosas funcionan.

Y por lo tanto tenemos muchas historias heterogéneas que es algo difícil de entender. Nosotros aquí estudiamos las instituciones desde afuera y nos enfocamos en nuestro análisis en la media pero que no implica la variante porqué con las mismas instituciones, la misma Ley 715, todo esto que estamos hablando de los problemas y las cosas buenas tenemos resultados tan diversos en nuestro país.

Y es porque en el fondo también tenemos que transmitir un mensaje y es que lo que pase con la descentralización depende también de las decisiones que se tomen en el territorio y los buenos gerentes, los buenos alcaldes y los buenos gobernadores, son insustituibles tengamos las leyes que tengamos.

Entonces yo creo que eso también es importante y esa es la descentralización, dependemos de que haya buena gente en el territorio, es lo ideal pero que a veces toca repetir.

Moderador: Muchas gracias, ¿cuál es su pensamiento en relación a la teoría o al argumento de James Robinson en torno a que en Colombia desarrollamos instituciones extractivas?

Dr. Alejandro Gaviria: Pues yo creo que en alguna parte sí, James Robinson saca su libro y después hay una medio réplica de Francis Fukuyama y tiene una idea que yo creo que aplica a Colombia dice -muchos de nuestros problemas que tenemos ocurren cuando la democracia se desarrolla primero que el Estado- y lo que tenemos en Colombia, en nuestra trayectoria institucional, hemos tenido un desarrollo de la democracia, la gente puede votar pero nunca tuvimos un Estado fuerte.

Y cuando pasa eso, cuando hay más democracia que Estado, la manifestación más visible es el clientelismo y entonces la gran tarea que tenemos como sociedad es construirla y construir esas capacidades y ayudar desde el gobierno nacional aunque esto tenga una distribución un poco más homogénea del territorio, entonces ahí me gusta más esa idea desde Fukuyama que la idea de James Robinson.

Estrategia de Gestión Integral del Dengue en Colombia. Avances de la implementación

JULIO CESAR PADILLA R, MD



Coordinador Nacional Programa de Prevención y
Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
Ministerio de Salud y Protección Social.

Programa Dengue/CHIK/ZIKA

El Dr. Julio Padilla es médico epidemiólogo de la Universidad de Antioquia, gerente de salud pública de la Universidad del Rosario, administrador de servicios de salud de la Universidad del Valle y gerente para la protección social de la Universidad de los Andes.

Dr. Julio Padilla: Una de las prioridades a nivel nacional que en este momento maneja el Ministerio es el tema de Dengue, y que últimamente podríamos hablar de una trilogía Dengue-Chikungunya-Zika. Esa va a ser la perspectiva de ahora en adelante. Dado la complejidad del problema, desde el Ministerio se está planteando desde hace algunos años el abordaje en términos de resultados con el fin de obtener una mejor prevención y control de este tipo de eventos.

Entonces en la presentación voy a tratar de mencionar algunos aspectos generales que tienen que ver con los antecedentes de cómo se ha abordado el problema, las experiencias que se han tenido desde la campaña de erradicación de los años cincuenta, y en el caso nuestro desde la época de los años sesenta y setenta donde Colombia logró la eliminación parcial por unos años y posteriormente la re-emergencia que tuvo la enfermedad y los diferentes modelos que se han utilizado, que experiencias nos han dejado, y cuál es la lógica de plantear una Estrategia de Gestión Integrada (EGI), que es una estrategia que responde mucho más a la problemática.

Con la globalización que actualmente se vive, existe una gran frecuencia en el transporte, en el turismo, en la frecuencia de viajes y lógicamente, en el aumento del comercio, lo que tiene que ver con la parte macroeconómica mundial que se refleja en las condiciones de vida sobre todo en los países que están ubicados en las zonas –mal llamadas- tropicales y que son las áreas endémicas de transmisión de dengue a nivel mundial. Nosotros a nivel regional somos uno de los países endémicos después de Brasil, tenemos un problema importante relacionado con el dengue y que representa una alta carga económica y social para el país y que tiene todas las repercusiones de importancia.

Entonces las condiciones de vida, el crecimiento que la migración está generando, son los determinantes más importantes en términos de causas estructurales o determinantes estructurales relacionados con el dengue, o sea con las condiciones de vida, con la calidad de vida y sobre todo con la inequidad y más que todo con las deficiencias en todo lo que tiene que ver con la prestación de servicios básicos y lógicamente pues lo relacionado con pobreza.

Dengue es uno de los ejemplos de lo que mencionaba el Ministro en el sentido de que nosotros somos receptores de una serie de confluencias históricas, socio económicas y de procesos que tienen que ver precisamente con que en otros países tengamos dengue como enfermedad endemo epidémicas, intensidad variable hasta llegar a personas de transmisión hiperendémica.

En Colombia la epidemiología del dengue tiene una característica muy particular y es como el punto fundamental a partir del cual desde el punto de vista técnico se ha pensado, cómo se

puede intervenir. Hay alrededor de 850 municipios endémicos, es decir, que notifican casos de dengue anualmente, esos 850 hay alrededor de unos 57 municipios que son los focos principales donde se concentra la mayor carga de enfermedad en los últimos años.

Entonces menos del 10% de los municipios endémicos del país concentran el 80% de la carga de dengue que se vienen dando, y esos son los focos de transmisión a partir del cual se produce la expansión, la extensión en todo el territorio nacional.

Ligado a todo eso, algunos aspectos como los que tienen que ver con la distribución que tiene el principal vector que está produciendo el dengue en Colombia que es el *Aedes Aegypti*, que lo tenemos casi en el 100% del territorio por debajo de los 1.800 metros sobre el nivel del mar, y que fundamentalmente los criaderos están determinados por lo que les he acabado de mencionar.

Existen una serie de escenarios a nivel de la vivienda y que nos permite decir que realmente el problema del dengue fundamentalmente es de saneamiento peri domiciliario y que esos son los elementos que nos permiten generar criaderos permanentes, que son los que mantienen esa distribución y esa permanencia del *Aedes Aegypti* en nuestro país.

El problema de que el dengue persista se debe fundamentalmente a muchas causas estructurales y conductuales relacionados no solamente con las familias y los individuos, sino también con las instituciones y los diferentes sectores en lo que tiene que ver con su responsabilidad frente al problema.

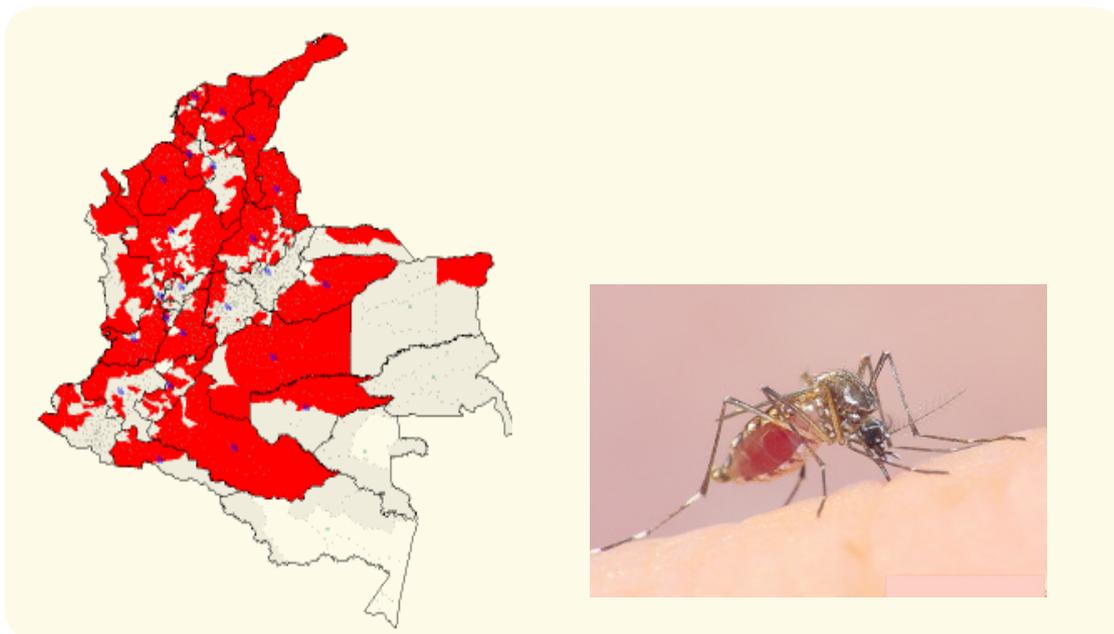
Entonces esta es, la distribución que tenemos en este momento con relación a ese vector pero realmente la única causa del problema del dengue no solamente es el mosquito, todos somos responsables del problema del dengue y todos somos responsables de la solución; el mosquito es como el elemento final que realmente visualizamos cuando tenemos problemas de brotes o cuando tenemos problemas de transmisión intensificada.

Entonces las reflexiones iniciales para tratar de plantear algún modelo o mejor un paradigma diferente para abordar el problema debe partir de una comprensión muy clara de que el problema del dengue es un problema histórico no es un problema dinámico, ya decíamos que la década de los 60, 70 Colombia hizo una campaña de erradicación y logró mantener el país libre durante casi una década, 12 años, y posteriormente se produjo una reemergencia dado que el modelo se agotó.

Igualmente la magnitud de importancia como decía en mi introducción tiene que ver con toda esa enorme carga económica y social en los diferentes estudios que se han realizado. En los últimos años existen las evidencias bien claras que realmente es un problema importante y por lo tanto cualquier tipo de iniciativa tiene que estar encaminada a tratar de reducir esa carga social y económica que impone la población y las instituciones.

Entonces desde ese punto de vista hay que mirarlo como un problema de múltiples dimensiones, hay una complejidad, vuelvo y repito no solamente el problema es solo el mosquito sino hay que mirarlo en un contexto más amplio, mucho más dinámico y mostrarlo como el problema realmente es.

Infestación del *Aedes Aegypti* en más del 90% del territorio situado por debajo de 2.200 msnm



Tomado de: Presentación Julio Padilla. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

Dada esa complejidad, la responsabilidad parte desde el individuo, la familia, todas las redes sociales que tienen que ver con las ciudades endémicas, las instituciones en la medida en que deben asumir el rol que les compete y la sectorialidad.

Entonces todos esos refuerzos que se tienen por cada uno de estos individuos, familias o el aspecto social institucional debe ser canalizado para que hablemos el mismo idioma y hagamos un solo esfuerzo en común para optimizar al máximo, y realmente lograr resultados sostenibles.

Algunas lecciones aprendidas de la erradicación, es decir, los diferentes modelos que se han utilizado a través del tiempo en el pasado siglo, que inicialmente comenzaban como medidas de control a nivel de los puertos y que tenían una connotación de tipo económico para facilitar el comercio internacional, luego se extendían a las principales ciudades y luego nace como campaña de erradicación, son algunas de las lecciones que es necesario tomar nota del objetivo como experiencia, esa implementación de esas iniciativas.

Aquí nuevamente insisto en lo que dije al comienzo, que la enfermedad es focal o sea no es homogéneo realmente el nivel de intensidad con relación a la transmisión del dengue, entonces aquí en Colombia tenemos muy baja transmisión, de mediana transmisión que digamos el 90% de la transmisión que tenemos en el país y solamente un 10% tenemos transmisión hiperendémica meso a hiperendémica que implique que hay una transmisión permanente importante con un comportamiento endemo epidémico con tendencia a la mayor frecuencia de brotes a la mayor frecuencia de complicaciones y de mortalidad.

Entonces esa complejidad nos plantea que no existe una vara mágica ni hay una receta única para solucionar el problema, uno de los problemas que nos dejaron las campañas de erradicación era que se pensaba que había una receta única y lógicamente todo el mundo la aplicaba sin tener en cuenta esa caracterización, y esa diversidad y especificidad de los escenarios epidemiológicos. Entonces lo que vamos a mirar en el aire es que eso considera fundamentalmente esa diversidad.

Los paradigmas utilizados indiscutiblemente fueron incompletos y enfocados hacia el aspecto del control y sobre todo, eso generó toda una herencia del control continental que aún tenemos. Entonces pensaron que con hacer el control del mosquito fundamentalmente con control químico estábamos solucionando un problema y realmente ha sido difícil ir cambiando esa concepción dentro de los técnicos y la población, lo cual generó un paternalismo en la misma y las instituciones frente a ese tipo de medida.

El sector salud no es el único responsable, ya se ha mencionado en la discusión anterior. Realmente el modelo nunca pensó en la sostenibilidad que es realmente lo que nos explica el problema endemo epidémico que tenemos en este tipo de patologías en nuestro país y en la región. Realmente se hace sobre esquemas que son mucho más confidenciales y hay menos sostenibilidad porque solamente aparece el trabajo del sector salud más no se aprovecha los esfuerzos que se tienen en otros sectores de estas instituciones.

Entonces a comienzos del 2000, finales de la década de los 90, a nivel mundial se comenzó a plantear el problema, a mirar el problema de dengue desde el punto de vista de todas las medidas que se estaban haciendo y realmente cual podría ser la propuesta mucho más realista y que mostrará resultados sostenibles, persistentes y que tuviese un impacto sobre la transmisión real del problema, dado lo que la extensión en toda la región de los diferentes países de Asia e incluso África, la tendencia fundamentalmente era a agravarse mucho más.

Entonces se dio la discusión alrededor de qué tipos de modelos de intervención se podían utilizar para tratar de tener un real impacto sobre el problema y se comienzan a hablar de que era necesario plantear nuevos enfoques en programas, ellos llaman -nuevos programas de dengue- en el sentido de que salir un poco del esquema de campañas que tenían y tratar de mirar esa complejidad que les mencionaba al comienzo.

Entonces se planteaba lo que ellos llamaban la Estrategia de Gestión Integrada y se comenzó la misma que tenía en cuenta esas consideraciones y esas reflexiones iniciales que yo les hacía. Entonces ahí la idea era fundamentalmente abordarlo desde esa perspectiva pero igualmente también incluir a todos los actores social, institucional y sectorial en algo que nos diera la sostenibilidad que se necesita. Entonces, ellos inicialmente plantean una estrategia que tenía 5 componentes pero fundamentalmente todavía seguía siendo muy del sector salud, enfocado a mejorar la vigilancia, a la parte entomológica en vigilancia, a la revisión de los pacientes, el apoyo del laboratorio en la parte del diagnóstico y todo lo que tenía que ver con comunicación social en cuanto a la estrategia de información, educación y comunicación. Eso desde la implementación en los años 2003 - 2004, la mayoría de los países han mejorado

la propuesta como tal, y el último planteamiento que hace hasta el año pasado la OPS, es fundamentalmente lo que ellos llaman la nave Enterprise que tiene mucho más elementos y le da mucho mayor dinámica a esa propuesta.

Nosotros en Colombia en el 2006 comenzamos a retomar esa propuesta, empezamos a discutirla con todos los departamentos, las instituciones del nivel nacional, el Instituto Nacional de Salud con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y los departamentos, y se comenzó a generar una cierta experiencia en cuanto a cómo funcionaba realmente el modelo y eso nos fue dando elementos para tratar de mejorarlo; y Colombia creó y adecuó su propia EGI como voy a mencionar más adelante.

Tuvimos en cuenta algo que se mencionaba también en la discusión y era que tenemos un gran problema relacionado con la capacidad de respuesta en los niveles nacionales, hay una gran diversidad y sobretodo una debilidad fundamentalmente en la capacidad de respuesta institucional y técnica que se tiene a nivel de los departamentos, ese es digamos como el primer punto.

Eso impide como tal de que realmente lo que se puede hacer como programa no tenga sostenibilidad, entonces, habría que plantear dentro del esquema nuestro algo que se llame, que esté encaminado a fortalecer la capacidad de respuesta en los diferentes niveles y eso tiene que ver no solo con lo táctico, lo estratégico sino con lo operativo.

Entonces planteamos que en la EGI nuestra existen tres componentes que son transversales y que responde a esas estrategias para mejorar la capacidad de respuesta; eso fundamentalmente es que debe haber una gerencia, debe haber un grupo funcional donde haya un líder, el sector salud tiene que ejercer su rol que es el rol de líder de construcción de esta iniciativa pero igualmente hay que hacer un trabajo en equipo al interior del sector y que incluso traspase el ámbito sectorial e interinstitucional como tal.

Entonces se plantea que en el componente de gerencia hay un líder que es un gerente del programa como tal pero que igualmente hay un líder en forma funcional, hay un grupo funcional del cual hace parte el entomólogo, el epidemiólogo, el médico, la gente, el ambiente, en fin, todo lo que de alguna manera tiene que ver con el problema, entonces es una función apuntando a un mismo problema. Y la idea es apoyarse para la toma de decisiones en la inteligencia epidemiológica que es un concepto más de tener decisiones o sea es la vigilancia pero apoyado y soportado en el laboratorio, de tal manera que las evidencias que se generen, las evidencias locales que tengan todo el sustento y la consistencia que se requiere para tomar decisiones técnicas.

Y el otro brazo que nos suministra información inteligente también para tomar decisiones inteligentes es la gestión del conocimiento y ahí está todo lo que tiene que ver con la investigación operativa. Es decir, tratar de que a través de la investigación operativa nos pueda responder una serie de preguntas que tenemos para tratar de dilucidar ciertos aspectos y mejorar los diferentes componentes que se tienen de esta EGI.

Con ese insumo de información de calidad consistente vamos a tener la posibilidad de hacer todos los análisis y la toma de decisiones pertinentes, pero la idea no es que se quede en la parte superior sino que igualmente eso hay que “operativizarlo” y aquí retomo nuevamente el tema central de la reunión que es la descentralización.

Uno de los propósitos fundamentales de este modelo es que nos debemos fortalecer, no podemos seguir trabajando en formas de campaña y todo el tiempo estar apagando incendios, no estamos creando capacidad. Lógicamente encuentro nuevamente lo de la sostenibilidad, el modelo lo que persigue es adecuar la operatividad de lo que estamos diciendo arriba desde el nivel local pero tratando de incluir todos los actores que les mencionaba tanto institucionales como sociales y eso debe tener una definición en cuanto a los perfiles que tienen nuestros personajes que manejan los niveles primarios, para lo cual tenemos que hacer una unificación, una certificación de perfiles de competencia que nos permitirían realmente hablar el mismo idioma que estamos planteando.

Ese grupo funcional, ese nivel de respuesta debe partir de unos elementos iniciales que nos permitan establecer que metas, que objetivos realmente podemos lograr y qué tipo de actividades tenemos que realizar para responder a la dinámica que tiene la enfermedad, tanto en la contingencia como en la actividad regulada para realmente dar sostenibilidad.

Entonces, se está partiendo y de hecho una primera focalización que les decía era 57 municipios tienen el 80% de la carga en el país, de tal manera que ese dato nos permite tomar unas decisiones y cerrar campo con relación al objetivo que estamos planteando.

Ahí tiene todo lo que tiene que ver con la focalización y la caracterización de los diferentes escenarios, recuerden que yo les decía al comienzo que el dengue es focal y muy variable, entonces en el escenario de Cali va a ser muy diferente por ejemplo al escenario de Barranquilla donde hay una serie de determinantes que son diferentes.

Mientras que en algunas ciudades el problema fundamental son los tanques bajos, por ejemplo en Cali predomina mucho más la posibilidad de que los sumideros adquieren una importancia fundamental, y digamos que el enfoque clásico que hacemos en el control vectorial requiere una política pública que tiene que ver con mejorar las condiciones de infraestructura de la ciudad. Así sucede en otros lugares y eso es fundamentalmente lo que decimos que dependiendo de cómo trabajemos e interaccionemos vamos a lograr un mejor impacto.

Entonces hacemos la focalización y caracterización de eso, y en el Plan Nacional Estratégico tenemos como objetivo fundamental tratar de intervenir esos 57 focos para implementar un plan estratégico que nos permita ir mejorando pero a la par ir poniéndonos metas puntuales en el tiempo y tratar de generar ese fortalecimiento local que es lo que realmente pensamos, nos va a dar la sostenibilidad y una mayor posibilidad de intervenir el problema. Podríamos decir que se requiere para tener un programa regulado y un programa que también atienda oportunamente a la contingencia; establecer y desarrollar cada una de estas actividades que estamos planteando como promoción de la salud en términos de trabajar mucho más sectorialmente, lograr una verdadera participación comunitaria con un excelente empoderamiento a la comunidad.

Tenemos que tratar de adecuar y reorientar nuestros servicios de salud al modelo que estamos planteando, pensando en el día a día y no solamente en la contingencia; esto nos va a permitir de alguna manera impactar mucho más los determinantes que están generando el problema inmediato y a su vez digamos el problema del dengue.

Igualmente con la promoción y la prevención, pensamos que es la base fundamental para desde el punto de vista técnico tener un programa sostenible, un programa regulado. En la prevención, si el problema del dengue es un problema peridomiciliario, de ambiente relacionado con el saneamiento es lógico que las actividades primarias para reducir la incidencia en la enfermedad vayan fundamentalmente sobre esos criaderos que se están generando en la vivienda, en los lugares de trabajo, en las escuelas, en los hospitales. Entonces hay que establecer ese tipo de escenarios desde el punto de vista programático para ponernos también metas y tratar de seguir avanzando en eso.

Y lógicamente la atención integral de pacientes es un aspecto importante que hay que mejorar, definitivamente pensamos que 100% de las muertes de dengue son prevenibles pero igualmente hay un problema relacionado con la calidad y la accesibilidad en muchos lugares, y que la gestión y atención de brote que es la contingencia dentro de la dinámica que se tiene hay que hacerlo bien hecho, supuestamente somos expertos en esa área pero realmente no podemos vivir a estar apagando incendios todo el tiempo. Y entonces todo eso hay que enmarcarlo dentro cada entorno de esos focos donde se especifica el problema y la mejor manera de tratar de tener mayor impacto.

Colombia: a view from the outside

Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Definición e implementación de la EGI-dengue en el Plan Nacional de Salud Pública y ODM • Disponibilidad permanente de Recursos Financieros para el funcionamiento e inversión de las actividades del programa en las DTS • Suministro regular de insumos como insecticidas, maquinaria, equipos y repuestos • Disponibilidad de infraestructura física, tecnológica y logística • Insumos críticos • Equipos funcionales y recurso operativo formados en Normas de Competencia Laboral para ETV 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de desarrollo de recursos humanos • Disponibilidad de recursos financieros • Existencia de oferta institucional para la información y capacitación de recursos humanos por NCL • Reestructuración y desconcentración operativa obligatoria de los programas en las DTS • Escenario de post conflicto • Perspectivas de disponer de una vacuna
Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Bajo liderazgo del sector salud y compromiso sostenido en los niveles subnacionales • Débil trabajo en equipo multidisciplinario y tras sectorial • Insistencia y renuencia al enfoque operativo de campañas, vertical centralizada en las DTS • No se trabaja en resultados y metas a mediano y largo plazo • Escasa coordinación intra e inter institucional e intersectorial • Desarrollo institucional y capacidad de respuesta heterogéneo de los niveles sub nacionales o DTS • Lento proceso de unificación de perfiles de competencias laborales y obligatoriedad de implementación • Procesos de apoyo administrativo en los DTS inoportunos 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo, injerencia, malas prácticas políticas en la gestión del programa • Incremento de actividades de minería ilegal y cultivos ilícitos en áreas endémicas • Reducción de presupuestos de inversión • Cambios climáticos como el fenómeno del niño • Urbanización de la población en principales ciudades • Diversidad cultural y regional con variables comportamientos, conductas y prácticas de riesgo en dengue

Tomado de: Presentación Julio Padilla. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

Esto es, digamos, lo que hemos venido realizando de acuerdo a la capacidad que se tiene en este momento en los diferentes niveles, en términos de los diversos componentes. Como gerencia tenemos problemas grandísimos porque hay una gran diversidad en cuanto a la capacidad de respuesta que tienen los diferentes departamentos, y ahí se han ido mejorando algunos aspectos pero hay que seguir insistiendo.

Entonces hay una serie de oportunidades que también nos van a permitir mejorar ese aspecto, lo mismo que la parte de inteligencia epidemiológica, que es como un cambio frente a lo que tradicionalmente hacemos en el SIVIGILA. Por ejemplo, todo lo que tiene que ver con avances en cada uno de los componentes que les mencioné, lo cual quiere decir que hay una transición y se ha ido avanzando lentamente pero yo creo que un trabajo es la persistencia para tratar de lograr esa propuesta que estamos haciendo.

Paso rápidamente por cuestiones de tiempo todo lo que tiene que ver pero por ejemplo en la parte de promoción de la salud que todavía es muy etéreo en muchos lugares hay muchos avances incluso con soportes de tipo legal y discutir esas políticas públicas saludables para dengue y chikungunya.

La negociación, conocer mucho mejor, trabajar con científicos sociales que nos permitan conocer cuáles son las conductas y las prácticas que tienen las poblaciones, las instituciones, cuales son las barreras que están incidiendo para que la gente todavía maneje ese paternalismo y tenga la percepción del problema como realmente debería tenerlo en un escenario endemo-epidémico de dengue, todo lo que tiene que ver con la formación de nuestros profesionales para la atención.

Retos y acciones para mejorar

<ul style="list-style-type: none"> • Reorganización organizacional, logístico y funcional de programas sostenibles en municipios prioritarios (57) con mayor carga de la enfermedad. • Adaptación y adopción de una EGI-ETV municipal. • Focalización y caracterización de conglomerados urbanos que concentran la mayor carga de transmisión persistente. • Ampliar coberturas para la información y capacitación para la gestión para la gestión y operatividad de programas de promoción, prevención y control de dengue. • Obligatoriedad de incluir el tema de dengue en los pensum educativos de formación de los profesionales de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar el equipo funcional con profesionales de las ciencias sociales para liderar las estrategias de investigación formativa y negociación de las prácticas sociales e institucionales programadas en las acciones de promoción y prevención del programa regular. • Impulsar y coordinar el apoyo al desarrollo de los comites territoriales de salud ambiental - COTSA para la implementación de políticas inter y transectoriales. • Impulsar y apoyar la conformación, reactivación y consolidación de redes sociales. • Realizar cabildeo con instituciones oficiales afines y sector privado para el desarrollo e iniciativas e incentivos para favorecer el desarrollo de practicas saludables.
--	---

Tomado de: Presentación Julio Padilla. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

Y los retos que finalmente nos quedan es insistir mucho en la reorganización organizacional de los programas a nivel de territoriales de salud y mejorar todo lo que es la parte de infraestructura logística funcional. Comenzar inicialmente con esos 57 focos porque si ahí tenemos centrada la mayoría, algún impacto debo tener si lo hago bien.

Adaptar y adecuarla a cada uno de esos 57 municipios y comenzar a bajarla y sobre todo operativizarla en el día a día. Ampliar la formación, la capacitación y la disponibilidad de recursos humanos, ir a la parte de formación de los profesionales, en temas no solo como dengue sino todo lo que tiene que ver con salud pública, y en fin la gran mayoría de estos aspectos pensamos nos van a permitir realmente lograr eso que nos estamos planteando como dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores en Colombia.

Doble Descentralización, Nuevas y Viejas Tensiones

DR. SERGIO PRADA



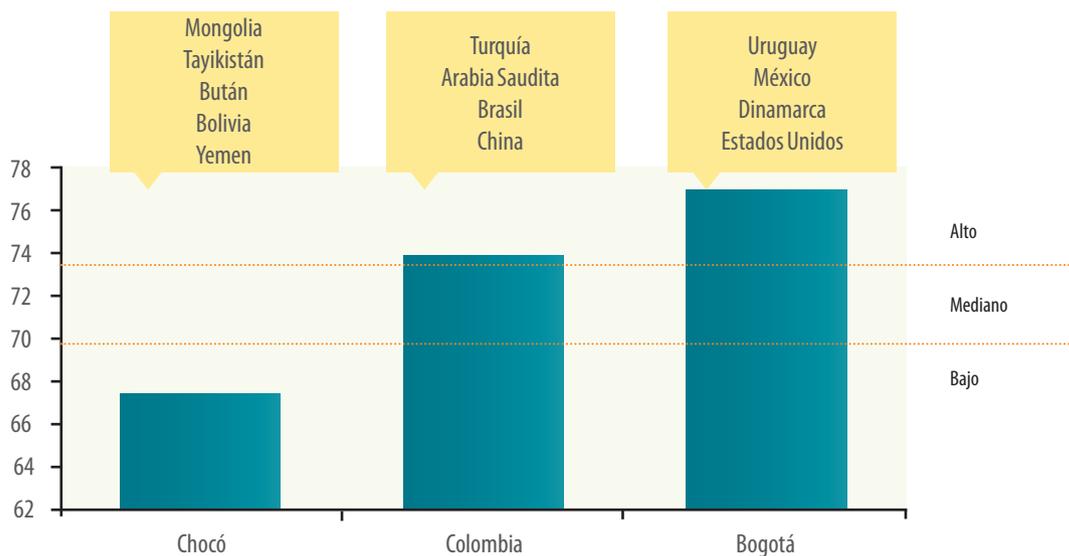
Investigador Asociado a Proesa

Sergio Prada es doctor en políticas públicas de la Universidad de Maryland y tiene una maestría en administración pública, actualmente es investigador sénior de PROESA y profesor del departamento de economía de la Universidad ICESI.

Antes de PROESA trabajo para IMPAQ International y fue director de CRECE e investigador en el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación.

Dr. Sergio Prada: Este puede ser un gráfico inicial en donde podemos observar que sigue la desigualdad, la descentralización después de 30 años no ha logrado cerrar las brechas enormes que existen en el país, donde uno tiene unos departamentos como Chocó que en esperanza de vida están, en un grupo de países como Mongolia, Bután, Bolivia, Yemen, etc. y en el otro extremo datos del 2012 que no creo que los datos de 2013, 2014 no deben ser muy diferentes, tendríamos por ejemplo la región como Bogotá que tiene unos niveles de esperanza de vida que pueden estar en la misma liga de Dinamarca, de Estados Unidos, y bueno Colombia está un poco más de la mitad, esto es como un primer dato.

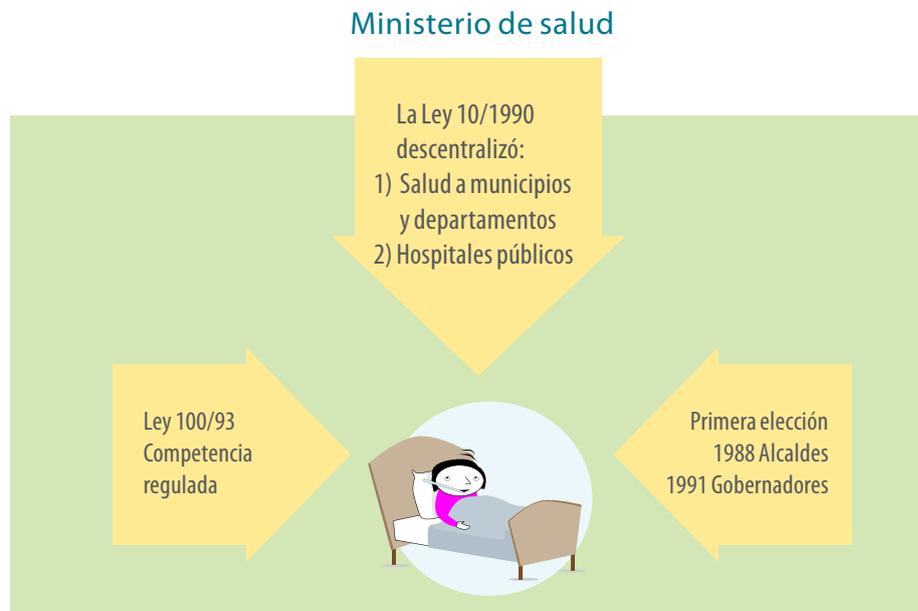
Esperanza de vida 2012



Fuente: DANE y <http://hdrstats.undp.org/en/indicators/69206.html>
 Tomado de: Presentación Sergio Prada. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

Ya hemos definido varias veces los problemas y lo que hemos denominado la doble o triple o la casi cuádruple descentralización como el Ministro lo afirmaba, es básicamente una descentralización de salud a municipios y departamentos, y luego dentro de los municipios esta descentralización funcionando en los hospitales públicos que se unió a la descentralización territorial en donde empezamos a elegir alcaldes y gobernadores y que finalmente se unió a una ley 100 que nos trajo una forma distinta a la del sistema de salud.

Doble/Triple descentralización



Tomado de: Presentación Sergio Prada. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

Esta es la cronología de esas reformas y creo que es la gran tensión no resuelta. Lo que tenemos es todavía casi también un poco replicando lo que decía el Ministro, tenemos un paradigma mental donde no sabemos muy bien si lo que queremos es un Estado regulador o lo que queremos es un Estado prestador, y seguramente lo que tenemos que hacer es básicamente definir en estos lugares es ¿Cómo afrontar este problema?

Cuando empezamos a pensar en el tema de la descentralización, decíamos: bueno, pero esto es complejo y esto es muy único a Colombia. En realidad cuando revisamos la literatura no encontramos un caso con tantas descentralizaciones a la vez, entonces un marco conceptual que nos puede ayudar a organizar las ideas y también a plantear como las soluciones, es este que tenemos acá, en el cual unimos tres elementos, cada uno sacado de la literatura de diferente manera.

Este es un concepto que trajo Tom Bossert que se llama el espacio de decisión, y Tom Bossert lo que dice es que tenemos que tratar de definir cuál es el rango de escogencia efectivamente permitido por las autoridades locales, digamos es como la primera cosa que tenemos que definir y tener claro.

Ese espacio se puede definir de manera formal a partir de leyes y decretos y con ese concepto lo que se busca entonces es descentralizar, darle más capacidad de autonomía a nivel local. Esto es como un primer análisis que uno debería hacer, es irse a todas las leyes o todos los decretos y revisar exactamente lo que se delegó y que es lo que no se delegó. Y también está todo el otro tema que hoy se ha discutido a plenitud que es bueno, es la capacidad

institucional, pero operacionalicemos esa capacidad institucional, estos son los elementos que creemos que nos ayudarían.

Entonces ¿Cómo estamos en recursos no financieros?, ¿Cómo estamos en recursos físicos?, ¿Cómo estamos en recursos humanos?, ¿Cómo está el capital humano de esas personas que tienen que implementar esos programas a nivel territorial?, ¿Qué tanta experiencia tienen?, ¿Qué tanta educación tienen?, ¿Qué tanto entrenamiento tienen? También ¿qué tanto saben de los procesos como tal? Digamos ¿Qué tanta información fluye? Y ¿Qué tantos significados se pueden calcular?

Y ahí pues tendríamos, que entonces entrar a revisar los sistemas de información, los sistemas de registro, si existen estandarizaciones de procesos y otra que les mencionaba también al comienzo es si tenemos los sistemas de monitoreo y evaluación.

Y luego está lo que también nuestro conferencista Ian Forde nos presentaba y es bueno, el tercer elemento es la rendición de cuentas, tenemos que operacionalizar la rendición de cuentas, usualmente el fenómeno de la rendición de cuentas como un proceso en el cual un gobernante viene y presenta unos resultados, presenta unos retos y se va, pero realmente el proceso de rendición de cuentas tiene cinco elementos que el Banco Mundial, ha puesto de manera me parece a mí perfecta en este esquema.

Elementos de rendición de cuentas



Fuente: World Development report 2004-Making Services Work for Poor People
 Tomado de: Presentación Sergio Prada. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

Entonces si vamos a hacer un buen análisis a las entidades territoriales tenemos que empezar a pensar qué fue lo que les delegamos y si les dimos los recursos que se necesitaban para esa delegación; es decir, si quedo clara la tarea que se le estaba pidiendo y si quedaron claros los recursos que se le entregaban para hacer esa tarea.

Luego poniéndonos del lado entonces de aquel que recibe esa delegación, este que hace la delegación tiene dos actividades fundamentales: una de ellas es ejecutar las tareas que se les pidieron que hicieran y allí también encontrar las deficiencias de información que se han señalado previamente hoy, y las deficiencias que soporten a ellos mismos en las actividades que tienen que hacer. Y finalmente para completar el ciclo de la rendición de cuentas uno tienen que pensar si el otro lado, si la persona o digamos la entidad, en este caso el gobierno nacional que delego, si dio la financiación y si dio la delegación al final tiene que tener la posibilidad de tener la autoridad de quitar lo delegado o castigar por no cumplir lo delegado.

Entonces a través de ese ciclo, los elementos de la rendición de cuentas sería, que se realice operativamente lo que buscamos, es que vamos a hacer en la descentralización, que deberíamos hacer. Ese es el marco conceptual y tiene esos tres elementos que acabo de proponer y que obviamente tienen como objetivo fundamental en el centro, mejorar la salud.

Estas son las funciones, un poco para organizar la discusión. Estas son las funciones de un sistema de salud donde uno debería empezar a ver esta descentralización, que tan buena o que tanto falta en cada uno de estos puntos. Regulación y rectoría, inspección, vigilancia y control, también se ha mencionado bastante durante el día y los problemas que hay allí, financiación y asignación de recursos, administración del sistema como tal operarlo, organizar y comprar los servicios médicos y finalmente hacer la prestación de estos servicios.

Un mapa que tenemos disponible para ustedes en el libro de la descentralización es este, donde hicimos todo un mapa de las funciones y de las sub funciones y empezamos a ver cuáles aplicaban a cada uno de los actores que hay acá, Gobierno Nacional, gobiernos locales y lo que llamamos corporaciones o básicamente las EPS. Y como ustedes se dan cuenta hay traslapes, entonces hay chulitos y hay punticos que quieren decir que hay una patita de alguno de los dos, en esas funciones y ahí es donde se identifica a manera de espacio formal las ambigüedades, las duplicaciones, etc.

Les prometí algunas cifras, estas son algunas de las cifras que tenemos en este documento: en capital humano encontramos que el número de meses promedio que dura un secretario de salud es tres, o sea no alcanza a pasar un año cuando ya lo están cambiando y encontramos que el 78% fue un reproceso de unos datos que habían; -ahí está debidamente citada la fuente- es una unión temporal entre el Centro Nacional de Consultoría y Econosul.

Encontramos que el 72% de los contratistas en estos municipios llevaban menos de un año y que el 78% de las directivas de planta llevan menos de un año, está planteado en números el problema. En términos de procesos encontramos que el 52% de los municipios hicieron algún tipo de auditoría de lo que estaba pasando en salud en esos municipios.

Se les pregunto en esta encuesta ¿Qué información desearían tener los municipios? Y el 40% de los municipios dijeron que quisieran tener un perfil epidemiológico de su municipio; o sea que lo que tienen que incluir y operar, y tienen que sentarse con los prestadores, tienen que sentarse con la EPS, 40% de ellos no sabe que es y el 31% no tiene socio democrático, o sea, que ni siquiera sabe que gente tiene en su municipio.

Funciones y subfunciones

Función	Sub-función	Gobierno nacional	Gobiernos locales	Corporaciones
Rectoría & Regulación	Principios del sistema; definición de políticas y reglas de juego	✓		
Inspección, Vigilancia y Control	Autorizar instituciones, vigilarlas, monitorear, intervenir preventivamente, sancionar	✓	✓	
Financiación, Asignación de Recursos	Recaudación, Asignación; Mancomunación de riesgo	✓	•	
Administración del sistema informativo	Registro de afiliación, de prestaciones y pagos, de morbilidad	✓	•	•
Articulación y compra de servicios y bienes	Selección de proveedores (negociación de precios y otros parámetros), contratos; Autorización / demanda de servicios, Administración de referencia y contrareferencia; Auditoría de facturas y pagos		•	✓
Provisión	Provisión de salud pública y servicios colectivos		✓	✓
	Provisión de servicios (hospitalarios, consulta externa, diagnóstico); facturación		✓	✓

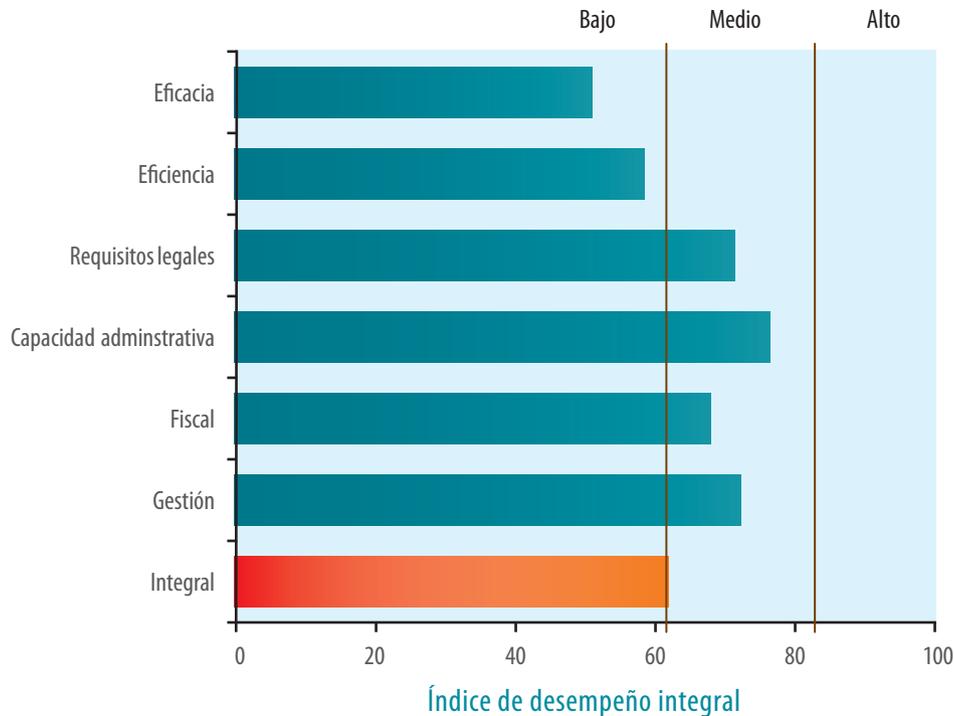
Tomado de: Presentación Sergio Prada. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

Y la misma pregunta, información faltante para decisiones en el régimen subsidiado, encontramos que el 41% quisiera tener estudios de calidad de la prestación o sea, el saber que está pasando en ese sentido; el 33% quisiera saber que piensan los usuarios del sistema, con estudios de satisfacción el 28% quisieran incluso saber dónde están ubicadas y cuáles son las coberturas de las EPS. Entonces el problema de información, aquí planteaba en estas pocas cifras, nos denota claramente los problemas de capacidad y de información de los municipios.

Aquí traigo también estas otras laminas, pero el Ministerio, el Departamento Nacional de Planeación hace todo un análisis de la capacidad institucional, la llaman desempeño integral municipal, estos son datos de 2011, creo que ya deben estar quizá disponibles otros, pero lo que podemos ver es que en todas estas diferentes dimensiones: eficacia, eficiencia, si cumple con los requisitos legales su capacidad administrativa.

Los municipios de Colombia en promedio superan, están en algunos de estos elementos en el nivel bajo que es un umbral que impone la misma.

Desempeño integral municipal 2011



Tomado de: Presentación Sergio Prada. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

Si yo vuelvo y barajo estos municipios pero los ordeno por ejemplo en las barras naranjas, están por tamaño municipal, obviamente todos los que son de tamaño municipal muy bajo menos de 10.000; 10.000 a 20.000, todos están en promedio en el nivel bajo de capacidad y si los ordeno por categoría municipal, digamos los agrupo por categoría municipal y calculo el promedio de sus indicadores, también encuentro que curiosamente los que pasan un poco al nivel medio son los de categoría 2 y 3; pero digamos que no tenemos unos municipios fuertes con esa capacidad que se necesitaría para entregarle una responsabilidad de este estilo.

Algo que de pronto no hemos hablado mucho es de todos estos clasificadores que tenemos, pues nos sirven o por lo menos no nos han dicho cuál es la capacidad de las entidades. Entonces yo creo que una de las cosas que vamos a tener que hacer es repensar todos estos clasificadores, en los clasificadores de municipios, en los clasificadores de niveles, la certificación, etc.

Una de las quejas que más encontramos cuando empezamos a discutir este tema en entrevistas, grupos focales alrededor del país y de la región es la queja de la falta de coordinación, básicamente con esta doble, triple y cuádruple descentralización lo que hizo cada uno fue ocupar su esquina, a proteger sus intereses con sus incentivos económicos y eso digamos desquebraja y muy importante aquí mencionar que no hay jerarquías legales y por lo tanto si no hay verdaderas intenciones de coordinar pues cada una de sus autonomías en sus presiones políticas o economía política jalará para cada lado.

Quisiera hacer también resaltar otro punto que se cruza muy bien con el tema de la capacidad, es decir, usted tiene personas en los municipios que no todas tienen la capacidad para gestionar y además se sienten inundados con la complejidad normativa, porque a usted le están llegando decretos, le están llegando normas que derogan una cosa, que aumentan la otra, que cambian la una, entonces uno finalmente no sabe qué hacer. Tanto el clamor que escuchábamos en muchas de estas entrevistas es: dígame que hacer. No me mande más normas ¡dígame que hacer! Y yo lo hago, es una señal mucho más clara para nosotros en un municipio para ejecutar, que nos dé toda esta autonomía llena de regulación que no sabemos cómo trabajarlas.

Otro de los elementos fundamentales que se dieron en los análisis son los problemas de coordinación en el manejo de la enfermedad y la oferta de servicios, lo veíamos también en el panel, IPS que compiten por servicios cuando deberían ser complementarias, el cual habla de duplicidades y unas ineficiencias innecesarias y además también hay quejas enormes en rompimiento de los niveles, es decir que niveles 3 haciendo cosas del nivel 1, niveles 1 haciendo cosas del nivel 2, lo cual creo que habla más bien mal es de los niveles de las definiciones de los niveles y de la organización geográfica.

Más números que son importantes tener en cuenta para la discusión. En el 70% de los municipios el único sistema de urgencias que hay es por el prestador público y en el 66% de los municipios por ejemplo la única forma de tener un parto también es a través de un prestador público.

Bueno, hay problemas de información como se han señalado suficientemente, hay usuarios por ejemplo, creo que este último punto es muy importante, nunca se ha creado del otro lado, del lado del usuario, la información suficiente para tomar decisiones. No tenemos esa cultura, siguen faltando estándares, incluso la misma contabilidad de una entidad de un hospital público y la contabilidad de una empresa privada se llevan con dos sistemas distintos, entonces, incluso para los propios analistas cuando queremos ver los números no hacen sentido, no se pueden comparar, todavía hay que hacer un trabajo más importante de actualizar estándares.

Otras cifras para el debate, 55% de cobertura en RIPS es por ejemplo lo que se tiene del Ministerio de Salud, tenemos el 45% no sabemos que es lo que se prestó en este país; 18% de cobertura de EPS en el subsidiado, el 45% de las IPS reportan, en todas partes hay incumplimiento.

Esto es un ejemplo, hemos hablado también de la no presencia, digamos la incipiente presencia en las regiones de la Superintendencia. Está la dificultad que tienen las entidades territoriales para ejercer algún tipo de presión sobre las EPS digamos con las que tienen problemas porque las EPS son de nivel nacional por lo tanto digamos el teléfono replica pero nadie va a contestar al otro lado porque son entidades que están en dos jerarquías distintas.

Y otra de las conclusiones más importantes sobre todo cuando volvemos a pensar en el tema de coordinación es que esta jerarquía nación- gobernación-municipio realmente ya no existe, entonces si todo es a punta de voluntad pues donde no hay voluntad, la descentralización no nos va a ayudar sino que nos va a torpedear.

Quería terminar con este trabajo de tuberculosis. Entonces ¿Qué hicimos con el trabajo de tuberculosis? Nos sentamos a pensar bueno, ¿Qué había antes de la descentralización? Había un programa vertical, pero donde usted probablemente tenía claramente tres o cuatro entidades y todo se hacía de manera central. Con la descentralización se abrieron todas las funciones y cada una de estas entidades. Este es el mapa gracias a la descentralización del Plan Nacional de Tuberculosis, es un mapa que solo digamos un sistema complejísimo, un algoritmo complejísimo podría primero entender y segundo podría ser funcional, cualquiera de estas rayitas, dependemos de las voluntades, dependemos del sistema de la información, dependemos de la coordinación, este es el mapa actual gracias a la descentralización.

Entonces yo creo que este es el otro mensaje que quería dejar y es que algunos programas es posible que nos toque, o nos gustaría tratar de pensar que tenerlo a nivel nacional puede tener sentido, porque con esta maraña de delaciones es casi, casi un diseño digamos para fallar.

Los problemas que debemos resolver entonces: coordinación, capacidad, escalas mínimas, lo mencione poco pero en el foro también se dijo, hay lugares donde se puede tener el sistema, puede ser Estado, digamos regulador de un modelo de competencia, hay otros lugares donde hay que tener un simple modelo de prestación y la compatibilidad de funciones.

El recurso humano en la salud en el marco de la salud pública y la descentralización

DR. LUIS ALBERTO TAFUR



Profesor de la Universidad del Valle

El Doctor Tafur es médico especialista en salud pública egresado de la Universidad del Valle. Dentro de su experiencia laboral se destaca como director de epidemiología en la Secretaría de Salud del Valle, Superintendente delegado de la Superintendencia de Seguros de Salud; Secretario de Salud de Cali, Secretario de Salud del Departamento del Valle, Director de la Fundación para una Vida Mejor de Cali, Jefe del Departamento de Salud de COMFANDI y Director Médico de la Clínica de Oftalmología de Cali.

Dr Luis Alberto Tafur: Voy a intentar mostrar un panorama de lo que sucede hoy con los recursos humanos en el país, debo iniciar diciendo, desde disponibilidad, y en general la información al alcance no es mucha, tanto así que el CENDEX de la Universidad Javeriana, aquí está el doctor Ruiz, el Viceministro, quien ha sido el director de muchos de estos estudios que demuestran que el país carece de información precisa sobre el número de especialistas por su cuenta, darles existencia y un censo de este recurso, y la carencia de procesos de certificación y recertificación que permita precisar o cuantificar los médicos especialistas que se encuentran en los centros y su especialidad.

Antes de seguir adelante quiero precisamente llamar la atención sobre lo de carencia de procesos de certificación y recertificación porque cuando medimos calidad, no vamos a tener mayor información al respecto.

En la presentación también voy a hacer referencia en varias ocasiones a la Ley Estatutaria. La Ley Estatutaria tiene en el artículo sexto los elementos que son principios del derecho fundamental a la salud, entre ellos tenemos la disponibilidad, donde plantea que deben haber programas de salud y personal médico y profesional competente. Entonces mirando los datos y según la Organización Panamericana de la Salud, Colombia tiene el 16.8 médicos por 10.000 habitantes; 9.2 enfermeras, 8.6 odontólogos y 1.5 camas por 1.000 habitantes.

La fuente de comparación podríamos decir, que se recomienda un mínimo de 25 médicos y enfermeras por cada 10.000, estos son datos globales. Vamos a mirar que pasa entonces con los egresados de los programas de salud, con base en la información que está en el observatorio laboral del Ministerio de Educación, vemos aquí como los médicos, hay un incremento en los distintos años, mientras tanto enfermería que iba paralelo prácticamente hay un descenso a partir del 2011, odontología tiene una caída en el año 2006 y bacteriología que vamos a mirar más adelante, un incremento leve y luego disminuía.

He querido mostrarles esta información por departamentos, básicamente para resaltar los sitios donde hay más egresados, tenemos aquí inicialmente Bogotá, donde hay más egresados, seguido de Atlántico, Antioquia y Valle del Cauca y aparece que en 19 departamentos tenemos hoy facultades de medicina.

Recursos humanos en America 2011

País	MD/10000 H	ENF/10000 H	OD/10000 H	Camas/10000 H
Cuba	70,0	85,8	11,4	5,1
Uruguay	47,0	15,3	13,4	2,5
EEUU	26,0	111,4	6,2	2,9
Costa Rica	25,1	18,2	9,1	1,1
Canada	25,0	104,8	6,1	2,7
México	21,2	25,1	1,0	1,5
Chile	18,2	15,3	7,7	2,2
Colombia	16,8	9,2	8,6	1,5
Ecuador	15,9	7,1	7,7	2,2
Brasil	15,1	7,1	5,5	2,3

Fuente: OPS. INDICADORES BÁSICOS DE SALUD 2014

OMS/OPS recomienda un mínimo de 25 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes

Tomado de: Presentación Luis Alberto Tafur. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

Tomando este informe de la Defensoría del Pueblo con esta distribución geográfica voy a hacer comparaciones geográficas en seguida, es diferente a otro tipo de agrupaciones, sin embargo toma a la región occidental Antioquia, Caldas, Chocó, Risaralda, Quindío, San Andrés y Tolima; la sur: Amazonas, Caquetá, Cauca, Nariño, Putumayo y Valle, Bogotá esta aparte, con eso para el 2007 este era el dato de Bogotá, siendo el principal sitio de concentración de los médicos, Antioquia o, seguido Bogotá, tercero tenemos la región central donde hay menos concentración según este estudio de la defensoría era la región oriental.

Pero mirando otra vez con base en la información del Ministerio de Educación, los egresados de medicina en general están concentrados en este momento en el año 2013 que es la última información, la tenemos en la región norte, seguida Bogotá y con una, casi en todos los años se ve una distribución similar.

Si miramos odontología vemos que la concentración está en Bogotá, las otras regiones tienen un número muy inferior; en enfermería nuevamente Bogotá, la región norte y la región occidental, y volvemos entonces a la Ley Estatutaria relacionada con acceso para comparar esa disponibilidad. El artículo sexto nos dice que la accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso de información.

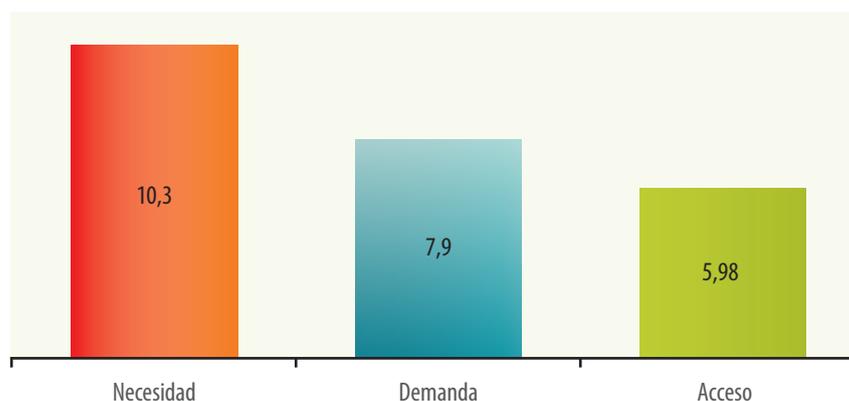
Egresados de medicina por departamento 2001-2013

Dpto	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Antioquia	320	348	356	351	397	416	402	351	398	469	420	419	434	5081
Atlántico	351	328	484	512	515	603	617	666	675	547	517	643	669	7127
Bogotá	1025	912	1002	875	831	775	856	923	604	1160	1173	1096	1347	12579
Bolívar	31	40	35	374	196	279	305	299	442	266	177	273	468	3185
Boyacá	111	102	109	120	135	105	98	127	104	135	147	122	117	1532
Caldas	70	106	98	76	160	218	150	162	178	147	147	161	152	1825
Cauca	28	78	94	94	98	46	71	39	73	64	57	57	67	866
Córdoba		19	21	51	53	30	51	37	28	55	42	63	84	534
C/marca	78	85	119	81	88	104	69	35	74	92	68	84	65	1042
Huila	42	46	55	78	23	58	58	72	37	33	49	90	6	647
Magdalena		41	56	116		28	85	133	131	232	225	286	267	1600
Meta		4				40	8			25	82	84	27	270
Nariño	26	39				46	72	22	27	54	110	124	162	682
Norte de S									2	3		26	50	81
Quindío	2	23	38	36	12	15	34	26	27	17	33	43	32	338
Risaralda	66	34	41	25	63	33	109	86	56	70	61	78	63	785
Santander	81	196	225	157	227	130	219	171	159	259	215	247	240	2526
Tolima		41	29	45	15	45		64	33	86	65	68	1	492
Valle	162	162	199	210	225	163	263	174	450	458	399	412	575	3852
Total	2393	2604	2961	3201	3038	3134	3467	3387	3498	4172	3987	4376	4826	45044

Fuente: SNIES, Mineducación, Observatorio Laboral, Consultado 12/11/2015

Tomado de: Presentación Luis Alberto Tafur. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

% Personas con necesidad, demanda y acceso a los servicios de salud 2012



Ayala J. La salud en Colombia más cobertura pero menos acceso. Banco de la República. Documentos de trabajo sobre economía regional. No. 204. julio 2014

Tomado de: Presentación Luis Alberto Tafur. 19 de noviembre de 2015. Foro Anual AVS

Y entonces vamos a mirar este estudio de Ayala del Banco de la República de julio del 2014 y nos muestra que el 10.3% de la población colombiana siente necesidad en algún momento de consultar pero demandan el 7.9% y tiene acceso el 5.98%. De esta misma fuente tienen acceso el 82.5% de lo contributivo y el subsidiado apenas el 73.1%, y si miramos aquí tiene dos informaciones de la misma fuente en la cual tenemos el acceso en amarillo y la oferta de IPS por 6.000 habitantes vemos que hay una coincidencia entre el acceso y la oferta como era de esperar.

Y entonces con base en un estudio de Bohórquez, donde muestra el número de prestadores en dos años, aquí he tratado de comparar dos años el año 2007 y el año 2013, y llamándole la atención que la distribución geográfica no es igual, sin embargo nos muestra como la concentración está en Bogotá, Valle y Antioquia, principalmente donde hay pocos recursos, pocos prestadores, en la región oriental, en la región norte y en la parte sur del país.

Otra comparación que hace Ayala también es el porcentaje de personas con problema de salud versus el número de prestadores por cada 100.000, entonces entre más necesidad hay, vemos que no hay el número de prestadores requeridos para que la población sea atendida. Y cuando miramos los prestadores versus acceso, vemos nuevamente la concentración Valle y Bogotá, Antioquia y lo que ya habíamos visto de que hay menor acceso en las regiones orientales sur y norte.

El mismo CENDEX de la Universidad Javeriana realizó un estudio, una publicación en la cual crean unos escenarios y compara la demanda requerida a profesionales asumiendo que hay cobertura universal. Si tomamos el 2011 como el último dato y aquí pensamos qué hay en este momento, los trasladamos al 2015, asumiendo que efectivamente hay cobertura universal, tendríamos un déficit de profesionales en rojo; en medicina prácticamente de 20.000 médicos, 3.200 de odontología, 4.400 de enfermería y de bacteriología 5.400, nutrición 1.800, terapia 1.500, es decir, que en todas las profesiones básicas tendríamos un déficit.

Si miramos especialidades nos encontramos con esta situación también, tendríamos déficit en 60 anestesiólogos, 25 ortopedistas, 68 cirujanos, 34 en medicina interna y 33 de pediatra, entonces traté de mirar qué pasa por especialidades en cuanto a egresados, y con base también en información del Ministerio de Educación vemos que principalmente la mayoría de los egresados están en medicina interna; tenemos un problema, si ustedes observan con cuidado pediatría no hay dato para Bogotá ni tampoco hay dato para ginecología, es decir que en los últimos cuatro años registrados en el Ministerio de Educación no ha habido egresados de ginecología obstetricia ni de pediatría, esto está asociado también al cierre de camas de pediatría y gineco-obstetricia en los hospitales de Bogotá, asociado también a las bajas tarifas que se reconocen por la prestación de estos servicios especializados, lo uno va unido a lo otro.

Vamos a hablar entonces ahora de la formación y encontramos que Colombia es el único país en el cual la institución rectora de las residencias es el Ministerio de Educación, en los demás países latinoamericanos es básicamente el Ministerio de Salud, en alguno de ellos asociados con la universidad pública como es Bolivia, Honduras y Costa Rica, y en los demás es el Ministerio de Salud, en Colombia es el Ministerio de Educación.

Volviendo aquí, quiero revisar lo establecido por la Ley 1438 donde nos está hablando de la promoción de especialistas y adicionó a la Ley 1164 que es la Ley de Talento Humano. Las instituciones que forma parte del sistema promoverán y facilitarán la formación de especialistas en el área de la salud conforme a las necesidades de la población y el Ministerio de Protección Social definirá las condiciones, requisitos y procedimientos para la oferta, aprobaciones, asignación de cupos de practica formativas de los programas de especialización que impliquen residencia.

Esto debería estar coordinado entonces claramente con el Ministerio de Educación o haber un cambio en la normatividad que permita que el Ministerio de Salud sea el que de acuerdo con esta ley este normatizando lo relacionado con las residencias clínicas; además aquí dice que se autoriza a las IPS públicas a crear cargos en sus plantas de personal para la formación de residentes, los cuales tendrán carácter temporal y no estarán sujetos a las normas de carrera administrativa.

Esta situación frente a la crisis financiera que tienen los hospitales es prácticamente imposible que se cumpla. Se plantea que hay unos recursos destinados para esto pero no los hemos visto; los programas serán aprobados considerando criterios de calidad y pertinencia de los mismos, y evaluación en relación docencia de servicios.

Cuando miramos entonces cuales son las instituciones formadoras nos encontramos con que de acuerdo con una información de ASCOFAME y algo del Ministerio de Educación, pasamos en el año 1992 de 21 facultades de medicina a 42 en el 98, a 52 en el 2006 y a 58 en el 2013, es decir, ha habido un incremento en facultades de medicina que básicamente en todas las regiones se observa la misma situación. Cuando miramos los distintos programas de salud nos encontramos con que medicina está distribuido en Bogotá 14, en número de 12 para occidente y norte y en el sur, mientras odontología tiene 28 programas, enfermería tiene 50 y bacteriología tiene solo 18.

Y ¿de dónde salen los profesionales? Ya mirando de acuerdo con un estudio de la Defensoría del Pueblo, mirando la característica de la universidad, encontramos que de universidades públicas sale el 46% de los egresados médicos y el 48% de entidades privadas.

Quise ver entonces que pasaba con el valor de las matrículas en pregrado, en la Revista Dinero de 2013, publicaron un artículo donde hacían análisis de acuerdo con el salario mínimo mensual vigente y encontraron que en promedio un semestre de medicina valía en ese momento 20 salarios mínimos equivalentes, odontología 10, enfermería 7.5, fisioterapia 7.4, fonoaudiología 6, y mire que pasaba en la universidad pública de Cali, en la Universidad del Valle y encontramos que la matrícula de un estudiante en pregrado valía entre 100.000 pesos y un máximo de cinco millones de pesos que se determina de acuerdo con el colegio de egreso del estudiante, el estrato socio económico de la familia y algo de la declaración de renta, es decir hay una diferencia supremamente grande entre el valor de un semestre en el sector privado y en el sector público.

Pero la Ley 1438 nos habla de los residentes y nos dice que el Ministerio de Educación y el de Salud establecerán las pautas para la supervisión coordinada de las instituciones de educa-

ción superior en lo referente al costo de las matrículas de los residentes, ignoro realmente si esto está sucediendo.

Este es el número de residente que dice el Ministerio de Salud que había en una información del 2014, donde vemos que hay 584 y por encima de 500 pediatría y medicina interna, por encima de 300 cirugía, ginecología, anestesiología y por debajo de esa cifra el resto de especialidades, en medicina familiar que es algo que se ha venido hablando y poniendo de acuerdo con atención primaria, estamos diciendo de 135.

Y vamos a mirar calidad, este es un dato, esto de calidad es muy difícil encontrar información, básicamente quiero recordar nuevamente la Ley Estatutaria donde plantea en el artículo sexto que un elemento es la calidad y orientar al profesional. Los establecimientos, servicios y tecnología de salud deben estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas, requiere entre otros personal de la salud adecuadamente competente.

En la primera imagen hablé de certificación y recertificación, ese instrumento no lo tenemos en el país y en general tenemos certeza que hay algunas universidades que tienen excelentes programas académicos y excelentes egresados pero por el otro lado hay una distribución normal, también donde tenemos pésimos egresados que al no existir un programa de certificación u otra medida que nos permita mirar la calidad, estamos expuestos a que un médico de cualquier universidad con el solo tener el título tiene la autorización para ejercer la profesión y también causar daño o hacer bien.

Nuevamente el CENDEX de la Universidad Javeriana sacó un documento de análisis de calidad de los recursos y lo que había hecho es aquí traer las conclusiones donde en relación con los egresados de medicina, nos dice que los currículos actuales de la mayoría de las instituciones formadoras de médicos tienen una profunda orientación clínica y el médico se tiende a formar en un paso intermedio a la especialización, plantea la necesidad de que tenga otro tipo de capacitación.

En relación con la odontología, el perfil curricular del odontólogo se ha orientado tradicionalmente hacia el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Es interesante como las actividades de coordinación, la atención a pacientes son tan preponderantes como la anterior, implica buscar o establecer currículos cuya orientación de servicio en odontología sea tan importante, es urgente establecer algunos planes para reorientar la oferta de odontología hacia áreas menos saturadas de la actividad clínica.

En enfermería el mayor peso de las tareas, el estudio iba hacia 3 tareas: prestación, aseguramiento y administración territorial, el mayor énfasis de las enfermeras está dado por las actividades administrativas; plantean unos estudios que dada la flexibilidad en su perfil profesional la enfermera jefe debería recibir mayor profusión de herramientas de gestión de los recursos.

Y en bacteriología, la situación es crítica porque están restringidos hacia la prestación de servicios, el aporte técnico en diagnóstico y fundamento de la enfermedad, pero eso está siendo

reemplazado por las actividades de apoyo administrativo. La tecnología disponible pareciera estar desplazando la actividad profesional de la bacteriología.

El mismo CENDEX de la Universidad Javeriana hizo un estudio, con disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, le pregunto a los gerentes y directores de instituciones prestadoras su opinión sobre la calidad adecuada de formación de especialistas y encontró que el 65% consideraba que era adecuada, pero cuando le preguntaron sobre los médicos generales el 32.5%, -desafortunadamente el número de personas entrevistadas es muy bajo-, lo cual no nos da una fortaleza de sobre la información, pero debe llamar la atención de que hay una tendencia a considerar que hay problemas en la formación del médico general.

Y en contratación nos encontramos con esta situación, el artículo 18 de la Ley Estatutaria plantea que los trabajadores y en general el talento humano en salud estará amparado por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos de acuerdo con las necesidades institucionales.

Y entonces, me fui y encontré este documento de la Defensoría del Pueblo del 2007 el cual hice referencia donde muestra el tipo de vinculación según entidad pública o privada, y encontramos con que en general son de planta el 40% en el sector público y el 50% en el sector privado; en orden de prestación de servicios el 34.5% en el país, el 40% privado y en ese momento todavía se estaba trabajando con cooperativas, entonces tenemos 24% de cooperativas y el sector privado, otros donde incluía cooperativas y otras modalidades. Hubo normas, dos leyes que prohibieron la tercerización de la contratación de cooperativas, sin embargo continuamos con esa situación que vamos a ver más adelante.

Este estudio de Bohórquez, un estudio descriptivo del salario que muestra esta situación según especialistas donde incluyen también médico general administrativo y médico general, donde encontramos que en general el médico administrativo tiene el 84% o el 88%, casi similar y orden de prestación de servicios muy inferior, sin embargo los especialistas si son contratados en una buena proporción en algunos casos, por ejemplo yo soy especialista en orden de prestación de servicios, cuidados intensivos en el sector público, pero en anestesiología porque generalmente se debe tener profesionales de planta, obviamente la tercera parte son de planta.

Si miramos nuevamente con base en ese estudio ya el tipo de contratación según la complejidad de la institución, vemos que es muy variable, 50% de médicos generales en la rebaja, sube al 77% en la complejidad media y alta complejidad en el 78% y en variable, anestesiología es muy inferior, básicamente sube en la parte de alta complejidad y si miramos hay variaciones, no hay un patrón establecido, pero en general se continua prefiriendo la contratación de orden de prestación de servicios.

Si miramos remuneración, estos son salarios 2013, cuando se habla de sueldo total aquí, está incluyendo el salario más prestaciones y orden de prestación de servicios no tienen prestaciones y el profesional debe pagar de su bolsillo la seguridad social y encontramos con que en todos los casos haciendo la misma tarea, el médico contratado por orden de prestación de servicios, sea médico general o especialista gana cantidades muy inferiores a lo que gana el especialista,

esto es anestesiología que no hay en baja complejidad en media hay 10 millones , en obstetricia y ginecología es variable, es inferior, en pediatría sucede algo similar, cirugía general y medicina interna.

El Ministerio tiene esta información donde se distribuyen los profesionales según salario mínimo desde el año 2012 y encontramos con que menos de cuatro salarios mínimos o sea, el equivalente hoy a dos millones y medio, tenemos el 69% de las bacteriólogas, el 71% de las enfermeras, el 41% de los médicos y el 74% de los odontólogos.

Y quise incluir esto para mostrar lo que pasa en la realidad, este es el informe preliminar de mi cita a la Superintendencia de Salud y al Hospital Universitario del Valle en junio pasado, en el cual encontraron que habían 1.107 personas de planta vs 1.771 personas contratadas por agremiaciones u otro tipo de contratación diferente a la de planta, es decir, el hospital estaba trabajando con dos terceras partes del personal contratado por orden de prestación de servicios o agremiación similar.

Y en conclusión entonces tenemos que la disponibilidad del talento humano se concentra en Bogotá, Atlántico, Antioquia y Valle del Cauca, en las regiones oriental y norte muestran la menor proporción de prestadores. El número de programas de pregrado ha aumentado en el país pero con concentración en Bogotá, Atlántico, Antioquia y Valle, hay déficit de especialistas en todas las regiones del país, llama la atención el cierre de programas de residente de ginecología y pediatría en Bogotá.

Colombia es el único país de Latinoamérica donde el Ministerio de Educación es el rector de la política de formación de especialistas; no se dispone de información acerca de la calidad de los egresados de los diferentes programas; continúa la vinculación mediante contratos de prestación de servicios tanto en entidades públicas como privadas con remuneración inferior a la que percibe el personal de planta y continua la tercerización en la contratación de personal, principalmente en instituciones públicas.

PANEL

PARTICIPANTES

Fernando Ruiz

VICEMINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Rodrigo Guerrero

ALCALDE DE CALI

MODERADOR

Juan Gonzalo López

GERENTE SALUD DE PROFAMILIA

Tenemos al doctor Fernando Ruiz Viceministro de Salud y Prestación de Servicios. El doctor Ruiz es Director General del Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Médico de la Pontificia Universidad Javeriana con Maestría en Salud Pública de la Universidad de Harvard, tiene también una Maestría en Economía de la Pontificia Universidad Javeriana, es Consultor del Banco Mundial en aspectos de medición en equidad, en salud y en recursos humanos; Miembro del Consejo Social de la Fundación Social por más de 15 años y fue Presidente hasta el año 2008 de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud.

También contamos con la participación del doctor Rodrigo Guerrero Alcalde de Cali. El doctor Guerrero es médico especialista en salud pública, cuenta con un doctorado en epidemiología de la Universidad de Harvard, fue Alcalde de Cali en el periodo 1992 – 1994 y Concejal de la misma ciudad hasta el año 2010. Se desempeñó como profesor y decano de la Universidad del Valle y dirigió el Hospital Universitario del Valle, fue secretario de salud de Cali, Director por 20 años de la Fundación Carvajal y tiene una gran trayectoria y recorrido dentro de nuestra ciudad.

También contamos con la presencia de nuestro moderador, el doctor Juan Gonzalo López Gerente de salud de PROFAMILIA. Él es Gerente Nacional de servicios de salud de PROFAMILIA, Médico de la Universidad de Antioquia con diplomado en gerencia pública de la Escuela Superior de Administración Pública, tiene estudios de gerencia en seguridad social de la Universidad EAFIT, maestría en salud pública y también fue Secretario de salud de Antioquia, Viceministro de Salud y Director del Instituto Nacional de Salud. Pues damos la bienvenida e inicio a este panel, muchas gracias.

Moderador: En la mañana de hoy vimos diferentes temas relacionados con la descentralización, sus fortalezas, dificultades y los retos que se tienen, pero se han mencionado sobre todo en los temas en los cuales se ha avanzado, por ejemplo: en la cobertura universal, en la disminución del pago de bolsillo, en el acceso, pero poco se mencionaron los temas de salud pública. Con relación a este tema ¿Cuál es el balance que ustedes dos harían a nivel territorial y a nivel ya desde orden nacional?

Dr. Fernando Ruíz: Yo quisiera pensar que el doctor Juan Gonzalo nos la lanza así de una vez para hablar temas de salud. Empezaría por un dato que creo que es muy relevante y viene del estudio que hace un mes o dos meses entrego a la Javeriana sobre carga de enfermedad. Se compararon los años 2005 y 2010 según la metodología, -no la nueva metodología sino antigua metodología- de Murray y en ese análisis se hace evidente que Colombia ha venido creciendo en carga de enfermedad, pero muy especialmente en carga de enfermedad crónica. Pasamos del

76% de carga de enfermedad relacionada con la enfermedad crónica en 2005 al 83% en el año 2010. Del total de la carga, el 20% es enfermedad cardiovascular, aproximadamente un 9% es enfermedad relacionada con cáncer y aproximadamente un 12% o un 13% son problemas de salud mental en general; con una reducción cada vez mayor de la carga de enfermedades transmisibles que esta apenas en el 8%-podría ser el 9%- y con una reducción también importante de la carga asociada a lesiones externas y violencia.

Eso nos da un panorama bastante particular y peculiar porque evidencia que la carga de años de vida perdidos por muerte prematura es aproximadamente de cinco años, para una expectativa de vida de 74 años, y que los años de vida perdidos por discapacidad son 17, o sea que uno esperaría que un colombiano promedio más o menos desde los 57 años ya viene acusando un cierto componente de carga de enfermedad y de discapacidad por carga de enfermedad.

Entonces ustedes se preguntaran si eso es grande, es poquito, y la única forma de cómo yo pude comparar ese dato fue con el estudio de Mathers que hizo en Australia que tuvo la misma metodología, y en Australia la expectativa de vida son 81 años frente los 74 y medio que dice que hay en Colombia, y los años de vida vividos con discapacidad en Australia son nueve años, o sea que prácticamente nosotros tenemos una carga de enfermedad que es el doble de carga de enfermedad en Australia con una expectativa de vida menor.

Eso nos indica que evidentemente tenemos una situación transicional en el patrón epidemiológico en Colombia donde tenemos cada vez un contexto de carga en la población mayor y un proceso de envejecimiento que obviamente va ligado a ese crecimiento de la carga, pero que de alguna manera se ha venido acumulando allí, y no se ha venido resolviendo de una manera digamos tan expedita como uno quisiera.

Es muy relevante que frente a esa carga y viendo los datos que nos han presentado el día de hoy, donde por ejemplo, es muy ilustrativo que Colombia en los indicadores de la OCDE 1.5 camas por 1.000 habitantes y en el otro extremo esta Japón que mostraban 13 camas por 1.000 habitantes, la impresión que a uno le da es que la oferta colombiana es una oferta demasiado pequeña para responder por un sistema universalizado y que evidentemente puede dar problemas de exceso.

Sin embargo, en un estudio que acaba de publicar el Banco Mundial, también se muestra como Colombia, (y ese estudio lo trabajamos con Diana Zapata), tiene una tasa de hospitalización del 9%, esa tasa de hospitalización del 9% es el doble de la tasa de hospitalización de México; la tasa de hospitalización de México es el 5%, la tasa de hospitalización promedio de los países de Latinoamérica es el 6%. Si uno compara esa información con el porcentaje de ocupación, por ejemplo la oferta pública en Colombia el primer nivel se empieza a preocupar, tenemos una tasa de ocupación, una ocupación de solamente el 37% de la oferta pública del primer nivel.

Entonces por lo menos a la conclusión que uno tiende a llegar es que tenemos una muy alta carga de enfermedad que nos ha venido presionando indudablemente el sistema con una oferta, una respuesta que se está dando básicamente en la alta complejidad a través de la hospitaliza-

ción de un modelo que se está resolviendo de una manera muy hospitalocéntrica y de una muy baja utilización de los primeros niveles de atención.

Y allí es donde yo creo que esto toca íntimamente al tema de la descentralización y una pregunta que creo que nos debemos hacer a profundidad es ¿qué es lo que realmente estábamos resolviendo en los primeros niveles de atención? ¿Cuál es la resolutividad de nuestra puerta de entrada? e incluso preguntarnos si realmente ¿la puerta de entrada del sistema es hoy en día el primer nivel de atención? o ¿la puerta de entrada son las urgencias de los hospitales de mediana y alta complejidad? Porque realmente a uno se le antoja que la muy limitada resolutividad que tenemos se manifiesta en una alta demanda en los servicios de alto nivel.

En el año 2007 solamente el 48% de los partos que llegaban a instituciones públicas de primer nivel, al red de primer nivel eran remitidas a la alta complejidad en el año 2007; en el año 2013 el 88%, ese es un indicativo muy preocupante como hemos venido perdiendo resolutividad en los primeros niveles y si realmente ese modelo actual de descentralización unido a la puerta de entrada de resolutividad en el primer nivel nos está dando la respuesta que nosotros requerimos.

Yo creo que, yo dejaría planteado hasta ahí doctor Juan Gonzalo para entrar a proponerle una discusión sobre ese tema que creo que es fundamental en el ámbito de lo que nos plantea el artículo 65 del Plan de Desarrollo donde tenemos que definir una política integral de atención en salud y un nuevo modelo de atención.

Moderador: Alcalde ¿Cuál es el balance en términos de salud pública y descentralización?

Dr. Rodrigo Guerrero: Yo voy a tener el privilegio de la antigüedad como dicen los militares, me voy a referir un poco desordenadamente a muchos de los temas y aprovechando la experiencia que yo he vivido muchos años en el servicio de salud, tengo la certeza de que la cobertura en el servicio de salud ha mejorado sustancialmente, no tengo la menor duda.

Desde el punto de vista filosófico creo que hay una cosa muy importante para mí, en mi posición política, es que anteriormente cuando yo era Director del Hospital Universitario había una oficina de trabajo social y la mayoría de gente que no podía pagar pasaba por una oficina y yo generosamente decía que no pague. Eso era un sistema de pedigüería, hoy en día eso ha cambiado, ha cambiado porque la gente llega y dice yo tengo derecho a que me atiendan, a mí eso me gusta más, sin la menor duda, yo creo que en eso hay un progreso. Ahora tiene una cantidad de problemas y hay uno que parece muy importante que es lo que han llamado algunos la “administrificación” del derecho constitucional.

Resulta que los colombianos estamos patológicamente apegados a la ley, le damos un efecto fetichista donde se aprueba una ley, eso está bien, pero entonces como la ley dice eso, -eso debe ser así-, uno pensaría y resulta que los abogados ahora dicen -puesto que la salud es un derecho constitucional, esta niña que llegó a urgencias del hospital con una leucemia no se le puede

violar ese derecho y un abogado que no tiene ni idea de que es leucemia ni nada de eso dice, en la constitución esta niña hay que tratarla-

Y eso se ve en todos los lados, el derecho constitucional se lleva a la práctica administrativa cuando son dos tipos de derecho distintos y eso está causándonos unos daños muy grandes. Y repito los Colombianos somos apegados patológicamente a la ley, la Ley dice que uno va a los barrios y le dice es que la Ley 715 y la ley yo no sé qué y cómo la ley...entonces resulta que yo tengo un hijo economista... los economistas se inventaron fue para eso, para resolver el problema de recurso ilimitado frente a necesidades ilimitadas. Esa es la razón de la economía y vuelvo y sobre ese hecho el sistema de salud nuestro con todas sus buenas intenciones, mientras no ponga límites yo no le veo salida.

Si vamos a seguir con ese principio constitucional que todos tenemos derecho en salud y no se le pone restricciones estamos muertos, eso hay que ponerle restricciones en todo, en todos los servicios de salud y en eso hay que lograr un consenso social y hacer negociaciones al estilo de La Habana para ver que, si vamos a incluir, hasta donde vamos a llegar, de modo que ese sesgo legal va a ser mucho más difícil.

Veo definitivamente que lo lógico sería la descentralización, yo creo que ha sido buena, me tocó vivir las campañas de vacunación que hacía en la época de Belisario el doctor Luis Tafur y eran unas campañas para lograr inmunizar una gran cantidad de personas. Hoy en día son absolutamente innecesarias, por lo menos en el caso de Cali ¿por qué? Porque ya hay una capacidad institucional establecida que tiene entre el 95 y el 98% de cobertura de vacunación permanentemente y estamos yendo más allá de la cobertura de inmunizables que tiene el Ministerio, pero ¿por qué? Porque ya hay una capacidad instalada.

Entonces yo creo que tiene que existir la voluntad de descentralizar y eso ocurre con alguna frecuencia no como uno quisiera a nivel central. La tentación del poder es muy grande y para aprovechar, para que no se les olvide las ventajas de la descentralización; ustedes han oído el cuento famoso de Santiago Rengifo Salcedo que manejaba, que fue Ministro de Salud y una persona importantísima, manejó el programa centralizado del PIAN en el Chocó y llevaba 3 meses en que no les mandaban a pagar, entonces mando un telegrama famosísimo que dijo: -no solo de PIAN vive el hombre, renuncio irrevocablemente- eso se daba era porque la campaña era centralizada, eso no tiene sentido en la medida en que se logre generar la capacidad institucional.

Entonces la descentralización va a ser variable, pero aun en los casos en que sea, pongamos en el peor de los casos el Vichada, Arabia Saudita alguno de estos, la intención tiene que ser cada vez más pasar la capacidad instalada y no la tentación facilista desde Bogotá 2.600 más lejos de la realidad, reglamentar como se dictamina y como se hace ese tipo de cosas porque eso tiene un efecto perverso, y en última instancia tiene que hacerse descentralizado porque yo creo que se ha avanzado mucho.

Otra reflexión sobre la calidad, y vuelve un tema fundamental que se mencionó -sin información no hay absolutamente nada- lo decía el Ministro, el problema de la pelea de las EPS con el Ministerio es que no hay ninguna información confiable, si unos dicen me deben yo

no sé cuántos miles de billones de pesos y los otros del Ministerio dice -no es cierto- y eso sale póngale en los medios de comunicación, hay una confusión total.

Mientras no se logre hacer una negociación como la de La Habana con las EPS y el Ministerio y se sientan y digan, bueno, vamos a ver qué es lo que debemos y que es lo que le podemos dar y decir, nadie vuelve a discutir eso y vamos a comprometer si vamos a seguir peleando y entonces unos dicen sí tengo plata. Si no hay información confiable no va a haber confianza y tenemos que hacer el esfuerzo que tiene que hacer el sistema en mi opinión, es desarrollar y decir esto es, y vamos a pagar, todo tiene que ceder porque yo sé que las EPS tienen sus sesgos y el Ministerio tuvo sus fallas y tiene sus sesgos.

Entonces ahí hay que lograr una cifra y comprometer presupuesto si no hacemos eso vamos a seguir en la misma pelea y no nos vamos a poner de acuerdo.

Moderador: Voy a seguir insistiendo en algunos puntos de salud pública y que aquí se han presentado como puntos clave y de discusión, por ejemplo el Alcalde nos dice con relación a vacunación eso está funcionando muy bien en Cali, pero por ejemplo el doctor Prada nos dijo en este momento en su presentación, oiga, tuberculosis es el mejor esquema para que no se den resultados positivos ¿qué responderle por ejemplo al doctor Prada? Viceministro.

Dr. Fernando Ruiz: Sí, yo creo que hay que mirar todo en su justa dimensión, realmente si uno mira la mortalidad por tuberculosis en Colombia y la mira, es que todo depende del plazo que se mire, si uno la mira comparado con los años 90 y evidentemente en Colombia hemos tenido una reducción sustancial en tuberculosis.

Colombia es uno de los países que tiene menor problema de drogo resistencia y eso tiene que ver con el acceso, desde donde uno lo sitúa puede darse una lectura un poquito diferente. Indudablemente antes de los años 90 -y basta mirar el estudio sectorial de salud del año 90 que libró el doctor Yepes, en ese estudio habla claramente de inmensas dificultades que había en el acceso a salud en Colombia-, solamente el 40% de los colombianos tenía acceso a médico general, ese fue el resultado crítico, 15.7% de acceso a la seguridad social, eso nos indicó claramente como decía Ian en el día de hoy, lo que hemos avanzado en Colombia en términos de cobertura.

Ahora, llevándolo al tema de salud pública y estando en el puesto que yo estoy sentado, sí, a uno le preocupa muchísimo las diferencias que hay por ejemplo regionales entre unos municipios y otros; igualamos la responsabilidad de salud pública entre el municipio de Cucunubá en Cundinamarca y la ciudad de Bogotá, son las mismas responsabilidades que tienen los dos, esos dos Alcaldes frente a la salud pública.

Los dineros se reparten de una manera prorrateada, digamos proporcional y hablemos ya no de Cucunubá, hablemos de López de Micay en Chocó o del municipio de Tambo en Cauca. Los dineros se reparten proporcionalmente ¿cuáles son las capacidades de ejecución

que tiene quienes están en la salud pública en Bogotá frente a los que están en pequeños municipios? y ¿dónde están los mayores problemas? En el Chocó los problemas son mucho mayores proporcionalmente, tenemos mucha mayor tasa de mortalidad infantil, mucha mayor cantidad de determinantes sociales mucho más fuertes, en Bogotá, pero allá no tenemos capacidad de respuesta. Si uno mira la ejecución es realmente increíble como a octubre de este año teníamos un 40% de no ejecución de recursos de salud pública de los recursos de este año y la mayoría de la no ejecución estaba en esos municipios pequeños donde hay mayores necesidades.

Entonces yo creo que ahí nos toca definitivamente pensar como se ha planteado en esa visión de un modelo dual donde las realidades de los sistemas se adaptan a las condiciones de los propios territorios y donde definitivamente el territorio en el sistema actúe de una manera diferente, y creo que es sustancial lo que plantea la Ley Estatutaria de salud en lo que tiene que ver con sistemas de salud.

La Ley Estatutaria de salud nos hace un cambio de chip bastante importante, nosotros venimos con la consolidación que trae la Ley 100 en la cual el objetivo central del Sistema de Seguridad Social en Salud es la contingencia y la protección financiera de la población frente a los eventos de salud y eso en mucho se ha cumplido. Tener un 14% de gasto de bolsillo en Colombia comparado con un 40% que hay en promedio en el resto de Latinoamérica, nos da una idea de ese avance tan gigante que logro la Ley 100. Pero los problemas hoy en día no están en el capítulo de seguridad social, los problemas están en el capítulo sistema de salud que yo creo que es lo que nos plantea de frente la Ley Estatutaria.

¿Cómo consolidar un sistema de salud? Que se construya de abajo para arriba, de las necesidades de la población, de las demandas de la población hacia la estructura del sistema y cambiar esa visión de qué es. Son las interacciones de los propios agentes las que consolidan el sistema, ese planteamiento tiene que cambiarse y tiene que consolidarse desde una visión territorial y donde se integren necesariamente asegurador, prestador y territorio alrededor de objetivos comunes de salud.

Yo creo que ahí es donde tenemos perdido el chip, y ahí es donde toca replantear esa visión y aprovechar el marco que nos da la Ley Estatutaria para dar esa construcción que creo que necesita el sistema.

Avances generales de salud pública aquí han salido, pues hasta hace unos años especialmente, ya últimamente no tanto, una cantidad de críticos del sistema diciendo que la salud pública en Colombia estaba en una situación terrible, eso se ha venido desmitificando de una manera absoluta.

Si uno mira tasa de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, mortalidad por enfermedad diarreica aguda, mortalidad por infección respiratoria aguda, mortalidad por tuberculosis, acceso a tratamiento para VIH/SIDA, acceso a tratamientos para oncología, la salud pública en Colombia tiene una mejoría sustancial, pero eso no quiere decir que no existan problemas.

Los problemas que enfrentamos hoy día por ejemplo es la desnutrición en La Guajira, el abandono de niños en el Chocó, el acceso al agua en el Chocó, los accesos a servicios materno infantiles en Guainía, los problemas cardiovasculares que se están generando en las grandes ciudades y algunos problemas de accidentes. Entonces yo creo que hay que tener esa visión muy clara de donde están los problemas para poder realmente enfocar las intervenciones que tienen que tenerse dentro de una visión del sistema de salud que es complementaria a la seguridad social pero que debe pasar a desempeñar un rol central del futuro del sistema en Colombia.

Dr. Rodrigo Guerrero: Bueno yo trato de responder nuevamente en forma muy general, yo creo que lo primero es el reflejo de salubrista, que uno debe pensar es en prevenir y yo siempre hecho un cuento que puede que no sea verdad, pero yo digo que es verdad; que cuando uno estudia salud pública, la primera clase le dicen señores ustedes vienen a estudiar salud pública les vamos a poner un ejemplo, hay una montaña donde hay una carretera donde la gente se accidenta mucho, entonces el médico tradicional pone un hospital abajo, consigue un equipo de rayos X, tiene unos traumatólogos, pone bancos de sangre, ambulancias para llevarlos al centro médico -esa es la medicina tradicional-. Ustedes tienen que saber por qué se están accidentando tanto, si es que el trazado de la carretera malo, entonces esa actitud es poco, porque muchas de estas cosas, la atención que llamaba primaria, la nutrición mejora muchísimo las condiciones para cualquiera de las enfermedades.

Entonces tener una base de esas obliga a pensar en eso; la segunda nota, otro cuento, Walter Reed el famoso médico norteamericano que controló la malaria en Panamá, cuando llegó allá dijo: si queremos controlar la malaria y la fiebre amarilla tenemos que aprender a pensar como mosquito. Entonces yo creo que es fundamental que aprendamos a pensar como el dengue y el dengue en Bogotá es distinto al de Cali, en Bogotá no hay, Bogotá tienen otros porque las condiciones generales no lo permiten.

Entonces si uno se enfoca en la tuberculosis, la tuberculosis en Cali es distinta a la tuberculosis del Vichada, aquí hay casos resistentes, tenemos que pensar como el mosquito de aquí, sentarnos en una política nacional que hay que darle la terapia conjugada, estudie primero, piense como el mosquito, vea si la nutrición antes le enseñaban a uno -donde entra el sol no entra el médico- ese tipo de cosas que tiene que ver con el estado general de la tuberculosis y eso es una acción preventiva mucho más importante que la política.

O sea, yo lo que quiero decir es que todas estas cosas, los dictados políticos y todo, son buenas si se interpretan inteligentemente, se interpretan en el contexto y no debe ser una camisa de fuerza como ocurre en otro tema. Ahora tenemos desplazados, víctimas, victimarios y -llegan a un sitio una señora y le dicen yo no la puedo atender porque usted es víctima y resulta que el programa que me mandaron de Bogotá la plata es solamente para desplazadas-.

Esa rigidez se resuelve cuando uno mira ecológicamente donde está y aprende a pensar y ver las circunstancias, y el sistema central tiene que ser lo suficientemente flexible para permitir que eso se haga; eso es lo que pienso yo que se puede hacer pero obviamente lo primero es prevenir.

No tengo la menor duda que el primer enfoque es prevenir antes de irnos a ver si el virus es resistente o lo que sea, prevengamos.

Moderador: Lo expresado por el Alcalde evidencia la tensión entre lo local y lo nacional, y yo ahí quiero insistir en el punto, desde que yo estoy en el sector salud ya hace una buena cantidad de años atrás siempre he escuchado la mutua recriminación, el nivel nacional esta desconectado de lo local y en lo local si conocemos como es la situación pero no tengo los recursos ni me dan las herramientas.

¿Se ha logrado construir un diálogo que realmente aporte, permita avanzar, ser creativo o recrear muchas de las cosas o seguimos en esa situación de mutua recriminación?, le cedo la palabra al Alcalde.

Dr. Rodrigo Guerrero: Obligatoriamente me toca decir que se puede mejorar mucho, sin duda, y yo creo que eso se logra en la medida en que exista la capacidad institucional para hacerlo y hay que presionarlo porque repito la tentación del poder es muy grande, cuando hay el poder entonces intervienen empresas municipales.

De modo que, yo creo que se ha mejorado muchísimo, pero vuelvo a la tendencia, hay la tendencia de pensar que la periferia, dice por ejemplo, le damos plata a este municipio y la plata se la roban, afortunadamente ya nos demostraron que en Bogotá roban más, a la hora de robar en Bogotá roban mucho más y en cantidades mucho más exorbitantes, ya la deshonestidad no es un problema de provincia es un problema de la naturaleza de los colombianos, de las instituciones legales.

Yo le cuento como cambie mi posición dramáticamente. Hace 20 años cuando era Alcalde, yo era partidario absoluto de que la policía tenía que ser municipal, yo decía yo no puedo leer el periódico y que salgan y me digan que el comandante de la policía lo cambiaron y se lo llevaron para tal sitio, es absurdo y yo peleaba con eso. Después vi lo que estaba ocurriendo en algunos municipios de Colombia en Antioquia, que los Alcaldes eran cooptados por el narcotráfico y la dificultad que tenían, entonces yo comencé a echar para atrás y ahora que veo México que tiene 3.500 policías armadas de los Alcaldes y quien sabe que orientación tienen, volví a decir ¡hombre! si, el centralismo es bueno es necesario que nos manejen, es mucho más fácil arreglar las cosas desde Bogotá en este caso específico, desde la policía que lo que puede hacer un pobre Alcalde que pueda tener o no un pobre Alcalde.

Dr. Fernando Ruíz: A mí el Alcalde me tiene confundido, porque hace tres minutos estaba hablando en contra de Bogotá y ahora está diciendo que el centralismo es bueno. Yo creo que Bogotá Alcalde tiene dos, hay dos Bogotá una centralizada y una descentralizada, le quiero decir que con la descentralizada Bogotá durante los pasados tres años, con un cambio hace seis meses realmente era más difícil tratar que con cualquier otro municipio de Colombia, realmente las dificultades que bien se relacionan, muy difíciles y obviamente siempre tiene que haber una tensión, yo creo que la tensión en el nivel central y nivel local es fundamental.

Pero yo creo que también hay que darle a todo su justa dimensión, no es lo mismo, yo les cuento cuando yo voy a Medellín, a Cali o a Barranquilla, muchas veces voy es a aprender qué es lo que han hecho allá, pero los problemas que uno encuentra en otros municipios del país son totalmente diferentes, entonces hay unas diferencias muy grandes en las capacidades que hay en unos lugares de Colombia frente a otros y esas diferencias son totalmente notorias.

Como decía el Ministro, tenemos departamentos como La Guajira donde no se han podido en tres años poner de acuerdo para definir una red de atención, uno dice eso es realmente absurdo yo lo he dicho públicamente, se lo he dicho a Inés en La Guajira, he puesto al gobernador contra la pared diciéndole: gobernador, delante de su gente ¿Cuándo vamos a tener red de atención en La Guajira? Y no sucede, llegaron un día a radicarla, les confieso esta infidencia -antes de que se venciera el último plazo que les dábamos la radicaron y luego vinieron y la retiraron porque salieron tres hospitales de la situación de alto riesgo, por esa razón se retiró la red.

Entonces eso es un ejemplo pero son ejemplos que se repiten en el Chocó y en muchos departamentos donde no hay una institucionalidad y hay varios municipios donde realmente tenemos unos problemas muy severos que terminan revirtiendo.

Colombia ha avanzado muchísimo en términos de descentralización pero probablemente hay temas que no se debieron descentralizar y esa doble o cuádruple descentralización que hablaba si tienen unos fenómenos que son realmente adversos, 17 EPS en el municipio de Uribia en La Guajira compitiendo por 120.000 personas, eso no tiene ningún sentido, como pueden haber 17 EPS en el municipio de Uribia, eso no tiene sentido, donde la atención en salud tiene que ser fundamentalmente extramural totalmente, y hay 17 EPS que llegan a una ranchería y encuentran que el niño que esta grave no es de la EPS que está haciendo la brigada y entonces ese niño no es atendido, eso realmente no tiene ningún sentido y eso realmente hay que abordarlo de otra manera completamente diferente.

A mí me gusta en el tema de cómo abordar estos modelos, me gusta mucho el planteamiento que está haciendo la misión rural de esa nueva municipalización, porque realmente está definiendo cuatro categorías de municipios, no sé si han tenido acceso a ese informe, vale la pena mirarlo y creo que tendría una aplicación interesante para salud. Define zonas dispersas, y uno mira las zonas dispersas y uno dice, sí estas son las zonas que definitivamente como municipios debería uno considerar dispersos, municipios de ruralidad y municipios de área urbana que yo creo que es un parámetro que podría ser interesante para tener una nueva visión, porque la visión que tenemos en Colombia de ruralidad por ejemplo ya es absolutamente desueta, hablar de que ruralidad es la condición de rural disperso dentro de un municipio, eso no es ruralidad; hay municipios que todo el municipio evidentemente es rural y que debe considerarse como área en la cual debe haber una intervención del Estado evidentemente diferente.

Dr. Rodrigo Guerrero: Para aclarar ese problema, pienso yo que la tensión es buena y debe existir y eso muestra que hay variaciones, y eso en si no es malo sino lo que implica es que no se puede aplicar la ley así inflexible porque el artículo 17 de la 1715 tenga, ¡hombre no! y me acuerdo nuevamente otro cuento -yo enseño siempre con cuentos- Santa Teresa de Ávila que

era una monja mística, imagínese usted que para una monja mística debe ser pecado, debe ser alguna cosa especial, ella decía que era mejor tener un confesor inteligente que uno piadoso.

Entonces, lo mismo se aplica a este tipo de cosas, es mejor que una persona que interprete inteligentemente la ley a uno que casuísticamente diga no señor porque aquí es tal cosa y después, entonces esto es parte de lo que quiero mostrar.

Moderador: Quiero avanzar hacia otro tema, también polémico, es el tema de rendición de cuentas. La rendición de cuentas se percibe como un mero proceso formal de si se quiere cumplir con unos requisitos ¿Cómo hacer para transformar esa rendición de cuentas en términos que permita realmente tomar decisiones y que permita empoderar a la población? O ¿Cuál es la percepción que ustedes tienen en torno a la rendición de cuentas en los temas de salud pública sobre todo?

Dr. Fernando Ruiz: Ahí si me alivio totalmente con el Alcalde, no es posible una rendición de cuentas si no hay información. El primer elemento para poder hacer que un gobernante rinda cuentas es que tenga claridad a donde paso los indicadores de salud que tiene en su respectiva comunidad, y eso todavía no lo tenemos como debíamos tenerlo.

Para poder hacer que rindamos cuentas debemos tener una base de información municipal en la cual tuviéramos metas de este gobernante y que ese gobernante pudiera rendir cuentas a partir de ese plan.

Estamos consolidando un proceso que se llama -Planes Territoriales de Salud- que aspiramos a tenerlo antes de que entren los nuevos gobernantes, vamos a tener probablemente el 80% de ellos terminados, pero eso hay que montarle un sistema en el cual haya realmente información que permita a la comunidad pedirle cuentas a quien gobierne.

Dr. Rodrigo Guerrero: Desarrollando esa tesis, la mejor forma es que la comunidad tenga esa información. A mí me gusta mucho la experiencia de Bogotá Cómo Vamos, Medellín Cómo Vamos, Cali Cómo Vamos, porque se ha vuelto un ente independiente que obliga a que los gobernantes estemos presentando qué está pasando en educación, salud, en las diferentes instituciones y eso es fundamental. O sea, la idea de la rendición de cuentas es buena pero aplicándose bien, no es una ley.

Que cada dos o tres meses nos estén diciendo lo que está pasando, que la comunidad tenga la capacidad de hacer gestión como le hacemos con mucha moderación a los economistas y a los gobernantes cuando le decimos cómo va el desempleo, cómo va el producto interno bruto, todos esos indicadores que ya son de público dominio, yo creo que nosotros deberíamos tener unos indicadores confiables sino no tendría sentido de hacerlo.

Dr. Fernando Ruíz: Pero entonces hay que descentralizar a Bogotá Cómo Vamos porque está muy centralizada, y los otros 1.100 municipios doctor Galán ¿qué? ¿Solo indicadores ecológicos? Pero si podríamos evidentemente trabajar en la definición, con esa experiencia, por lo menos de conjuntos de indicadores que a nivel municipal, de municipios por ejemplo pequeños, hagan sentido y puedan de alguna manera recogerse, es decir, no necesariamente que la generemos.

Dr. Rodrigo Guerrero: Otra cosa buena es tener entes independientes para tener esa información y se los digo yo, yo que he estado en ambos lados. En el caso de violencia nosotros en Cali tenemos un sistema que hasta 30 días después de la lesión es homicidio, que no hay el famoso invento de los decesos que había dicho la policía, nosotros no aceptamos y eso que está bien, pero ahora que estoy en el lado del gobierno a mí me interesa tener menos muertos, entonces yo me siento a cada rato diciendo al forense, ¿no sería un accidente?

Entonces ¿qué se ha hecho? Que hay una instancia independiente dónde está Medicina Legal, dónde está la policía; la policía y la administración ahí coincidimos necesitamos menos muertos, pero Medicina Legal no; la Academia si salva, ellos no tienen absolutamente ningún interés de que tengan menos muertos o más muertos.

Entonces crear esas instancias porque uno como gobernante puede fácilmente o tiene la tendencia inconsciente -pues digámosle un sesgo- que no sea deliberado, que sea el inconsciente de mejorar su circunstancia, entonces tener un ente independiente que ayude.

Moderador: Algunas preguntas, dirigidas al Viceministro básicamente:
¿Cómo va el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública y el plan decenal?

Dr. Fernando Ruíz: Yo creo que se ha venido avanzando de manera relevante y todavía tenemos un diferencial muy grande entre unos laboratorios y otros. Con Colciencias vamos a invertir 10 mil millones que se lograron apalancar este año para laboratorios, algunos en unos temas seleccionados; yo creo que ahí deberíamos avanzar más pero realmente venimos de una época muy compleja.

Realmente dejamos que toda esa estructura de salud pública de investigación y salud pública se perdiera, y eso es un tema muy fuerte no solo por el orden de salud pública sino con el propio Instituto Nacional de Salud.

Yo soy optimista frente al Instituto creo que cada vez se ha ido centrando más en hacer estudios, en hacer investigaciones que apoyan nuestras decisiones pero creo que todavía nos hace falta un camino por recorrer.

Moderador: Alcalde, casos exitosos, algo que pueda compartir con el resto del país, lecciones aprendidas.

Dr. Rodrigo Guerrero: Creo que el caso que mencioné de las acciones de salud pública de Cali, tenemos unos niveles extraordinariamente aptos en cobertura por encima del 95% - 98%, estamos extendiendo inclusive a otros biológicos que no están en el Plan de Desarrollo, y eso ya está incorporado, y esa es la parte exitosa. Está incorporado en el genoma de la Secretaría de Salud, cambia el secretario y eso se sigue haciendo, yo creo que eso ha sido una experiencia muy importante porque ya hace parte de lo que hay que hacer y todos los que vengan lo respetan, entonces yo creo que eso ha sido un caso exitoso.

Otros que estamos haciendo involucran mucho lo que hemos hablado, el tema de violencia. Violencia es un tema complicadísimo de medir, hay que definir, nosotros escogimos homicidio, encontrar como se medían los homicidios, hoy en día tenemos un sistema absolutamente confiable de homicidios hecho una forma. Y tenemos un método que es el método de salud pública planeando intervenciones que nos permiten evaluar y vemos como viene bajando, ese es otro caso de salud pública que yo me siento muy satisfecho y que lo he publicado internacionalmente.

En la tensión entre el Estado prestador y el Estado regulador, -yo me crié en el Estado prestador, adopté con gran emoción la tesis de los economistas que el Estado-, los servicios deberían ser prestados por un ente privado -qué bueno- y ahora estoy viendo que no es tan bueno como pensábamos en ese momento, que haberle metido afán de lucro a una cosa de estas en esas dificultades que tienen los clientes de escoger, quizás no fue una buena decisión y que hay que encontrar la fórmula que sea prestador que es más eficiente a corto pero a largo plazo no, y yo lo veo en el caso de las empresas públicas, el agua tiene que ser un servicio público y no puede ser privado ¿por qué? Porque prima la lógica de que es más fácil venderle agua a la comuna 2, a la comuna 22 que venderle a Agua Blanca, aquí es mucho más rentable.

Entonces si la lógica privada se va allá, se necesita un ente regulador y poderosísimo porque si no es poderosísimo no funciona y es fatal. La energía sin nombrar casos específicos, la privatizaron porque era muy eficiente y resulta que vamos a tener un niño dentro de no sé qué y de golpe no resulta el niño porque ya hemos visto que el ecógrafo que tiene el IDEAM no funciona, a cada rato se equivoca, dice que es niño y es niña, pero bueno, supongamos que va a ser verdad, entonces suben el precio ya, y ya que, porque esa es la lógica privada, aprovechemos y subamos la plata, el servicio público necesita un ente de regulación poderosísimo, si no, es hasta peor.

Moderador: Un gran sablazo para las Superintendencias. Revisamos y miramos hoy en la presentación que existen múltiples dificultades, e inclusive se ha lanzado la propuesta de redefinir o de revisar a fondo la Ley 715. ¿Tiene el Ministerio alguna propuesta de revisar a fondo la Ley 715?, ¿el Alcalde qué piensa? ¿Se debe redefinir, se debe avanzar, simplemente ajustar?, ¿qué debemos hacer con relación a la 715?

Dr. Fernando Ruiz: Yo creo que definitivamente lo que planteó el Ministro es absolutamente claro, hay que avanzar, hay unos temas en que la Ley 715 quedo absolutamente desueta y tenemos que entrar a mirar cómo vamos a competir con otros sectores por esos recursos, particularmente con el sector de educación, yo creo que ahí hay una tensión que hay que necesariamente resolver y es una tarea que nos tocara mucho el año entrante, esa definición de ese tema.

Pero yo creo que esta vez no se debe hacer en vano sino debe ser sobre un planteamiento de una política de descentralización, de una política de atención que tenga una integralidad y no solamente el tema del financiamiento, yo a veces peleo mucho en ese Ministerio y le recuerdo muy frecuentemente a la gente este no es el Ministerio del financiamiento de la salud, esa visión del financiamiento de la salud nos ha llevado muchos años y ha sido dominante al interior del propio Ministerio.

Eso es desde el principio el problema de sostenibilidad ha sido el problema central y siempre hemos estado en el tema de sostenibilidad pero creo que a ese paradigma hay que darle la vuelta y empezar a decir que primero existe el Ministerio de Salud, y luego el financiamiento y las leyes, y que las normas se armen para esa visión de salud y no al revés como ha sido hasta ahora, obviamente con todos los éxitos propios que ha tenido el sistema.

Yo no quisiera dejar pasar la oportunidad de hablar de dos asuntos que me parecen centrales que fueron planteados hoy. Uno es el tema de recursos humanos, yo creo que sí y estando en una universidad tenemos que pensar y hacer una discusión muy profunda sobre cuál es el tipo de perfiles que se requieren a futuro, cómo debemos adaptar esos perfiles, qué competencias requerimos para una visión de la atención que tenga una integralidad que nos plantea la Ley Estatutaria, yo creo que esa discusión siempre queda de últimas y hay que ponerla de frente en la entrada.

Y el otro tema que le viene también al Alcalde es el tema de la investigación en salud pública, yo les confieso que la semana pasada tuve una profunda decepción cuando me toco devolver 4.500 millones de pesos del fondo FIS de COLCIENCIAS de las dos convocatorias que se hicieron este año porque no hubo proyectos con calidad que alcanzaran el umbral y proyectos de investigación en salud pública.

Entonces uno dice, pero ¿qué es lo que está pasando acá? Es decir, tenemos tantos centros de investigación que avanzan e investigan en salud pública o estamos haciendo mal la promoción, pero no es eso porque hubo una cantidad altísima de propuestas presentadas pero la calidad si es muy deficiente. Yo creo que también hay un tema en que tenemos que ahondar para mirar cómo, y especialmente a nivel de las regiones más apartadas del país, esa capacidad de formación e investigación en salud pública y epidemiología y pensar en un sistema que actúe con información e inteligencia.

Dr. Rodrigo Guerrero: Añadiría que el objetivo de las facultades de medicina es que tengamos más salud y mejor, yo estoy pasmado del dato de las 59 facultades, en mi tiempo eran seis y vuelve nuevamente la pregunta, ya que todas terminan haciendo lo mismo.

Entonces hay una responsabilidad en la élite educativa que va buscando -ahí sí pienso yo, que Dios me perdone- que buscan es la rentabilidad, los proyectos más rentables son los de salud y pueden cobrar una cantidad de cosas, los datos de lo que se cobra allí creo que subestiman la realidad. Entonces yo creo que allí hay que repensar quién es el ente regulador, si es salud o es educación.

Y otro cuento, cuando era estudiante, se realizó una huelga famosísima en Bélgica, todos los médicos de Bélgica pararon, los indicadores de salud mejoraron en esos tres meses.

Hay otros factores mucho más importantes que no son necesariamente formar médicos que intervienen en la salud, de modo que para seguir construyendo hay que avanzar.

Moderador: Finalmente, Alcalde la pregunta es directamente para usted ¿en términos de salud pública qué recomendación le haría a la nueva administración de Cali?

Dr. Rodrigo Guerrero: Primero en Cali confunden oportunidad con calidad del servicio. Los indicadores de salud son muy buenos, mucha gente no sabe, tenemos el problema de que lo que no ocurre no se dan cuenta. Anoche vi en la televisión española a media noche tres casos de muerte por tos ferina en España, conmoción nacional, van a inmunizar las madres que habían abandonado las prácticas de inmunización. Entonces aquí eso no ocurre, el día que ocurra un caso de tos ferina tumban al Secretario de Salud y al Alcalde, -no ocurre, no pasa nada- entonces esa prevención hay que en alguna forma hacerla que la gente la perciba y se sienta obligada o que se vuelva una norma cultural a que hagamos esa aprensión, eso hay que hacerlo.

Lo otra que decía yo, la gente confunde oportunidad con calidad y eso me preocupa mucho porque en las encuestas de Cali Cómo Vamos, decía la salud está muy mal, yo decía esto no puede ser por Dios, resulta que es que si me toca esperar tres semanas o irse a las tres de la mañana para pedir una cita, la gente dice la salud es pésima, no importa que después lo atiendan con lo mejor de Cali y que tengamos los mejores especialistas o las cirugías, entonces mejorar la oportunidad de atención es fundamental.

Hemos hecho una inversión cuantiosísima, se han duplicado los médicos, las salas de atención, la atención de urgencias que no es urgencias sino atención las 24 horas, porque urgencias la dice el médico y no la señora que tiene al niño llorando urgente para el médico, no, entonces 24 horas, hacer ese tipo de cosas son las que yo le pediría a la nueva administración que continúe.

Dr. Fernando Ruiz: Yo quiero contar una anécdota de una de las mayores satisfacciones que me ha dado este cargo en el Ministerio, y es que durante el año 2013 nos tocó aguantar una cantidad de presión y cartas que los embajadores especialmente de Estados Unidos y de Suiza por el tema del control de precio en medicamentos; y eso, cartas bastante fuertes diciendo que íbamos a cerrar la innovación y que nuestro sistema se iba al traste y no sé qué cantidad de cosas.

Y hace un mes tuve la inmensa satisfacción de poderle mandar una carta al Embajador de Suiza, comentándole el caso de una turista suiza que estuvo acá, que llegó con sarampión, que le dio sarampión en Colombia, que recorrió todo el país y sacamos el costo casi 200 millones para todo el proceso de evaluación epidemiológica para poder que la gente no fuera contagiada por el sarampión y que su tasa de cobertura en Suiza no llegaba al 72%, mientras en Colombia estamos por encima del 92%. Y eso tiene que ver con eso de que nos azotamos mucho a veces, también con esa visión de lo que hay en Colombia y de lo que no hay.

Dr. Rodrigo Guerrero: Otra cosa, en la regulación de los productos farmacéuticos, aquí nuevamente yo creo que la regulación es fundamental, no hay duda que si no hay esa libertad de buscar e investigar, pero mire, la humana codicia no se escapa de los laboratorios, por eso es necesario el control.

Moderador: Muchas gracias, voy a dar paso a las preguntas de los asistentes, hay algo de asimetría, el Viceministro tiene cinco, el Alcalde tiene una, que realmente son dos preguntas. Para el Alcalde: ¿Qué estrategias se tienen en Cali para controlar la sobre oferta de servicios de manera que se pueda garantizar la calidad en la prestación de los servicios? Y una segunda que es, ¿Cómo garantizar la eficiencia en la red de prestadores sin poner en riesgo la seguridad del paciente?

Dr. Rodrigo Guerrero: Para el Ministro, ¿Cómo controlar la sobre oferta de servicios? Eso es ofreciendo servicios de buena calidad, yo pienso que si hay servicios de buena calidad la gente lo prefiere y tenemos que organizar, y creo que cada vez más y obviamente venderlos, cuando uno tiene un buen servicio tiene la obligación de venderlo porque de los malos servicios generalmente...bueno, cambiar un poco la actitud medica científica de que es la ciencia y aprender de nuestros hermanos que manejan las medicinas no tradicionales que son expertos en manejar la relación personal, yo creo que eso nos hace mucha falta para entender, pero primero es tener buenos servicios de calidad, la gente prefiere los servicios de calidad si tenemos esas garantías.

La red de prestadores sin riesgo de la seguridad del paciente, es que aquí viene el problema del peloteo, supongo que esto tiene que ver con el paseo de la muerte, ese tipo de cosas. Allí nuevamente vuelve la humana codicia y por eso tengo mi tensión con que si las EPS prestadores privados son buenos, porque a un privado no va a interesar atender,- yo me acuerdo unas monjitas hace años que llegaban y veían ahí en urgencias y oían la gente y decían no hay cuarto, váyase para el hospital departamental-, llegaban otros y decían sí como no, ese si no ponía problema de cuarto, ese era el sistema de selección a ver si iban a pagar o no iban a pagar; hoy en día el que no pueda pagar, no tiene la plata váyase y eso crea una situación perversa.

Por eso se debe mejorar la calidad del servicio público,- pero para que no vayan a pensar que yo estoy demasiado público-, yo quiero hacer un reconocimiento a la Clínica Valle del Lili, en lo que ha hecho frente a la atención de todos los estratos. Tuve mi suegra hace unos meses

hospitalizada en cuidados intensivos al lado de todos los que estaban era gente de estrato uno o cero y estaban recibiendo exactamente la misma calidad, ese tipo de atención privada me emociona, las otras no tanto.

Moderador: Viceministro, ¿Qué va a pasar con SALUDCOOP que no tiene dinero para comprar drogas?

Dr. Fernando Ruiz: Yo creo que SALUDCOOP está en un proceso de reestructuración, yo creo que desafortunadamente va a ser un momento duro estos próximos dos o tres meses, porque definitivamente nos metimos tanto con SALUDCOOP como con CAPRECOM y esto involucra prácticamente 10 millones de personas y eso va a implicar evidentemente un problema complejo.

Pero ya estamos trabajando con la Superintendencia y antes de ayer tuvimos una reunión con el Ministro y con la Viceministra de Protección Social para hablar del tema, en este periodo como se plantea la obligación de las EPS que efectivamente cubrimos los pacientes ya hay unas garantías de recursos que el gobierno nacional va a poner, pero hay que obligarlo a que tenemos que atender los pacientes y no seleccionar adversamente, que es lo que está pasando en algún momento.

Moderador: ¿Qué avances se proyectan para disponer de un sistema de información estandarizado participativo para lograr tener fuentes de información real de los servicios de salud prestados por las causas de atención o diagnósticos?

Dr. Fernando Ruiz: Esa es una deficiencia que tenemos en Colombia, los RIPS realmente tienen una calidad regular, ha ido mejorando, pero yo sí creo que si eso no se liga con el pago en salud no vamos a poder tener solución a eso. El gran problema que tuvimos aquí con los RIPS fue que por una presión que se dejó aceptar en ese momento, se desarticularon con el pago y al no haber pago ligado a RIPS simplemente no hay ninguna obligación de responder la información y yo creo que es un tema que hay que abordar desde esa visión, sino no va a haber solución a eso.

Moderador: Esta pregunta evidencia la tensión entre lo público y lo privado ¿hasta dónde va la descentralización y donde comienza la privatización en salud?

Dr. Fernando Ruiz: Yo creo que nosotros tenemos que mirar la privatización como una norma general que vuelvo y repito, para mí es el tema del planteamiento del sistema de salud como norma base. Uno no puede decir privatización aquí sin una norma que diga que es lo que debe guiar ese proceso de privatización, y me parece que es la organización de los servicios alrededor

de las necesidades del paciente lo que nos debe guiar en esas decisiones, que hasta ahora no han sido, porque hasta ahora hay unos incentivos hacia la sobre oferta muy grandes.

El que tengamos como por ejemplo 44% de partos por cesárea del año 2013 frente a 22% hace tan solo 10 años, que eran ciudades como Barranquilla donde el 92% de los niños nacen por cesárea, Cartagena el 76%, Nueva York 36%, es decir, esto, ahí hay un fenómeno que necesariamente hay que abordar con una visión pero tiene que ser el Ministerio que defina un planteamiento de cómo quiere que se organicen las redes de atención.

Yo sí creo que si no planteamos una visión de que tiene que haber redes de tensión reguladas y definidas realmente no vamos a avanzar en ese término; habiendo obviamente casos excepcionales, y yo tengo que hacer un reconocimiento aquí también a la Fundación Valle del Lili que creo que es un reconocimiento que tiene que hacerse a nivel nacional. Cuando nosotros tuvimos la situación de Ébola que se nos venía y que generaba un riesgo muy particular, yo les quiero decir que la única institución privada de tercer nivel que me apareció y dijo yo recibo casos de Ébola y entreno todo el recurso humano y sus servicios a atender fue la Fundación Valle del Lili, yo creo que ahí que en esas decisiones que son tan difíciles y uno ve realmente el valor civil y de salud que tiene esa institución.

En las otras instituciones tocó adaptar, en Bogotá el Hospital de Fontibón, en Medellín la Clínica la Estancia pero realmente a la Fundación Valle del Lili tiene que hacerse ese reconocimiento, y tuvimos casos muy complejos, situaciones muy complejas en las que llegaban pacientes sospechosos y riase el problema para ubicar a esos pacientes; llamábamos a instituciones privadas y decían no, tal vez no.

Yo creo que ahí, por lo menos se debe construir una visión muy particular de que si esto no es un sistema y si no hay una regulación amplia y si tanto EPS como IPS no entendemos que este sistema incluye unas obligaciones de carácter público, no tenemos futuro en ese sentido, porque realmente no podemos pensar que solo el grupo mueva, no solo a las EPS sino a las IPS, y que no haya una organización del sistema como una red que funcione y que responda integralmente las necesidades del paciente.

Dr. Rodrigo Guerrero: Y finalmente sobre el tema de la privatización y el sector público, San Agustín nos enseñó “definid y no discutiréis”, ¿qué es privatizar, privatizar? Privatizar es poner un activo público al servicio de un interés particular. Cuando uno toma el servicio de agua y lo pone para que lo maneje Aguas de Barcelona, eso es privatizar, pero es que privatizar puede ser entregar un interés particular privado, puede ser un interés político, particular, está privatizándolos y puede ser un interés gremial de los trabajadores.

Sin nombrar casos específicos, el Hospital Universitario del Valle esta privatizado porque está en manos de políticos y en manos de intereses de trabajadores que defienden su interés y no el bien público, entonces depende de la definición, para que sea verdaderamente público tiene que no responder a intereses particulares que pueden ser políticos, gremiales o lo que sea, si es así público, bendito sea el público de otra forma peligrosísimo.

Dr. Fernando Ruíz: Yo le hago un comentario adicional que es absolutamente relevante a lo que plantea el Alcalde ¿Qué sentido tiene tener hospitales públicos los cuales son los cascarones públicos, y el servicio de urgencias, que obviamente, urgencias nadie lo quiere; urgencias y el cascaron, de resto todos son explotaciones de naturaleza privada?

¿Qué diferencia tiene eso con un hospital privado? ¿Cuál es la diferencia de ese modelo con un hospital? yo no la veo, es decir, me parece incluso más complejo ese modelo de hospital de esa naturaleza porque es un modelo de hospital el cual ni siquiera hay una responsabilidad corporativa alrededor de la salud como es una entidad que se dice yo soy privada y soy integralmente privada.

Aquí lo que tenemos son intereses que compiten al interior de la institución todo tipo de intereses que golpean finalmente y que cuando se van a reclamar al Estado se visten de un vestido público, ese es un fenómeno que yo creo que tenemos que mirar por que finalmente desde el punto de vista por lo menos de comunicaciones hay una cantidad de paradigmas que la gente asume. La opinión pública asume que son; realmente desnudarlos a su verdadera realidad, incluso también los intereses sindicales y hay que decirlo así, intereses que no corresponden y no responden realmente a una visión de salud sino a intereses sindicales y privados evidentemente.

Moderador: ¿Qué impacto se prevé por el Ministerio de las negociaciones y acuerdo de paz y el posconflicto en la descentralización en salud?

Dr. Fernando Ruíz: Hay varios temas que nos plantean allí, yo creo que el más importante que tiene que ver con la descentralización es el acuerdo de un modelo de salud rural. En la negociación de La Habana se planteó obviamente no desde el gobierno sino desde la contraparte. Se planteó la visión de que había que cambiar el sistema de salud, el gobierno dijo este no es un negociable de ninguna manera y para la configuración del sistema de salud es un negociable, entonces se llegaron a cuatro acuerdos, el más importante para mí es la definición de un modelo de salud rural que ya está incluido incluso en nuestra visión de modelo y política integral de atención.

Presentadora: Muchas gracias a todos los asistentes a este foro.

SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

así vamos en salud

Así vamos en salud

