

CONTENIDO

Análisis

- 4 **Políticas y programas de prevención y promoción: diversidad en estrategias y sistemas de salud**
María Luisa Escobar, Global Health Fellow, The Brookings Institution
- 10 **Tendencias en los perfiles epidemiológicos de la población**
María Patricia Arbeláez Montoya, Facultad Nacional de Salud Pública
- 30 **El Sistema de Seguridad Social en Salud: logros y desafíos**
Jairo Humberto Restrepo Zea, Grupo de Economía de la Salud, Universidad de Antioquia
- 40 **Atmósfera y Salud en Medellín**
Elkin Martínez López, Facultad Nacional de Salud Pública
- 52 **Los y las jóvenes, actores clave para el desarrollo del país**
Diego Palacios Jaramillo, Representante de UNFPA en Colombia

Política Pública

- 14 **La salud desde el Ministerio de la Protección Social**
Carlos Ignacio Cuervo Valencia, Viceministro de Salud y Bienestar

Opinión

- 22 **Avances y retos en materia de acceso y atención primaria en salud**
Augusto Galán Sarmiento, ex Ministro de Salud y ex Embajador en la UNESCO
- 26 **Modelos de atención: de la fragmentación a la coordinación**
Ramón Abel Castaño, Facultad de Economía, Universidad del Rosario
- 48 **La accidentalidad en moto: un problema de salud pública para jóvenes**
Carlos Mario Ramírez Ramírez, Subdirección de Salud COMFAMA

Visión multilateral

- 35 **La OPS/OMS en Colombia y Antioquia: Sistemas de Salud hacia la integración de estrategias en un modelo de desarrollo territorial**
PP Balladelli, G. Alfaro, M. Korc, R. Sempertegui, H. Rodríguez, A. Uicari.

Reseña

- 56 **El impacto del crecimiento urbano en la salud**
María Clara Echavarría Restrepo, Unidad de Cooperación Nacional e Internacional COMFAMA
- 70 **Tendencias en salud de la población colombiana**
Subdirección de Salud COMFAMA

Síntesis

- 60 **El Sector Salud en Colombia: resultados, retos y regulación**
Sergio Andrés Tobón Ospina, Coordinador Centro de Pensamiento Social

Innovación

- 64 **Zonas Francas en salud, oportunidades para un negocio que se expande**
Subdirección de Desarrollo Estratégico COMFAMA
- 68 **Las TIC como pilar de modernización del sector salud**
Investigación realizada por Telefónica S.A.

La Revista Observar es una publicación de la
Caja de Compensación Familiar de Antioquia,
COMFAMA

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente

Carlos Posada Uribe

Primer Vicepresidente

Mario de J. Valderrama

Principales

Luis Carlos Villegas Echeverri
Juan David Vieira Fernández
José Vicente Cálad Gaviria
Jorge Ignacio Acevedo Zuluaga
Rubén Darío Gómez Hurtado
Guillermo Romero Agudelo
Juan Carlos Ospina González
Gerardo de Jesús Sánchez Zapata

Suplentes

Samuel Rodríguez Díaz
Juan Carlos Beltrán Cardona
Juan Rafael Arango Pava
Luis Carlos Pérez Morales
Jaime Albeiro Martínez Mora
Óscar Iván Díaz Torres
Luis Germán Restrepo Maldonado
Luis Fernando Cadauid Mesa

Directora

María Inés Restrepo de Arango

Edición

Luis Felipe Arango Gómez
Unidad de Cooperación Nacional e Internacional

Producción

Sandra Ospina D'Alleman
Unidad de Comunicaciones

Diseño y diagramación

Proyecto Kamaleón
infok@proyectokamaleon.com

Fotografía

Unidad de Comunicaciones
Raúl Tobón

Escriba sus opiniones y comentarios a
gerenciasocial@comfama.com.co

Las opiniones en esta publicación son
responsabilidad de los autores. Su contenido no
compromete a COMFAMA.

ISSN - 1692 - 4959 Septiembre de 2008.
1.500 ejemplares

Prevención,

para la salud de todos

El sistema de salud en Colombia ha logrado, sin duda, fundamentales avances pero también enfrenta aún complejos desafíos. El reto de la sostenibilidad financiera, el fortalecimiento de los programas de promoción y prevención y el acceso universal a los sistemas de salud es un dilema mundial que concierne por igual a países desarrollados y a economías emergentes.

Como se desprende de algunos de los análisis que incluimos en este número de la revista Observar, es evidente que a las instituciones involucradas en el sistema y a la población beneficiaria, nos corresponde por igual dar un salto cualitativo en la manera como concebimos el tema de la salud individual y comunitaria. Más del 80% de los recursos del sistema se invierten en la atención de enfermos y menos de un 10% se invierte en la población sana, con programas orientados por ejemplo a sembrar y consolidar una cultura de hábitos saludables para evitar enfermedades, en muchos casos prevenibles mediante estilos de vida adecuados en alimentación y actividad física.

En este número de Observar dedicado a la salud, queremos darle una especial relevancia al factor preventivo y promocional de la misma. Un modelo de salud basado esencialmente en la atención de los enfermos tiene un alto riesgo que lo puede llevar a ser insostenible, en la medida en que cada día son mayores los costos, cada vez mayor el envejecimiento de la población y cada vez más alto el costo de las tecnologías para atender enfermedades, especialmente las catastróficas. La atención de enfermos de alto costo consume cerca del 20% de los recursos y su participación viene creciendo cada año.

Colombia está experimentando una transición epidemiológica. Aún se encuentran entre las causas de muerte y enfermedad patologías asociadas con la mala calidad del agua y del aire, complicaciones del embarazo, enfermedades transmitidas y desnutrición. Afortunadamente presentamos una tendencia decreciente en el tema de la violencia. Como lo vemos en un estudio de la Universidad de Antioquia aquí analizado, la contaminación del aire es un fenómeno sobre el que debemos prender las alertas por su impacto sobre la morbilidad infantil. En la actual transición, ocupan especial relevancia enfermedades asociadas al envejecimiento, tales como enfermedades renales, cardiovasculares y osteo-musculares. Los accidentes de tránsito están produciendo un mayor impacto, especialmente por la alta accidentalidad de motociclistas en ciudades como Medellín.

Es en este nuevo contexto que COMFAMA impulsa de manera decidida la salud con una visión holística del ser humano, para que el sistema de atención sirva a los usuarios en su integralidad, dándole mayor relevancia a estrategias para promocionar una nutrición adecuada, un uso del tiempo libre enriquecedor para la mente y el cuerpo y un control oportuno de los pacientes crónicos. De esa manera lograremos disminuir los altos costos y contribuir a la viabilidad del sistema de salud colombiano.

El sedentarismo, los hábitos de alimentación no saludables y la falta de seguimiento a pacientes crónicos son factores que están afectando de manera ostensible la capacidad del sistema en el mediano y largo plazo. En la medida en que logremos invertir paulatinamente la ecuación de la asistencia hacia la prevención y la promoción, estaremos dando pasos sólidos para garantizar la sostenibilidad financiera y lograr que recursos escasos se destinen de manera efectiva y eficaz a aquellos pacientes que más lo necesitan.

En este número de la revista Observar los lectores encontrarán valiosos e interesantes análisis de expertos investigadores, de quienes han detentado las más altas responsabilidades al frente del sector, de importantes centros de pensamiento como el Brookings Institute y la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, y de actores mundiales estratégicos como la Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas.

Seguimos así avanzando en el compromiso de enriquecer el debate sobre aquellos temas cruciales para mejorar las condiciones de desarrollo humano y social de nuestra sociedad. Esperamos que estas páginas sean una contribución más a ese compromiso.

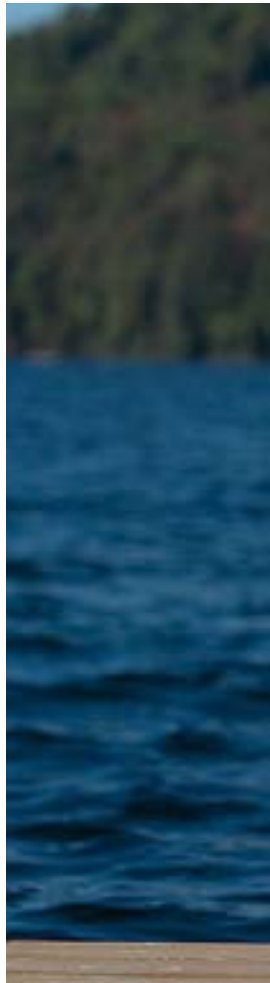
María Inés Restrepo de Arango
Directora

“Políticas y Programas de Prevención y Promoción: diversidad en estrategias y sistemas de salud”

María Luisa Escobar, Ph.D.
 Global Health Fellow
 The Brookings Institution
 Washington D.C.

Los sistemas de salud del mundo han orientado la evolución de su organización y gerencia de manera paralela a los avances en la ciencia, la medicina y la tecnología pero aún no de manera congruente con los desafíos asociados al desarrollo socioeconómico de la población a servir. A medida que la ciencia avanza, las condiciones de vida mejoran y el crecimiento económico introduce nuevos retos y estilos de vida, las necesidades de salud cambian y exigen una transformación de los sistemas de salud y de la manera como éstos operan. Cuando hace unas pocas décadas las enfermedades transmisibles explicaban de manera importante la carga de la enfermedad, hoy en día las condiciones crónicas, los accidentes y violencia explican en gran parte la carga de enfermedad en países como Colombia, Brasil, Argentina, Chile y los países de la Organización para Cooperación Económica y el Desarrollo, OCED. Se proyecta que para el año 2020, las enfermedades crónicas no solo serán la primera causa de discapacidad en el mundo pero se convertirán en los problemas de salud más costosos para los sistemas de salud. Por ejemplo, un paciente con diabetes u otro con enfermedad renal crónica generan gastos para un sistema de salud que puede ser tres veces el de un paciente que no padece de estas enfermedades.

Dice la Organización Mundial de la Salud que los sistemas de salud del mundo se han preparado para responder a los problemas de salud desde una perspectiva curativa y se quedan muy cortos en su habilidad para responder a las necesidades de la prevención y manejo de enfermedades crónicas¹. Los sistemas de salud siguen un modelo de entrega de servicios que responde a la provisión organizada de servicios curativos y aunque dicha estrategia ha sido exitosa para enfrentar los problemas agudos de salud y un sinnúmero de episodios de enfermedad, la misma no solo ha fallado pero es inapropiada para la prevención de la enfermedad y la promoción de estilos de vida saludables. Esta es una situación que viven tanto los países desarrollados como aquellos de menor desarrollo. En promedio, los países de la OCED solamente gastan en prevención y promoción P&P, el 3% de su gasto público total en salud. Austria, Francia y Suiza gastan solamente 1.5, 2.5 y 2.2 por ciento respectivamente².



Pocos son los ejemplos de experiencias exitosas que han transformado la organización y manejo de los servicios de salud enfrentando el gran desafío del siglo XXI. Antes de entrar a examinar algunos ejemplos es importante recordar los conceptos de P&P. Mientras la prevención se refiere a actividades y estrategias para alejar o disminuir el volumen e intensidad de factores de riesgo, la promoción puede entenderse como toda aquella actividad y estrategia necesaria para lograrlo. Consecuentemente, el fundamento central para el ejercicio de la P&P es el individuo y su entorno mientras que los sistemas de salud están fundamentados sobre la organización institucional de diversos actores -prestadores de servicios, autoridades gubernamentales, aseguradores, representantes locales y la industria-.

Atender el nuevo paradigma requiere una adaptación de los sistemas de salud utilizando su potencial como oportunidad para acercarse al individuo y su comportamiento. Hay diversidad de estrategias: algunas nacen en el sector privado y se basan en el cuidado integral, cambiando el modelo de prestación de servicios y enfatizando el trabajo con el individuo y la comunidad. Este es el caso de Kaiser Permanente KP en los Estados Unidos. Otras, se desarrollan desde el gobierno al adoptar programas de prevención y manejo de enfermedades no transmisibles como el reciente caso de la India y el de Pakistán enfatizando la mezcla pública/privada. Otras nacen de los gobiernos locales y más adelante se expanden geográficamente y se basan en la integración de la P&P a la atención primaria. Este es el caso de Brasil que se discutirá mas adelante.





Kaiser Permanente con casi 9 millones de afiliados en Estados Unidos, es quizá de los únicos planes de salud que han desarrollado un modelo exitoso basado en promoción y prevención.

Kaiser Permanente con casi 9 millones de afiliados en Estados Unidos, es quizá de los únicos planes de salud que han desarrollado un modelo exitoso basado en P&P. Esta aseguradora introdujo un modelo integral para la entrega de servicios con estrategias para lograr alejar, y/o disminuir factores de riesgo asociados con las enfermedades que se presentan en sus afiliados. El modelo Kaiser interviene en varios frentes: desde la selección, entrenamiento, evaluación, y remuneración de su personal, el manejo integrado de los servicios de salud y del presupuesto, hasta la adhesión del paciente y su comunidad al modelo de prestación de servicios y el desarrollo de líneas de investigación aplicada para evaluar sus estrategias. El personal de salud son empleados de KP trabajando en equipos multidisciplinarios cuyo enfoque debe estar basado en el bienestar del paciente a través de P&P. El personal es entrenado de manera particular en la detección y manejo de algunas condiciones de salud, con el fin de que la interacción médico - paciente sea siempre utilizada como una oportunidad para el sistema de salud de detectar riesgos, informar a su población sobre los problemas de salud y cómo manejarlos. Los sistemas de información han sido desarrollados para que cualquier personal médico pueda acceder a la historia clínica de un paciente y para que este último pueda desde su casa leer en su historia clínica la evolución de una condición de salud, las alergias que tiene, los resultados de laboratorio, cuando fue la última vez que se hizo un chequeo, etc. Dicho sistema de información no solo permite a Kaiser mantener este modelo de prestación de servicios, evaluar sus resultados, ajustarlo y también identificar los grupos poblacionales que están expuestos a determinados riesgos. Esta base permitió a Kaiser



desarrollar estrategias particulares dirigidas a grupos poblacionales en riesgo y con gran éxito. Programas como los de prevención de la violencia intrafamiliar en poblados en California son ejemplos de dicha estrategia. Otros programas de KP trabajan directamente con la comunidad y con los pacientes con estrategias para promover la nutrición adecuada entregando manuales para los afiliados, juegos para niños, seminarios, afiches y grupos de trabajo a nivel local.

El modelo tiene un énfasis en prevención, educación de los pacientes para el auto manejo y los pacientes reciben servicios de diversas disciplinas de acuerdo a sus necesidades. Los afiliados en condiciones de riesgo son registrados en los programas de manejo de condiciones crónicas, los cuales además de identificar en la comunidad a aquellos que no han consultado servicios de atención primaria, enseñan estrategias de auto manejo. La estrategia ha dado resultado; KP reporta mejoramiento importante en sus indicadores de monitoreo de enfermedad coronaria, asma y diabetes. El modelo KP ha sido tan exitoso que hasta llegado a generar debate en el sistema nacional de salud Inglés, el NHS^{3 4}. Asimismo, las autoridades gubernamentales Americanas han adoptado algunos de los modelos de KP; por ejemplo aquellos para promover la buena nutrición y prevenir la obesidad en niños y adolescentes han sido introducidos en los colegios. Las alianzas estratégicas son parte la estrategia KP. Su trabajo se desarrolla con el sector privado, el gobierno federal, fundaciones, asociaciones de pacientes y las autoridades locales.

Países de menor ingreso también pueden introducir nuevas estrategias para la transformación de sus sistemas hacia la P&P. El estado de Ceará en el noreste de Brasil, una región de ingresos y nivel educativo limitados, introdujo el modelo de los agentes de salud en los años ochenta. La estrategia se basó en equipos interdisciplinarios de trabajadores auxiliares de la salud dirigidos por una enfermera calificada y residentes en la comunidad. Estos hacían visitas domiciliarias a las familias para proveer servicios de salud básicos y no incluían médicos. La estrategia permitió con un bajo costo mejorar la salud infantil, la cobertura de vacunación, el cuidado prenatal y la detección de cáncer cérvico uterino. Más adelante en la década de los noventa, el programa se unió con la estrategia del “Programa de Salud Familiar” que incluye médicos y enfermeras en sus equipos de trabajadores de la salud. Aprovechando las oportunidades y desafíos que acompañan

a la descentralización⁵, la estrategia involucra a las autoridades locales y provee incentivos para apoyarles desde el nivel federal. El Ministerio de Salud da incentivos a los municipios para que éstos se adhieran al programa al proveer financiamiento a sus equipos de salud familiar y permite a los municipios adaptar la estrategia a sus necesidades. A través de este programa, se ha logrado integrar a mayor escala un enfoque de P&P en el “Sistema Único de Salud –SUS” del Brasil⁶.

La enfermedad cardiovascular, el cáncer y la diabetes se están convirtiendo en problemas mayores de salud pública en la India. El gobierno reconoce que el país atraviesa una transformación no sólo demográfica pero epidemiológica; la obesidad y los estilos sedentarios de vida se incrementan y el tabaquismo es un problema importante en el país. La Comisión de Planeación desarrolló una estrategia en el 2002 diseñando un programa enfocado a la prevención y control de las enfermedades crónicas atacando varios frentes: 1) educación en salud para la prevención de la enfermedad en colegios y comunidades, al igual que el desarrollo de currículum para entrenamiento médico; 2) desarrollo de infraestructura y de sistemas de referencia para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad cardiovascular; 3) incentivar la producción nacional de medicinas a precios razonables; y, 4) apoyar la investigación de intervenciones multisectoriales dirigidas a grupos poblacionales para disminuir factores de riesgo. La estrategia es bastante completa más sin embargo, el sistema de salud en la India es fuertemente fragmentado. La mayoría de las personas utilizan el sector privado y pagan de su bolsillo mientras la capacidad estatal de modificar el modelo de entrega de servicios requiere pensar en desarrollar estrategias efectivas de participación público/privada.

Muchos países tienen entre sus mandatos del sector salud la promoción y prevención pero pocos han podido materializar una estrategia innovadora y coherente con su sistema de salud.



Por su parte en Pakistán el Plan Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles⁷ tiene un fuerte componente de participación público/privada e incentiva este tipo de colaboración mixta de manera que no sea el gobierno federal el único responsable de llevar este tipo de programas a las comunidades. El plan permite a diversas agencias participar de la estrategia de acuerdo a sus respectivas misiones, mandatos, intereses y recursos⁸.

Cualquiera que sea la estrategia elegida para incorporar la P&P, es imperativo que ésta sea desarrollada aprovechando las oportunidades que brinde la organización y estructura del sistema de salud en cuestión y teniendo en cuenta los desafíos que la misma impone. Muchos países tienen entre sus mandatos del sector salud la P&P pero pocos han podido materializar una estrategia innovadora y coherente con su sistema de salud. Muchas de las estrategias en países en desarrollo provienen de legislación general a nivel nacional o local⁹, pero muchos de estos sistemas son segmentados con una gran participación del sector privado totalmente desarticulado del sistema gubernamental y con niveles muy bajos o inexistentes de regulación y control sobre la entrega de servicios de salud. Dichas estrategias muchas veces se quedan en el papel y no introducen cambios reales que beneficien la P&P. Hay ámbitos que pueden ser modificados por la acción estatal y otros que están fuera del dominio gubernamental; sin embargo, éstos últimos son necesarios para cambiar el paradigma de los sistemas de salud e integrar de manera satisfactoria la P&P en los sistemas de salud. Todos los actores de un sistema, incluyendo las autoridades nacionales y locales, los proveedores de insumos médicos, de alimentos, material para la industria, formadores de recurso humano, prestadores de servicios de salud, aseguradores, líderes comunitarios y el individuo mismo tienen un papel que jugar en la dinámica de los sistemas de salud del futuro al integrar la P&P a los modelos actuales. La participación público/privada es un ingrediente necesario para el éxito de la estrategia.

¹Organización Mundial de la Salud. Fact Sheets. Ver www.who.org

²OECD Health Data, 2005. Health at a Glance. Ver www.OECD.org

³Feachem, G.A., N.K. Sekhri y K.L. White. "Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente". British Medical Journal, Vol 324, 2002.

⁴Light, Donald y M. Dixon. "Making the NHS more like Kaiser Permanente". British Medical Journal, Vol 328, Marzo 2004.

⁵Collins, C. Et. Al. "Decentralizing the health sector: issues in Brazil". Health Policy, Vol 52, 2000.

⁶Svitone, E.C. et. al. "Primary health care lessons for the northeast of Brazil: the Agentes de Saude Program". Pan American Journal of Public Health, Vol 5, número 5; 2000.

⁷"National Action Plan for non communicable diseases prevention, control and health promotion in Pakistan". Planning Commission, Government of Pakistan. F.NO.25-21/2003. Ver www.Heartfile.org

⁸Nishtar, Sania. "Prevention of non-communicable disease in Pakistan: and integrated partnership-based model". Health Research Policy and Systems. Vol 2, Número 7, 2004.

⁹Atkinson, Sarah, et. al. "Implementation of promotion and prevention activities in decentralized health systems: comparative case studies from Chile and Brazil". Health Promotion International, Vol 20, número 2, Marzo 2005.

Tendencia en los perfiles epidemiológicos de la población

María Patricia Arbeláez Montoya
MD, Magíster en Salud Pública, PhD en Epidemiología
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Ha sido preocupación de la epidemiología entender por qué se enferman, por qué mueren o por qué permanecen saludables las personas en una población. Con base en ese conocimiento se pueden reorientar las actividades para promover la salud y prevenir la enfermedad. Así como el médico establece un diagnóstico de acuerdo con la situación de un paciente para orientar el tratamiento, en Epidemiología nos preocupamos por entender el diagnóstico de la situación de salud de la población para contribuir a mejorar esas condiciones.

Tradicionalmente, el diagnóstico de la situación de salud de una población se ha limitado a describir las principales causas de enfermedad y muerte, que nosotros técnicamente denominamos como morbilidad y mortalidad. A esa descripción también se le ha llamado perfil epidemiológico. En la actualidad estamos procurando avanzar en epidemiología para que el análisis de la situación de salud cubra conceptos que no se limiten sólo a los daños de la salud (enfermedad y muerte), sino que incluyan aspectos positivos como la calidad de vida.

En Canadá, han tenido una amplia trayectoria en desarrollar diagnósticos de salud de la población incluyendo también la auto percepción de la salud que tienen las personas como indicadores de salud subjetiva y como condiciones de salud objetiva un grupo de indicadores que se enmarcan en cuatro componentes: las condiciones biológicas (herencia, constitución física, nivel de nutrición), las condiciones ambientales (organización social, educación, empleo, situación económica, condiciones de vivienda, saneamiento básico, calidad del aire), los estilos de vida (alimentación, recreación, participación, actitudes) y las condiciones de los servicios de salud (aseguramiento, acceso a la atención en salud, calidad de la atención en salud). Estos componentes parten de la propuesta que desde la década de los años ochenta el Dr. Henrik Blum como "paradigmas del bienestar y el campo de las fuerzas de la salud" componentes indispensables para realizar diagnósticos más integrales y que orienten mejor la toma de decisiones para el sector.

Para centrarme en el objetivo de este artículo sobre la tendencia de los perfiles





de salud de la población, quiero referirme al concepto de “transición” que indica el paso de un estado a otro, en epidemiología hacemos referencia a dos tipos de transición: la transición demográfica y la transición epidemiológica.

La transición demográfica es el paso que tiene una población de altas tasas de mortalidad, de fertilidad, y una esperanza de vida corta a bajas tasas de mortalidad, de fertilidad, mayor esperanza de vida y envejecimiento de la población.

El concepto de transición epidemiológica lo ha desarrollado Omran,AR., un autor norteamericano desde principio de la década de los años setenta lo propuso como una teoría de la epidemiología para entender los cambios en las causas de enfermedad y muerte de una población.

Los cambios se refieren tanto al análisis de quienes se mueren en una población, como a las causas por las cuales se mueren esas personas. La transición epidemiológica se expresa al pasar de altas tasas de mortalidad sobre todo de las madres y los niños a bajas tasas. Por ejemplo, podemos recordar en nuestros ancestros muerte de alguna bisabuela durante el parto, situación no tan frecuente ahora. También se expresa en los cambios que se producen en las causas de muerte pasando de una preponderancia de las enfermedades infecciosas, parasitarias y desnutrición a enfermedades crónicas, por ejemplo: la diabetes, los problemas respiratorios o cardiovasculares, las enfermedades mentales, la dependencia a sustancias y las muertes por causas externas como la violencia y la accidentalidad de tránsito.

Este mismo autor proponía en su teoría que la humanidad iba a pasar por cinco estadios de la transición epidemiológica:

Estadio 1: hambre y pestilencia

Estadio 2: grandes epidemias

Estadio 3: enfermedades degenerativas y producidas por el hombre

Estadio 4: aparición de nuevas enfermedades emergentes y re-emergencia de enfermedades desaparecidas

Estadio 5: época de gran longevidad con la aparición de enfermedades enigmáticas

Si analizamos estos estadios encontramos que en los países más desarrollados

se presentan los estadios avanzados, mientras en países como el nuestro estamos en estadios intermedios. Por ejemplo las primeras causas de mortalidad en Medellín durante los últimos cinco años han sido las agresiones, las enfermedades del corazón, las enfermedades crónicas del aparato respiratorio, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes (Indicadores básicos de la situación de Salud de Medellín, 2004), correspondientes al estadio 3.

Sin embargo, muchas de nuestras poblaciones pobres viven en los estadios iniciales donde el hambre y las epidemias los afectan y al mismo tiempo hay grupos de personas en Colombia que tienen los perfiles de salud de países avanzados, donde las enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer, las adicciones, la violencia, entre otras, predominan. Esta simultaneidad de perfiles se ha denominado como “polarización epidemiológica” que hace referencia a que en un mismo país pueden persistir de manera simultánea diferentes perfiles.

Esta situación que nos afecta específicamente porque está ligada a la desigualdad en las condiciones de vida de la población, donde la definición de las políticas de salud se hace más compleja, porque no se pueden desatender las causas infecciosas prevenibles como el dengue, la tuberculosis, la mortalidad infantil y materna, la nutrición, el acceso a los servicios de educación y salud; sin dejar de lado la intervención de problemáticas como la violencia, la accidentalidad, las condiciones ambientales, la calidad del aire, entre otras.

En el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la situación de salud en el mundo en el 2007 “Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública Mundial en el siglo XXI” plantea cómo la humanidad ha introducido profundos cambios en su relación con el planeta, donde el crecimiento demográfico, la incursión en zonas antes deshabitadas, la rápida urbanización, las prácticas agrícolas intensivas, el deterioro del ambiente, el mal uso de las sustancias químicas, han alterado el equilibrio del ecosistema con graves consecuencias para la salud. Este informe también señala otras características importantes a considerar como la gran movilidad mundial, la interdependencia económica y la interconexión electrónica, que no sólo determinan una rápida diseminación de cualquier enfermedad, sino también la rapidez en el conocimiento de la situación y la necesidad de un trabajo de colaboración internacional para intervenirlo. Por ello la OMS fija su prioridad en la seguridad sanitaria mundial ante las graves consecuencias en salud de la pobreza, las guerras, los conflictos, el cambio climático y los desastres naturales o de origen humano y ofrece como herramienta legislativa para favorecer las condiciones de seguridad necesarias el Reglamento Sanitario Internacional.



El último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la situación de salud en el mundo en el 2007 “Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública Mundial en el siglo XXI” plantea cómo la humanidad ha introducido profundos cambios en su relación con el planeta, donde el crecimiento demográfico, el deterioro del ambiente, el mal uso de las sustancias químicas, entre otros factores, han alterado el equilibrio del ecosistema con graves consecuencias para la salud.



Al pasar de un contexto mundial al de nuestra ciudad, el informe de “Medellín cómo vamos” presenta el análisis de la evolución de la calidad de vida en la ciudad entre el 2004 y el 2007 en varios aspectos entre ellos el de salud, señala logros en el aumento de la cobertura en el aseguramiento en salud y la disminución en la muerte por homicidios, pero a su vez se señala con preocupación un aumento de la mortalidad debida a las enfermedades respiratorias y diarreas en los niños menores de cinco años, el número de embarazos adolescentes, la accidentalidad vial y la contaminación del aire y auditiva.

Como conclusión, la tendencia en el perfil epidemiológico de nuestra población presenta una coexistencia de perfiles donde la mortalidad materna infantil y la presencia de enfermedades por causas infecciosas como la tuberculosis, el dengue, las enfermedades respiratorias y diarreas deben ser atendidas, al igual que los problemas derivados del deterioro del ambiente y de las condiciones sociales y económicas de la población.

Los antecedentes antes citados imponen un reto a la epidemiología para seguir contribuyendo al mejor entendimiento de la situación de salud de la población, sobre todo de la población mas vulnerable donde persisten las causas de enfermedad y muerte ligadas a la pobreza y de otra parte atender los grandes retos que el contexto social y económico imponen para lograr unas mejores condiciones de salud pública.



La salud

Desde el Ministerio de la Protección Social

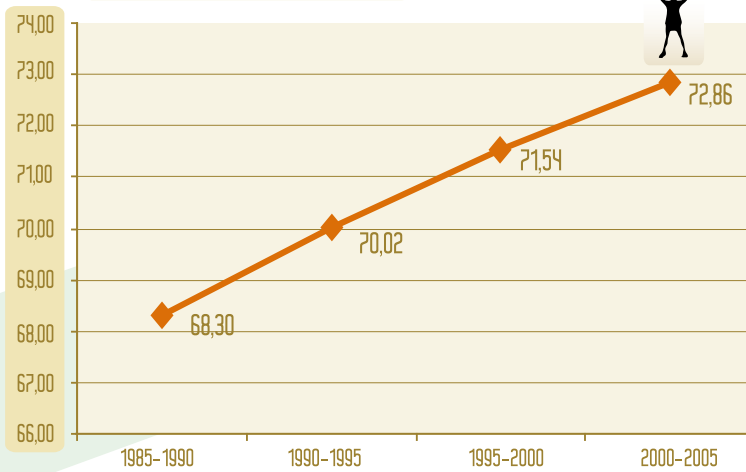
Carlos Ignacio Cuervo Valencia
 Viceministro de Salud y Bienestar
 República de Colombia

Es conocido que “la salud y el bienestar de las personas en todo el mundo dependen de manera crítica del desempeño de los sistemas que las atienden”.

En la última década en Colombia, la situación de salud ha venido mejorando de manera continua, producto de los avances en educación, medio ambiente y tecnología, así como con una mayor oferta de servicios de atención de salud y de programas de salud pública. Para mejorar los índices de eficiencia y sostenibilidad, debemos adelantar acciones que mejoren el ingreso de la población colombiana, el medio ambiente y disminuyan el conflicto armado; además, debemos educar a la población para que sus estilos de vida no perjudiquen su salud.

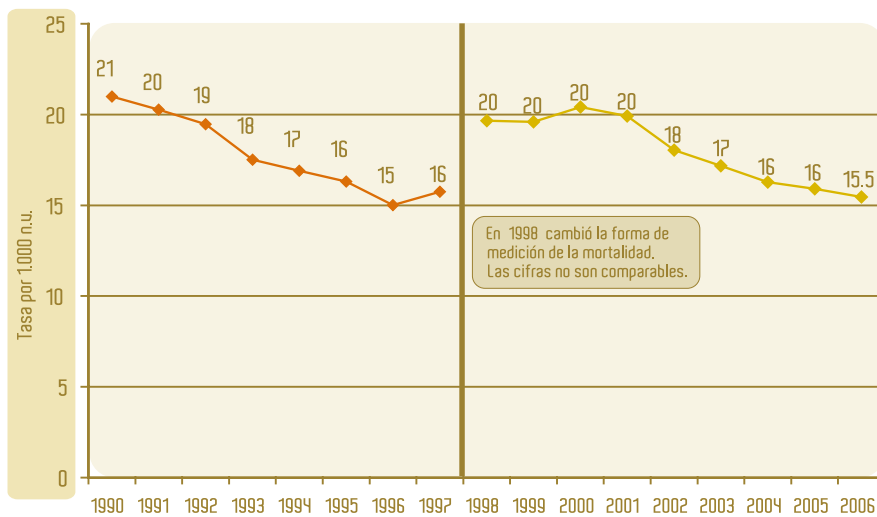
Las políticas para mejorar la eficiencia del Sistema han dado resultados positivos, se observa un descenso en la tasa de fecundidad, la esperanza de vida al nacer en 2005 llegó a los 72,86 años. La tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año, pasó de 20.0 en el año 1998, a 15.5 en el año 2006, hemos reducido la desnutrición global en menores de 5 años pasando de un 10.7 en 1990 a 7.0 en el 2005. Hemos erradicado la poliomielitis y estamos en proceso de eliminación del sarampión, de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita, sin embargo la intensidad de estos cambios no ha sido homogénea en el país.

Esperanza de vida al nacer



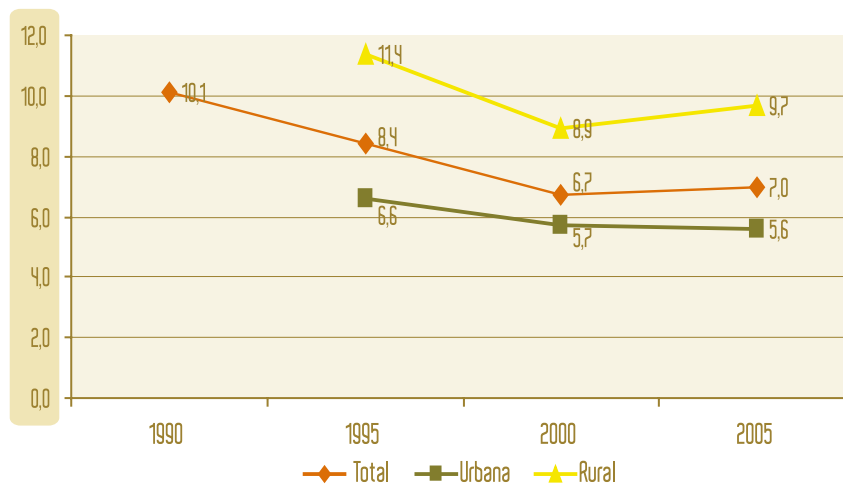
Fuentes: MPS/ Indicadores Básicos de Salud, Estimaciones Registros DANE

Tasa de mortalidad infantil (< 1 año) x 1.000 nacidos vivos, Colombia 1990 - 2006



Fuentes: Ministerio de la Protección Social (MPS) / Indicadores Básicos de Salud, Estimaciones Registros DANE
Bases datos Naciones Unidas/Banco Mundial

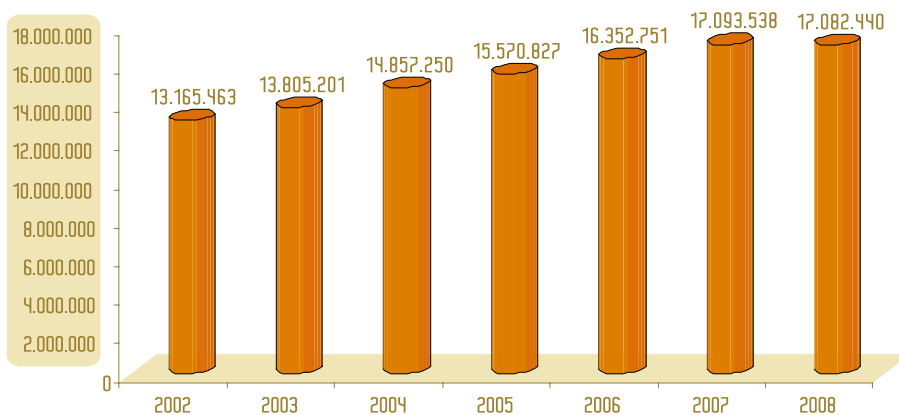
Desnutrición global en menores de 5 años 1990 - 2005



Fuentes: MPS/ Indicadores Básicos de Salud, Estimaciones Registros DANE
Bases datos Naciones Unidas/Banco Mundial

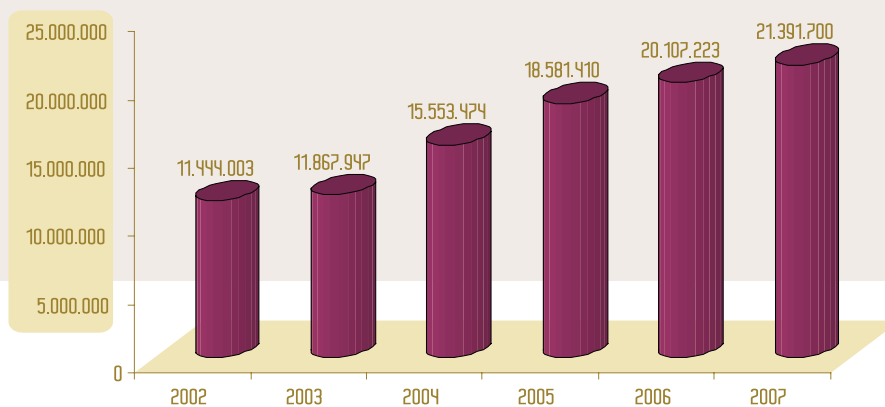
Hoy la extensión de la cobertura en salud es notable. Desde 1993 a la fecha, el sistema pasó de cubrir el 20%, a una cobertura cercana al 80% de la población. El régimen contributivo creció más del doble y a su vez, el subsidiado, llegó a 21.6 millones de colombianos de los sectores más desfavorecidos. En la última década se ha registrado un importante aumento del gasto público en salud, han crecido las contribuciones de los afiliados, y se ha mejorado la focalización de los subsidios, no obstante persisten desigualdades en el aseguramiento por ingreso, acceso y resultados de salud.

Afiliados al Régimen Contributivo 2002 - 2008



Fuente: MPS Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones. Datos a Marzo de 2008

Afiliados al Régimen Subsidiado 2002 - 2007

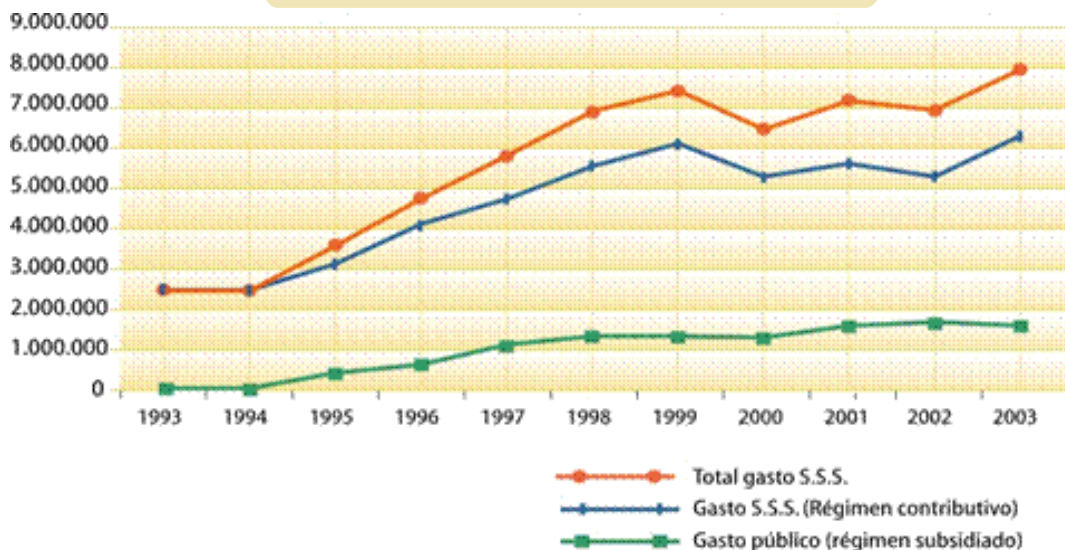


Fuente: MPS. Dirección General de Gestión a la Demanda en Salud (Corte a 31 -12- 2007)



El gasto público en salud se multiplicó por seis entre 1992 y 1997, mientras que el gasto de las contribuciones de trabajadores y empleadores a la seguridad social en salud creció un 50%. De este comportamiento, generado por la Constitución de 1991 y reforzado con la Ley 100 de 1993, no hay precedentes en la historia de Colombia, como tampoco se registran situaciones similares en otros países.

Gasto Total Seguridad Social en Salud
Régimen Contributivo + Régimen Subsidiado(RC+RS)
(millones de pesos constantes de 2000)

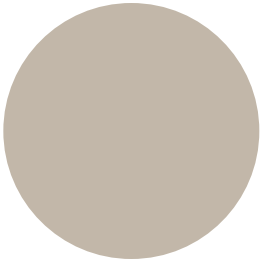


Fuente: MPS. PARS. Cuentas de Salud de Colombia 1993 - 2003. Gilberto Uarón

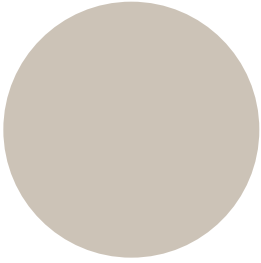
Gasto total en Salud con y sin gasto directo (o de bolsillo) 1993 - 2003
(millones de pesos constantes de 2000)



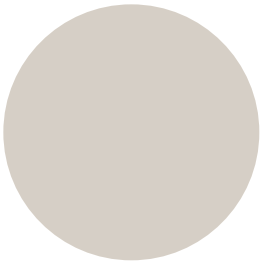
Fuente: MPS. PARS. Cuentas de Salud de Colombia 1993 - 2003. Gilberto Uarón



No obstante los avances enunciados, en el Sistema persisten algunas dificultades. No hemos logrado las metas de cobertura universal, aún permanecen por fuera del sistema cerca de un 15% de los colombianos más necesitados, situación que debemos superar en pos de disminuir la pobreza y mejorar la equidad.



Persisten las deficiencias en los mecanismos de inspección, vigilancia y control. Lo cual hace más difícil garantizar el uso adecuado y eficiente de los recursos entregados, a aseguradoras, administradoras, prestadoras de servicios, públicas y privadas, amén de a los entes territoriales: departamentos y municipios.



Los problemas de evasión, la cual se presenta de diversas formas, siendo la más simple la no afiliación de aquellas personas que, teniendo capacidad para cotizar, no lo hacen, perjudicando a los menos favorecidos, disminuyendo los recursos del sistema y poniendo en peligro su sostenibilidad.



Seguimos teniendo un desarrollo primario de los sistemas de información, situación que afecta los procesos de planeación, toma de decisiones y control en el sector. Esta dificultad es particularmente sensible en el proceso de aseguramiento en el que es imperativo identificar a los afiliados y sus beneficiarios para evitar que se presenten duplicaciones, subregistros y se dé una indebida destinación a los recursos de compensación. En esta labor tienen un papel preponderante las aseguradoras.



Las aseguradoras deben ser herramientas fundamentales para alcanzar las metas de cobertura universal y de igualación de los planes de beneficios, que se logran no sólo con incrementos de recursos, sino con la maximización en el uso de los disponibles.

Las EPS deben mejorar la información dirigida a los usuarios, para que ellos puedan contar con datos confiables sobre la cantidad, calidad y oportunidad de los servicios que prestan y a conocer sus derechos y obligaciones frente al sistema.



Para el cumplimiento del principio de la libre escogencia establecido en la Ley, se viene implementando el Sistema de Garantía de Calidad y un proceso de acreditación institucional, que busca promover la mejora continua de las instituciones prestadoras de los servicios y el logro de un mejor nivel en la calidad y atención.

La prestación de servicios de salud se encuentra fragmentada, generando barreras de acceso y afectando directamente la calidad, una fragmentación que es de tipo estructural, dada por las limitaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) subsidiado, que no cubre una gama importante de servicios. Otro tipo de fragmentación es creada por los aseguradores con la intención de reducir costos, lo cual genera barreras de acceso. La entrega de medicamentos, los sistemas de autorizaciones y la fragmentación contractual son ejemplos de esta problemática, que se reflejan en dispersión geográfica no correspondiente con la densidad poblacional de los afiliados, en costos adicionales de transporte y en mayores tiempos de espera.

Los servicios de promoción y prevención, fundamentales en el sistema, siguen teniendo un papel secundario. Los usuarios no demandan servicios de prevención y detección temprana de la enfermedad. Por ello es necesario el concurso unificado del Estado y las aseguradoras para lograr las metas propuestas y conseguir una disminución de la enfermedad y muerte por causas evitables.

Desde la óptica de la Seguridad Social y la Salud, una de las condiciones necesarias para disminuir los niveles de pobreza y desigualdad será, garantizar el funcionamiento adecuado de los mecanismos de aseguramiento, reduciendo la vulnerabilidad de la población, teniendo como meta la universalización. Para ello hay que implementar estas estrategias:

1. Universalizar el régimen subsidiado para la población Sisbén 1 y 2.
2. Implementar subsidios parciales a la cotización del régimen subsidiado o contributivo para la población en transición, nivel 3 del Sisbén.
3. Incrementar la afiliación al régimen contributivo y actualizar el plan de beneficios.
4. Ampliar el Plan Obligatorio de Salud.
5. Aumentar los espacios de control social.

La operación eficiente de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, es una premisa fundamental, así como el fortalecimiento de la gestión de las entidades territoriales en el manejo de la Red de Prestadores Públicos, garantizando el acceso, calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera de las instituciones públicas y de la Red.

En materia de salud pública, seguiremos priorizando en atención a las familias más pobres en los siguientes frentes:

1. Reducción de la mortalidad infantil y materna.
2. Ampliación de la cobertura de vacunación logrando coberturas del 95% .
3. Desarrollo de acciones de educación y salud sexual y reproductiva.
4. Incremento de la prevalencia del uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa.
5. Creación y/o fortalecimiento de servicios diferenciados en salud sexual y reproductiva para adolescentes.
6. Aumento de la cobertura de terapia antirretroviral.

Seguiremos fortaleciendo el Sistema de Información y desarrollando un esquema de monitoreo que permita conocer los resultados en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad a través de indicadores.

Tenemos un sistema que ha mostrado avances positivos, pero depende de todos los actores empresas aseguradoras, administradoras, instituciones prestadoras, entidades territoriales y usuarios, que logremos los objetivos trazados, tales como: lograr el mejoramiento de las condiciones de salud de los colombianos, mantener y consolidar el equilibrio del Sistema, buscar el mejoramiento de la calidad, garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud a la población y con ello alcanzar los Objetivos del Milenio en los cuales el país se ha comprometido.

Los servicios de promoción y prevención, fundamentales en el sistema, siguen teniendo un papel secundario. Los usuarios no demandan servicios de prevención y detección temprana de la enfermedad. Por ello es necesario el concurso unificado del Estado y las aseguradoras para lograr las metas propuestas y conseguir una disminución de la enfermedad y muerte por causas evitables.

Avances y retos

en materia de acceso y atención primaria en salud

Augusto Galán Sarmiento. MD. MPA
Ex Ministro de Salud y ex Embajador de Colombia en la UNESCO

El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia posee el enfoque en el que se sustentan criterios que precisan la Atención Primaria en Salud (APS).

Una revisión de la definición sobre APS surgida de la 31ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en Alma Ata en 1978, nos indica que el sistema de salud reúne los aspectos del enfoque en APS¹. Además, los dos incorporan como guía los principios de equidad, universalidad, multisectorialidad, participación de la comunidad y fomento de la salud².

Los valores, principios y elementos que conforman la estructura de la APS³, encajan dentro del objeto y los fundamentos que la Ley 100 de 1993 determinó como reglas para el servicio público de salud en desarrollo de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia que se hallan contenidos en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política Colombiana⁴.

Colombia no ha estado ajena a las controversias que tienen que ver con las interpretaciones sobre lo que es la práctica de APS en el terreno⁵. Algunos la han visto como una forma elemental de atención. Otros la han descrito como un programa paralelo a las demás acciones del sistema de servicios de salud o como el nivel de atención más periférico dentro de este último. Muchos la han circunscrito a la participación de los miembros de la comunidad.

La revisión de los servicios básicos incluidos en la APS y la actualización de esta última dentro del marco de la celebración de los 25 de Alma Ata⁶, hacen evidente que el espectro institucional requerido para APS es más amplio y desborda la función del SGSSS para involucrar a otros sectores sociales e instituciones responsables en nuestro país de temas como la nutrición, la educación, el agua potable y el transporte. Así, los servicios básicos de APS se hallan contenidos dentro de un sistema de protección social que presupone una acción más interinstitucional y multidisciplinaria.

¹Declaración de Alma Ata 1978. APS es: "La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación".

²Declaración de Alma Ata 1978 y Ley 100 de 1993 Libro II. Título I. Capítulo I.

³Renewing Primary Health Care in the Americas. A position paper of the Panamerican Health Organization (PAHO/WHO) March 2007.

⁴Ley 100 de 1993. Libro II. Título I. Capítulo I.

⁵Dr. Javier Santacruz Varela. Consultor OPS/OMS. Costa Rica. 2002.

⁶36ª Asamblea Mundial de la Salud. Mayo 2003. Primary Health Care in Americas. PAHO 2007.



En consecuencia, la organización y la gestión de los servicios de salud son un componente a analizar, aunque una revisión más amplia debería involucrar la gestión de otros sectores que producen un impacto en la visión más amplia del término salud. Este artículo no pretende ser exhaustivo en el análisis de la APS en Colombia, pero si intenta contextualizarla, sobrepasar las polémicas y destacar unos logros que se han alcanzado en el país en materia sanitaria y en el acceso de la población pobre a los servicios. De igual manera busca señalar algunos tareas pendientes para lograr avanzar en el propósito de alcanzar salud para todos los colombianos.

No hay duda de que en los últimos veinte años la población colombiana ha tenido profundos cambios demográficos y epidemiológicos: un descenso rápido en la tasa global de fertilidad (de 3,24 niños por mujer en 1985 a 2,48 en el año 2.005); aumento muy importante en la expectativa de vida (de 71,5 a 76,3 en mujeres y de 64,7 a 69 en hombres en el período 1985-2005); y una acelerada urbanización (74,3% de la población viven centros urbanos en el año 2005 comparado con 67% en 1985)

En materia del SGSSS hay varios aspectos a destacar. La cobertura del aseguramiento se ha ampliado aceleradamente. En 1992 sólo el 20% de la población estaba cubierta. Hoy, el 85% de la población está asegurada en salud. El salto más grande se logró entre los más pobres (del 9 al 49%) y la población rural (del 7 al 52%).^{7, 8} La posibilidad de alcanzar la universalidad antes del año 2010 es una realidad cada vez más próxima.

De otra parte los subsidios en salud ahora llegan a los más pobres. En 1992 el 20% más pobre de la población recibía tan sólo el 20% de los subsidios para salud. Hoy ese porcentaje se duplicó, el 41% de los subsidios a la demanda llega al quintil más pobre y el 82% de los mismos a los tres primeros quintiles de la población⁹.

⁷Idem.

⁸DANE múltiples encuestas.

⁹Misión de Lucha contra la Pobreza. DNP. 2005 (informe preliminar).

El gasto en salud se ha tornado más justo. En 1992 el 57% del gasto total era un gasto inequitativo, privado de bolsillo. Hoy la situación es inversa: el 78% es público de seguridad social y menos del 10% es gasto de bolsillo. Además, el 80% de la población afiliada al Sistema General de la Seguridad Social en Salud, se halla en entidades que no reparten excedentes ni utilidades.¹¹

Los logros anteriores han generado un incremento muy importante en el acceso a los servicios, así como en materia de equidad. Avances que han sido destacado por diferentes estudios, tanto en las zonas más pobres de las grandes ciudades, como en las áreas rurales.^{12,13, 14} También señalan esas evaluaciones que el mejor acceso es mayor inclusive en servicios que son gratis para todos los pobladores.

Además, un análisis de la frecuencia de uso de consulta externa de entidades aseguradoras, realizado recientemente y comparativo con la situación que se tenía en 1993¹⁵, muestra un significativo aumento que corrobora el incremento en el acceso a los servicios. (Ver tabla 1).

Otro punto a destacar es la participación ciudadana dentro del sector salud, que en Colombia se ha abierto para los individuos y las comunidades desde la Ley 10 de 1990 con la creación de los Comités de Participación Comunitarias o COPACOS. Con la reforma de 1993 y la descentralización político administrativa, dichos escenarios se formalizaron aún más. El resultado de estos espacios es limitado todavía y su impacto en materia de salud todavía está sujeto a mayores revisiones.



Frecuencia de uso de consulta médica 1993 – 2006

Tipo de Servicio	Frecuencia de uso	
	ISS 1993	Estudio 2006
Consultas médicas	2,339	3,517
General	1,389	2,200
Especializada	0,457	0,809
Urgencias	0,492	0,508

Tabla 1

¹⁰DNP. 2002

¹¹ACEMI. 2005

¹²Avances y Desafíos de la Equidad en el Sistema de Salud Colombiano. Acosta, Flórez y Cols. F. Corona, DNP, U de los Andes, U del Rosario. 2007

¹³Providing Health Insurance to the poor: The Colombian Experience. Giedion y cols. March 2007

¹⁴Análisis del mejoramiento de la equidad en el acceso a servicios de salud por medio de la estrategia de Atención Primaria en Salud-APS con enfoque familiar y comunitario en la población de los territorios de Salud a su Hogar en Bogotá entre 2004 y 2007.

¹⁵Fuentes: Informe estadístico 1993, Instituto de Seguros Sociales, Oficina de planeación, Grupo de estadística. Información reportada por las EPS para el cálculo de la UPC 2008 al Ministerio de la Protección Social, Nota técnica 2008 EPS afiliadas a ACEMI.

Pero quizá en el nivel regional más elevado el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) puede considerarse como el escenario de concertación más poderoso que ha tenido el sector salud en Colombia. En su desarrollo, para algunos investigadores, el CNSSS terminó siendo un espacio en el que se tratan principalmente los temas específicos de los diferentes protagonistas del sector y no la entidad rectora en la que priman los estudios objetivos y técnicos para la toma de decisiones.

La Ley 1122 de 2007 creó la Comisión de Regulación de Salud (CRES) que cumplirá las funciones técnicas que tenía el CNSSS. La permanencia de este último como un órgano consultor del Ministerio de la Protección Social, preserva que la participación ciudadana continúe expresándose.

Un escenario adicional de participación ciudadana en el sector, es el de las Empresas Solidarias de Salud (ESS) que nacieron antes de la Ley 100 de 1993, como organizaciones comunitarias de regiones rurales apartadas, cuya función se orientaba a la prestación de algunos servicios básicos. La Reforma de 1993 las mantuvo y les permitió incursionar en el aseguramiento. Hoy estas entidades gestionan la salud de cerca de 8 millones de colombianos del régimen subsidiado y preservan en su organización espacios de participación para sus afiliados.

A pesar de los avances, todavía no se puede estar satisfecho. El Sistema necesita ajustes. La universalización está cerca pero en materia de cobertura se deben incorporar a los independientes al régimen contributivo, con subsidios parciales a la cotización. Para garantizar la sostenibilidad está pendiente una revisión profunda del POS que atienda la realidad epidemiológica del país. De igual forma es fundamental que la prevención y la promoción sean prioridad y parte más integral del POS.

En materia de calidad, debe existir un marco regulatorio que impida el abuso de la posición dominante y de monopolio de cualquier actor. Se

requieren mecanismos de evaluación y control basados en el mejoramiento del estado de salud de la población atendida, con los que se midan a todos los actores del sistema.

Adicional a lo anterior se debe dar una mejor respuesta a la definición de salud determinada por la OMS¹⁶ desde hace muchos años. Para ello se requiere un esfuerzo mayor en lograr una acción multidisciplinaria del sector, así como una real coordinación intersectorial en la que los sectores de educación, niñez, medio ambiente y transporte asuman su corresponsabilidad en materia de salud.

La gestión de la descentralización debe ser también revisada para que se conozca mejor el impacto que el sistema de salud ha producido sobre las capacidades institucionales a nivel local y para que exista una mayor compensación y equidad interregional entre las competencias atribuidas a los municipios y los recursos que tienen para cumplirlas.

En conclusión, los avances son evidentes aunque los retos que subsisten son exigentes. Las diferencias semánticas se deben superar, porque la ruta debe continuar hasta alcanzar un sistema integral de protección social al ciudadano, que garantice entre otras cosas un cuidado de salud digno y de calidad para todos los colombianos, que sea transparente, solidario y sostenible.



¹⁶Constitución de la OMS 1946, dice que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”

Modelos de atención:

de la fragmentación a la coordinación

Ramón Abel Castaño, MD PhD.
Facultad de Economía
Universidad del Rosario

El modelo de atención se define como el proceso mediante el cual interactúan los diferentes escenarios de atención y las disciplinas del conocimiento que prestan servicios de salud a lo largo del ciclo salud-enfermedad del paciente, interacción que tiene como objetivo lograr los mejores resultados en salud dados los recursos con los que cuenta el sistema.

Esta definición de modelo de atención requiere que haya una función de coordinación que garantice la interconexión óptima entre escenarios de atención y entre disciplinas del conocimiento, para hacer posible que se logren los mejores resultados en salud. Y es aquí precisamente donde se evidencia la gran debilidad que muestran los modelos de atención prevalentes en el sistema de salud colombiano: la fragmentación.

La muestra que mejor lo ilustra es el viacrucis del paciente diabético. Este paciente es visto ocasionalmente por un médico general que le renueva la fórmula médica, pero también es visto por muchos especialistas (cardiólogo, nefrólogo, dermatólogo, neurólogo, oftalmólogo, etc), quienes abordan el paciente de manera fragmentada y sin continuidad en la atención.

Y en el ámbito hospitalario la situación no es mejor: el paciente diabético que ingresa a una sala de urgencias y pasa a una UCI, es abordado en el hospital como si fuera la primera vez en su vida que entrara en contacto con el sistema de salud. Durante su estancia se repiten pruebas diagnósticas, se cambian esquemas de tratamiento y se dan indicaciones diferentes a las que el paciente ha recibido anteriormente, y al momento del alta es dejado a merced de su buena voluntad para que vuelva a hacer contacto con la red de nivel básico que lo atiende. En este salto al vacío el paciente no pocas veces termina cayendo al abismo y reingresando nuevamente al hospital, por una complicación que pudo ser evitada con un buen seguimiento al alta y una garantía de conexión con el escenario ambulatorio.

La fragmentación, que no es otra cosa que la falta de continuidad e integralidad, es un factor de riesgo para el manejo de patologías crónicas, y la sola presencia de médicos especialistas y hospitales, por buenos médicos que sean y por excelentes que sean los hospitales donde reciben atención, no garantiza los mejores resultados. Esto lo demuestra el estudio de Barbara Starfield en los Estados Unidos, donde mostró que aquellos estados en los que había una mayor proporción de médicos generalistas¹, había mejores indicadores de salud como mortalidad, enfermedades cardíacas, mortalidad por cáncer y mortalidad neonatal². Luego, una revisión de 40 estudios mostró que la continuidad en la atención estaba asociada a mejores resultados clínicos.³

Es triste reconocer entonces que los modelos de atención están conformados por médicos excelentes, hospitales excelentes, y un montón de cosas excelentes, pero que están tan fragmentadas entre sí que al final el proceso termina siendo poco más que una colcha de retazos mal armada, plagada de vacíos y redundancias, de cabos sueltos y de cuellos de botella. Y es en esos cabos sueltos y cuellos de botella donde el paciente crónico se pierde, se complica y se vuelve más costoso. Consecuencias de esta fragmentación: peores resultados clínicos, y mayores costos de atención.

¿Tiene sentido toda esta ineficiencia y mala calidad, cuando los recursos del sistema son tan restringidos y todo el tiempo estamos oyendo que estamos al borde del abismo, que el sistema no aguanta una tutela más, que la demanda está disparada, que la oferta no da abasto, y miles de quejas más?

Aunque parece sencillo, es increíble que el concepto de coordinación no sea tan evidente para quienes están inmersos en la operación de un modelo de atención. Como el diario afán de un modelo de atención se concentra en las autorizaciones, la contratación de los médicos y su productividad, la verificación de derechos, etcétera, pocas veces hay tiempo para pensar a fondo sobre la razón de ser de un modelo de atención.

La primera falla estructural en nuestros modelos actuales es que todo el tiempo estamos pensando en indicadores de estructura, proceso y producto, y muy pocas veces en indicadores de resultado o desenlaces. Esto no es trivial, pues es perfectamente posible pensar en indicadores de los tres primeros sin importar que pasa con los resultados, y esto nos permite adoptar políticas tan ineficientes y disfuncionales como la capitación del nivel I, y algo de paquetes y evento en los otros niveles, con medidas ex-post de control del costo como las autorizaciones, la auditoría o las glosas.

La primera falla estructural en nuestros modelos actuales es que todo el tiempo estamos pensando en indicadores de estructura, proceso y producto, y muy pocas veces en indicadores de resultado o desenlaces.

¹ En el contexto de los Estados Unidos, se entiende por médicos generalistas a los especialistas en medicina familiar, los pediatras, internistas y algunas veces los gineco-obstetras.

² Starfield B (2004). Deconstructing primary care. En: The future of primary care, editado por Showstack J, Rothman AA, Hassmiller SB. Jossey-Bass.

³ Bodenheimer T, Grumbach K (2007). Improving primary care. Strategies and tools for a better practice. McGraw Hill Medical.

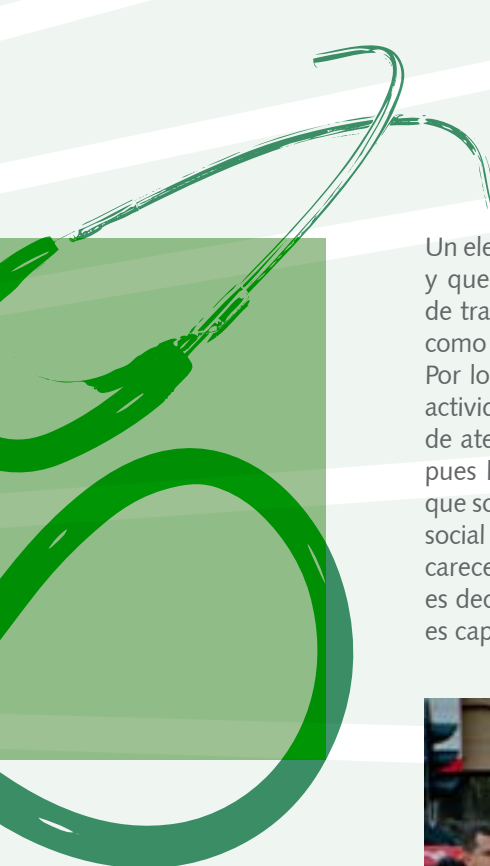
Quando el modelo de atención se piensa en función de los resultados, tanto en salud como en dinero, la lógica tiene que cambiar, pues solo así es posible devolverse en el proceso y rediseñarlo en función de cuánto mejora los resultados en salud y cómo se puede lograr dicho mejoramiento de la mejor manera posible con los recursos con que cuenta la organización, sea ésta una EPS o un prestador capitado.

Pensar en función de resultados implica desarrollos mucho más allá de los óptimos estándares que de calidad hoy por hoy posiblemente se evalúan en cada escenario de atención y en cada profesional, técnico y auxiliar. Pensar en resultados implica desarrollar la función de coordinación, que es tan poco evidente. La función de coordinación es la que permite seguir el paciente por todos los escenarios de atención y por todas las disciplinas del conocimiento a lo largo de su ciclo salud-enfermedad.

Esto genera un cambio fundamental en la forma como se conciben las redes de prestación: no se trata simplemente de tener una red adscrita con un auditor que autoriza y como salida una factura con el mínimo de glosa. Ese es un proceso netamente administrativo que no necesariamente le agrega valor a la salud del paciente. La función de coordinación implica que la información clínica del paciente tenga una continuidad, una lógica y una coherencia que garantice la obtención de los mejores resultados clínicos.

Una forma de ilustrar la función de coordinación es la de un médico gestor, como lo llaman algunas EPSs, que se encarga de hacer el seguimiento del paciente porque es su "doliente" y debe mantener conexión con todos los eventos de salud y enfermedad por los que trasega. Otra forma más sofisticada es la de los grupos de trabajo interdisciplinarios, que abordan el paciente de manera integral y sin solución de continuidad.

Quizá la figura de equipos de trabajo es mucho mejor para responder a la necesidad de desarrollar la función de coordinación. En un equipo de trabajo hay varias disciplinas del conocimiento que se complementan en su abordaje del paciente, y que actúan bajo la batuta de un médico generalista, que en nuestro contexto sería el médico general, pero idealmente debería ser el especialista en medicina familiar.



Un elemento sumamente importante en el manejo del paciente crónico, y que se puede desarrollar mucho mejor en un contexto de equipos de trabajo, es del auto-cuidado. Se dice que la enfermedad crónica es como un avión que nunca aterriza, y cuyo piloto es el paciente crónico. Por lo tanto, es vital enseñarle a ese paciente a pilotear su avión. Las actividades de educación que usualmente hacemos en nuestros centros de atención tienen un efecto muy débil en términos de auto-cuidado, pues los mensajes genéricos no tienen el mismo efecto que aquellos que son hechos a la medida del paciente, de su perfil individual, familiar, social y cultural. De otra parte, los talleres y videos en salas de espera carecen de una etapa muy importante en el aprendizaje: cerrar el asa, es decir, verificar que el paciente entendió bien lo que se le dijo, y que es capaz de decirlo con sus propias palabras.



El componente de auto-cuidado requiere entonces un abordaje del paciente desde su propio perfil, y debe estar perfectamente acoplado al abordaje integral que hace el equipo de trabajo. Para ello se cuenta con el plan de cuidado del paciente, herramienta en la cual contamos con la formación y experiencia de las enfermeras pero, sorprendentemente, no la aprovechamos! El plan de cuidado del paciente es justamente la aplicación a nivel micro de una guía clínica, agregándole elementos detallados de cambios de hábitos y apoyo al paciente para lograr que haga su transición hacia la aceptación de su condición y finalmente a tomar las riendas de ésta.

Por último, sobra insistir en que los modelos de atención deben empezar a pensar en resultados en salud y rediseñar los procesos en función del mejoramiento de dichos resultados. Sólo así será posible hacer realidad mantener a nuestros usuarios en mejores condiciones de salud, y hacer que los recursos disponibles nos alcancen para el cumplimiento de esta delicada misión.

El Sistema de Seguridad Social en Salud: logros y desafíos

Jairo Humberto Restrepo Zea
 Grupo de Economía de la Salud
 Facultad de Ciencias Económicas
 Universidad de Antioquia

Luego de admitir las dificultades para lograr la cobertura universal del sistema de seguridad social en salud, prevista para el año 2000, en los últimos cuatro años se ha dado en el país una renovación de la meta en cuanto a su pretensión y a la ejecución de medidas para alcanzarla. Varios reportes oficiales hablan de municipios y departamentos con cobertura universal en el régimen subsidiado, así que conviene examinar esta cuestión y dilucidar el alcance real de la cobertura, particularmente en términos de la población efectivamente cubierta, los efectos sobre el acceso a los servicios y la sostenibilidad financiera del sistema.

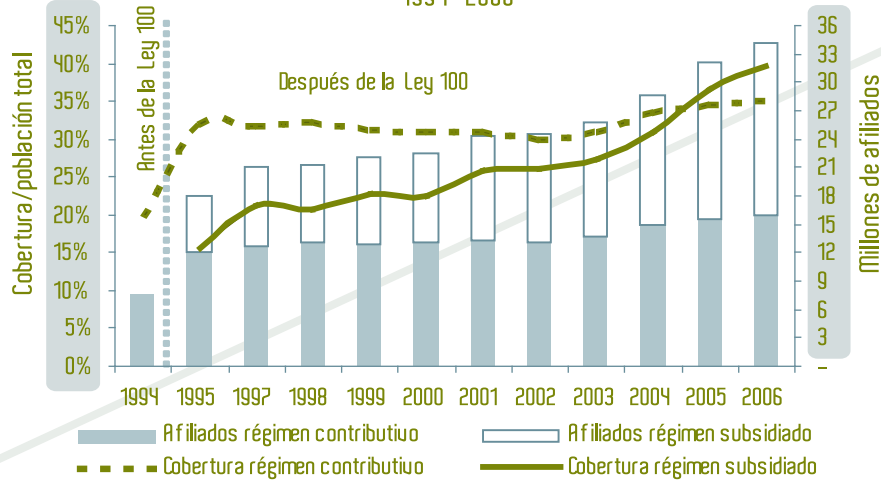
Cobertura del seguro de salud

La cobertura del sistema ha estado marcada por el ciclo económico, el ajuste fiscal y la voluntad política para la implementación de la reforma. En el régimen contributivo se observa estabilidad: luego de haber incorporado en 1995 a la familia de los cotizantes y crecer levemente en los años siguientes, hubo un leve ciclo marcado por el descenso, de 32,3% de la población en 1997 a 30,0% en 2002, y el ascenso continuo desde este último año hasta 35,2% en 2006, cuando se superan los 16 millones de afiliados. Los avances de 2004 y 2005 dan cuenta de una recuperación del empleo formal y de la consolidación de la cultura de afiliación a la seguridad social, mientras a partir de 2006 los crecimientos difícilmente superan lo alcanzado antes, con una cobertura en el largo plazo entre 30% y 35% (ver gráfica 1), o entre 34% y 38% si se toma como base poblacional la reportada por el censo de 2005.



Gráfica 1

Colombia: Cobertura de la seguridad social en salud
1994-2006



Nota: La cobertura total es calculada teniendo en cuenta las proyecciones de población del Dane previas al censo de 2005.

Fuente: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informes anuales del Consejo al Congreso de la República, 1996-2004. Ministerio de la Protección Social, Sector de la Protección Social, Informe de Actividades. 2006 y 2007. Cálculos del GES.

En el régimen subsidiado, aunque no hay retrocesos, se nota la influencia de las medidas de ajuste fiscal y se destaca el interés reciente por el aseguramiento universal. Se aprecian tres momentos: en el primero (1997-2000) la cobertura subió levemente; en el segundo (2001-2003), se mantuvo en niveles cercanos al 26%, y en el tercero, a partir de 2004, hubo un aumento sin precedentes hasta llegar a 18 millones de afiliados, a los cuales se suman otros 2,1 bajo los llamados subsidios parciales que afilian población al régimen para recibir un plan de beneficios que contempla principalmente atenciones de alto costo (ver gráfica 1). La cobertura de este régimen estaría próxima entonces al 40% de la población nacional. Sin embargo, hay algunas dificultades en la información pues mientras los informes oficiales se refieren a cupos o población afiliada, la realidad muestra que los afiliados activos son menos.



Acceso a los servicios de salud

Se tienen evidencias sobre los efectos positivos de la cobertura del seguro (Restrepo et al, 2006). Las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003 (ver cuadro 1) preguntaron por las personas con alguna enfermedad en los treinta días previos a la encuesta, y a partir de ellas se indagó por la asistencia a los servicios de salud y las razones para no acudir a los mismos (Ramírez et al 2005). Se destaca que dentro de las personas del régimen contributivo enfermas en 1997, cerca del 84% asistieron a los servicios de salud, mientras esta cifra bajó al 70% para las personas del régimen subsidiado y al 60% para los vinculados; en 2003, las cifras enseñan variaciones en los dos primeros regímenes, con una reducción de la diferencia (80% y 74%, respectivamente), mientras que la población no afiliada presentó un retroceso (50%).

Ahora, al preguntar a quienes no acudieron a los servicios por los motivos de esta situación, en el régimen contributivo predominan aspectos sobre la necesidad percibida (caso leve) o la falta de tiempo (69% en 1997 y 63% en 2003); por su parte, en el régimen subsidiado la falta de dinero representaba el 44% de la no asistencia en 1997 y en 2003 bajó al 30%, marcando en contrario un ascenso de la necesidad percibida, desde el 27% en 1997 al 39% en 2003); por último, la población no afiliada explica su no asistencia a los servicios de salud principalmente por la falta de dinero (63% en 1997 y 57% en 2003).

Barreras al acceso	1997			2003		
	Régimen subsidiado	No afiliados	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	No afiliados	Régimen contributivo
No uso de servicios (%)	30,9	40,1	16,0	25,8	50,3	20,2
I. Barreras de oferta						
a) A la entrada (cercanía)	7,5	5,0	3,5	4,9	3,2	4,9
b) Al interior	5,5	1,2	10,2	7,9	3,1	8,6
c) Continuidad	4,0	3,0	10,2	4,0	1,9	2,9
II. Barreras de demanda						
d) Predisposición	12,3	7,7	19,5	15,0	7,5	17,6
e) Dotación (falta de ingresos)	43,7	63,4	9,9	29,5	56,9	10,9
f) Necesidad percibida	26,8	19,6	45,4	38,8	27,3	55,0

La clasificación de las barreras se hace de acuerdo con Aday y Andersen (1974): a) El centro de atención queda lejos; b) No lo atendieron o muchos trámites para la cita; c) Ha consultado antes por ese problema y no se lo han resuelto; d) No tuvo tiempo. Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, módulo salud, 1997 y 2003 (cálculos del GES para 1997 y del Grupo de Economía de la Universidad del Rosario para 2003).

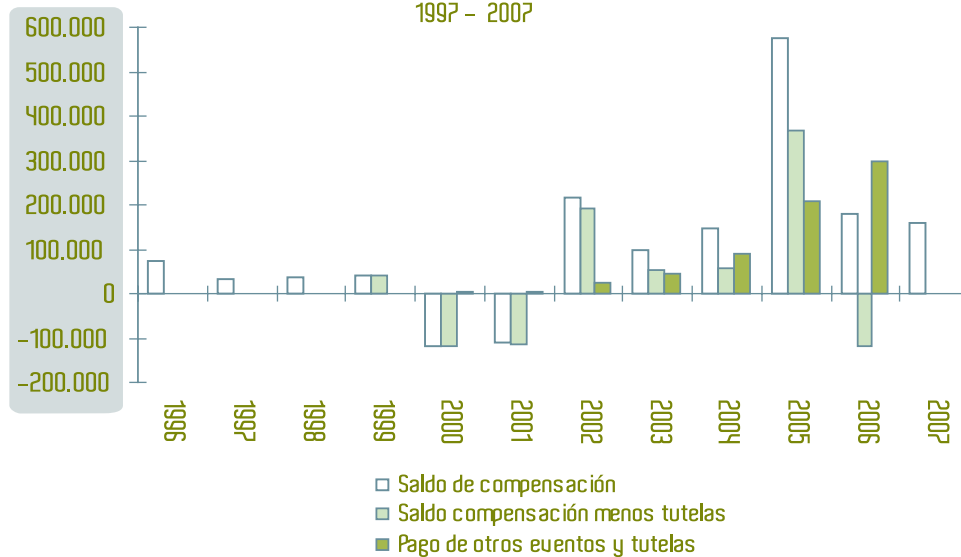
Financiamiento

El equilibrio financiero del régimen contributivo está centrado en el saldo de la cuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), en el cual se suman las cotizaciones y se restan los pagos a las EPS para garantizar la prestación del plan obligatorio de salud (POS) mediante la unidad de pago per cápita (UPC). La gráfica 2 muestra el resultado de la compensación de 1996 a 2007; hay un comportamiento cíclico, pues en los primeros años y hasta 1998 el saldo fue positivo aunque con tendencia a la baja; luego, en medio de la crisis de 1999, se presentaron los mayores descensos e incluso en 2000 y 2001 el saldo fue negativo; a partir de 2002 se presentó una recuperación destacada, y pese a registrar un menor valor en 2003, el saldo siempre ha sido positivo, alcanzando en 2005 las mayores cifras de la historia.

Aunque el saldo de la cuenta de compensación es positivo y ha generado ahorros significativos (GES, 2006), que podrían ser por lo menos de un billón y medio de pesos en 2007, este monto amerita ser analizado cuidadosamente en función de la disponibilidad real y el cálculo actuarial propio del sistema para establecer la posibilidad de adelantar ajustes mediante una posible ampliación del POS. Sin embargo, contrasta con este panorama alentador la carga impuesta por las acciones de tutela y los cobros de las autorizaciones de medicamentos y servicios por fuera del POS, a través del mecanismo de los comités técnico científicos de las EPS, lo que puede provocar una dramática reducción de sus ingresos y un desbordamiento del POS más allá de las posibilidades en el largo plazo.

Gráfica 2

Saldo de compensación y pago de otros eventos y tutelas
1997 - 2007



Fuente: Informes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Cálculos del GES.

En cuanto al régimen subsidiado, también se presenta un saldo de recursos a su favor, similar al que se presenta para el régimen contributivo, que ha resultado de no ejecutar todos los recursos de la cuenta de solidaridad del Fosyga, aunque esta práctica parece haberse abandonado en los últimos dos años. Están pendientes los aportes oficiales a la cuenta de solidaridad (GES, 2007), para que la cobertura sea superior y se tenga la posibilidad de contar con un POS más amplio para este régimen.

5. Conclusiones y recomendaciones

- El país ha obtenido logros significativos en los últimos cuatro años en la cobertura de la seguridad social en salud, al punto de retomar la posibilidad de alcanzar la meta de cobertura universal. La cobertura se encuentra entre el 80% y el 90%, según la base poblacional que se tome para el cálculo.
- Es importante recordar que esta cobertura mantiene una fragmentación de planes de beneficios, así que para el largo plazo es importante recordar la meta de igualación de dichos planes para que toda la población reciba los servicios del POS contributivo.
- Se evidencian las bondades de la cobertura del seguro, en términos del acceso a servicios, así como mejoras continuas en cuanto a un mayor acceso y la remoción de barreras por falta de dinero. Pese a los avances, existen barreras y uso de servicios que pueden corregirse mediante educación, información al usuario y programas extramurales.
- El principal desafío que enfrenta el país y compromete la estabilidad del sistema se refiere a la presión sobre el gasto en salud del reconocimiento de medicamentos y servicios por fuera del POS, lo que se ve agravado por una sentencia reciente de la Corte Constitucional que extiende esta práctica y por lo tanto la idea del POS queda desvanecida. El país se verá abocado a una crisis al no contar con los recursos suficientes para financiar un plan de beneficios ilimitado.
- Además de lo anterior, la evolución de los riesgos muestra presiones adicionales sobre el gasto. En el régimen contributivo, el aumento de la esperanza de vida y la mayor ocurrencia de enfermedades de alto costo reclaman por mecanismos como el reaseguro; por su parte, en el régimen subsidiado se tienen desfases entre el gasto y los ingresos de las EPS, principalmente en las ciudades, a partir de lo cual se pueden establecer medidas como un asegurador único o el incremento en la UPC con ajuste de riesgos.



Referencias bibliográficas

GES, Grupo de Economía de la Salud (2006). "Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996 – 2005". Observatorio de la Seguridad Social, No. 13. Medellín, agosto.

GES, Grupo de Economía de la Salud (2007). "Reforma a la seguridad social en Colombia, 1993 – 2007". Observatorio de la Seguridad Social, No. 15. Medellín, abril.

Ramírez, M.; Guerra, J.; Rivera, D.; Zambrano, A. y Yepes, F.J. (2005). "Una aproximación de la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida". Borradores de Investigación, No. 72, Facultad de Economía - Universidad del Rosario.

Restrepo, Jairo et al (2006). El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín, Universidad de Antioquia

La OPS/OMS en Colombia y Antioquia:

Sistemas de Salud hacia la integración de estrategias en un modelo de desarrollo territorial

PP Balladelli, G. Alfaro, M. Korc, R Sempertegui, H. Rodríguez, A. Uicari.

Introducción al Perfil de Salud

Colombia ha experimentado en las últimas décadas la evolución favorable de algunos indicadores importantes de salud. La mortalidad materna e infantil han descendido ostensiblemente (materna: 87 x 100,000 nv en 1990 a 73.1 en 2005; infantil: 21 x 1000 nv en 1990 a 16 en el 2004); la expectativa de vida al nacer se ha incrementado (72.15 años en 2000-2005; 74 en 2005-2010), y la tasa de global de fecundidad 15-49 años ha disminuido de manera importante (2.9 en 1990; 2.4 en 2005). El país, muestra actualmente un perfil de salud mixto en el que las principales causas de muerte son las enfermedades crónicas y eventos no transmisibles (enfermedades del sistema circulatorio, causas externas y neoplasias representan el 64.3% del total de muertes en 2005), mientras que las enfermedades transmisibles (especialmente tuberculosis, malaria, dengue y sífilis congénita), si bien han disminuido su impacto sobre la mortalidad, siguen constituyendo importantes causas de morbilidad

Los indicadores demográficos y de salud, que en el promedio nacional han evolucionado favorablemente, muestran importantes diferencias cuando se desagregan al interior del país entre áreas geográficas. Para citar dos ejemplos, la tasa total de fecundidad del año 2005 muestra cifras de 2.1 y 3.4 hijos por mujer para las zonas urbana y rural respectivamente. La razón de mortalidad materna cuya cifra nacional es de 73.0 por 100,000 n.v. para el 2005, fue de 386.1 para Guanía y de 250.9 para Chocó. Igual situación acontece con respecto a los indicadores demográficos y aún de cobertura de acciones en salud. Es importante destacar la persistencia de factores condicionantes, especialmente la pobreza y otras condiciones que generan vulnerabilidad y marginalidad social. Tal situación lleva a pensar, que si bien el país a nivel nacional puede avanzar y conseguir las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud, algunas regiones y grupos humanos no llegarán a tales logros, como si se tratara de regiones de otro país. Resulta más difícil hacer estimaciones de desigualdades en salud entre grupos vulnerables (indígenas, afrodescendientes, raizales, desplazados, entre otros) y la población general, porque no se cuenta con estadísticas diferenciadas para tales grupos.

La situación planteada justifica la necesidad de desarrollar a nivel territorial Observatorios de la Equidad en Salud con el objetivo de profundizar en el conocimiento de las brechas en salud con relación a factores tales como región, género, etnicidad, ruralidad, desplazamiento, pobreza, situación de aseguramiento, acceso a servicios de salud y educación. Los Observatorios de Equidad en Salud deben ser impulsados como herramienta para el análisis de situación, gestión social y toma de decisiones de las autoridades, con base en el conocimiento integral de la problemática de salud y sus factores determinantes; la identificación de los grupos vulnerables y las posibilidades de acción intersectorial para la salud y el desarrollo local. Finalmente, permiten monitorear las estrategias y acciones implementadas, así como su impacto en la reducción de las brechas mismas.

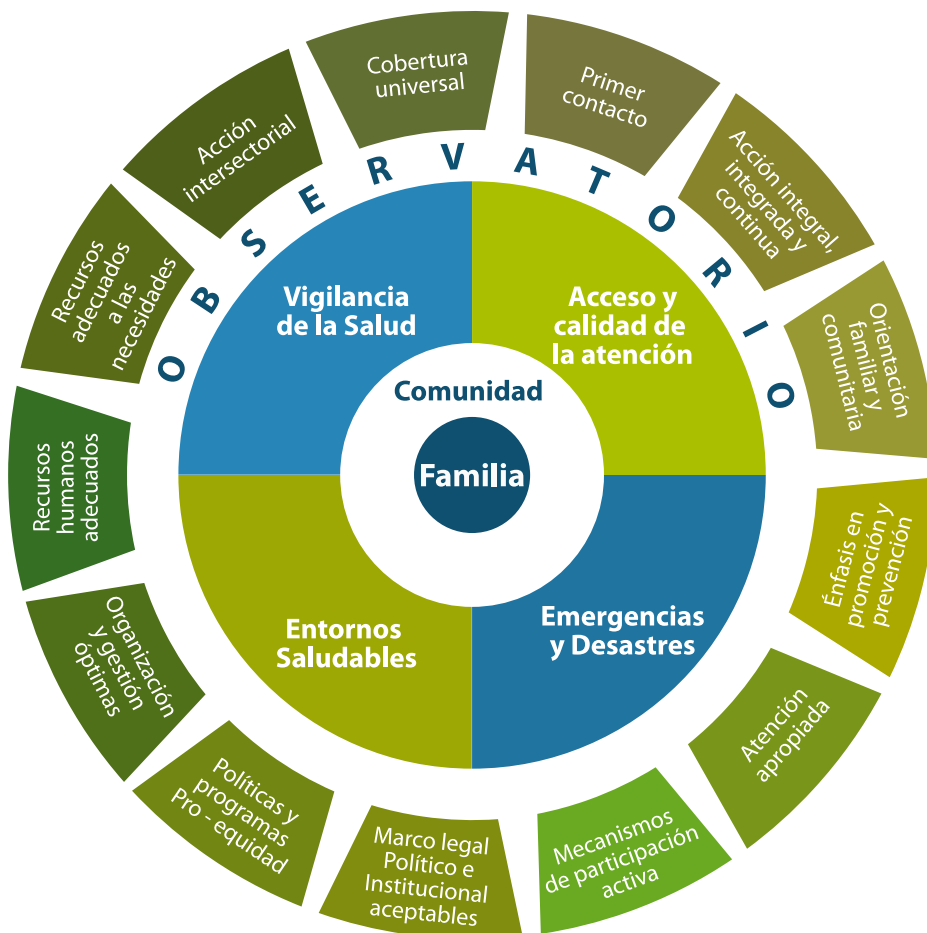
Introducción al Perfil de Salud

El espacio territorial está cobrando una importancia estratégica en las mejoras de las condiciones de la salud en Colombia. Desde febrero de 2008, las entidades territoriales, con el apoyo del Ministerio de la Protección Social (MPS), vienen desarrollando Planes de Salud Territoriales como mecanismo para implementar el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Para lograr el desarrollo humano y la equidad en salud, el Plan Nacional de Salud Pública propone a las entidades territoriales impulsar la atención integral en salud.

En común acuerdo con el MPS, la OPS/OMS propone un modelo de atención integral en salud constituido por cuatro ejes programáticos que se integran para ofrecer una acción más sinérgica hacia la familia y la comunidad. Ver figura.

La Vigilancia de la Salud:

Tiene como objetivo recolectar, organizar, analizar y poner a disposición información que permita la identificación, el seguimiento, la interpretación y el análisis de problemas y tendencias de salud de los grupos más vulnerables y el monitoreo de estrategias e intervenciones en salud.



El Acceso y la Calidad de la Atención en Salud:

Tiene como objetivo mejorar las competencias de la Autoridad Sanitaria para el adecuado ejercicio de la rectoría, el buen desempeño de sus funciones esenciales de salud pública, de la inspección, vigilancia y control de las entidades del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS); para lograr una mayor capacidad de gestión productiva en los prestadores de servicios, y la garantía de acceso a servicios de salud de calidad y con seguridad.

El Entorno Saludable:

Tiene como objetivo incorporar instrumentos para la reducción del riesgo y promoción de factores protectores en salud existentes en los entornos (viviendas, escuelas, y otros) identificados con espacios físicos, grupos de personas con roles definidos y estructuras organizacionales.

Los Preparativos para la Respuesta en Situaciones de Emergencias y Desastres:

Tienen como objetivo el fortalecimiento de la capacidad de las autoridades de salud en los territorios para la gestión del riesgo a partir de la identificación de sus amenazas y vulnerabilidades, propiciando la vinculación del sector salud en los espacios intersectoriales y viceversa.

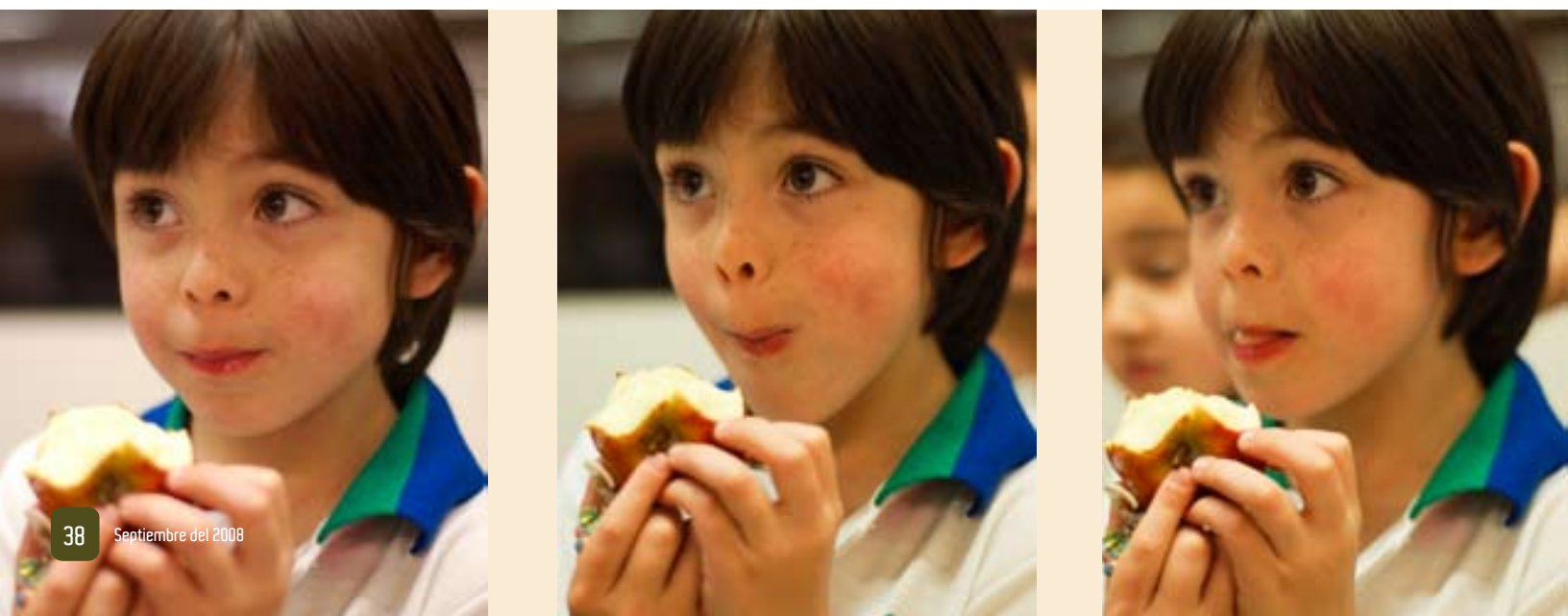
Para que las acciones sean integrales, seguras, sostenibles, participativas y con enfoque diferencial, se requiere de la creación de un Observatorio de la Equidad en Salud, como mecanismo y espacio para el análisis colectivo y el monitoreo de la situación y de las brechas en salud, para facilitar la toma de decisiones consensuadas entre los diferentes sectores e instituciones que representan a la comunidad.



Estrategias Sociales y de Salud en el Nivel Territorial

Por el compromiso de sus autoridades y la capacidad de sus profesionales en salud de los sectores público y académico, el Departamento de Antioquia se posiciona como un líder en el desarrollo e implementación de estrategias sociales y de salud en América Latina. En 2007 se implementó un convenio de cooperación con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia para sistematizar los logros y retos de tres estrategias en el Departamento: el Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia (MANÁ), la Atención Primaria en Salud (APS), la Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI); y proponer un modelo de gestión para su incorporación integrada al Sistema de Protección Social del Departamento y de Colombia.

Lanzado en septiembre de 2002, MANÁ ha logrado disminuir la muerte por desnutrición en el Departamento, de 149 casos en el 2001 a 15 casos en el año 2007. En particular, dos elementos se destacan en hacer de MANÁ una estrategia tan exitosa de seguridad alimentaria y nutricional. Primero, para la formulación del plan, se acudió a las distintas instancias departamentales relacionadas con la problemática, las secretarías de la Gobernación, las instituciones académicas, los medios de comunicación, las ONG y las empresas del sector privado. Esta intersectorialidad constituye una característica principal del modelo de gestión MANÁ y destaca la importancia de articular acciones desde todos los frentes para solucionar a los múltiples y complejos factores que influyen en la situación alimentaria y nutricional. Segundo, una vez caracterizadas las problemáticas de la nutrición en el Departamento, se formularon seis ejes temáticos – cada uno siendo un componente integral hacia el suceso de la estrategia. Estos seis ejes son: alternativas comunitarias de complementación alimentaria; inducción a los servicios de salud; nutrición con buen trato; sistema de vigilancia alimentaria y nutricional; desarrollo de proyectos productivos; proyectos pedagógicos.



Es de enfatizar que Antioquia incorporó en el Plan de Desarrollo del Departamento 2004–2007, la iniciativa de implementar la Atención Primaria en Salud —APS Renovada—, con la participación de Promotores de Vida, quienes operan para fomentar en el núcleo familiar conocimientos, actitudes y prácticas que contribuyan a la promoción de la salud y el bienestar, focalizándose principalmente en aquellas familias que habitan en las zonas rurales y urbano-marginales de los 95 municipios de Antioquia. Como requisito para la implementación, cada municipio entregó el perfil epidemiológico, cantidad de habitantes y ubicación de la población. Posteriormente se firma un convenio entre la DSSA y la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, para operativizar la experiencia en cuatro momentos. El primer momento fue de diagnóstico participativo; el segundo momento fue reflexivo analítico; el tercer momento buscaba llegar a conciliaciones y acuerdos y, por último, se tuvo un momento de planeación y organización para reorientar los servicios de salud de acuerdo con las conciliaciones y planes operativos. Lanzada en el 2006, la APS renovada, en Antioquia ha tenido en parte que competir en el nivel municipal con MANÁ, estrategia más antigua y de gran visibilidad en el Departamento. Se espera que en 2008, a seguimiento de una ordenanza departamental que fija una política pública para la implementación de estrategias de promoción de la salud, la experiencia de la APS se consolide y logre garantizar los recursos que la hagan sostenible.

Como se ha mencionado, la sistematización de las experiencias de MANÁ, APS renovada y AIEPI en Antioquia, constituye el punto de partida para generar una propuesta de modelo de gestión integrado de las tres estrategias que garantice eficiencia en los recursos, complementariedad y sostenibilidad en el tiempo, en el marco del sistema de seguridad social en salud. Se opta en particular por favorecer un enfoque de gestión del manejo social del riesgo, ofreciendo a las familias herramientas que sirvan como factores protectores en caso de aparecer riesgos de salud. El modelo propuesto tiene cuatro componentes (planeación departamental y municipal, implementación, control social y consolidación) que funcionan de manera sistemática, acompañados por un programa transversal de educación y capacitación, y un sistema único de información (que incluye indicadores para seguimiento y monitoreo). En su futura implementación, este modelo deberá extender la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad, reforzando el posicionamiento del Sistema de Protección Social en Antioquia como pionero en Colombia y América Latina.

Atmósfera y Salud en Medellín

Elkin Martínez López MD MSc MPH
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia



Introducción

Más de 3 millones de personas han establecido su lugar de residencia a lo largo del valle que atraviesa el río Medellín y que se sitúa a 1.500 metros sobre el nivel del mar. La expansión urbana ha ido borrando los límites entre los 10 municipios que conforman el Área Metropolitana y por lo tanto la población se ha concentrado en el espacio limitado de su área geográfica longitudinal.

Las cordilleras altas que rodean el valle y el régimen de vientos de baja velocidad que provienen del norte permiten la generación de un microclima relativamente estable y agradable a temperaturas promedio alrededor de los 18 – 22 °C.

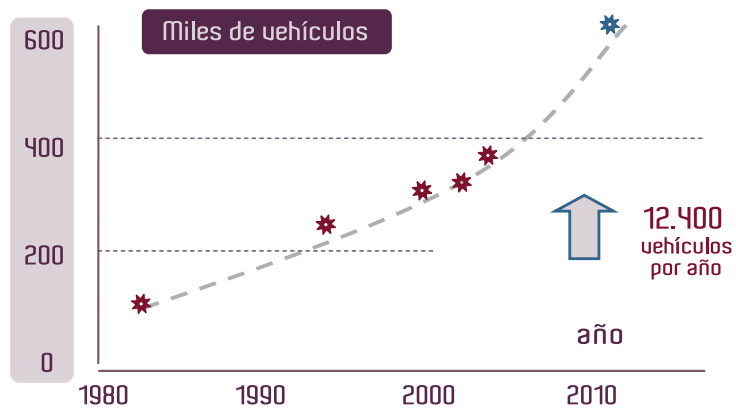
Por su parte, el desarrollo industrial ha generado una gran proliferación de fábricas, empresas y actividades comerciales que propician una mayor concentración de personas en torno a su lugar de empleo, aumentando los requerimientos de transporte de los ciudadanos desde y hasta los lugares de residencia.

Cerca de 600 mil vehículos a motor circulan regularmente en la estrecha red vial del área metropolitana, de los cuales cerca de 20 mil son vehículos grandes para el transporte de personas o de carga, y cuyo oficio es ir y venir varias veces durante todos los días de la semana en una incesante combustión de gasolina y diesel.

Esto nos sitúa en una localidad metropolitana densamente poblada, con una efervescente actividad industrial, comercial, social y de servicios, ocupando un hábitat geográficamente estrecho y rodeado de un volumen atmosférico semicautivo.



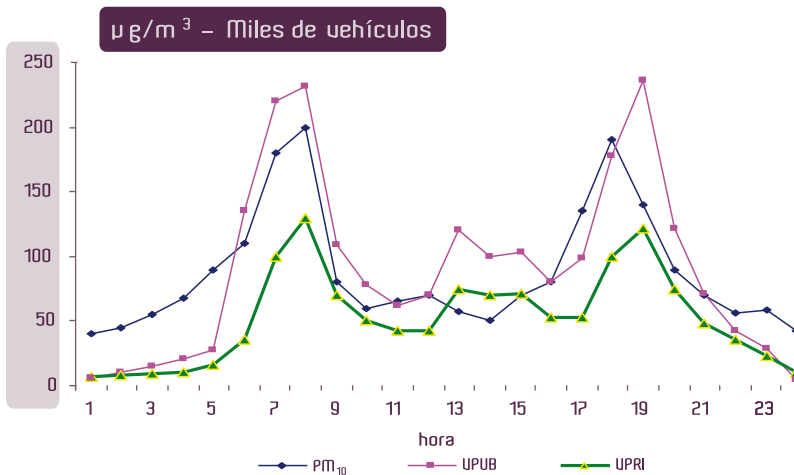
Dado que tantas actividades industriales y de transporte utilizan procesos de combustión que arrojan a la atmósfera subproductos indeseables tales como material particulado, óxidos de nitrógeno, óxidos de azufre, monóxido de carbono y propician la formación de otros contaminantes, resulta procedente preguntarse: ¿Cuál será la calidad de aire en Medellín y su área metropolitana? ¿Cómo son los niveles de contaminantes en la atmósfera? ¿Cómo se distribuyen? ¿Cuál de los contaminantes se sitúa en niveles críticos? ¿Qué peligros potenciales se estarían generando?. Estos interrogantes son el objeto básico del presente artículo.



Vehículos en Medellín. 1980 - 2010

Diagnóstico ambiental

Los contaminantes primarios en la atmósfera en Medellín varían, en general, conformando un ciclo diario con característica bimodal típica a lo largo de las 24 horas del día. Dos picos altos se presentan en coincidencia con las horas de congestión vehicular de la mañana (6 - 9 am) y de la tarde (5 - 8 pm). El resto del tiempo los valores cursan por los niveles basales, los cuales en el área urbana prácticamente nunca descienden por debajo de $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

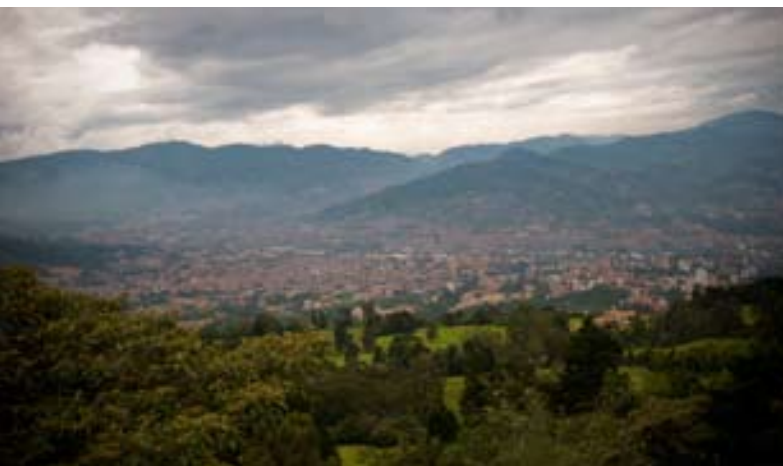
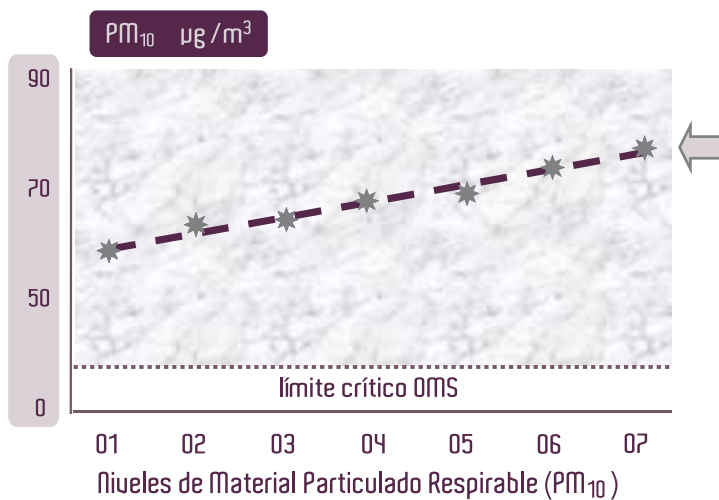


Ciclo diario de PM₁₀ y tránsito vehicular por vehículos de transporte público y privado. Medellín 2006

Las emisiones de los automotores, especialmente los humos negros producidos por vehículos grandes que transportan pasajeros o carga y que operan con combustible diesel (de mala calidad en Colombia), resultan ser los grandes contaminantes por material particulado.

La velocidad de los vientos en el centro del valle del área metropolitana es baja, lo cual desfavorece la remoción de los contaminantes que se emiten y por lo tanto incrementa la exposición de los habitantes a cargas de material particulado que permanecen con cierta homogeneidad y estabilidad en el contorno urbano.

En relación con **partículas respirables en suspensión (PM₁₀)**, el nivel promedio de contaminación está aumentando en los últimos años y los niveles superan los 70 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, muy por encima de los niveles de precaución para la salud definidos por la Organización Mundial de la Salud – OMS (20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$).

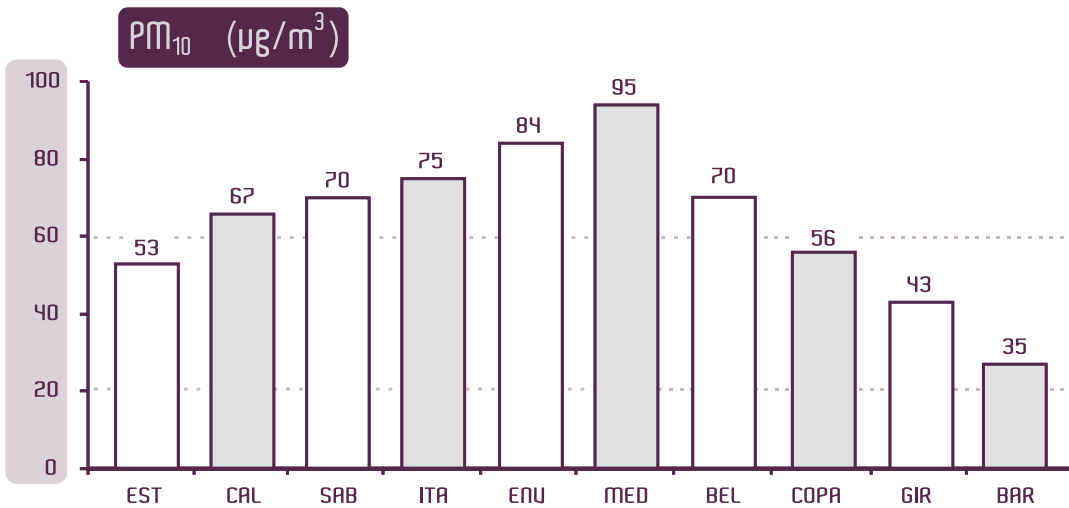


Los **Óxidos de Nitrógeno** (NO_x) también van en aumento en los últimos 3 años y sus niveles ($45 \mu\text{g}/\text{m}^3$) ya superan los niveles de $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ definidos para la protección de la salud.

Los **Óxidos de Azufre** (SO_x) se mantienen en una tendencia estable, justo al límite por debajo de los niveles de precaución ($20 \mu\text{g}/\text{m}^3$). En estos bajos niveles la confiabilidad y precisión de los instrumentos habituales de medición no es muy satisfactoria.

El **Monóxido de Carbono** (CO) muestra una tendencia errática dada su alta volatilidad. En los últimos años los datos excursionan en forma fluctuante alrededor de los 2-7 ppm y ocasionalmente superan el umbral de advertencia sanitaria (9 ppm) en sitios congestionados y poco ventilados.

El **Ozono** en general se sitúa por debajo de los límites de seguridad (40 ppb). Sin embargo, se presentan episodios críticos en las horas del mediodía en sitios de alto tráfico vehicular cuando también hay alta radiación solar.



Los niveles de PM_{10} medidos a la altura de las personas y en lugares públicos a los cuales ellas acceden regularmente muestran niveles promedio que varían entre 35 y $94 \mu\text{g}/\text{m}^3$ para los diferentes municipios del área metropolitana. La concentración de material particulado respirable es en general más alta en la región central del Valle de Aburrá, donde está la mayor densidad urbanística y poblacional.

La calidad del aire en Medellín y su área metropolitana no es buena. El material particulado procedente de los procesos de combustión vehicular e industrial es el contaminante atmosférico que plantea la más grave afrenta contra la salud de sus habitantes, tanto por su clara tendencia al ascenso como por las altas concentraciones que se alcanzan en un valle pobremente ventilado y además por su reconocida capacidad para afectar la salud de las personas.

Efectos en la salud

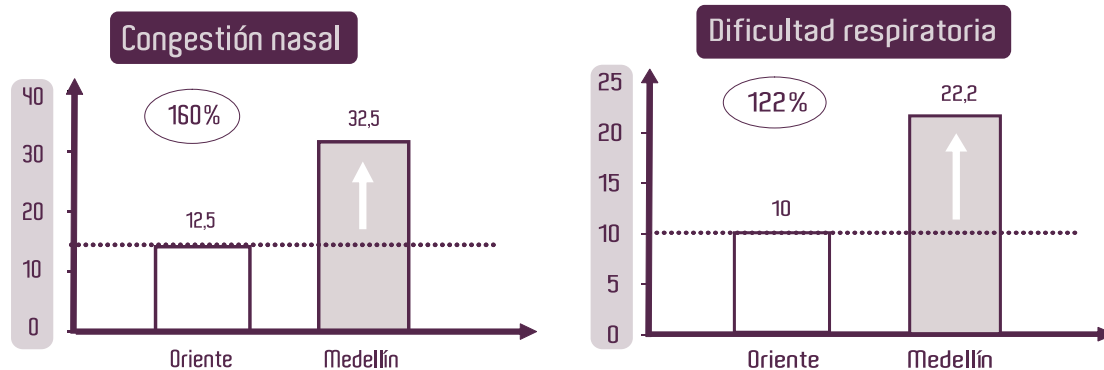
Se ha demostrado que la contaminación atmosférica tiene efectos desfavorables para la salud. Los estudios epidemiológicos en todo el mundo han reportado aumento en la mortalidad y en la morbilidad por exposición a diversos contaminantes presentes en el aire de las grandes concentraciones urbanas.

La contaminación del aire es una amenaza aguda, acumulativa y crónica para la salud y otros aspectos del bienestar humano y del ambiente. Puede provocar o agravar afecciones respiratorias y cardiovasculares, y es especialmente dañina para personas con enfermedades crónicas, mujeres embarazadas, ancianos y niños. Los trabajadores y la población que permanece por largos periodos en exteriores contaminados son grupos humanos de alto riesgo.

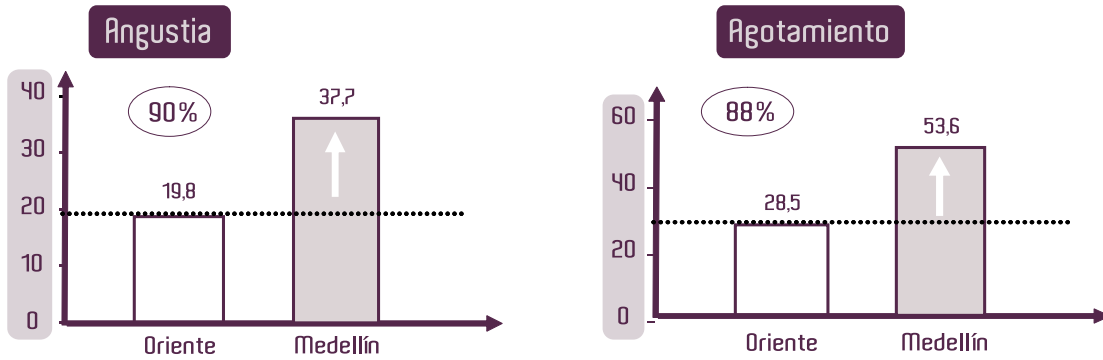
Nuestros datos

La evidencia recogida a partir de nuestros estudios longitudinales ecológicos, transversales y de pruebas funcionales permite concluir con un razonable sentido de certeza que la contaminación atmosférica en Medellín y el área metropolitana genera efectos nocivos en la función respiratoria de sus habitantes, aumenta las afecciones del árbol respiratorio, al igual que los signos y síntomas neuropsicológicos y aporta una significativa proporción de mortalidad por enfermedades cardiorrespiratorias y cáncer de pulmón.

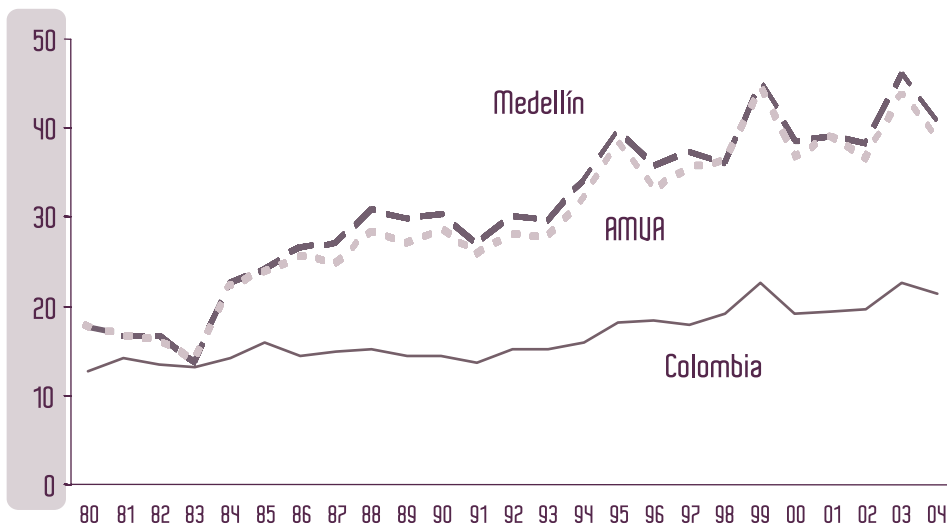
Cuando se compara la población que respira el aire de Medellín (70 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de PM_{10}) con la población que habita el oriente antioqueño y que respira un aire más limpio (30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de PM_{10}) se puede observar que en Medellín se presenta menor capacidad en la función pulmonar y con ello un aumento en el riesgo de sufrir enfermedad pulmonar obstructiva crónica. También se registra mayor frecuencia de congestión nasal, dificultad respiratoria, garganta irritada, tos, estornudos, dolor de cabeza, ardor en los ojos, laringitis, resfriados y crisis asmáticas.



Las expresiones de agotamiento, depresión, desespero, aburrimiento, irritación, angustia, nerviosismo, tristeza, rabia y pesimismo fueron también más frecuentes y de mayor intensidad en la población estudiada de Medellín en comparación con los vecinos del Oriente Antioqueño.



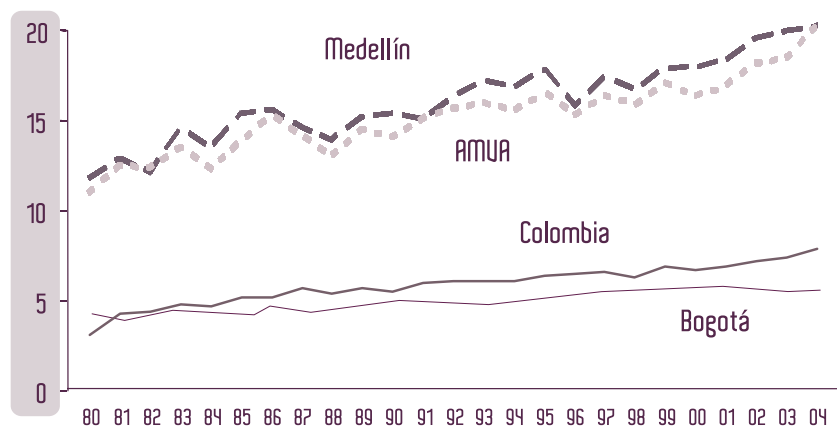
Los casos de muerte por enfermedades estrechamente relacionadas con la calidad del aire registran en Medellín un aumento alarmante en los últimos 25 años, lo que no ocurre para ninguna otra enfermedad.



Tasa de mortalidad por respiratorias crónicas en Medellín, municipios del área metropolitana del Valle de Aburrá y Colombia. 1980 – 2004.

La mortalidad, por enfermedades cardiorrespiratorias, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer de pulmón es mayor en Medellín y los municipios del área metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA) en comparación con los municipios del oriente antioqueño, y mucho mayor en comparación con Bogotá y con la mortalidad consolidada de todo el país. La tendencia al aumento marca un contraste que indica el agravamiento progresivo de la situación.

La probabilidad de morir por cáncer de pulmón es hoy en día 3 - 4 veces mas alta en Medellín (tasa 20.3 / 100 mil hab) en comparación con Bogotá (tasa 5.6 / 100 mil hab).



Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en Medellín, municipios del área metropolitana del Valle de Aburrá , Colombia y Bogotá. 1980 -2004.

El aire puro es esencial para la salud y su defensa es también la defensa de la vida, porque ... ¿ quién de nosotros podría vivir sin respirar ?

Definitivamente el efecto que la contaminación atmosférica genera sobre la población de Medellín no es solamente asunto de pequeñas molestias respiratorias, es también asunto de enfermedad y de muerte. Por lo tanto la implementación de medidas de prevención y control se constituye en un imperativo social que debe abordarse con decisión y compromiso, pues se trata de preservar la salud y la vida de una comunidad involuntariamente expuesta a respirar aire contaminado.

Sin embargo en nuestro medio, las normas y leyes que regulan las emisiones de sustancias contaminantes a la atmósfera son un tanto tolerantes, dado que los intereses económicos y políticos que respaldan las actividades productivas contaminantes ejercen una poderosa influencia en su definición.

La esperanza es que la provisión de esta evidencia objetiva y real, puesta en conocimiento de la comunidad y depositada en las manos de autoridades competentes y responsables, pueda confrontar tales intereses y tal vez sea la herramienta que se requiere para hacer políticas públicas que hagan prevalecer el bienestar y la salud de la población general por encima de los intereses económicos de unos pocos.

Recomendaciones

1. Conciencia ciudadana

Difundir y crear conciencia en la población, para entender que el aire que contaminamos es el mismo aire sucio que después respiramos y que la defensa del aire limpio que requerimos para vivir, es cuestión de todos !

2. Legislación

Las leyes para Medellín y los municipios que ocupan el Valle de Aburrá no pueden ser las mismas normas permisivas del país. Tienen que ser más estrictas, porque la estrechez y la poca ventilación de nuestro entorno geográfico retienen los contaminantes en la atmósfera y causan mayores daños a la población que en otros lugares más abiertos y ventilados.

3. Control de emisiones

Los vehículos grandes (buses, busetas, camiones y volquetas) que utilizan diesel de mala calidad y que llenan la atmósfera de la ciudad con humos negros, hollín y tóxicos gaseosos deben ser restringidos en su circulación y permitir su funcionamiento sólo cuando se garantice la reducción de sus tóxicas emisiones por alguno de los diversos métodos alternativos.

4. Combustibles limpios

Propender por todos los medios para que Medellín y Colombia entera ingresen a la era de la combustión limpia y la utilización de energía con procesos ecológicos que preserven la vida y la naturaleza.

5. Alianzas estratégicas

Establecer redes de cooperación con universidades, las ONG, empresas, instituciones públicas y privadas y diversos sectores de la sociedad para estudiar y proteger la calidad del aire, especialmente en los conglomerados urbanos.

6. Vigilancia epidemiológica

Implementar en Medellín y su Área Metropolitana un sistema de gestión de información ambiental y sanitaria que sea completo, continuo, oportuno, práctico y funcional, que sirva para tomar decisiones efectivas en la protección de la salud y bienestar de la población.

La accidentalidad en moto: un problema de salud pública para jóvenes

Carlos Mario Ramírez Ramírez
Jefe Departamento de Salud EPS-S
Subdirección de Salud
COMFAMA

En los últimos seis años ha irrumpido un fenómeno con tendencia ascendente que amenaza nuestra juventud sin distinción de ocupación, sexo ni estrato socioeconómico, el “motocidio”. Éste se expresa tanto en homicidio –no intencional- como en suicidio, según las diversas condiciones que permiten los hechos del tráfico vehicular en las ciudades grandes y medianas.

Los indicadores mundiales demuestran que el conducir una motocicleta incrementa el riesgo de morir en 15 veces¹, y con el casco adecuado se reduce en un 45%. Los muertos y heridos pertenecen a la población joven entre los 15 y los 25 años, especialmente entre las 5 p.m. y las 5 a.m. de jueves a viernes. La mitad de las muertes ocurridas son de conductores y/o parrilleros de motos, hasta 4 y 5 por día. Las 3 primeras horas tienen tráfico alto por el retorno a los hogares pero desciende después de las 8 p.m. lo que permite concluir que el consumo de alcohol y la alta velocidad causan trauma y muerte en la noche del jueves, hipótesis verificable en los servicios de urgencias y necropsias.



¹ Periódico EL TIEMPO, sábado 31 de mayo de 2008.

La Cámara del SOAT adscrita a Fasescolda viene presentando desde hace 5 años estudios² que muestran que el incremento exponencial de los siniestros asegurables por accidentes en moto, afectando toda la cadena de valor de dicho seguro –aseguradoras, hospitales y gobierno-, lo están haciendo inviable en términos actuariales para el conjunto de todo tipo de vehículos. Como la indemnización del SOAT en el caso de atenciones quirúrgicas y hospitalarias está limitada a 500 s.m.l.d.v, el costo de las atenciones que la superan la asume bien sea el Sistema de Seguridad Social en Salud, o los recursos de oferta por parte de los Departamentos y Distritos o en último caso las familias. Paradójica es la situación si se tiene en cuenta que el seguro para las motos tiene tarifa subsidiada en comparación con el resto de vehículos. En el transcurso del año 2007 se emitieron un total de 4.138.253 pólizas, de las cuales un 1.607.377 fueron para motos, lo que equivale a un 39%. Mientras que el total de primas, en relación con el año 2006, creció un 12,6% las primas de motos crecieron un 22,3 %³.

La evidencia demuestra que estos vehículos son usados para fines diferentes al de su servicio: motocicletas con más de 3 pasajeros –cada vez es más frecuente ver niños entre el padre conductor y la madre parrillera no sólo en las ciudades sino en el paseo de fin de semana. Las motos se han convertido en vehículos de carga con materiales de construcción o en despachos voluminosos de restaurantes y similares. Asimismo, las cifras del Fondo de Prevención Vial permiten concluir que la tasa de accidentes en donde está involucrada una motocicleta se incrementó entre los años 2002 y 2004 en un 27,4%. Por cada 100.000 motos, en 2002 se registraron 1.597 accidentes, en 2003 fueron 2.172 accidentes y en 2004 la cifra fue de 2.578 accidentes⁴. No hay elementos que hagan presumir un crecimiento menor en los años siguientes.

En el sector salud, el crecimiento de la donación y el rescate de órganos para transplante se explica por el llamado “síndrome del moto-joven o Yakate”, situación igualmente paradójica que conduce a recomendar una campaña persuasiva para que el propietario de moto sea donante de sus órganos con estímulos como el beneficio de la tarifa subsidiada del SOAT. Estrategia que aunque rehabilitadora y loable puede estar incidiendo en el problema.

² Revista Fasescolda N° 115 de marzo de 2006.

³ Web Fasescolda Cámara SOAT, estadísticas anuales.

⁴ IDEM.

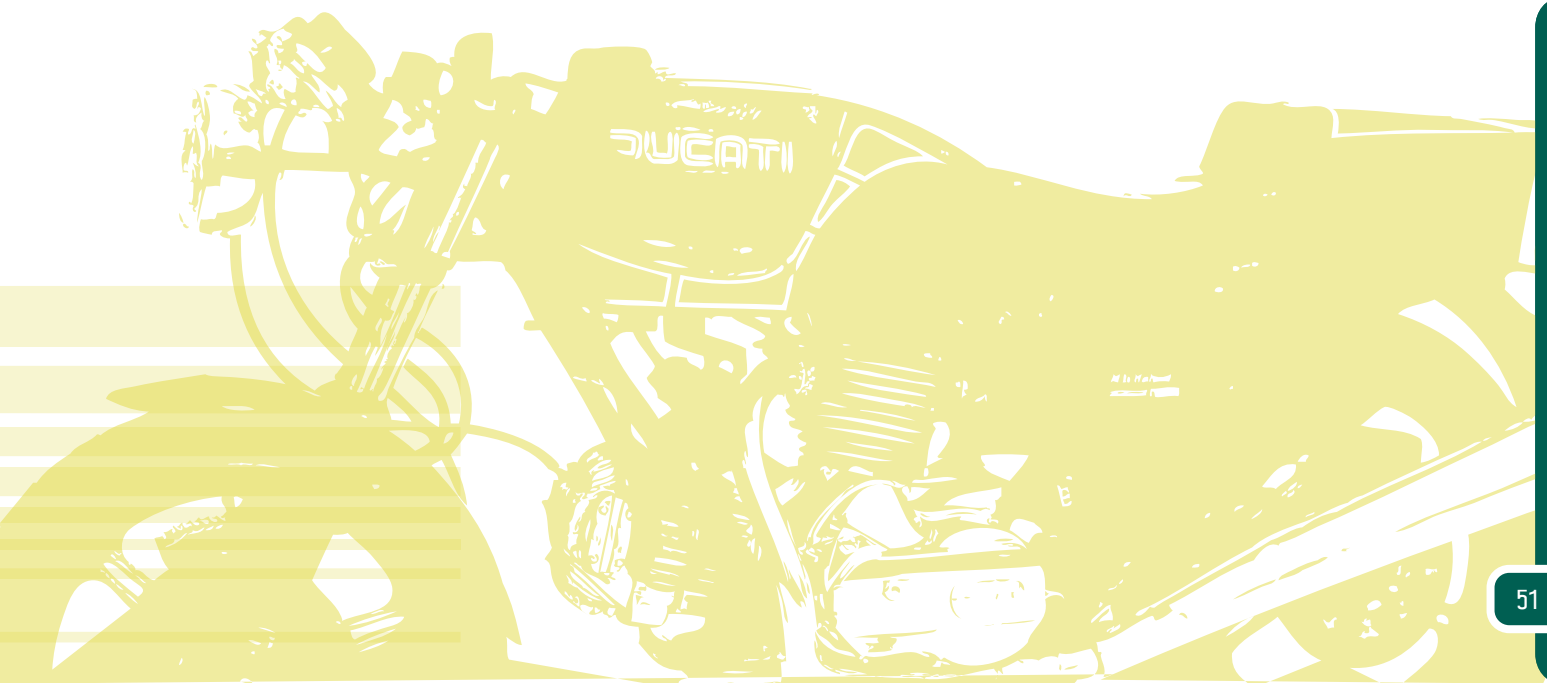


La esperanza está en una articulación de medidas entre administraciones municipales con sus Direcciones de Salud y Tránsito, y el Ministerio de Protección Social, como modelo de un verdadero Plan Territorial de Salud.

Se requiere de una política pública liderada por el estado, muy especialmente por las ciudades grandes que eviten tanto trauma y muerte. Por ejemplo, el costo de la prima del SOAT, la licencia de conducción y los impuestos de circulación y tránsito deben ajustarse según el uso de la moto, bien sea laboral, estudiantil, deportivo o recreacional; diurno, nocturno; municipal o intermunicipal; el estrato socioeconómico del propietario, el cilindraje, ningún vehículo ni conductor debe estar exento. Al adquirir una moto o tramitar la licencia de conducción se debe realizar curso sobre su manejo y riesgos con parte práctica en simulacros de accidentes, de dicho curso se expide un certificado anual que debe portarlo conductor y acompañante. Menores de 10 años no pueden transitar en estos vehículos, menos aún en carretera.

Reconociendo la indolencia que sociedad y autoridades hemos cometido en estos 5 años, no hace utópico sugerir que se establezcan “motovías exclusivas” en el mayor trayecto posible de las vías arteriales de las ciudades y carreteras. Sólo se requiere de un separador de baja altura que divida en una dimensión racional, los trayectos viales de motos y otros vehículos. Una medida de esta naturaleza tiene que disminuir el riesgo y además ordena el tráfico. Ensayar esta medida en la margen derecha de la avenida regional entre Sabaneta y Bello haría más seguro el uso de la moto, permitiría mayor volumen de un transporte que es económico, menos contaminante, versátil y rápido como se ha logrado con ciclorutas, coadyuvando a las políticas de movilidad.

Continuar con la actitud del avestruz frente a este problema de salud pública en los jóvenes, nos condena a que se sigan yendo vidas preciosas en su juventud y con ella el futuro. La esperanza está en una articulación de medidas entre administraciones municipales con sus Direcciones de Salud y Tránsito, y el Ministerio que lidera la salud, como modelo de un verdadero Plan Territorial de Salud.



Los y las jóvenes, actores clave para el desarrollo del país

Diego Palacios Jaramillo
Representante del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) en Colombia

Con frecuencia adolescentes y jóvenes son vistos por la sociedad y las instituciones desde el ángulo de sus problemáticas y sus carencias. La sociedad y el Estado dedican esfuerzos para abordar situaciones como las crecientes tasas de embarazo en la adolescencia, el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes, los índices de delincuencia juvenil, entre otros fenómenos que se consideran preocupantes en este grupo poblacional.

Lo cierto es que gran parte de la población mundial es joven. Más allá de las situaciones problemáticas que puedan atravesar, adolescentes y jóvenes son, ante todo, sujetos llenos de potencialidades y capacidades que, de ser aprovechadas de manera adecuada, pueden convertirse en un motor para el desarrollo y el bienestar de ellos y ellas, y como consecuencia, de sus naciones.

Hoy alrededor de 1.5 billones de personas en el mundo tienen entre 10 y 25 años de edad, 1.3 billones de ellos viven en países en vías de desarrollo. Esto, más que generar problemáticas, representa una gran fuente de esperanza.

Durante los últimos 30 años, América Latina ha experimentado algunos cambios significativos en sus modelos de desarrollo, y en consecuencia, en sus políticas económicas y sociales. Adicionalmente, se han vivido grandes cambios demográficos. Así como en otros países en vías de desarrollo, en América Latina la proporción de jóvenes en relación con la población total ha tenido un pico en los años 70.¹ Estas tendencias han producido un “bono demográfico”, caracterizado por un aumento en la proporción de la población en edad de producir con respecto a la población dependiente (menores de 15 y mayores de 60 años). Lo anterior, genera oportunidades para el crecimiento económico, si se mejoran las condiciones para la población en edad laboral y, en particular, para los y las jóvenes.



Creemos que “un mundo adaptado a los adolescentes y jóvenes es un mundo en el cual sus derechos son promovidos y protegidos”.

¹ Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe CEPAL, 2004.



Es muy importante mencionar que este bono es transitorio, se presenta una sola vez en la historia de un país. Colombia tendrá su pico en la década entre 2015 y 2025. Estamos a tiempo para invertir de manera central en la adolescencia y juventud colombiana, para aumentar el capital humano, social y productivo del país.

Sin embargo, la pobreza y la inequidad social y de género que persisten en Colombia tienen un impacto profundo sobre la educación, las oportunidades laborales, el acceso a servicios esenciales y el bienestar general de los y las jóvenes.

El 22% de las adolescentes en el país ha estado alguna vez embarazada, y esta cifra aumenta con la situación de desplazamiento. El 30% de las adolescentes desplazadas ha sido madre o está esperando su primer hijo. Dos de cada cinco de ellas no deseaban el embarazo.

La fecundidad de las adolescentes en las zonas rurales es 50% mayor que en las zonas urbanas, lo cual se relaciona con el mayor acceso a educación, información y servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos². Solo en Bogotá el pasado año se registraron más de 20.000 nacimientos en madres entre 15 y 19 años, y cerca de 550 nacimientos en adolescentes entre 10 y 14 años.

Nuestro desafío común es invertir en los jóvenes para ampliar el capital humano y eliminar barreras que les impiden una vida saludable, digna y productiva. Empoderar a los y las adolescentes y jóvenes con habilidades, asegurar acceso a servicios de salud e información, ponerlos en contacto con programas de empleo y generación de ingresos, puede ser la vía para reducir la pobreza en la sociedad entera.

Las 4 claves para el trabajo con jóvenes

En línea con las metas y objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994, y de la Declaración del Milenio del 2000, el UNFPA está comprometido a promover los intereses de los y las jóvenes. Creemos que “un mundo adaptado a los adolescentes y jóvenes es un mundo en el cual sus derechos son promovidos y protegidos. Es un mundo donde los jóvenes y las jóvenes tienen iguales y óptimas oportunidades para desarrollar sus plenos potenciales, para expresarse libremente por sí mismos y ver sus opiniones respetadas, y para vivir libres de la pobreza, de la discriminación y de la violencia”.

² Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005. Población y Equidad en Colombia, Análisis de situación. Vol. 1, UNFPA, 2006.

Basándose en su experiencia en programas juveniles, el UNFPA ha desarrollado un marco de acción a partir de 4 elementos claves que podrían guiar el trabajo en cuestiones relacionadas con jóvenes y adolescentes.

Primero: La implementación de políticas públicas focalizadas hacia los jóvenes, adaptando planes y programas de reducción de la pobreza a la comprensión efectiva de las condiciones sociales y de las dinámicas de la pobreza donde los jóvenes están inmersos. Los Gobiernos deben adelantar acciones más integrales e inclusivas que tengan en consideración la entera situación social en la cual los y las jóvenes viven, sus contextos de vulnerabilidad y sus características homogéneas.

Segundo: El fortalecimiento de una educación basada en habilidades para la vida, que ofrezcan a hombres y mujeres jóvenes las habilidades para poner en práctica conocimientos teóricos.

Una transición exitosa a la edad adulta necesita capacidades y condiciones para estructurar un pensamiento crítico, habilidades sociales y de negociación para reaccionar ante experiencias de vida positivas y negativas.

Tercero: La promoción de un paquete esencial de servicios de salud sexual y reproductiva y de insumos que incluyan por lo menos la disponibilidad y el acceso universal a la anticoncepción, a la prevención del VIH y a los servicios de salud materna.

La ampliación de servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes a grupos socioeconómicos vulnerables, debe ser vinculada a esfuerzos para promover el acceso universal a la prevención, atención y tratamiento del VIH.

Y cuarto: La participación y el liderazgo de jóvenes. Los Gobiernos tienen que poner una atención particular en trabajar “con” los jóvenes en colaboración con adultos. Tienen que ser adelantados esfuerzos para identificar mecanismos institucionales para incluir la gente joven en los procesos políticos y de programación, incluso en la planeación, implementación, seguimiento y evaluación de acciones y programas gubernamentales orientados a ellos. Esto necesita una inversión fuerte en creación de capacidad y habilidades de liderazgo de la gente joven para hacerlos defensores de sus propios derechos y desarrollo.

Las 4 “llaves” son elementos fundamentales en relación estrecha y que se influyen entre ellas. Se puede considerar este proceso complejo como un “llavero” que une políticas y participación de jóvenes a través de educación y servicios.

Avances en Colombia

Progresivamente, el país ha ido entendiendo la importancia de encaminar sus esfuerzos al desarrollo de adolescentes y jóvenes. En el terreno de la salud sexual y reproductiva, se han realizado avances normativos de consideración, como la formulación del Plan Nacional de Salud Pública. (Decreto 3039 de 2007), donde los adolescentes y jóvenes son una población priorizada.

Con la asesoría del UNFPA, el Ministerio de la Protección Social ha diseñado un modelo de servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes, que busca acercar las instituciones de salud a las necesidades y expectativas de la población juvenil, especialmente en lo relacionado con la vivencia de la sexualidad.

Por otra parte, el Ministerio de Educación Nacional, en conjunto con el UNFPA, ha desarrollado una iniciativa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, que próximamente se extenderá a todas las instituciones educativas del país, buscando que las comunidades educativas se constituyan en espacios de aprendizaje para la toma de decisiones autónomas, donde la sexualidad sea parte de un proyecto de vida sólido y enriquecedor.

El sector privado también se erige como aliado fundamental en el desarrollo de los y las jóvenes; lo cual se expresa en el compromiso de cajas de compensación como COMFAMA, en la implementación de servicios en salud amigables para adolescentes y jóvenes, y el fortalecimiento de sus servicios de formación, recreación y movilización social juvenil.

Colombia se enfrenta al reto de coordinar y articular las acciones de los distintos sectores institucionales, sociales y del sector privado. Solo de esta forma será posible transformar las condiciones donde nuestros adolescentes y jóvenes viven, y ofrecerles verdaderas posibilidades de crecimiento y desarrollo.



El impacto del crecimiento urbano en la salud

María Clara Echauarría Restrepo
Unidad de Cooperación Nacional e Internacional
COMFAMA

De acuerdo con el último informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas: "Por primera vez en la historia, en 2008 más de la mitad de la población mundial, 3.300 millones de personas, estarán residiendo en zonas urbanas. Se preve que hacia 2030 esa cantidad llegará a casi 5.000 millones de personas. En África y en Asia, la población urbana se habrá duplicado entre 2000 y 2030. Muchos de esos nuevos habitantes urbanos serán pobres. Su futuro, el futuro de las ciudades en los países en desarrollo, y el futuro de la propia humanidad, dependen en gran medida de las decisiones que se adopten ahora"¹.

Observando desde este contexto el futuro de las ciudades colombianas, es indudable que éstas no están preparadas para dar empleo a los nuevos habitantes, situación que sumada a los actuales problemas de migración y desplazamiento en el país, nos lleva a reflexionar sobre el impacto que estos movimientos y cambios demográficos tendrán en los grupos más vulnerables de la población.



¹ ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2007 Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2007. El informe completo, en idiomas árabe, español, francés, inglés y ruso, junto con crónicas periodísticas, pueden obtenerse en el sitio: www.unfpa.org.

Algunas de las conclusiones sobre los principales hallazgos del estudio del Fondo de Población de 2007 son las siguientes:

- Hay casos de funcionarios responsables de la generación de políticas públicas que son renuentes a aceptar el crecimiento urbano e intentan prevenirlo desalentando la migración. Esas políticas son ineficaces, reducen el número de viviendas disponibles para los pobres y, en consecuencia, promueven el crecimiento de los tugurios. Las ciudades, al tratar de desalentar la migración, han descuidado a los pobres y hecho caso omiso de su potencial. Como resultado, actualmente la pobreza está aumentando más aceleradamente en las zonas urbanas que en las rurales. Hay 1.000 millones de personas que residen en tugurios, 90% de ellas, en países en desarrollo.
- Poblaciones en situación de pobreza tienen vidas insalubres. En los tugurios urbanos las familias se encuentran hacinadas, carecen de ventilación, a menudo están ubicados en lugares contaminados y peligrosos, y en muchos casos carecen de los servicios públicos básicos. Lo anterior además de minar las condiciones de salud, crea ambientes favorables para el abuso y la violencia intrafamiliar, de las cuales son víctimas en su gran mayoría las mujeres y los niños. Si se mejora la vivienda urbana, esto tendría importantes efectos sobre la pobreza y el bienestar social ².
- En el caso de Colombia de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares del 2005 ³ "La mortalidad infantil para los niños de las mujeres sin educación es tres veces mayor que la de los niños de mujeres con educación superior (43 vs. 14 por mil). De acuerdo con el índice de riqueza, la mortalidad infantil del estrato más pobre es más del doble del más rico (32 vs. 14 por mil)" ⁴.

Es indudable que las ciudades colombianas no están preparadas para dar empleo a los nuevos habitantes, situación que sumada a los actuales problemas de migración y desplazamiento en el país, nos lleva a reflexionar sobre el impacto que estos movimientos y cambios demográficos tendrán en los grupos más vulnerables de la población.

² IDEM

³ Sobre las Enfermedades crónicas no transmisibles y la pobreza, Revista Médica, 2006.

⁴ Encuesta Nacional Demografía y Salud, PROFAMILIA, 2005.



Las mujeres y niñas que pertenecen a hogares pobres, tienen poco acceso a buenos servicios de salud y están más expuestas al embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual y a la violencia por motivos de género.

- La vida urbana ofrece muchas posibilidades para las mujeres y las niñas, pero cuando éstas pertenecen a hogares pobres, son pocas las que pueden aprovechar esas posibilidades pues las niñas son las primeras en faltar a la escuela o abandonarla. En el caso de las mujeres, en su mayor parte, dado su nivel de educación, si consiguen empleo lo hacen en el sector informal de la economía, en condiciones poco estables y con bajos salarios. Lo anterior limita su acceso a buenos servicios de salud y están más expuestas al embarazo no deseado, a las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y a la violencia por motivos de género.
- Las estadísticas oficiales indican que el control de embarazo y otras enfermedades de los órganos genitales son las causas de consultas médicas externas más importantes en la población local de mujeres entre los 15 y los 24 años de edad ⁵. El diagnóstico de embarazo constituye la principal causa de egreso hospitalario de las mujeres jóvenes en Medellín. El porcentaje de embarazos no deseados también se incrementa con la edad de la madre, de 15 por ciento entre las de 15 a 19 años de edad hasta el 60 por ciento entre las de 40 a 44 años.

Por último, la investigación revela que los jóvenes no tienen una concepción integral sobre el significado de la salud y más bien la relacionan con una carencia, lo cual evidencia otros problemas.

Frente a las situaciones descritas, el Fondo de Población de Naciones Unidas recomienda poner en marcha una serie de políticas públicas que aseguren la disponibilidad de tierra y de programas de vivienda, que permitan que las personas de más escasos recursos accedan a una vivienda saludable, que mejore su calidad de vida y les permita obtener oportunidades para su desarrollo, las cuales deberían ser ejecutadas por el sector público en alianza con entidades del sector social y privado. Recomienda sobre todo, efectuar inversiones en la educación y las oportunidades de empleo de los jóvenes y su acceso a servicios de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, y facilitar su participación en la adopción de decisiones sobre la ciudad.

Desde esta perspectiva la Caja de Compensación Familiar de Antioquia, COMFAMA viene trabajando con el Fondo de Población de las Naciones Unidas y SUSALUD en el desarrollo y puesta en marcha de programas y actividades orientadas a la promoción y el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes de los estratos socioeconómicos más bajos y la prevención del embarazo adolescente.

⁵ Para el caso de los hombres jóvenes las causas de consulta externa más importantes se dan por la presencia de laceraciones, heridas y traumatismos.

El Sector Salud en Colombia: resultados, retos y regulación

Sergio Andrés Tobón Ospina
Centro de Pensamiento Social

Esta es una síntesis de los planteamientos de Mauricio Santa María, Director Asociado de Fedesarrollo, en la Cátedra de Pensamiento Social organizada por el Centro de Pensamiento Social de Medellín el 16 de julio de 2008.

1. Contextualización de las reformas

De acuerdo con el estudio presentado, el gasto en salud en Colombia creció 6 veces entre 1992 y el 2000, después de que se introdujo la reforma al Sistema con la Ley 100. Con la aprobación de ésta, se perseguían tres objetivos para el mejoramiento de la salud y el bienestar: acceso universal, equidad en el servicio de salud y calidad del servicio. Lo anterior, basado en cuatro instrumentos nuevos: el aseguramiento y la diferenciación de regímenes, la solidaridad, la competencia entre las entidades y las instituciones prestadoras del servicio y la financiación a la demanda.

La Ley 100, que creó el marco general del Sistema, ha sido reformada en dos ocasiones: La primera, la Ley 715 de 2001 mediante la cual se creó el Sistema General de Participaciones, que le otorga a las entidades territoriales la financiación parcial de los servicios de salud. La segunda, fue la Ley 1122 de 2007, en la cual se creó la Comisión de Regulación en Salud. El Sistema de Salud en Colombia, como lo muestra la investigación, costó entre 2003 y 2006, más de 15 billones de pesos anuales de acuerdo a sus fuentes y usos, como lo muestra la tabla número uno.

Tabla N° 1

Fuentes y Usos del Sistema de Salud

CONCEPTO	2003	2004	2005	2006
1. Régimen Subsidiado	3.421.846	3.435.765	3.595.084	4.193.756
1.1 SGP	1.996.657	1.984.834	2.007.056	2.041.512
1.2 FOSYGA Solidaridad	1.335.895	1.199.692	1.358.192	1.546.895
1.3 Esfuerzo Propio Municipal	8.929	218.166	194.437	543.118
1.4 Esfuerzo Propio Departamental sin rentas cedidas		33.073	35.399	62.232
2. Salud Pública	1.081.315	1.006.086	1.018.785	1.309.138
2.1 SGP	462.407	442.212	430.350	417.622
2.2 FOSYGA Subcuenta Promoción	309.240	286.305	27.121	26.808
2.3 Presupuesto General de la Nación	97.351	116.358	121.396	135.769
2.4 Esfuerzo Propio Municipal	208.220	145.077	144.588	450.167
2.5 Esfuerzo Propio Departamental sin rentas cedidas	4.098	16.135	51.243	37.504
3. Prestación de Servicios a la Población Afiliada	1.883.836	2.093.776	2.203.852	2.134.588
3.1 SGP	1.737.650	1.661.762	1.617.187	1.569.327
3.2 Programa de Modernización de Red Públicas	58.002	96.424	79	72.569
3.3 Esfuerzo Propio Municipal	85.544	226.454	390.277	366.683
3.4 Esfuerzo Propio Departamental sin rentas cedidas	3.638	109.136	117.409	126.009
4. Otras	9.187.372	9.123.614	8.697.039	9.179.893
4.1 FOSYGA Compensación	7.969.436	7.712.087	7.579.168	8.122.794
4.2 FOSYGA ECAT	48.376	380.887	110.134	79.633
4.3 ETESA	78.409	90.693	112.713	109.328
4.4 Rentas cedidas	947.223	884.640	852.749	827.134
4.5 Esfuerzo propio departamental sin rentas cedidas	43.928	55.308	42.275	41.005
TOTAL	15.574.369	15.659.242	15.514.762	16.817.374

Cifras en miles de millones de pesos de 2007
Fuente: DNP.

2. Principales Resultados de la Reforma

Impactos positivos

El primero de los resultados obtenidos por la investigación, es que la presencia del nuevo sistema de salud, mejoró la salud de los niños, impactado por tres indicadores básicos: el crecimiento sostenido de la inmunización a las principales enfermedades, alcanzando niveles cercanos al 90% de cobertura; el descenso de la desnutrición crónica y la caída de la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, es de notar que aún persiste una tasa de mortalidad infantil alta en los quintiles más pobres de la población.

De igual manera, y según los argumentos mostrados por el estudio, ha disminuido la inequidad en el servicio, relacionado con la caída en la prevalencia de las enfermedades (medida como el porcentaje de niños menores de 5 años con al menos 2 enfermedades), el aumento de las citas de prevención para todos los quintiles de ingreso en el área urbana y rural, y el aumento considerable de los controles prenatales y postnatales en el área rural especialmente. Por otro lado, existen resultados destacables en el gasto de los hogares por hospitalización y medicamentos, ya que, desde que se introdujeron los cambios legales al Sistema mediante la Ley 100, los hogares han tenido que gastar menos en este rubro.

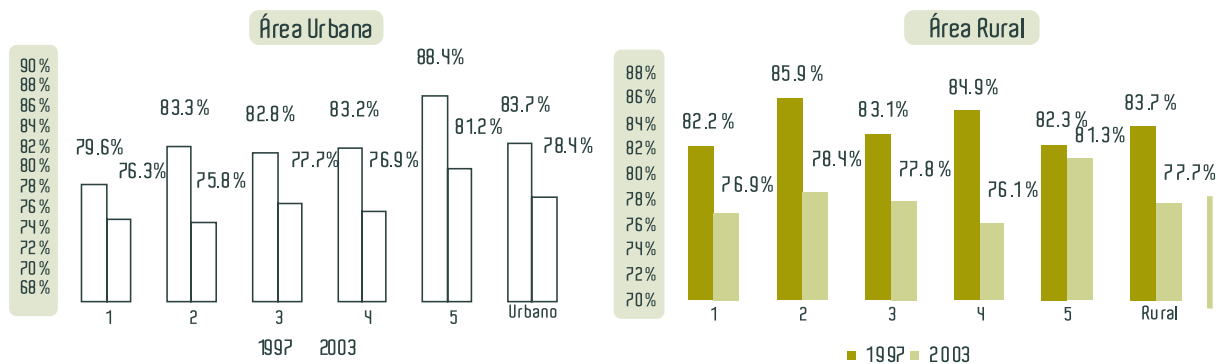
Impactos no deseables

Según la evidencia presentada por la investigación, existe una baja en la percepción de calidad del Sistema, tanto en el área urbana y rural, como por quintiles de ingresos. Lo anterior, da al traste con uno de los objetivos primarios de la Reforma, que era precisamente, brindar servicios de calidad para todos los afiliados.

Asimismo, aún persiste la desigualdad en algunos indicadores, lo que da cuenta de que existen grandes retos por solucionar en el acceso y la cobertura.

Gráfico N° 1

Porcentaje de personas que percibieron una buena atención del Sistema de Salud, 1997–2003



Fuente: Santa María, et. al., 2008

Impactos no previstos

Por otro lado, el estudio demuestra que persisten condiciones que atentan contra el Sistema, en la medida en que existe una concentración de alto riesgo en los afiliados al Seguro Social. Así, los afiliados con cáncer, los mayores de 50 años, los que padecen diabetes y tuberculosis, están en su gran mayoría en el prestador de salud público, lo que hace más difícil su sostenimiento y control. Adicionalmente, se demuestra que existe riesgo moral en los afiliados, es decir, que los afiliados a los regímenes, con el conocimiento de que están cubiertos por un seguro, realizan acciones que desmejoran su condición de salud y que aumentan su riesgo.

3. Los retos de la política pública

Se advierten cuatro grandes retos en los estudios sobre el Sector Salud en Colombia, y son los que tienen que ver con: los impactos del sistema en el mercado laboral, la financiación, la regulación, y la oferta de planes de salud.

Oferta de servicios

Una necesidad del Sistema es avanzar hacia una oferta integrada y continua de planes de salud, en la creación de un seguro único y básico para toda la población, y en la construcción de un verdadero Sistema de Protección Social, articulado en todos sus componentes institucionales.

Impactos en el mercado laboral

Es importante conocer el impacto que ha tenido el actual Sistema de Salud y su esquema de financiación, sobre las principales variables e indicadores del mercado laboral colombiano. Dentro de la exposición de motivos de la Ley 100, se tenía que la mayoría de afiliados al sistema estarían dentro del régimen contributivo. En este momento, la mayoría de los afiliados se encuentran en el régimen subsidiado; además, y de acuerdo al estudio, los esquemas de financiación y los costos asociados al sistema están incentivando la informalidad.

Sobre la financiación

De acuerdo a la evidencia mostrada por la investigación, las transferencias a la salud en las regiones crecieron más del 70% entre 1994 y 2007, y aunque las regiones más pobres reciben más transferencias que el resto, este hecho no se ve reflejado en los indicadores como la mortalidad infantil. Adicionalmente, si la tendencia de afiliados al régimen subsidiado sigue en aumento, la carga fiscal que tendrá el régimen contributivo será mucho mayor. Sobre este punto, se tiene un consenso general en que, con el actual esquema de financiación el sistema es insostenible.

Orientación de la regulación

De acuerdo a la presentación del estudio, la regulación debe orientarse a los siguientes puntos:

Adoptar criterios técnicos y por evento para actualizar el Plan Obligatorio de Salud y la Unidad de Pago por Capitación.

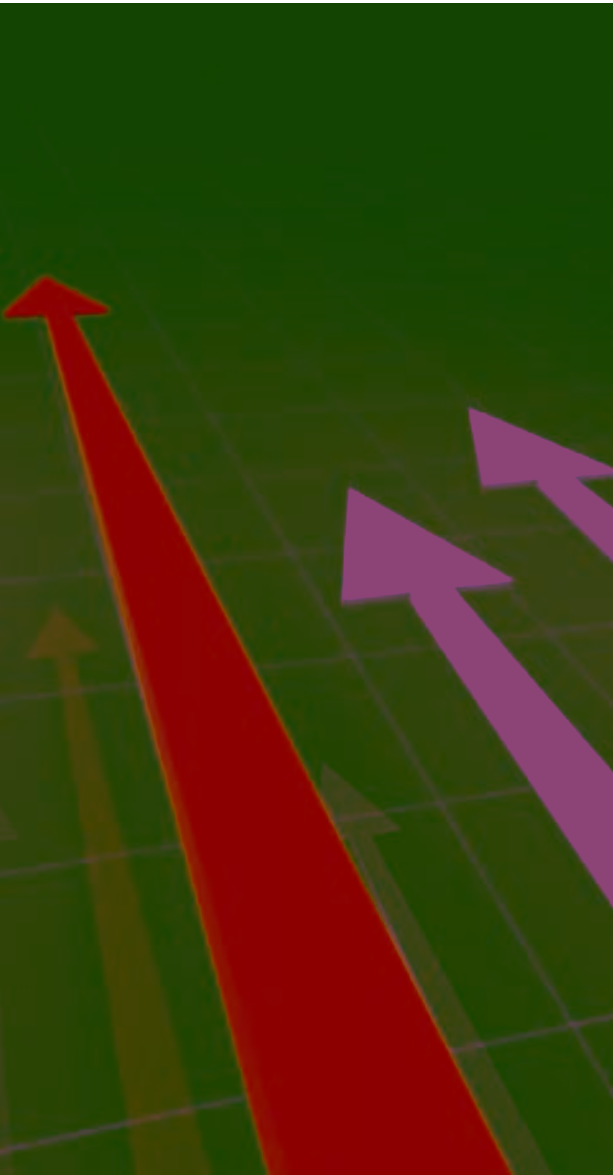
Reasignar roles en las Superintendencias para mejorar la calidad del Sistema.

Diseñar instrumentos para evitar la selección de riesgos por parte de las entidades aseguradoras y los problemas de corrupción.

Diseñar instrumentos para moderar el uso de los servicios. Esquemas diferenciados de copagos y cuotas moderadoras serían los más apropiados para aliviar los efectos negativos sobre el bienestar. No es una buena alternativa eliminar este tipo de pagos.

Zonas Francas en salud, oportunidades para un negocio que se expande.

Subdirección de Desarrollo Estratégico
Unidad de Planeación
COMFAMA



En el escenario competitivo actual, donde la globalización ha impulsado la optimización de los procesos y productos, las diferentes organizaciones deben realizar múltiples esfuerzos para alcanzar sus objetivos y adaptarse de la mejor manera a las nuevas condiciones del entorno. Las premisas básicas de esta adaptación se fundan en los rápidos cambios impulsados por las tecnologías de la información y las expectativas de los consumidores, que cada vez exigen productos y servicios innovadores.

Teniendo en cuenta este contexto, los gobiernos deben impulsar las condiciones mínimas necesarias para atraer inversión extranjera directa, aumentar la ocupación y la producción, equilibrar y lograr el crecimiento económico. Con estas condiciones a favor, los diferentes sectores industriales y comerciales que actúan en el ámbito nacional, tendrán a disposición la plataforma mínima que los impulsará a competir y preocuparse por los aspectos relacionados con su operación directa, como lo son: la logística, la transformación, la comercialización, entre otras; derivando en mejoras sustanciales en la innovación tecnológica, que necesariamente se reflejarán en mejores productos y servicios para los clientes y mejores márgenes de ganancia para las organizaciones.

En Colombia, a través del gobierno nacional y con el apoyo de diferentes sectores, se ha impulsado la creación de las denominadas zonas francas, que son mecanismos cuya función principal está vinculada a la transformación del escenario económico y todas sus consecuencias, es decir, el impacto de los avances tecnológicos que afecta positivamente al transporte, a las telecomunicaciones y a la rapidez de las actividades económicas internacionales. Las zonas francas tienen, además, un gran impacto sobre el desarrollo local y regional, tanto por la modificación en el flujo de las inversiones, como por la generación de empleo sobre su área de influencia.

Según la definición, "Las Zonas Francas son áreas geográficas delimitadas dentro del territorio nacional, en donde se desarrollan actividades industriales de bienes y de servicios, o comerciales, bajo una normatividad especial en materia tributaria, aduanera y de comercio exterior. Las mercancías ingresadas en estas zonas se consideran exentas de impuestos a las importaciones y a las exportaciones".

Las leyes han determinado los siguientes objetivos para las zonas francas:

1. Ser instrumento para la creación de empleo y para la captación de nuevas inversiones de capital.
2. Ser un polo de desarrollo que promueva la competitividad en las regiones donde se establezca.
3. Desarrollar procesos industriales altamente productivos y competitivos, bajo los conceptos de seguridad, transparencia, tecnología, producción limpia, y buenas prácticas empresariales.
4. Promover la generación de economías de escala.
5. Simplificar los procedimientos del comercio de bienes y servicios, para facilitar su venta.

El decreto 383 y 4051 de 2007 con los cuales se unifica toda la legislación de zonas francas y se destaca la creación de las Zonas Francas Especiales, permite que empresas, sin necesidad de estar dentro de una zona franca geográfica definida y que generen un alto impacto económico o social, puedan obtener tal régimen. Desde la expedición del Decreto 4051 de 2007, se han aprobado por parte del Gobierno Nacional 34 Zonas Francas, además, esta reglamentación permitirá la creación de 75 mil trabajos indirectos y vinculados aproximadamente.

Actualmente Colombia cuenta con 24 Zonas Francas de las cuales 16 son Zona Franca Permanente y 8 son Zona Franca Uniempresarial. Dentro de las Zonas Francas Permanentes hay cuatro que están ubicadas en el territorio costero con fácil acceso a los principales puertos del país. Estas son Zona Franca de Barranquilla, Cartagena, Santa Marta y Pacífico. Las restantes están ubicadas en puntos estratégicos para atender las necesidades de cada sector.

El ambiente está creado para que los sectores industriales más competitivos del país aprovechen las ventajas que pueden obtener con este modelo y así lograr mejores resultados. Es el caso del sector salud, que podrá incursionar en el formato de zona franca de servicios mediante la estructuración de clínicas y hospitales y diferentes servicios industriales de forma flexible y rentable; permitiendo la entrada de nuevos jugadores que seguramente impulsarán nuevas maneras de hacer el negocio y crearán espacios competitivos cada vez más atractivos.

En Colombia, este modelo es pionero y busca unir en un solo lugar todos los componentes del cluster¹ de la salud que antes se encontraba disperso. La consolidación de este trabajo apenas empieza y se encuentra a la espera de la definición de las inversiones.

¹ Cluster: concentración de empresas e instituciones relacionadas entre sí, en una zona geográfica relativamente definida. Tiene por objetivo conformar un polo productivo especializado con ventajas competitivas.

Los proyectos

Dentro de la caracterización que puede hacerse de los proyectos que ya han sido aprobados por parte del Gobierno Nacional, se encuentran:

En Cundinamarca, se definió el primer proyecto de zona franca de esta índole, su nombre es Ciudad Salud S.A. y su ubicación es en Sopó, municipio con alto desarrollo industrial, en un área de 23 hectáreas.

En esta zona se piensa construir un área de servicios, que contará con un hospital internacional de alta tecnología; será una torre que tendrá nueve pisos con todas las especializaciones médicas, además, de laboratorio clínico, un área especial de oncología, chequeo ejecutivo y 210 consultorios médicos. Adicionalmente, se diseñará un spa terapéutico, hotel para los familiares de los pacientes y un centro comercial de la salud. Paralelamente se desarrollarán 14 procesos industriales en alianza con 10 multinacionales del sector de la salud.

Los procesos industriales que se planean ubicar en esta zona franca son: planta de sueros y soluciones, industria de derivados del látex y similares, industria textil, industria metalmecánica, maquilaje industrial de medicamentos básicos, investigación y desarrollo de productos biológicos, industria de papel y derivados de uso médico, entre otros.

Con este proyecto se crearán 5.000 empleos y la inversión ascenderá a US\$ 500 millones. Inicialmente, US\$ 400 millones se van a invertir en los servicios industriales y los restantes US\$ 100 millones serán utilizados para la construcción del hospital.

Por otra parte, el Distrito Capital promueve otra zona franca para la salud para impulsar la renovación en la red hospitalaria de la zona comprendida entre la calle quinta y la calle primera, y desde la carrera décima hasta la Caracas, con un costo aproximado de dos billones de pesos y empezará a marchar a partir del 2009.

A este proyecto ingresarían los Hospitales Materno Infantil, San Juan de Dios, Cancerológico, Dermatológico, La Samaritana y La Misericordia. Esta zona franca se adicionaría al proyecto denominado "Ciudad Salud" incluido en el Plan de Desarrollo de Cundinamarca y buscaría además una salida a la crisis financiera de esos hospitales, conformando una unión temporal que ofrezca productos estrellas alrededor de un complejo médico quirúrgico tipo exportación, donde además se concentrarán centros comerciales, áreas de rehabilitación, entre otros servicios ya que cuentan con una infraestructura hospitalaria de tercer nivel de especialización. Este proyecto preve también la construcción de una ciudadela con centro comercial, otro empresarial, centro de convenciones, hoteles de 3 y 5 estrellas y residencias. Las obras comenzarían a mediados del 2010 y terminarían hacia el año 2028.

En Cartagena, se está promoviendo una zona franca permanente multiusuario, llamada "Puerta de Las Américas": Se desarrollará en la Zona Norte de la ciudad. La inversión programada supera los 190 mil millones de pesos y generará 1168 empleos, entre directos e indirectos. De acuerdo con el reporte del Gobierno Nacional, esta zona franca estará conformada por un centro hotelero, otro de convenciones y una clínica, entre otras áreas de servicios.

En Barranquilla, se está estructurando una zona franca internacional en la ciudad, a 20 minutos del puerto. Desarrollará una urbanización de 6.000 viviendas, tendrá estadios de fútbol y béisbol, piscina, iglesias, hospitales, universidades, colegios y centros de formación tecnológica. Esta zona franca tendrá 240 hectáreas, y en la primera etapa se invertirán US\$50 millones en urbanismo y US\$100 millones en instalaciones físicas.

Exportación de los servicios de Salud

La exportación de los servicios de salud se ha proyectado como una posibilidad atractiva para la generación de nuevos ingresos y el posicionamiento de los hospitales colombianos. La experiencia y la calidad de los hospitales y profesionales de la salud del país son los mejores argumentos para que se incentiven las actividades conexas y tomen un impulso competitivo a nivel global.

Si se tiene en cuenta que a partir de la implementación de la Ley 100 de 1993, el sector de la salud se comporta como un sector industrial, los mercados internacionales resultan atractivos, no solo porque se pueden obtener las fuentes de recursos financieros, sino como objetivo de expansión del sector que a pesar de las dificultades puede ser competitivo.

En la actualidad, existen cuatro posibilidades o iniciativas exportadoras en el país:

La primera, corresponde a profesionales de la salud que actúan de forma independiente, atienden a pacientes extranjeros referidos, realizándoles procedimientos que por diversas razones (económicas, confianza, disponibilidad, entre otras) decidieron no practicarse en sus países de origen.

La segunda, son instituciones prestadoras, particularmente del sector privado, que mediante estrategias de alianzas o programas han buscado comercializar sus servicios en el exterior, ligados usualmente a iniciativas de promoción de ciudad.

En el tercero, se encuentran las IPS que por su trayectoria y estrategia han logrado posicionar su nombre en el mercado extranjero y exportan sus servicios.

Y la cuarta posibilidad, es el mecanismo de zona franca, el cual ofrece múltiples posibilidades de inversión nacional o extranjera para jalonar el sector y dinamizarlo con el mercado externo

En la actualidad no es posible determinar con precisión la cuantía de las divisas generadas por cada una de estas iniciativas, pero la dinámica del sector sí puede indicar que existe un potencial exportador de salud para el país, sin embargo, conviene reflexionar sobre cuál es la real capacidad exportadora y dónde están las ventajas competitivas del sector salud colombiano frente a los demás países, teniendo en cuenta que ya existe una referencia clara sobre su potencial y que se demuestra con el comportamiento del sector que en ciudades como Medellín son referentes.

En conclusión, todos estos proyectos ofrecerán al sector de la salud del país una gama de posibilidades para su desarrollo que le permitirá adaptarse a un mercado cada vez más competido, que está en permanente evolución, por su nivel de desarrollo tecnológico y científico, situación que impulsa el negocio y lo hace atractivo para los inversionistas. Esto también indica que el país deberá prepararse para vender servicios de calidad, adquirir equipos de última tecnología e integrar en un solo sitio los servicios y productos de la cadena productiva de la salud.



Las TIC

como pilar de modernización del sector salud

Presentamos una investigación realizada por Telefónica S.A. sobre la influencia y perspectivas de las Tecnologías de Información en Comunicaciones (TIC) en la salud pública de Latinoamérica. El libro publicado por Editorial Ariel en 2008 se titula "Las TIC y el sector salud en Latinoamérica".

Unidad de Cooperación Nacional e Internacional
COMFAMA

Las Tecnologías de Información en Telecomunicaciones (TIC) han influido el sistema de salud a través de cambios en las técnicas de investigación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes. La meta es que su aplicación abarque todos los componentes de la gestión del sector para agilizar procesos, mejorar la comunicación e información para pacientes y entre agentes y finalmente para contribuir a la eficiencia y eficacia de todo el sistema.

Lo que se avizora hacia el futuro es el salto a una medicina personalizada donde será más directa y sustancial la relación entre el ciudadano y el médico, entre los miembros del cuerpo médico y entre los médicos y los gestores. Sin duda habrá un impacto en el mejoramiento de la gestión, en la distribución eficiente de recursos y una mayor satisfacción de las necesidades de los usuarios gracias a las TIC.

América Latina está acumulando una grave paradoja en materia de salud, y es que en ella confluyen tanto enfermedades propias de las sociedades más avanzadas, como las cardiovasculares, degenerativas o cáncer, y enfermedades características del subdesarrollo, como las enfermedades transmisibles y carenciales. Es frente a la dimensión de esta problemática que las TIC adquieren un rol realmente significativo de cara a ofrecer soluciones innovadoras para superar este desafío.

En este contexto, la concepción de la e-Salud abarca una connotación mucho más amplia que la sola utilización de internet, y se extiende a la influencia de las TIC en el propio diseño de los modelos de gestión, diagnóstico y atención. Esta aplicación determinante se ve reflejada en nuevas formas de prestar servicios de salud de manera eficiente, efectiva y quizá con un impacto más relevante sobre la equidad y el acceso.

Algunas de las ventajas de las TIC en salud se evidencian por la accesibilidad facilitada a poblaciones de bajos ingresos o en regiones aisladas por la escasa infraestructura, una mayor rapidez en la atención, una reducción en tiempos de respuesta, una implantación de alertas, mayor efectividad en la prescripción





diagnóstica o terapéutica y un ahorro en los costos.

Las TIC también son en esencia una correa de transmisión de innovaciones, no solo en materia de técnicas más modernas de atención sino también en cuanto a conocimiento y saber más apropiado. Además que su aplicación se ajusta de manera perfecta a las necesidades de un sistema que debe trabajar esencialmente en red. Las TIC's se convierten en la herramienta que facilita y agiliza la articulación entre los escenarios del tratamiento, la gestión de la información y las comunicaciones interpersonales, es decir, permite optimizar el circuito de interacción entre la red asistencial y la red sanitaria incluidos los ciudadanos, para mejorar la gestión y la atención al paciente.

Destacamos algunos de los procesos en los cuales las TIC contribuyen a mejorar la gestión y atención del sistema de salud:

- **Apoyo a procesos en atención primaria**

Las TIC pueden apoyar la gestión de la asistencia en consultas y centros de salud a través de sistemas de gestión de pacientes y sistemas de gestión de recursos. Pueden facilitar la atención del paciente en su domicilio a través de telemedicina en el hogar o home care y servir de herramienta de difusión de información relativa a campañas de prevención, promoción y vacunación.

- **Apoyo a procesos de atención especializada**

El uso de tecnologías en este campo puede igualmente fortalecer los sistemas de gestión de pacientes, de recursos médicos y llevar la historia clínica electrónica. Así mismo facilita el flujo compartido de información entre centros hospitalarios y de atención primaria. Para el caso de consultas y post-operatorios facilita la consulta virtual en el hogar a través de la telemedicina.

- **Apoyo a servicios de información y documentación**

En este ámbito es esencial el soporte para agilizar el trámite de procedimientos administrativos, la expedición de documentos clínicos, el intercambio de información entre los diversos agentes, la elaboración de historias clínicas electrónicas y la expedición de certificados sobre el estado de salud de los usuarios.

- **Apoyo a procesos de emergencias**

Las emergencias generalmente se presentan en zonas aisladas o apartadas de los centros de atención y por eso en este caso las TIC resultan especialmente críticas al momento de coordinar entre unidades médicas móviles y equipos de coordinación de ayuda en la emergencia. Sirven de instrumento de acceso a información vital para la atención desde cualquier lugar y como plataforma para la creación de redes de comunicación entre los diferentes agentes involucrados en la gestión de emergencias.

Banda ancha y recurso humano en Colombia

En un país como Colombia con obstáculos considerables en materia de accesibilidad geográfica, las TIC deben jugar un creciente rol para facilitar el acceso al sistema y mejorar la comunicación bidireccional entre el ciudadano y los centros médicos de zonas apartadas a través de comunicaciones móviles, así como facilitar la asistencia especializada para centros de atención básica. Para lograrlo se requiere extender considerablemente los servicios de banda ancha a municipios intermedios y capacitar adecuadamente el recurso humano del sector para optimizar el beneficio de esta tecnología.

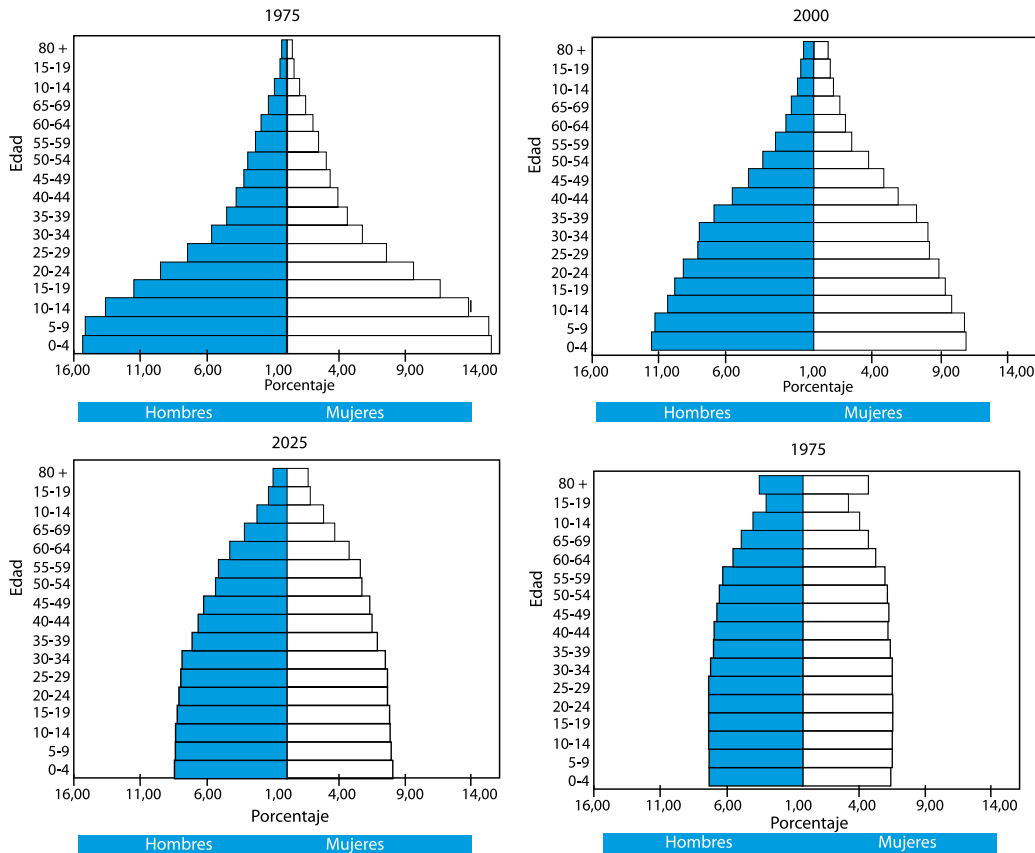
Tendencias en salud de la población Colombiana

Compilación de indicadores y tendencias
Subdirección de Salud
COMFAMA

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, el Censo General 2005, arrojó que Colombia tiene una población cercana a los 43 millones de habitantes, y que casi cuatro millones de personas tienen 60 años o más. Se espera que para el 2020 esta población supere los 6,5 millones.

Las previsiones son que para el 2050 este sector de población supere en número por primera vez al sector de menores de 15 años. Colombia envejece al ritmo de la media del planeta, aunque las previsiones son que envejezca con mayor rapidez.

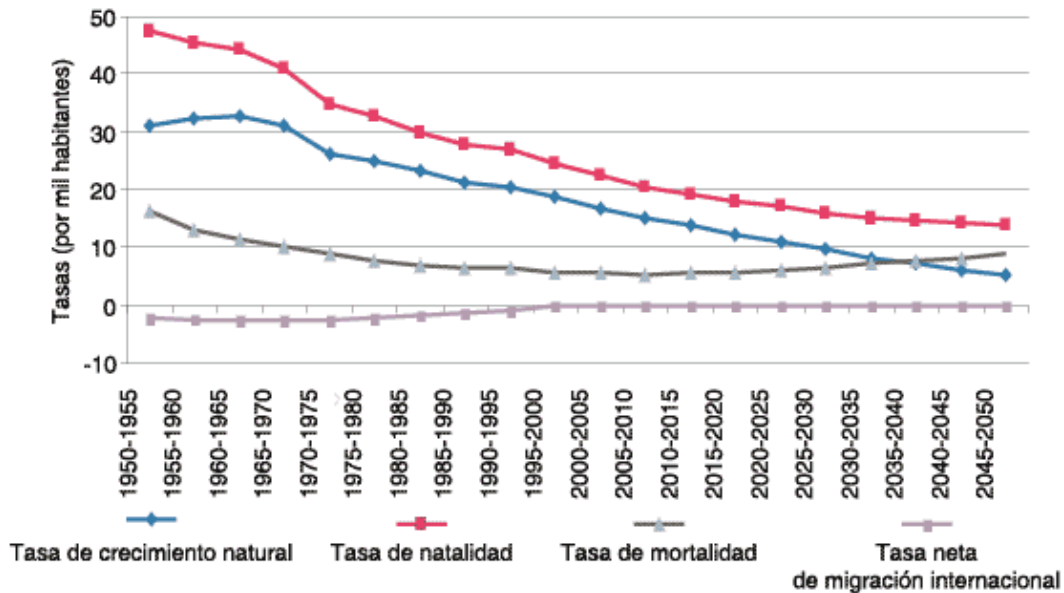
Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, en el mundo hay 600 millones de personas mayores de 60 años, y se estima que para el 2050 esta cifra se haya triplicado.





Este incremento de los adultos mayores, en nuestro país, está ligado a la baja de la mortalidad y al aumento de la esperanza de vida que al 2005 estaba en 73.23 años. Para los hombres era del 70.34 y para las mujeres del 76.27. Las razones del aumento de la esperanza de vida obedecen a los avances en medicina preventiva y curativa, al descubrimiento de medicamentos y a las vacunas existentes, entre otras razones. Lo anterior plantea unos retos enormes para los sistemas de salud -hoy estructurado alrededor de las EPS, las EPS-S y los servicios en la red pública hospitalaria para la población que no está en ningún régimen de aseguramiento- y pensiones.

Estos cambios se pueden apreciar en esta gráfica del IDEAM del año 2001.



El envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y repercute, significativamente, en el volumen y distribución de la carga de enfermedad. En Colombia la mayor pérdida de años de vida saludable por persona, la generan los menores de cinco años y las personas mayores de 60 años, lo que ubica a estos grupos en una situación de prioridad para la formulación de estrategias de atención y prevención.

Para las personas mayores de 60 años, la distribución de la carga del deterioro de la salud por enfermedad tiene como causa las enfermedades transmisibles. Las infecciones respiratorias explican el 50% de la carga total de pérdida de años, y las enfermedades nutricionales el 19%. Con frecuencia los ancianos sufren de desnutrición o malnutrición. La nutrición deficiente se ve agravada por la pobreza, el aislamiento, la mala distribución de los alimentos al interior de los hogares, e inclusive por problemas dentales que enfrentan las personas de mayor edad.

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, las principales causas de la carga de enfermedad son las enfermedades cardiovasculares 50% y el cáncer 18%. El total de años de vida saludables perdidos en Colombia es de 5.5 millones anuales y de éstos, 651.000 corresponden a las personas mayores de 60 años¹.



¿Cuáles serán las causas de muerte durante los próximos 20 años?

El cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes de carretera serán las causas del 30% de las muertes en todo el mundo en el año 2030, según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en mayo de 2008.

En contraposición, las enfermedades infecciosas serán cada vez la causa de menos fallecimientos, según el estudio “Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008” publicado con motivo de la asamblea anual de la OMS.

“Globalmente, los muertos por cáncer aumentarán de los 7,4 millones en 2004 a 11,8 millones en 2030, y el número de decesos por enfermedades cardiovasculares pasarán durante el mismo período de 17,1 millones a 23,4 millones”, precisa el estudio.

El número de fallecimientos en accidentes de tráfico casi se duplicará, pasando de 1,3 millones a 2,4 millones entre 2004 y 2030, “principalmente debido al aumento de los propietarios de vehículos y el uso de estos en los países de pequeños y medios ingresos”, predice la OMS.

Ese aumento de la mortalidad debido a enfermedades no transmisibles estará acompañado por una importante disminución a nivel mundial del número de muertes causadas por las principales enfermedades infecciosas o parasitarias, incluyendo el sida, la tuberculosis y la malaria, añade el estudio.

Los muertos por sida, sin embargo, seguirán aumentando hasta llegar a los 2,4 millones en 2012 antes de empezar a disminuir hasta los 1,2 millones en 2030.

Todo lo anterior sumado a muchos otros factores debe generar políticas públicas que tengan en cuenta la nueva realidad demográfica.

¹ Ministerio de Salud. “La carga de enfermedad en Colombia”, Santafé de Bogotá, 1994.



COMFAMA

Caja de Compensación Familiar de Antioquia

www.comfama.com

ISSN 1692 - 4959



9 771692 495009

Medellín Colombia . Septiembre 2008