

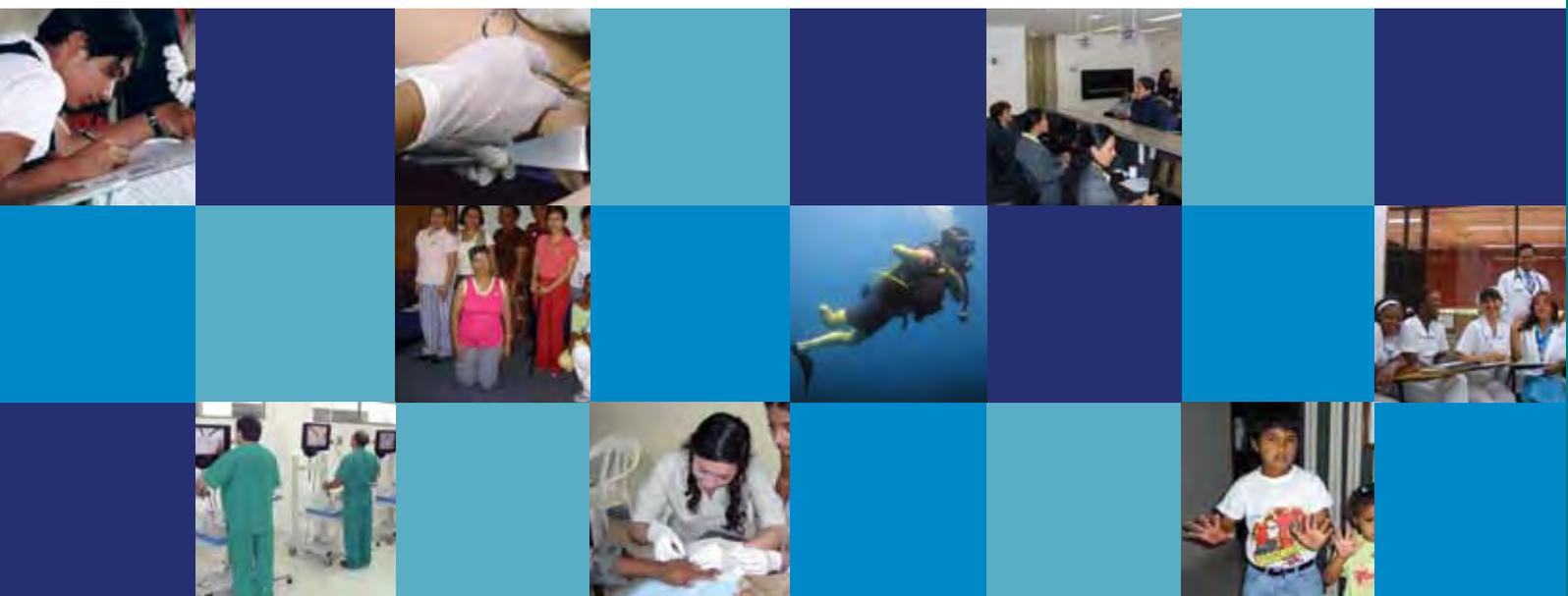
SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

**así vamos en salud**

Reporte Anual 2009

# Tendencias de la salud en Colombia

Indicadores • Debate  
Experiencias valiosas para  
mejorar la calidad de vida



Fundación **corona**



FUNDACION ANTONIO  
RESTREPO BARCO  
*Tejemos el mañana*



FUNDACION  
SALDARRIGA CONCHA  
*Apoyamos a los que ayudan*



UNIVERSIDAD  
DE ANTOQUIA



UNIVERSIDAD  
DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD  
**ICESI**



CASA EDITORIAL  
**EL TIEMPO**

COLECCIÓN:

TENDENCIAS DE LA SALUD EN COLOMBIA

SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA  
**así vamos en salud**

Reporte Anual 2009

# Tendencias de la salud en Colombia

Indicadores • Debate  
Experiencias valiosas para  
mejorar la calidad de vida

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

### Reporte anual 2009

#### Documento elaborado por:

Adriana Pulido,  
Coordinadora  
Diana Higuera,  
Investigadora asistente  
Tito Ortega  
Consultor  
Natalia Salamanca  
Pasante de la Universidad de los Andes

#### Colaboradores en redacción y textos:

Carlos Alberto Díaz  
Diana Marcela León

#### Revisión técnica:

Gabriel Carrasquilla

#### Editor:

José Miguel Hernández

#### Fotografías:

Enviadas por los diferentes proyectos

#### Diseño y diagramación:

Victoria Peters  
Daniel Fajardo

#### Impresión:

Gráficas Gilpor Ltda.  
ISBN: 978-958-96648-7-2  
Bogotá, D.C., Colombia Septiembre 2010

## PROGRAMA “ASÍ VAMOS EN SALUD”

### COMITÉ DIRECTIVO

**Roberto Esguerra**  
Director General, Fundación Santa Fe de Bogotá.

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

**Emilia Ruiz**  
Directora Ejecutiva, Fundación Corona.

**Mario Gómez Jiménez**  
Director Social, Fundación Antonio Restrepo Barco.

**Soraya Montoya**  
Directora Ejecutiva de la Fundación Saldarriaga Concha.

**Álvaro Cardona**  
Decano de la Facultad Nacional de Salud Pública  
Universidad de Antioquia.

**Hernán Jaramillo**  
Decano de la Facultad de Economía  
Universidad del Rosario.

**Héctor Ochoa**  
Decano Facultad de Administración  
Universidad ICESI.

**Diana Cerón**  
Directora de Responsabilidad Social  
Casa Editorial El Tiempo.

**Carlos Francisco Fernández**  
Asesor Médico, Casa Editorial El Tiempo.

### EQUIPO DE TRABAJO

**María Luisa Latorre**  
Coordinadora de “Así Vamos en Salud”  
Desde 2006 hasta Febrero de 2010

**Adriana Cristina Pulido**  
Coordinadora de “Así Vamos en Salud”  
Desde Abril de 2010

### COMITÉ TÉCNICO

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

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

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

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

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

**Martha Jaramillo**  
Directora Programa Salud  
Universidad ICESI.

**Ximena Dueñas**  
Directora del observatorio de políticas públicas  
Universidad ICESI.

**Margarita Martínez Alférez**  
Coordinadora de Proyectos  
Fundación Antonio Restrepo Barco.

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

**Norma Sánchez**  
Asistente de la dirección ejecutiva y planeación  
Fundación Saldarriaga Concha.

**Tito Ortega**  
Consultor

**Diana Higuera**  
Investigadora asistente

## Contenido

	Página
Presentación	
Reporte Anual 2009	
Avances en tres líneas centrales como observatorio del sector salud....	8
Saludo Editorial	
Grandes desafíos para mejorar la salud .....	10
Resumen de actividades	
"Así Vamos en Salud", 2009 .....	13
Capítulo 1	
Indicadores de seguimiento al sector salud .....	15
Capítulo 2	
Foro Así Vamos en Salud	
¿Cómo va la Salud en Colombia y cuáles son sus retos? .....	67
Capítulo 3	
Experiencias valiosas	
Aportes del sector salud a la calidad de vida de los colombianos.	
Quince experiencias valiosas .....	87

## Presentación

ASÍ VAMOS EN SALUD: REPORTE ANUAL 2009

### Avances en tres líneas centrales como observatorio del sector salud

Seguimiento a los indicadores, proyección de experiencias valiosas para mejorar la calidad de vida y estímulo al debate independiente y propositivo son un paso adelante en nuestro ejercicio como observatorio comprometido con el avance del sector salud.

En esta edición 2009 del Reporte Anual de Así Vamos en Salud presentamos avances en nuestro ejercicio como observatorio del sector salud, que de manera autónoma realiza un trabajo constante y comprometido para ejercer el seguimiento a los indicadores de la salud, para promover el debate juicioso y propositivo y para recoger experiencias valiosas del ejercicio de distintos actores frente a la calidad de vida y la salud.

Desde esta edición 2009, nuestra publicación anual hace parte de la *Colección Tendencias de la Salud* en Colombia como expresión de nuestro compromiso de largo plazo con la salud y con las líneas estratégicas que hemos definido desde 2002.

Los avances de las tres grandes líneas que se recogen en nuestro reporte anual son las siguientes:

En el capítulo 1 además de presentar los indicadores demográficos, del estado de salud y del aseguramiento, se incorpora un nuevo grupo de indicadores –de calidad de los servicios, a partir de los datos aportados por el Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de la Protección Social. Con estos y los demás indicadores, *Así Vamos en Salud*, en tanto observatorio, aporta elementos de análisis a los diversos actores y profesionales de la salud para encontrar conjuntamente los vacíos y los aciertos y podamos construir metas comunes y compartidas. En cuanto al seguimiento a los indicadores ése es nuestro aporte y lo hemos asumido como un compromiso estratégico: presentar una visión de mediano y largo plazo a partir de las tendencias históricas y un análisis técnico, objetivo y crítico sobre los hallazgos que vamos encontrando.

En el capítulo 2 reunimos las ponencias del Foro “Cómo va la Salud en Colombia y cuáles son sus retos”, realizado en Diciembre de 2009 que ofrece una visión panorámica e integral de la salud –desde su estructura y su dimensión financiera hasta la mirada desde la salud pública y los entes de rectoría y regulación- con el aporte de diversos actores, tanto de la sociedad civil como del gobierno, lo cual fortalece nuestra autonomía y objetividad. El Foro es un significativo aporte para todos los comprometidos en pensar alternativas al sector: grandes y profundas

propuestas para el análisis y para convocar a la sociedad a estudiar las líneas para la reforma de la salud. Para el observatorio -que reúne academia, fundaciones empresariales y de la salud y medios de comunicación- es muy satisfactorio contribuir a poner estos temas en la agenda pública.

Y, en el capítulo 3 ofrecemos una atractiva reseña de quince experiencias valiosas que desde distintos responsables de la investigación y la prestación de servicios de salud nos muestran caminos llenos de humanismo y creatividad. Al leerlas ustedes van a compartir con nosotros que *experiencias valiosas* significa experiencias para aprender y alternativas para mejorar. Qué grato es para nosotros, como alianza de la sociedad civil, poner en público estas experiencias y abrir senderos de aprendizaje a miles de profesionales que desde sus diversas ubicaciones luchan día a día por sus pacientes y por su comunidad, y, para éstos, luces de esperanza y optimismo.

En fin, los avances del observatorio que presentamos en esta edición son el camino estratégico que hemos elegido para un ejercicio propositivo del control social, realizado desde la sociedad civil, comprometido con la rendición de cuentas y la transparencia.

En una palabra son, también, una invitación a la ciudadanía, a las organizaciones de la sociedad civil y a los distintos actores del sistema de salud para trabajar juntos hacia la equidad y la universalización de los servicios de salud y hacia los grandes retos que la salud de los colombianos nos impone, lo cual fundamenta la labor de la Fundación Corona y de los demás socios de *Así Vamos en Salud*.

**Emilia Ruiz**  
Directora Ejecutiva  
**Fundación Corona**

## Saludo editorial

LOS INDICADORES DE SALUD DE LOS COLOMBIANOS  
Y EL ESTADO DE SALUD DEL SISTEMA SON PREOCUPANTES

### Grandes desafíos para mejorar la salud

Tres grupos de retos para enfrentar los problemas del sector: los que exigen compromiso y aplicación de los responsables del Sistema; los que conciernen a la cultura y los hábitos de la población; los que deben enfrentar el Estado, la sociedad civil y la ciudadanía en conjunto.

Los hallazgos de *Así vamos en salud* durante el año 2009 son preocupantes. Como Observatorio que desde la sociedad civil realiza seguimiento a la salud de los colombianos queremos presentar algunos de los problemas más profundos y urgentes de la salud evidenciados en esta publicación y señalar algunos de los retos que esta situación histórica nos impone.

Del conjunto de indicadores que el Observatorio presenta para 2009, hay cinco problemáticas que queremos resaltar por cuanto resultan de la mayor trascendencia –y urgencia– para nuestro país:

- La persistencia de enfermedades y causas de muerte prevenibles y tratables como las Enfermedades Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas, los accidentes (en el hogar, de tránsito, ahogamientos) y la violencia (intrafamiliar, en las ciudades, del conflicto armado). Todas estas causas siguen pesando de forma significativa en la mortalidad. Y son evitables. Así mismo, persisten enfermedades como la sífilis congénita y el tétanos neonatal hoy inaceptables.
- El logro parcial de los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM– y la brecha existente en las metas específicas a las que Colombia se comprometió:
  - la reducción de la mortalidad infantil: se alcanzó en el promedio del país. Aún está pendiente en 12 departamentos: los más lejanos de la meta son Guainía, Vaupés, Chocó, Vichada y Caquetá.
  - la reducción de la mortalidad materna: se alcanzó la meta en sólo nueve departamentos pero aún no se ha logrado la meta nacional y hay regiones que están muy lejos de lograrla.
- La situación de salud mental que se evidencia en la alta tasa de suicidios de hombres jóvenes y estudiantes. De manera adicional, es particularmente preocupante que las tasas más altas de suicidios en el país se presentan en departamentos con mayor porcentaje de poblaciones indígenas. Por otro lado, las muertes violentas son la segunda causa de muerte en Colombia

(de nuevo, primera en hombres jóvenes) y teniendo en cuenta que la violencia es un factor de riesgo importante para trastornos mentales, nos alerta sobre la presencia de otro gran problema de salud para nuestro país.

- Las muertes por cáncer se presentan con tendencias estables o en ascenso cuando la evidencia muestra que podrían descender, lo que indica falencias en la detección temprana y en el tratamiento oportuno para los colombianos.
- Las muertes por enfermedades isquémicas del corazón y cerebro vasculares ponen de presente los grandes cambios en los estilos de vida de las personas que originan factores de riesgo cardiovascular (sedentarismo, cambios en los hábitos alimenticios, tabaquismo, sobrepeso y obesidad). Este panorama evidencia que son múltiples, muy variados y de gran trascendencia los retos que, como sociedad, debemos enfrentar.

El primer grupo de retos: aquellos que exigen el compromiso y dedicación de los responsables del Sistema de Salud, en las diversas instancias (gobierno central y territorial, aseguradores y prestadores):

- La necesidad de trabajar con mayor aplicación en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad incluyendo educación en salud sexual y reproductiva.
- En el mismo sentido, la exigencia de mayores esfuerzos para reducir la mortalidad materna: gran desafío que nos compromete a todos, a las entidades, a sus profesionales y a las mujeres para reconocer y hacer valer su derecho a la vida, la salud y su conciencia como madres y como ciudadanas.

El segundo grupo de retos: aquellos que tienen que ver con la cultura y los hábitos de vida indican la necesidad de realizar grandes cambios en los estilos de vida de las personas y tocan la transversalidad de la salud con la educación, el desarrollo socio-económico y la cultura en la cual juegan un papel predominante los medios de comunicación.

El tercer grupo de retos, los que deben enfrentar el Estado (gobierno, congreso, rama judicial), la sociedad civil y la ciudadanía en conjunto, en aspectos como:

- Las reformas estructurales al Sistema de Salud están en la agenda pública e invitan a la reflexión y deliberación entre los actores del Sistema y a la participación y consulta con la ciudadanía para definir de manera colectiva, como sociedad, el camino a seguir, tal como lo ha puesto de presente la Corte Constitucional en la Sentencia T 760 y lo confirman las conclusiones del Foro convocado por *Así Vamos en Salud* en diciembre de 2009.
- Para el nuevo gobierno: los retos que se desprenden del seguimiento a los indicadores y de los análisis de expertos en el Foro como la diferencia entre cobertura y acceso efectivo de los individuos a servicios de salud oportunos y de buena calidad, así como la viabilidad financiera del Sistema, entre otros.

Estos retos, por supuesto, no son excluyentes sino complementarios. Y requieren un esfuerzo estratégico y concentrado de todos nosotros.

Para el Observatorio Así Vamos en Salud y para las entidades participantes que trabajamos en la búsqueda de la equidad en salud, hay signos positivos y esperanzadores que publicamos en esta edición.

Es positivo que los expertos y la sociedad civil estén ofreciendo sus alternativas para el diálogo con el gobierno, como lo vemos en la sección del Foro.

Y es esperanzador encontrar que hay múltiples esfuerzos por construir caminos innovadores para que la salud sea un factor de calidad de vida de la población, como lo reseñamos en nuestro capítulo tres. Allí se reúnen quince experiencias valiosas de diferente carácter como por ejemplo la investigación de campo en enfermedades tropicales, la aplicación de nuevas tecnologías en la formación de cirujanos y la realización de *programas de atención primaria en salud* por parte de un asegurador. *Así Vamos en Salud* invita a conocer estas experiencias que ofrecen soluciones creativas a problemas comunes en todo el país.

Los invitamos a continuar estudiando, aportando experiencias y propuestas sobre esta agenda de la salud en Colombia, que, hoy más que nunca, es un compromiso de todos.

## RESUMEN DE ACTIVIDADES

### Así Vamos en Salud

#### SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA, 2009

#### Mesas de Trabajo

##### Bogotá

- ✿ *Creación de la nueva empresa promotora de servicios de salud del distrito*, 6 de febrero
- ✿ *Aportes al bienestar en la vejez*, 6 de marzo.
- ✿ *Subsidios Parciales: una alternativa para universalizar el aseguramiento social en salud*, 7 de mayo
- ✿ *Así Va la Salud Infantil y de los Adolescentes en Colombia*, 18 de junio
- ✿ *Implementación del Marco Legal de la Investigación Clínica en Colombia*, 27 de octubre, en asocio con Colciencias

##### Cali

- ✿ *Evolución del Régimen Subsidiado en Colombia*, 23 de julio
- ✿ *Situación y perspectiva del modelo de las ESE's: Los casos de Bogotá, Barranquilla, Medellín y Cali*, 13 de noviembre, en asocio con: Observatorio de Políticas Públicas - POLIS de la Universidad Icesi y Programa Cali Cómo Vamos

##### Cartagena

- ✿ *Retos actuales en el acceso a los servicios de salud en Cartagena*, 16 de febrero, en asocio con Cartagena Cómo Vamos

##### Medellín

- ✿ *Análisis de Alternativas para el Cumplimiento de los Mandatos de la Sentencia 760 de 2008 emitida por la Corte Constitucional*, 29 de mayo

#### Foro Anual Así Vamos en Salud

- ✿ *¿Cómo va la salud en Colombia y cuáles son sus retos?*, 11 de Diciembre

# Indicadores de seguimiento al sector salud

- I. Demográficos
- II. Estado de salud
  - Salud infantil y materna
  - Enfermedades crónicas
  - Cáncer
  - Lesiones y violencia
- III. Servicios de salud
- IV. Aseguramiento
- V. Calidad

Los indicadores son una serie de cifras que nos brindan información estadística sobre cierto evento en un tiempo y lugar determinado (1). En la edición del Reporte Anual 2009, el Observatorio Así Vamos en Salud presenta indicadores de cinco tipos: demográficos, del estado de salud, de los servicios de salud, del aseguramiento y de la calidad.

Dichos indicadores se construyen con base en las recomendaciones expuestas por la Organización Panamericana de la Salud y con información suministrada por entidades oficiales de Colombia como el Departamento Nacional de Estadística (DANE), el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Instituto Nacional de Salud (INS), la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), el Ministerio de la Protección Social (MPS), el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). También se utilizan datos de otras fuentes primarias nacionales como las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) de Profamilia.

En varios casos, los indicadores (la definición o la metodología de cálculo) pueden coincidir con los de otras entidades (ej.: Indicadores básicos en salud OPS-MPS, o el sistema de seguimiento y evaluación a la protección social que implementa el MPS). Sin embargo, el aporte que quiere realizar el Observatorio Así Vamos en Salud se fundamenta en la construcción independiente de los indicadores, en la recolección de la información, en la presentación de las series para indagar las tendencias, en los comentarios, análisis y recomendaciones que se formulan y, todo esto, fundado en su autonomía como observatorio de la sociedad civil en el que confluyen universidades, fundaciones comprometidas con el desarrollo social y la equidad, medios de comunicación e instituciones del sector salud.

Para la generación de los indicadores se verifica que sus unidades y metodología de cálculo sean compatibles con organismos multilaterales, procurando así la comparación a nivel internacional. Para este Reporte Anual hemos hecho una selección de 24 indicadores nacionales, tratando de observar la tendencia histórica en los casos en que la información lo permite. En algunos indicadores se incluye el comportamiento por departamentos, seleccionando los casos más significativos. En la sección Qué dicen estos datos se ofrece un comentario sobre el desempeño del indicador a nivel nacional y en algunos casos a nivel departamental; una mirada internacional, buscando especialmente la comparación frente a la situación en Latinoamérica y por último se incluye una explicación con lecciones o recomendaciones pertinentes.

Teniendo en cuenta que la información de 2009 (DANE) es preliminar y por lo tanto no se presta para realizar comparaciones, la información departamental se presenta para el año 2008.

Para mayor información, lo invitamos a visitar la página Web de *Así Vamos en Salud*, [www.asivamosensalud.org](http://www.asivamosensalud.org), en la cual podrá encontrar éstos y otros indicadores.

Para facilitar el análisis los indicadores de Estado de salud han sido agrupados en cuatro categorías en función de su carácter: Salud infantil y materna, Enfermedades crónicas, Cáncer, Lesiones y violencia.

Los indicadores seleccionados para esta edición son los siguientes:

## I. Demográficos

1. Población y pirámide poblacional años 1990, 2000 y 2009
2. Diez primeras causas de muerte para Colombia

## II. Estado de salud

### Salud infantil y materna

3. Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos
4. Tasa de mortalidad en menores de 5 años
5. Razón de mortalidad materna
6. Prevalencia de bajo peso al nacer
7. Casos de sífilis congénita

### Enfermedades crónicas

8. Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
9. Mortalidad por enfermedades cerebro vasculares

### Cáncer

10. Mortalidad por cáncer de seno
11. Mortalidad por cáncer de cuello uterino (útero)
12. Mortalidad por cáncer gástrico
13. Mortalidad por cáncer de próstata

### Lesiones y violencia

14. Tasa de suicidios
15. Tasa de mortalidad por causas externas

## III. Servicios de salud

16. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión (con la vacuna triple viral)

## IV. Aseguramiento

17. Porcentaje de aseguramiento en salud

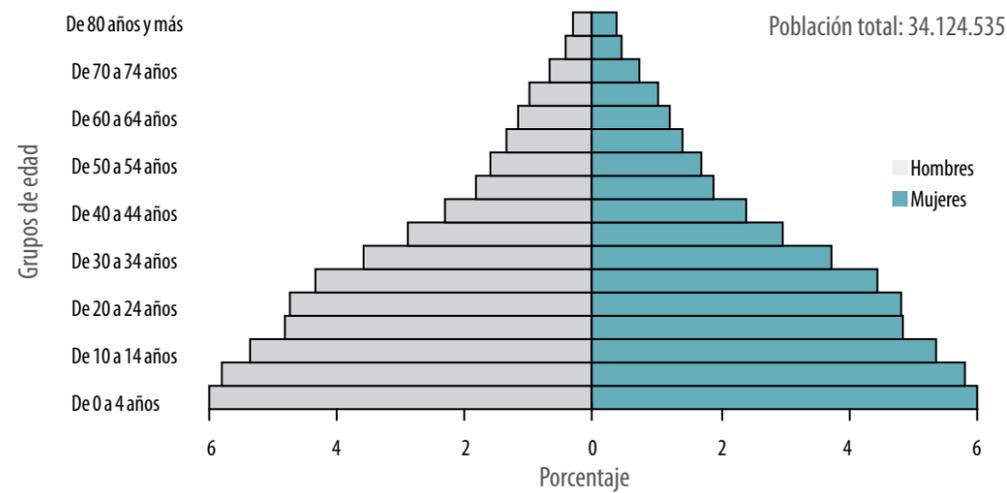
## V. Calidad

18. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general
19. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada
20. Oportunidad de la asignación de citas de odontología general
21. Proporción de cancelación de cirugías programadas
22. Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial controlada
23. Tasa de infección intra-hospitalaria
24. Tasa de satisfacción global

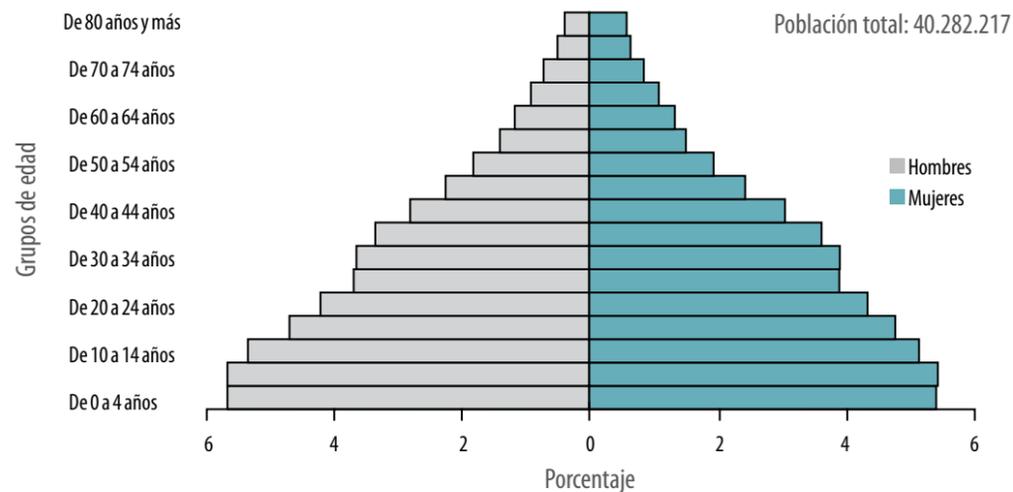
Se incluyen dos indicadores demográficos: el primero, la evolución de la población a lo largo del tiempo teniendo en cuenta la distribución por edades; y el segundo, las diez primeras causas de muerte. Esta información proporciona un panorama de contexto para analizar el conjunto de problemas de la salud, para facilitar la comprensión de la evolución de la mortalidad y morbilidad y para contribuir en la definición de prioridades y focalización de recursos para las actividades de prevención y control (2).

### 1. Población y pirámide poblacional (1990-2000-2009)

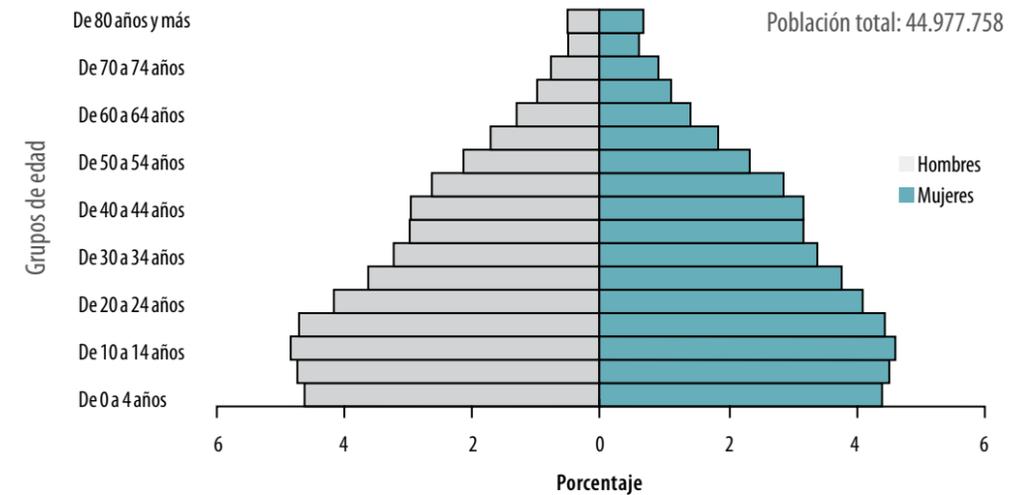
Gráfica 1a PIRÁMIDE POBLACIONAL / COLOMBIA\_1990



Gráfica 1b PIRÁMIDE POBLACIONAL / COLOMBIA\_2000



Gráfica 1c PIRÁMIDE POBLACIONAL / COLOMBIA\_2009



Fuente: DANE

#### Qué dicen estos datos

La evolución de la pirámide poblacional en Colombia en estos dos decenios muestra que avanza la transformación hacia un “rectángulo” como ocurre en los países europeos, donde los mayores representan una proporción de la población cada vez más elevada y los niños y jóvenes dejan de ser la gran base de la estructura poblacional. Esta tendencia se denomina transición demográfica (3). Este es un proceso generalizado en todos los países de América Latina (4).

Los principales factores que explican esta tendencia al envejecimiento poblacional son el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de fecundidad, el mejoramiento de las condiciones sanitarias, la atenuación del ritmo de crecimiento de la población y los procesos de migración (5).

Es de advertir que tanto el aumento progresivo de la población colombiana, como en especial del grupo de los adultos mayores, representan un desafío para las políticas y los recursos que el Estado y la sociedad deben proveer para garantizar el acceso a los servicios de salud, la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y la inclusión social como dimensiones del desarrollo.

## 2. Diez primeras causas de muerte para Colombia

Tabla y Gráfica 2

EVOLUCIÓN PRIMERAS 10 CAUSAS DE MUERTE ENTRE 2000 Y 2008, COLOMBIA

10 primeras causas de mortalidad	Tasa de Mortalidad	
	2000	2008
Agresiones (homicidios)	68,02	38,05
Enfermedades isquémicas del corazón	52,93	64,45
Enfermedades cerebrovasculares	33,03	32,52
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	19,49	25,82
Accidentes de transporte de motor	16,80	14,57
Diabetes Mellitus	15,83	16,47
Enfermedades hipertensivas	12,74	12,82
Neumonía	*	13,21
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	11,35	*
Neumonía	11,19	*
Tumor maligno del estómago	10,42	*
Otras enfermedades del sistema digestivo	*	14,59
Enfermedades del sistema urinario	*	11,65

\* Tasas de mortalidad que no están dentro de las diez primeras de cada año.



Fuente: Así Vamos en Salud

“La Organización Mundial de la Salud reporta que, en la actualidad, cerca del 80% de muertes debidas a enfermedades crónicas ocurren en países de ingresos bajos y medianos (6), siendo éste el caso de Colombia, ...”

### Qué dicen estos datos

Las principales causas de muerte en Colombia entre 2000 y 2008 no han sufrido mayores cambios y corresponden principalmente a las enfermedades crónicas (aquellas de larga duración y de progresión lenta) no transmisibles como la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular, la hipertensión arterial, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la diabetes, el cáncer de pulmón y de estómago.

Los homicidios han disminuido significativamente. Sin embargo, se mantiene como una de principales causas, pasando de una tasa de 68,02 en 2000 a 38,50 por 100.000 habitantes en 2008. Son ahora la segunda causa después de las enfermedades isquémicas del corazón.

Las muertes por enfermedades infecciosas respiratorias han ascendido de una tasa de 11,35 en 2000 a 13,11 muertes por 100.000 habitantes en 2008. Un incremento similar ha tenido las enfermedades pulmonares crónicas y las enfermedades isquémicas del corazón.

A través del tiempo las enfermedades infecciosas se han visto como enfermedades propias del mundo en desarrollo. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud reporta que, en la actualidad, cerca del 80% de muertes debidas a enfermedades crónicas ocurren en países de ingresos bajos y medianos (6), siendo éste el caso de Colombia, donde las enfermedades tanto infecciosas como crónicas no transmisibles coexisten en el perfil de mortalidad de la población.

En Latinoamérica, la mayoría de los países se encuentran en la misma situación. Las enfermedades crónicas han reemplazado a las infecciosas en los primeros lugares, de la misma manera que los accidentes de tránsito y los homicidios. Las enfermedades crónicas no transmisibles cobran 2 de cada 3 muertes ocurridas en América Latina y el Caribe (4).

### Ficha técnica

**Nombre**  
Primeras causas de muerte

**Definición**  
10 primeras entidades según la clasificación de enfermedades CIE-10 lista 6/67, responsables de las mayores tasas de mortalidad para una población y tiempo específico.

**Metodología de cálculo**  
Se calcula la tasa de mortalidad por todas las causas de muerte reportadas en la población colombiana. Posteriormente, se organizan en orden descendente y se escogen las primeras 10.

Numerador: Número de muertes por una causa específica en el total de la población.

Denominador: Total de la población

**Fuente**  
Estadísticas vitales, DANE, año 2008

Los indicadores del estado de salud nos sirven también para hacer seguimiento a las políticas públicas y sus desarrollos entre los distintos actores del sistema de salud, dirigidos a impactar alguno de estos indicadores así como evaluar la evolución de alguna enfermedad puntual en la población colombiana.

## Estado de Salud

Los indicadores que se presentan a continuación pretenden dar una imagen general de la salud de los colombianos. Algunos de ellos expresan el nivel de desarrollo de un país, como por ejemplo la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la tasa de fecundidad en adolescentes, entre otros.

Por esta razón, algunos de estos indicadores hacen parte de las metas trazadas por las Naciones Unidas en la Cumbre del Milenio realizada en el año 2000 en la que los 192 países miembros en un intento por solucionar los grandes problemas sociales de la humanidad, proponen nueve (9) Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM) y para cada uno de ellos se trazan metas específicas. En materia de salud, dichas metas son evaluadas con la medición de indicadores como los que se presentan en esta sección.

Además de dar una perspectiva de la situación en salud de los colombianos, los indicadores del estado de salud nos sirven también para hacer seguimiento a las políticas públicas y sus desarrollos entre los distintos actores del sistema de salud, dirigidos a impactar alguno de estos indicadores así como evaluar la evolución de alguna enfermedad puntual en la población colombiana.

## Salud infantil y materna

La salud infantil y materna es un indicador del desarrollo de un país, por ésta razón es incluida dentro de los objetivos del desarrollo del milenio.

Más de 9 millones de niños menores de 5 años mueren cada año (7), la mayoría de estas defunciones ocurren en países en desarrollo. Las principales causas de muerte son neumonía, diarrea, infección por malaria, sarampión y VIH/SIDA (7). Todas ellas prevenibles. Adicionalmente, la malnutrición, el bajo peso al nacer y la ausencia de lactancia materna, son los principales factores de riesgo para morir antes de los 5 años, (7) todos ellos modificables. Por otro lado la principal causa del bajo peso al nacer es la desnutrición materna que esta íntimamente relacionada con la condición socioeconómica de dichas madres. El bajo peso al nacer, genera retraso en el crecimiento (8) (9), anemia infantil (10) (9), y debilidad del sistema inmune (9). Por ésta razón, la alta prevalencia del bajo peso al nacer contribuye a perpetuar la brecha entre los quintiles con ingresos más altos y los más bajos.

A nivel mundial, 1000 mujeres mueren a diario debido a complicaciones durante el embarazo y el parto, muchas de estas muertes son prevenibles con intervenciones sencillas y ampliamente conocidas (11), por esta razón, se relacionan estas muertes con el acceso y la calidad a servicios de salud. Las principales causas de muerte en mujeres embarazadas son: Sangrado post parto, infecciones, preeclampsia, eclampsia y obstrucción en el canal del parto (11). Tres de ellas detectables por medio del control prenatal (12) (11) y las otras dos curables si son tratadas oportunamente.

A continuación, se presentan las tendencias de mortalidad infantil, bajo peso al nacer, mortalidad materna y casos de sífilis congénita. Para ver estos y otros indicadores, visite la página: [www.asivamosensalud.org](http://www.asivamosensalud.org)

### 3. Tasa de mortalidad infantil

Tabla 3

#### TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 <sup>P</sup>
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos.	19,51	19,59	20,41	19,92	18,05	17,18	16,28	15,91	15,47	15,32	14,72	13,96

P= dato preliminar

Fuente: Estadísticas vitales, DANE

Gráfica 3

#### TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, COLOMBIA 1998 - 2009<sup>P</sup>

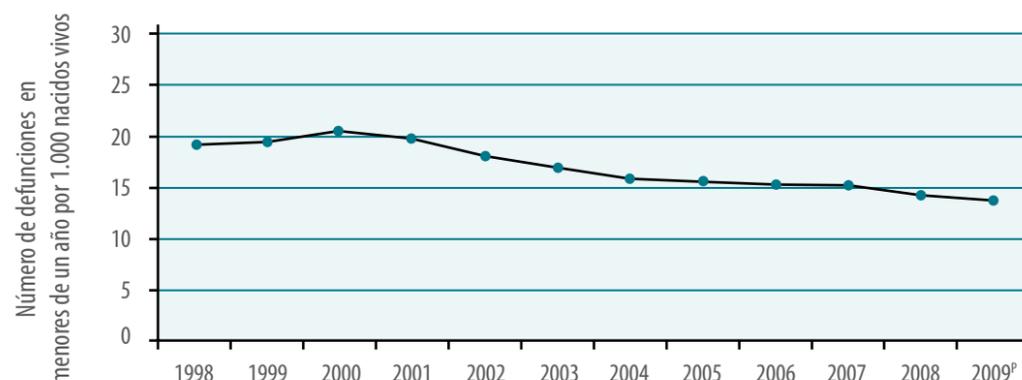


Tabla 3a

#### MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, COLOMBIA 2008

DEPARTAMENTO	Nacidos Vivos	Def < 1 años	Tasa mort. Infantil
Guainía	559	22	39.36
Vaupés	676	25	36.98
Chocó	4,979	165	33.14
Vichada	675	22	32.59
Caquetá	7,267	197	27.11
Nacional	680,226	8876	13.05

#### Qué dicen estos datos

La disminución de la mortalidad infantil es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – ODM-. La meta es reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años entre 1990 y 2015. Para el caso específico de Colombia, la meta es llegar a 14 muertes en menores de un año por cada mil nacidos vivos.

En los últimos ocho años la mortalidad infantil ha venido disminuyendo de manera progresiva en el país. Con una línea de base de 28 muertes por cada mil nacidos vivos en 1990, la tasa pasó de 20.41 en 2000 a 14.72 muertes por cada mil nacidos vivos en 2008, alcanzando en el promedio del país la meta propuesta por los ODM.

A nivel departamental la situación es diferente: solo 13 de los 32 departamentos han logrado cumplir con la meta al 2008 teniendo en cuenta que la información para 2009 es preliminar. Los departamentos en los que la situación presenta mayor gravedad son Chocó, Vaupés, y Guainía que tienen tasas de mortalidad superiores a 30, las cuales se asemejan a la tasa de mortalidad infantil de América Latina y el Caribe que es 22 por mil nacidos vivos y a la tasa mundial (49 muertes por cada mil nacidos vivos), de acuerdo con el informe del Estado Mundial de la Infancia 2007 (13).

La mortalidad infantil evitable está determinada por factores socioeconómicos (determinantes intermedios) como el salario, la educación y el estatus social, los cuales al estar en detrimento conllevan a desnutrición, enfermedades infecciosas y accidentes (determinantes próximos) (14). Las intervenciones dirigidas a disminuir los determinantes próximos, entre ellas los controles prenatales, la lactancia materna, la vacunación, un mayor acceso a servicios públicos como agua y alcantarillado, han demostrado ser eficaces para el control de la mortalidad (15).

En Colombia este descenso sostenido podría corresponder a la creación e implementación de políticas públicas de salud enfocadas de esta manera, como el Plan Nacional de Salud Pública de 2007-2010, la adopción del programa de Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y la reciente inclusión de nuevas vacunas al Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) lo cual permite mejorar las condiciones de salud de los niños en Colombia (16).

#### Ficha técnica

**Nombre**  
Tasa de Mortalidad Infantil

**Definición**  
Cociente entre el número de muertes de niños de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos para el mismo año, expresado por 1,000 nacidos vivos para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

**Metodología de cálculo**  
Numerador: Número de muertes de niños menores de un año de edad.  
Denominador: Total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de Medida: por 1000 nacidos vivos.

**Fuente**  
Estadísticas vitales, DANE, año 2009p.

#### 4. Tasa de mortalidad en menores de cinco años

Tabla 4

##### TENDENCIA DE LA MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 <sup>p</sup>
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	24,28	23,75	24,56	24,25	22,23	21,17	19,94	19,42	18,86	18,51	17,68	17,19

Fuente: Estadísticas vitales, DANE

Gráfica 4

##### TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS 1998 - 2009<sup>p</sup>

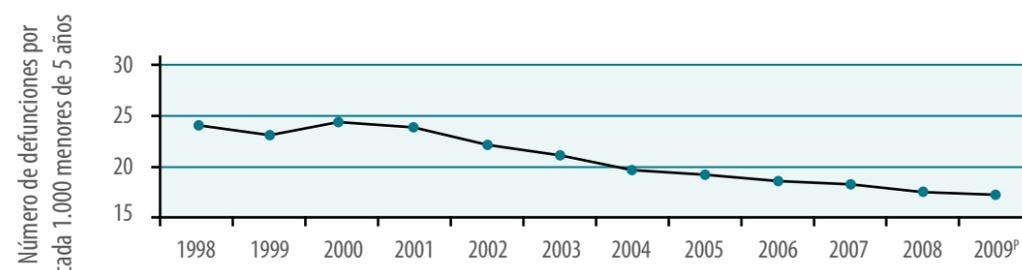


Tabla 4a

##### TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

##### POR 1.000 NACIDOS VIVOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, COLOMBIA 2008

DEPARTAMENTO	Nacidos vivos	Defunciones en < 5 años	Tasa mortalidad < 5
Total Nacional	714.477	12.663	17,72
Caquetá	7.268	228	31,37
Chocó	5.111	235	45,98
Guainía	559	26	46,51
Vichada	744	36	48,39
Vaupés	678	40	59,00

#### Qué dicen estos datos

Según datos del DANE, en el 2008 murieron 12.633 niños menores de cinco años (17,68 muertes por mil nacidos vivos). Entre las cinco primeras causas se encuentran enfermedades que afectan principalmente a los recién nacidos: malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana (infección diseminada por bacterias).

En el mismo sentido, cabe señalar que la mayoría de las muertes en niños menores de cinco años se presenta en el grupo de menores de un año: en 2008, el 83% de las defunciones en este grupo de edad correspondieron a niños menores de un año, porcentaje que se ha mantenido constante en los últimos diez años.

Al tomar en cuenta las muertes de los niños entre 1 y 4 años, las principales causas son enfermedades prevenibles (infecciones respiratorias agudas y enfermedades infecciosas intestinales) incluyendo las causas externas (ahogamientos, accidentes en el hogar y de tránsito). Este perfil de mortalidad deja en evidencia la necesidad de implementar y fortalecer mecanismos de prevención de enfermedades y de accidentes en los niños, por ejemplo aumentar la cobertura de vacunación y la educación sobre el lavado de manos para prevenir infecciones respiratorias agudas y enfermedades infecciosas intestinales (entre otras estrategias) (15) (17) y la implementación de medidas de protección para los niños en los automóviles, los hogares, los centros educativos y los lugares de recreación (18).

De acuerdo con el Informe Salud de las Américas 2007 (4), para el 2004, Colombia tenía una tasa de 19,94 muertes por 1000 nacidos vivos, mostrando mejores cifras que Venezuela y Perú con 73,7 y 31,0 muertes por 1000 nacidos vivos respectivamente, mientras que Costa Rica y Nicaragua tenían tasas de 4,8 y 10,0 muertes por 1000 nacidos vivos siendo las tasas más bajas para Latinoamérica de este informe.

A nivel departamental, los datos varían significativamente. Las cifras más altas de mortalidad en menores de 5 años se encuentran en los departamentos donde el porcentaje de hogares con necesidades insatisfechas superan el 50% (19) (Chocó, Guainía, Vichada y Vaupés), haciendo así evidente la relación entre el estado socioeconómico y las muertes en menores de 5 años. La tasa nacional de mortalidad en este grupo de edad es de 17,19, estando muy cerca de cumplir la meta (a 0,19 muertes por 1000 nacidos vivos).

Esta información es una alerta para Colombia, puesto que revela los grandes niveles de inequidad que se viven en el país. Un reto indiscutible para las entidades gubernamentales es mejorar las condiciones de vida de estos colombianos (hablando en especial de acueducto, alcantarillado y alfabetismo (20).

#### Ficha técnica

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

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

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

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

**Fuente**  
Estadísticas vitales, DANE, año 2009 preliminar

## 5. Razón de mortalidad materna

Tabla 5

### TENDENCIA DE MORTALIDAD MATERNA

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	104,94	98,58	84,37	77,81	78,69	73,06	75,02	75,57	59,06

Fuente: Estadísticas vitales, DANE

Gráfica 5

### RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, COLOMBIA 2000-2008

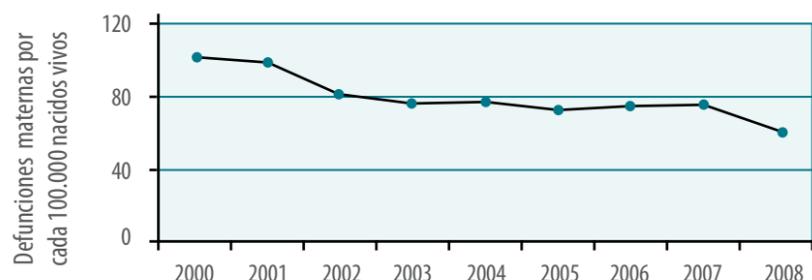


Tabla 5a

### RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, INFORMACIÓN

#### POR DEPARTAMENTO, COLOMBIA 2008

DEPARTAMENTO	Nacidos Vivos	Defunciones maternas	Razón mortalidad materna
Total Nacional	714.477	422	59,06
Guaviare	1.610	2	124,22
Cauca	15.590	20	128,29
Chocó	5.111	13	254,35
Amazonas	1.475	4	271,19
Guainía	559	2	357,78

### Qué dicen estos datos

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio –ODM– consiste en mejorar la salud materna. Para lograrlo, los países se comprometieron a reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes. Para el caso de Colombia la meta es reducir a 45 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Según un estudio que analiza la tendencia de la mortalidad materna entre 1980 y 2008 en 181 países (21), se estima que en el 2008 ocurrieron 342.000 muertes a nivel mundial, comparado con 526.300 en 1980, lo que significa una tasa de disminución anual de 1,5% en este periodo. Sin embargo, con la aparición de la epidemia de VIH a principios de los 90, hubo una desaceleración en la disminución de las muertes maternas a nivel mundial. Según este mismo estudio la tasa de mortalidad materna global fue de 422 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 1980, comparado con 320 en 1990 y 251 en 2008. En cuanto a la tasa de mortalidad materna en países de América Latina, el estudio concluyó que es menor en comparación con África y algunas zonas de Asia, pero considerablemente mayor que en Europa, Australia y Norte América.

Según datos del DANE, en el año 2008, la razón de mortalidad materna en Colombia fue de 59,06 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que representa una disminución del 43,7% de la mortalidad materna frente al año 2000. Sin embargo, aún estamos lejos de cumplir la meta propuesta para el 2015 que es de 45 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Después de un periodo de tres años donde no hubo cambios significativos en la tendencia, en el 2008 la mortalidad materna desciende de la misma manera que lo hizo en el año 2001, alcanzando el valor más bajo en los últimos 8 años. Esta disminución debe continuar progresivamente para conseguir la meta planteada para Colombia.

Las cifras varían a lo largo del territorio nacional: de nuevo los departamentos de Chocó, Amazonas y Guainía presentan las más altas tasas de mortalidad materna con 254,35, 271,19 y 357,78 muertes por cada 100.000 nacidos vivos respectivamente, mientras que sólo nueve departamentos ya alcanzaron la meta.

Para el año 2008, en los departamentos con mayores tasas de mortalidad materna, también se encuentra el menor porcentaje de partos institucionales (22) y en la Encuesta de Demografía y Salud realizada en el 2005 (23) se refleja que esos mismos departamentos tenían los más bajos porcentajes de atención prenatal.

Si bien en general se presenta una disminución de la mortalidad materna a nivel mundial, en Colombia se debe continuar trabajando en las actividades propuestas en el Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna (24), donde el Ministerio de la Protección Social, establece la reducción de la mortalidad materna como prioridad en salud pública.

#### Ficha técnica

**Nombre**  
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.

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

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

**Fuente**  
Estadísticas vitales, DANE

## 6. Prevalencia de bajo peso al nacer

Tabla 6

### TENDENCIA DE BAJO PESO AL NACER

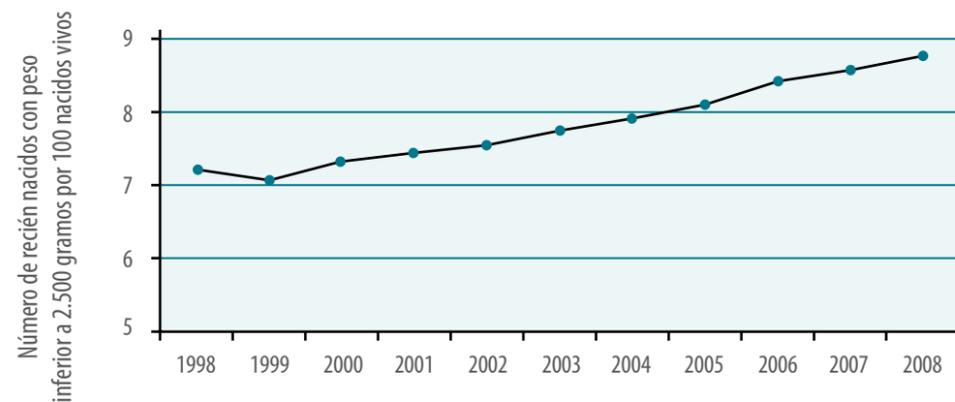
Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Prevalencia de bajo peso al nacer (recién nacidos con peso inferior a 2.500 gr.) por 100 nacidos vivos.	7,22	7,03	7,33	7,44	7,64	7,75	7,91	8,11	8,44	8,6	8,77

Fuente: Estadísticas vitales, DANE

Gráfica 6

### PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER

#### POR 100 NACIDOS VIVOS, COLOMBIA 1998-2008



#### Qué dicen estos datos

De acuerdo con UNICEF, cada año en el mundo nacen aproximadamente 20 millones de niños con bajo peso (menos de 2,5 kg), lo que corresponde al 14% de todos los nacidos vivos (25). Más del 96% de los casos de bajo peso al nacer ocurren en el mundo en desarrollo. Las principales causas de bajo peso al nacer son infecciones y anemia que en la mayoría de los casos son consecuencia de desnutrición materna, así como el embarazo adolescente (26), ambos ligados a factores socioeconómicos como el salario y la educación.

Las intervenciones de mayor impacto para reducir el bajo peso al nacer antes de la concepción son: el mejoramiento del estado nutricional de la mujer en edad reproductiva, la educación y el acceso a métodos de planificación familiar para las poblaciones de alto riesgo (adolescentes, mujeres con enfermedades crónicas o mayores de 40 años). La principal actividad preventiva es el adecuado control prenatal, puesto que se pueden detectar a tiempo y prevenir posibles complicaciones tales como la preclampsia y la ruptura prematura de membranas que llevan también a bajo peso al nacer por parto prematuro (27).

Reducir la incidencia de bajo peso al nacer en un tercio entre 2000 y 2010 fue una de las principales metas adoptadas por la declaración y plan de acción de las Naciones Unidas "Un Mundo Apropiado para la Infancia". Sin embargo, en Colombia a pesar de que dentro del Plan Nacional de Salud Pública se encuentran como primer y segundo objetivo la mejora de la salud materno infantil (la cual incluye el fortalecimiento a la calidad y cobertura del control prenatal), y la mejoría de la salud sexual y reproductiva (28), son esfuerzos que no parecen ser suficientes, debido a la tendencia ascendente de la prevalencia del bajo peso al nacer en la última década.

En el país, el porcentaje de niños que nacen con bajo peso ha venido en aumento durante los últimos años. En el 2000, la prevalencia de bajo peso al nacer era de 7,33 por cada 100 nacidos vivos, mientras que en el 2008 este porcentaje aumentó a 8,77.

Se presentan también diferencias por departamentos. Vaupés, Meta, Caquetá y Casanare presentan las menores prevalencias de bajo peso al nacer, mientras que La Guajira, Boyacá, Antioquia son las dos regiones con porcentajes más altos: 9,00, 9,22 y 9,35 respectivamente.

Estas diferencias no se pueden atribuir únicamente a condiciones sociodemográficas. Un factor que puede contribuir a explicar el incremento es de tipo estadístico dado el mejor registro de los procesos de maternidad, teniendo en cuenta que el aumento de los partos institucionales, el fortalecimiento de las redes de información y el aumento en el número de salas de cuidado intensivo neonatal hacen que el registro de dichas entidades aumente.

Es posible atribuir a esta explicación las cifras encontradas en Antioquia y Bogotá puesto que la mortalidad infantil y materna de éstos departamentos se encuentran en disminución. No obstante, el comportamiento del bajo peso al nacer en Colombia merece un estudio más profundo con el fin de conocer los determinantes de este fenómeno y ajustar y fortalecer las políticas públicas para enfrentarlo, dada la gravedad de las implicaciones sobre el desarrollo infantil, como la baja talla infantil, alteraciones inmunitarias y deficiencia de hierro, entre otras (8).

#### Ficha técnica

**Nombre**  
Prevalencia de bajo peso al nacer por 100 nacidos vivos

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

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

**Fuente**  
Estadísticas vitales, DANE.

## 7. Casos de sífilis congénita

Tabla 7

### TENDENCIA DE CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Casos de sífilis congénita	946	954	1192	1230	1415	1545	1413	1417	1252

Fuente: Instituto Nacional de Salud

Gráfico 7

### CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA

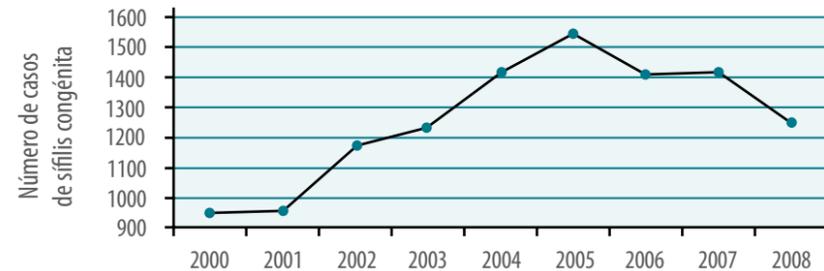


Tabla 7a

### CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA POR DEPARTAMENTO, COLOMBIA 2008

DEPARTAMENTO	Casos
Total Nacional	1252
Bogotá D.C.	307
Valle	224
Tolima	74
Meta	59
Sucre	52

### Qué dicen estos datos

En el año 1994, durante la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, Colombia se comprometió a reducir la incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos para antes del año 2000 mediante de la adopción de medidas dedicadas al diagnóstico temprano y tratamiento adecuado a las mujeres embarazadas que presentan la infección (24). Sin embargo, para el año 2000 se presentaron 1,26 casos de sífilis congénita por cada 1000 nacidos vivos, y posteriormente ha venido en aumento: alcanzando en 2008 la cifra de 1,84 por 1000 nacidos vivos, lo que corresponde a un total de 1252 niños y niñas que fueron diagnosticados con sífilis congénita.

Se estima que para el 2007 en América Latina nacieron 164.000 niños con sífilis congénita y por esta razón se ha dado comienzo a campañas masivas que llevan a una mejor vigilancia y estrategias para la eliminación de la transmisión materno infantil de sífilis y VIH/ SIDA en todo el continente (24).

A nivel departamental, mientras San Andrés, Vaupés y Amazonas no presentaron ningún caso, Bogotá, Valle y Tolima son los que más casos registran. Guainía tiene la tasa de incidencia más alta con 5,28 casos por cada 1000 nacidos vivos (como se puede observar en el indicador de Incidencia de Sífilis Congénita en nuestra página web) encontrándose muy lejos de la meta definida para el 2000. Esta situación contrasta con el hecho de que la cobertura de control prenatal en Guainía es del 94% según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud hecha por Profamilia (23), lo cual genera un llamado de atención para revisar la calidad de aquellos controles.

A pesar de tratarse de una enfermedad cuyo diagnóstico (mediante la serología VDRL) y tratamiento son conocidos y de bajo costo (antibióticos convencionales como la penicilina y las cefalosporinas), el aumento en el número de casos refleja las carencias en la implementación sistemática de acciones de promoción de la salud materno fetal (motivación al acceso al control prenatal y al autocuidado), sino también de programas de prevención y tratamiento en salud sexual y reproductiva incluyendo enfermedades de transmisión sexual.

Estas cifras son preocupantes: uno, porque es inaceptable en las condiciones actuales del sistema de salud que se presenten casos de sífilis congénita; dos, porque implican el incumplimiento de los Objetivos del Milenio 4 y 5: Reducir la mortalidad infantil y Mejorar la salud materna; y tres, porque la presencia de casos de sífilis congénita refleja inequidades en el acceso a servicios de salud de calidad para las madres y sus recién nacidos teniendo en cuenta que aquellas que sí acceden son diagnosticadas y tratadas para esta enfermedad.

Esta situación también llama la atención sobre la necesidad de incrementar las actividades educativas en salud sexual y reproductiva para niños, adolescentes, jóvenes y adultos en ámbitos complementarios a los servicios de salud.

#### Ficha técnica

**Nombre**  
Casos de sífilis congénita

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

**Metodología de Cálculo**  
Unidad de medida: Casos

**Fuente**  
Instituto Nacional de Salud

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia del 2005 (Ensin) reveló que el 35% de la población consume carbohidratos en exceso y el 25,8% tiene una dieta con exceso de grasas saturadas; el consumo de alcohol y cigarrillo asciende a 10.3% y 13% respectivamente; y menos del 50% de los colombianos realiza el mínimo de actividad física recomendada (29). Se evidencia así una importante exposición de los colombianos a factores de riesgo prevenibles para enfermedades crónicas.

## Enfermedades Crónicas

A través del tiempo, las enfermedades infecciosas (como las enfermedades diarreicas, la tuberculosis, la neumonía, entre las más frecuentes) se han visto como enfermedades propias del mundo en desarrollo más que las enfermedades crónicas. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud reporta que aproximadamente el 80% de muertes debidas a enfermedades crónicas ocurren en países de ingresos bajos y medianos (6), siendo este el caso de Colombia, donde las enfermedades tanto infecciosas como crónicas no transmisibles coexisten en el perfil de mortalidad de la población.

Las enfermedades crónicas son de larga duración y de progresión lenta. En esta categoría se encuentran las enfermedades cardiovasculares, las pulmonares crónicas, el cáncer y la diabetes. Los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas son el consumo de alcohol y cigarrillo, malos hábitos alimentarios e inactividad física, todos ellos prevenibles (6).

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia del 2005 (ENGIN) reveló que el 35% de la población consume carbohidratos en exceso y el 25,8% tiene una dieta con exceso de grasas saturadas; el consumo de alcohol y cigarrillo asciende a 10.3% y 13% respectivamente; y menos del 50% de los colombianos realiza el mínimo de actividad física recomendada (29). Se evidencia así una importante exposición de los colombianos a factores de riesgo prevenibles para enfermedades crónicas.

## Enfermedades Cardiovasculares

Son la primera causa de muerte en el mundo: aproximadamente 17.5 millones de personas murieron en el 2005 por esta causa, representando el 29% de todas las muertes mundiales (30). En Colombia, desde hace más de 20 años éstas enfermedades han estado entre las primeras cinco causas de mortalidad a nivel nacional.

Este grupo de enfermedades – cardiovasculares- está compuesto por varias entidades: la enfermedad coronaria, la cerebro-vascular, la periférica arterial, la enfermedad reumática, la enfermedad cardíaca congénita y la trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar.

Los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular son la edad avanzada, factores hereditarios, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia (colesterol alto), la diabetes, el tabaquismo, la inactividad física y la obesidad y sobrepeso. Solamente los dos primeros son inmodificables mientras que los demás corresponden a estilos de vida y hábitos.

En cuanto a la prevalencia de estos factores de riesgo en Colombia según la Encuesta Nacional de Salud del 2007, el porcentaje de población hipertensa es de 9%, mientras que el sobrepeso está presente en el 32% y la obesidad en el 14% de la población. Adicionalmente, al medir los niveles de colesterol en la población se encontró que el 8% tiene niveles superiores a 240 mg/dl correspondiente a un riesgo alto para enfermedad cardiovascular (los valores óptimos son menores de 200mg/dl) (31). Además la hipertensión y la diabetes también hacen parte de las primeras causas de muerte en Colombia para el 2008. Este conjunto hace evidente que la prevención de estos factores de riesgo cobra vital importancia para la población colombiana.

## 8. Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón

Tabla 8

### TENDENCIA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ISQUÉMICAS

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por 100.000 habitantes	51,64	55,12	55,61	56,67	55,46	56,23	58,37	61,37	61,66	61,71	64,45

Fuente: Estadísticas vitales, DANE

Gráfica 8

### MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ISQUÉMICAS

#### DEL CORAZÓN POR 100.000 HABITANTES, COLOMBIA 1998-2008

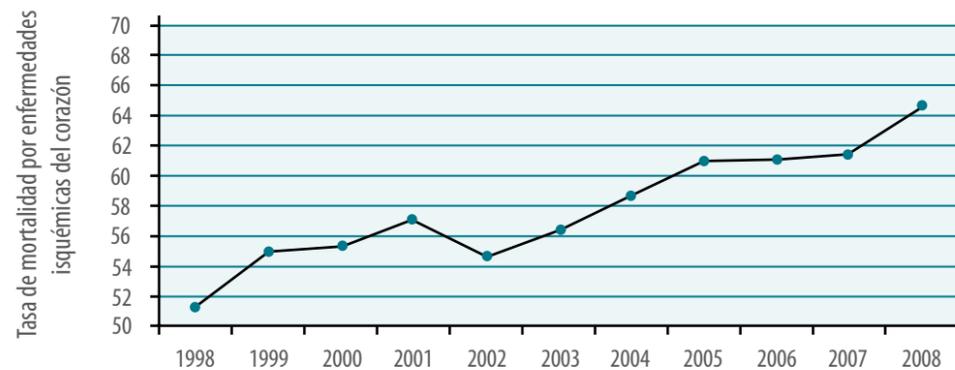


Tabla 8a

### MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN

#### POR DEPARTAMENTO, COLOMBIA 2008

DEPARTAMENTO	Mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón	Población	Tasa
Tolima	1.687	1.378.937	122,34
Caldas	1.185	974.514	121,60
Quindío	597	543.532	92,65
Risaralda	847	914.170	254,35
Boyacá	1.002	1.263.281	79,32
Total Nacional	28.650	44.450.260	64,45

### Qué dicen estos datos

Las enfermedades isquémicas del corazón comprenden, según la clasificación mundial de enfermedades CIE-10, la angina inestable, el infarto agudo del miocardio, la trombosis coronaria no resultante en infarto agudo del miocardio, el síndrome de Dressler y la enfermedad cardíaca crónica. Todas éstas son causadas principalmente por la enfermedad coronaria.

Constituyendo la primera causa de muerte en Colombia desde el año 2005, las enfermedades isquémicas del corazón tienen una tendencia al aumento, pasando de 51,64 muertes por 100.000 habitantes en 1998 a 64,45 en el 2008, siendo ésta la tasa más alta en los últimos 10 años.

De acuerdo con el Informe Salud en las Américas 2007 (4), para el 2003 la tasa nacional (56,23) fue superior a las de Chile (50,9) y Ecuador (20,4). En 2004 Colombia, con una tasa de 58,37 muertes por 100.000 habitantes, excedió la tasa de países como Perú, 25,0, El Salvador con 27,5 y sólo es sobrepasado por Nicaragua con una tasa de 76,9 muertes por 100.000 habitantes.

A nivel departamental, Tolima presenta la tasa más alta de mortalidad con 122,34 muertes por 100.000 habitantes, seguida por Caldas y Quindío con 121,60 y 109,84 respectivamente. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud del 2007 (32), donde los departamentos con más alto número de hipertensos son Caldas y Quindío (11,3 y 11,1 %), al tiempo que Tolima se encuentra dentro de los primeros 10 departamentos (9,3%). Cabe resaltar que ésta encuesta también estimó que solo el 2,5% de los pacientes hipertensos en los departamentos de Quindío y Caldas y el 2,4% en Tolima recibieron recomendaciones sobre ejercicio (una de las primeras actividades preventivas a realizarse en pacientes hipertensos (33).

Se evidencia de esta forma que las deficiencias en el tratamiento del riesgo cardiovascular de estos individuos resultan en desenlaces adversos. Es fundamental, por lo tanto, el control y reducción de los factores de riesgo modificables por medio de recomendaciones y consejería en hábitos de vida saludable a toda la población colombiana, así como la necesidad de prevenir este tipo de desenlaces con la consejería oportuna a pacientes que ya tienen algún factor de riesgo.

### Ficha técnica

**Nombre**  
Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por 100.000 habitantes

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

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: Número total de defunciones estimadas por enfermedades isquémicas del corazón en una población.  
Denominador: Total de la población. Unidad de Medida: Por 100.000 habitantes.

**Fuente**  
Estadísticas vitales, DANE.

## 9. Mortalidad por enfermedades cerebro vasculares

Tabla 9

### TENDENCIA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mortalidad por enfermedades cerebro vasculares por 100.000 habitantes	32,38	33,70	34,70	33,25	33,00	33,33	32,29	32,25	32,91	32,09	32,52

Fuente: Estadísticas vitales, DANE

Gráfica 9

### MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES

#### POR 100.000 HABITANTES, COLOMBIA 1998-2008

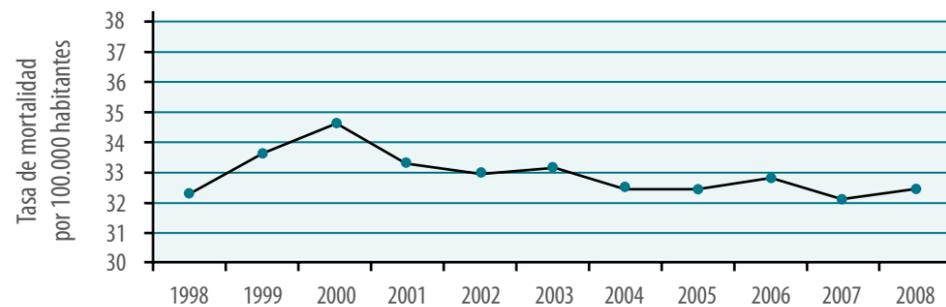


Tabla 9a

### MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES

#### POR DEPARTAMENTO, COLOMBIA 2008

DEPARTAMENTO	Mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular	Población	Tasa
Boyacá	613	1.263.281	48,52
Caldas	407	974.514	41,76
Atlántico	904	2.255.164	40,09
Valle del Cauca	1.707	4.293.230	39,76
Risaralda	353	914.170	38,61
Total Nacional	14.455	44.450.260	32,52

Las enfermedades cerebro vasculares fueron la tercera causa de muerte a nivel nacional en 2008 después de las enfermedades isquémicas del corazón y los homicidios.

### Qué dicen estos datos

Cada año las enfermedades cerebro vasculares afectan a 15 millones de personas en el mundo, cinco millones mueren y otros cinco millones quedan en situación de discapacidad permanente, y están en las primeras tres causas de muerte de países como Chile, Ecuador, Costa Rica y Perú.

En Colombia la situación es similar: las enfermedades cerebro vasculares fueron la tercera causa de muerte a nivel nacional en 2008 después de las enfermedades isquémicas del corazón y los homicidios. En los últimos siete años la tasa de mortalidad ha disminuido en dos puntos, de 34.7 a 32.52 muertes por cada 100.000 habitantes. Entre sus consecuencias está, además, que genera 456 mil años de vida perdida ajustados a discapacidad (DALYS por sus siglas en inglés) (34).

Los departamentos con mayores tasas de mortalidad son Boyacá, Caldas y Atlántico con tasas de 48,52, 41,76 y 40,09 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente. Estos departamentos también se encuentran dentro del grupo de los 10 con mayor porcentaje de individuos hipertensos. Sin embargo, es interesante ver como en éste caso interactúan además otros factores de riesgo sobre estas mismas regiones, como por ejemplo: el más alto porcentaje de individuos diabéticos se encuentra en Boyacá con 6,5% de prevalencia en la población y Atlántico presenta una prevalencia de 4,8%, superior a todas las demás regiones del país de hipercolesterolemia (32).

Una vez más, vemos como los factores de riesgo y su debido control son de vital importancia para prevenir este tipo de eventos en la población colombiana y sus secuelas de discapacidad y muerte.

### Ficha técnica

**Nombre**  
Mortalidad por enfermedades cerebro vasculares por 100.000 habitantes.

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

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: Número total de defunciones estimadas por enfermedades cerebro vasculares en una población.

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

**Fuente**  
Estadísticas vitales, DANE.

El cáncer es una de las primeras causas de mortalidad a nivel mundial (35). Según la OMS, en el 2007 murieron aproximadamente 8 millones de personas como consecuencia de algún tipo de cáncer, y se calcula que para el año 2030 esta cifra aumentará a 12 millones. En hombres el cáncer más común es el de pulmón, seguido por los de estómago, hígado, colon y recto, esófago y próstata. En mujeres la mayor mortalidad está dada por el cáncer de seno, seguido por los de pulmón, estómago, colon y recto, y cuello uterino (35).

Según el Instituto Nacional de Cancerología, si en 1960 de cada cien muertes que ocurrían en el país aproximadamente cuatro eran ocasionadas por cáncer, en el año 2000 este número aumentó a quince y en el 2008 aumentó a 17. Esta situación ha generado un importante impacto económico y social para el país (36), teniendo en cuenta los costos de la atención en salud, el tratamiento y seguimiento así como los cambios en la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias (37)

Hay múltiples factores de riesgo para cáncer, los cuales difieren según el tipo. Sin embargo, a algunas situaciones externas como cierto tipo de dieta, el consumo de cigarrillo, las infecciones y los rayos solares se les atribuye la aparición del Cáncer (36).

## 10. Mortalidad por cáncer de seno

Tabla 10

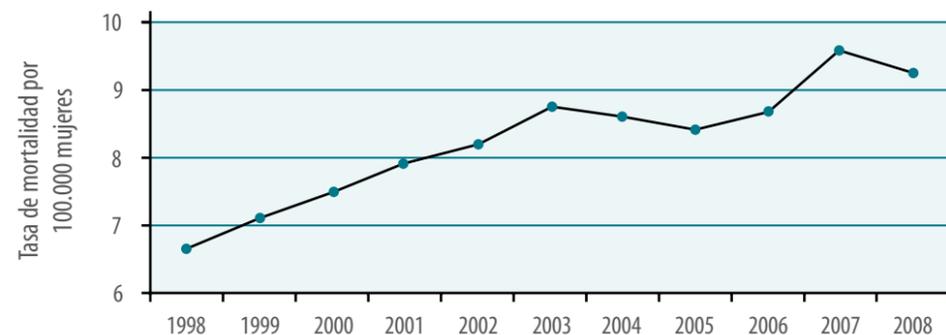
### TENDENCIA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE SENO

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mortalidad por cáncer de seno por 100.000 mujeres	6,68	7,12	7,56	7,9	8,2	8,74	8,65	8,53	8,69	9,61	9,24

Fuente: Estadísticas vitales, DANE

Gráfica 10

### MORTALIDAD POR CÁNCER DE SENO POR 100.000 MUJERES, COLOMBIA 1998-2008



### Qué dicen estos datos

Según el Instituto Nacional de Cancerología -INC, el cáncer de seno es la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres colombianas, después del cáncer de estómago y de cuello uterino. La tasa de mortalidad por cáncer de seno va en aumento: en el año 2000, 7.5 de cada 100.000 mujeres morían a causa de esta enfermedad, mientras que en el 2007 esta cifra aumentó a 9.6 muertes por cada 100.000 mujeres.

En Latinoamérica el cáncer de seno ocupa la sexta causa de muerte en mujeres (38). En Colombia con una tasa para el 2003 de 8.74 por 100.000 mujeres, el cáncer de seno se ubica en la cuarta causa de muerte, mientras que en países como Perú y Costa Rica (con una tasa de 11,27) es la tercera, y en Chile, es la segunda, con una tasa de 13.4 por 100.000 mujeres (4).

Se han determinado siete factores de riesgo: la edad avanzada, puesto que a mayor edad, la probabilidad de tener cáncer de seno aumenta significativamente; la historia familiar de cáncer de seno, en especial si ese cáncer se presentó antes de los 50 años; factores relacionados con el inicio temprano de la menstruación y con la paridad (el hecho de haber o no tenido hijos y el número de ellos); antecedentes de haber sido sometida a terapia hormonal; la inactividad física (el 19% de las muertes por cáncer de seno son atribuibles a la inactividad física (39); y, finalmente, el consumo de alcohol y cigarrillo (40). Es de señalar que estos tres últimos factores de riesgo son prevenibles.

La mortalidad está ligada a las deficiencias en el diagnóstico precoz, el cual permite tomar acciones de tratamiento en estadios tempranos de la enfermedad previniendo así la diseminación a otros órganos, que es una de las principales causas de mortalidad por cáncer (41).

Si bien el auto examen es definitivo en todas las edades para la detección temprana, el examen que ha probado ser útil para este diagnóstico temprano en mujeres mayores de 50 años ha sido la mamografía. Debido a que las mujeres de mayor edad son quienes más tienen riesgo de tener cáncer, las autoridades sanitarias recomiendan iniciar la realización de la mamografía en todas las mujeres a los 50 años con controles cada dos años (42).

En un estudio reciente se encontró que el uso de la mamografía para detección temprana es inequitativo pues las mujeres que pertenecen al régimen subsidiado o que no están aseguradas tienen menor acceso al examen (43), haciendo más difícil la posibilidad de acceder a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para aquellas colombianas que están en condiciones económicas desfavorables.

### Ficha técnica

**Nombre**  
Mortalidad por cáncer de seno por 100.000 mujeres

**Definición**  
Número total de defunciones estimadas por tumores malignos de la mama de la mujer en una población femenina de determinada edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 mujeres, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: Número total de defunciones estimadas por tumores malignos de la mama de la mujer en la población femenina.  
Denominador: Total de la población femenina. Unidad de Medida: Por 100.000 mujeres.

**Fuente**  
Estadísticas vitales, DANE,

## 11. Mortalidad por cáncer de cuello uterino (útero)

Tabla 11

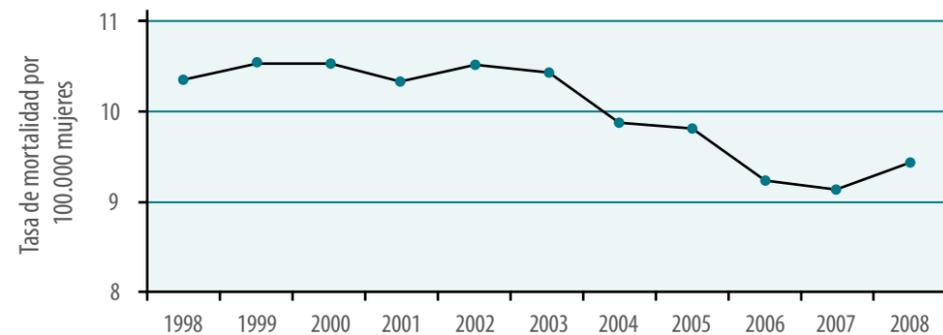
### TENDENCIA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO (ÚTERO)

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mortalidad por cáncer de útero por 100.000 mujeres	10,33	10,56	10,55	10,31	10,53	10,4	9,86	9,79	9,2	9,16	9,41

Fuente: Estadísticas vitales, DANE

Gráfica 11

### MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO (ÚTERO) POR 100.000 MUJERES, COLOMBIA 1998-2008



#### Qué dicen estos datos

El cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres adultas en el mundo y el 80% de éstas se encuentran en países en vías de desarrollo (44). En Colombia es la tercera causa de muerte en las mujeres adultas después del cáncer gástrico y de mama. La tasa de mortalidad por cáncer de útero ha disminuido levemente: en el 2000 era de 10,5 por cada 100.000 mujeres y en el 2008 de 9,41. Sin embargo, durante la última década han muerto aproximadamente 2000 mujeres cada año a causa del cáncer de útero, y en el 2007 se reportaron 1600 muertes específicamente por cáncer de cuello uterino (la modalidad más frecuente (19)).

La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino es relativamente baja respecto a otros países de Latinoamérica. Por ejemplo, mientras Chile tiene tasas de mortalidad de 14,4 por 100.000 habitantes en 2003, Colombia presenta tasas de 10,4 para este periodo; y, en el mismo escenario se presenta que mientras en Perú la tasa para el 2004 fue de 15,6 por 100.000 habitantes, para Colombia fue de 9,86.

Dado que el cáncer de cuello uterino es prevenible y curable en estadios tempranos (45), las intervenciones deben estar dirigidas a la detección temprana, la cual se realiza por medio de la citología vaginal, con la que se ha logrado disminuir la mortalidad de manera eficaz (46).

A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005, el Instituto Nacional de Cancerología realizó en el 2007 un estudio en el que se encontró que la cobertura de citología reciente en mujeres entre 25 y 69 años era de 76,5%. Específicamente, se estableció que mientras el 87,4% de las mujeres afiliadas al régimen contributivo se han realizado por lo menos una citología vaginal en los últimos 3 años, sólo el 66,3% de las mujeres no afiliadas (vinculados) se realizan este examen, y las afiliadas al régimen subsidiado sólo el 76%; se evidencia así la necesidad de mejorar las coberturas de citología de la población más pobre y de continuar trabajando en la oportunidad del diagnóstico definitivo y tratamiento, dada las altas tasas de mortalidad (47).

Desde 1970 en Colombia se han realizado campañas de detección temprana de cáncer de cuello uterino, todas estas como una iniciativa privada y sólo hasta 1990 se implementó el Programa Nacional para el Control y Detección precoz de cáncer de cuello uterino como iniciativa gubernamental (48) que planteaba la provisión directa de servicios de salud por el Estado. Con la reforma al sistema de salud en 1993, la intervención pasa a ser mixta, continua habiendo provisión directa y se introduce la financiación pública a la provisión privada. Esta financiación pública no es factible sino hasta el 2005, con la inclusión de la citología cérvico vaginal al plan obligatorio de salud (POS), tanto de régimen contributivo como subsidiado (48). Sin embargo ninguna de estas acciones parece haber afectado la mortalidad por este cáncer de manera radical.

La meta del país establecida en el Documento Conpes Social 91, es reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 muertes por 100.000 mujeres en 2015 (49). Colombia se encuentra todavía lejos de cumplir ésta meta y por ésta razón es indispensable que se tomen medidas tendientes a mejorar la equidad en el cubrimiento de citología vaginal, así como el fortalecimiento en el seguimiento luego de realizadas las actividades de tamización.

#### Ficha técnica

**Nombre**  
Mortalidad por cáncer de cuello uterino (útero)

**Definición**  
Número total de defunciones estimadas por tumores malignos del útero en una población femenina de determinada edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: Número total de defunciones estimadas por tumores malignos del útero en la población femenina.

Denominador: Total de la población femenina. Unidad de Medida: Por 100.000 mujeres.

**Fuente**  
Estadísticas vitales, DANE

## 12. Mortalidad por cáncer gástrico

Tabla 12

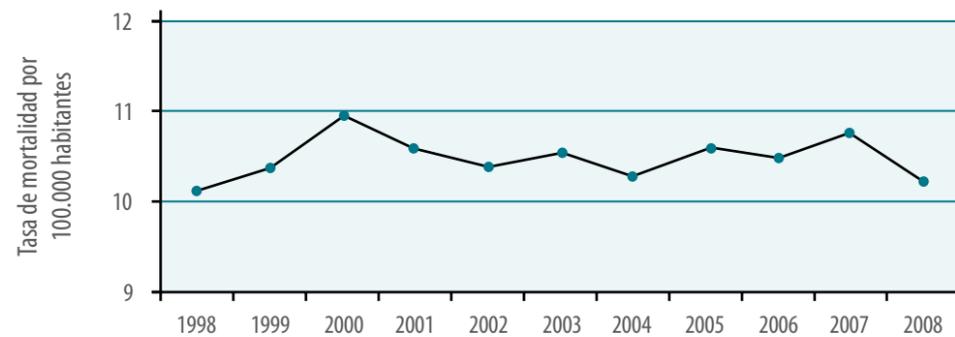
### TENDENCIA DE MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO

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

Fuente: Estadísticas vitales, DANE

Gráfica 12

### MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO POR 100.000 HABITANTES, COLOMBIA 1998-2008



#### Qué dicen estos datos

El cáncer de estómago es el más frecuente en Colombia, tanto en hombres como en mujeres y representa la primera causa de muerte por cáncer en el país. Según datos del DANE, entre el 2000 y el 2007, la tasa de mortalidad por cáncer gástrico se ha mantenido relativamente constante, con diez muertes por cada 100.000 habitantes. La mayoría de los casos se diagnostican tardíamente, resultando en altas tasas de mortalidad (50).

A nivel mundial, el cáncer gástrico es la cuarta causa de muerte y oscila entre la tercera y segunda causa de muerte dentro del cáncer (51). Colombia junto con Japón y Corea se encuentran clasificados como países cuya población está en alto riesgo de sufrir de cáncer

gástrico. En Latinoamérica, la región a lo largo de la cordillera de los Andes especialmente en zonas volcánicas, se encuentra, según las estadísticas, también en riesgo alto (52). Por ejemplo, en Chile, la tasa de mortalidad por este cáncer es de 19,6 por 100.000 habitantes, en Perú de 15,6 (4) y Ecuador de 11,8 (53), cifras más altas que las encontradas en Colombia.

El cáncer gástrico ha sido ampliamente estudiado y se han demostrado factores de riesgo contundentes dentro de su patogenia. El más importante de todos es la infección por *Helicobacter Pylori*, un bacilo que afecta aproximadamente a la mitad de la población mundial y que lleva a gastritis crónica (la inflamación crónica más frecuente en el mundo) (54). Sin embargo la infección por *H. Pylori* parece ser un factor de riesgo necesario pero no único para la generación de cáncer (52). Es por esto que las condiciones del paciente son determinantes: factores como una dieta rica en nitratos (55); si éste es fumador, el medio ambiente donde vive (54), el pobre consumo de verduras y frutas y su estado socioeconómico (56).

Según el Atlas de la mortalidad por cáncer del Instituto Nacional de Cancerología (57), en el 2003 los departamentos que tenían un mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico con respecto al promedio nacional eran Boyacá, Cauca y Huila para ambos sexos. Estos datos no difieren drásticamente de los encontrados para el 2008 sobre la mortalidad por cáncer gástrico, donde Boyacá y Cauca tenían la tasa de mortalidad más alta (17,41 y 16,41 muertes por 100.000 habitantes respectivamente), seguidos por Quindío en el tercer lugar; todos éstos, departamentos en la región andina, zona de alto riesgo para cáncer gástrico.

En Colombia, la prevalencia de infección por *Helicobacter Pylori* es alta en todas las regiones, y adicional a esto, se tienen identificadas las zonas donde el riesgo de cáncer es más alto (la población de Nariño tiene 25 veces más riesgo de tener cáncer que los habitantes de la Costa Pacífica) (58). En algunas de estas regiones el consumo de alimentos conservados en sal (con nitratos) es frecuente. Por otro lado, la detección y tratamiento de *H. Pylori* en pacientes con gastritis crónica, contribuiría significativamente a la prevención del cáncer (54) (56) (59) (58).

Es de señalar que para Colombia en general el consumo de verduras y frutas es deficiente (29), mientras que el consumo de tabaco va en aumento.

Es claro entonces que hay ciertos factores de riesgo que son prevenibles, y no solo contribuirían a disminuir los casos de cáncer gástrico sino de otras enfermedades crónicas no transmisibles. Es necesario, por lo tanto, consolidar las acciones de prevención tanto en hábitos de vida saludable y alimentación como en diagnóstico y tratamiento temprano.

#### Ficha técnica

**Nombre**  
Mortalidad por cáncer gástrico por 100.000 habitantes

**Definición**  
Número total de defunciones estimadas por neoplasias (tumores) malignas del estómago en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: Número total de defunciones estimadas por neoplasias malignas del estómago en una población.  
Denominador: Total de la población. Unidad de Medida: Por 100.000 habitantes.

**Fuente**  
Estadísticas vitales, DANE

### 13. Mortalidad por cáncer de próstata

Tabla 13

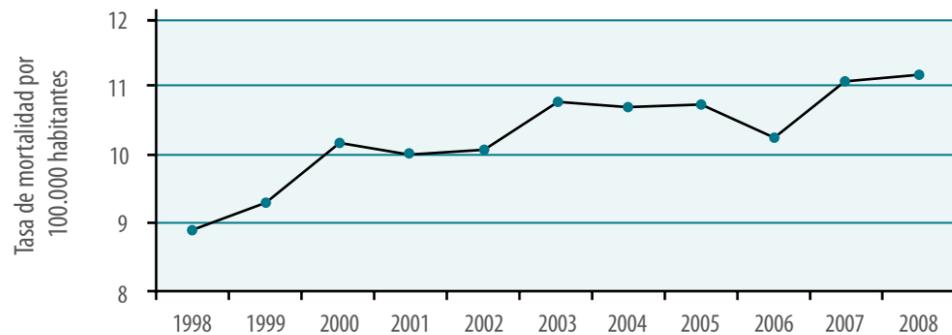
TENDENCIA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE PRÓSTATA

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mortalidad por cáncer de próstata por 100.000 habitantes	8,9	9,32	10,17	10,05	10,09	10,75	10,71	10,76	10,26	11,08	11,17

Fuente: DANE

Gráfica 13

MORTALIDAD POR CÁNCER DE PRÓSTATA, COLOMBIA 1998-2008



Las recomendaciones generales para disminuir el consumo de tabaco, promover hábitos alimentarios saludables, realizar ejercicio y la realización de controles médicos periódicos, son las principales recomendaciones para la prevención del cáncer de próstata.

Qué dicen estos datos

El cáncer de próstata es la sexta causa de muerte por cáncer a nivel mundial y la segunda en los hombres colombianos. En el año 2008 se reportaron 2450 casos de mortalidad por cáncer de próstata en el país, lo que representa una tasa de 11 casos por cada 100.000 habitantes.

A nivel departamental, San Andrés, Atlántico y Valle del Cauca presentan las tasas más altas con 24.88, 15.65 y 15.64 muertes por 100.000 hombres respectivamente. Se observa en general una tendencia al aumento de la mortalidad por este cáncer para lo cual es necesario realizar estudios que determinen las causas de dicho aumento y ayuden a formular las estrategias de prevención y tratamiento para el cáncer de próstata.

La mortalidad por cáncer de próstata en Latinoamérica es variable. Por ejemplo, Chile para el 2003 tenía una tasa de mortalidad de 18,7 por 100.000, mientras que Costa Rica (4), tenía 15,89, tasas muy superiores a las de Colombia para ese año (10,75), y, además de que en todos los países se encuentra dentro de las primeras causas de muerte por tumores, se observa una tendencia creciente de dicha mortalidad.

Tradicionalmente los principales factores de riesgo de este tipo de cáncer en particular, han sido la edad, la raza y historia familiar de la enfermedad (60), factores inmodificables. Sin embargo, en los últimos años se ha estimado que factores de riesgo como el consumo de tabaco y la dieta también son determinantes en el desarrollo de este cáncer (61). Debido al gran impacto de los factores inmodificables, es de gran importancia la prevención de la mortalidad por medio de la detección temprana (36).

Las actividades de detección temprana son el tacto digital rectal y el antígeno prostático específico (62), para los cuales hay diferentes recomendaciones sobre la edad de inicio y la periodicidad para su realización, por lo que es importante que las autoridades nacionales generen recomendaciones específicas en guías para la detección temprana del cancer de próstata.

Las recomendaciones generales para disminuir el consumo de tabaco, promover hábitos alimentarios saludables, realizar ejercicio y la realización de controles médicos periódicos, son las principales recomendaciones para la prevención del cáncer de próstata.

Ficha Técnica

**Nombre**  
Mortalidad por cáncer de próstata

**Definición**  
Número total de defunciones estimadas por neoplasias (tumores) malignas de próstata en una población total de hombres dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: Número total de defunciones estimadas por tumores malignos de próstata de hombres en la población Masculina.

Denominador: Total de la población masculina.

Unidad: Muertes por 100.000 hombres

**Fuente**  
DANE

### Lesiones y violencia

Las muertes por lesiones y suicidios son de gran impacto para la sociedad, ya que no solo revelan la máxima violación al derecho a la vida (63), sino también, afectan la situación tanto económica como demográfica de un país.

Los accidentes de tránsito son eventos prevenibles por medio de normas claras y un proceso de concienciación de la población respecto a éstos. Sin embargo, eventos como el suicidio y el homicidio son fenómenos de carácter multifactorial donde inciden elementos como la salud mental, la equidad social, las oportunidades tanto académicas como laborales, y en países como Colombia el control del conflicto armado. Por lo tanto hablar de prevención y manejo de dichas entidades es mucho más complicado que hacerlo sobre otras.

En este informe, se presenta la tendencia a lo largo del tiempo de suicidio y causas externas, con sus comparaciones internacionales. Para más información sobre estos y otros indicadores, visitar [www.asivamosensalud.org](http://www.asivamosensalud.org).

## 14. Tasa de suicidios

Tabla 14

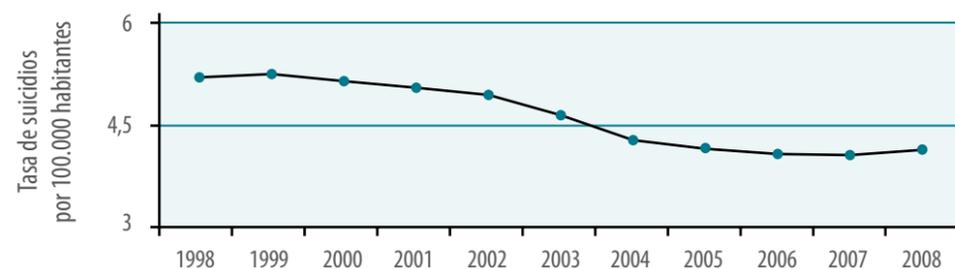
### TASA DE SUICIDIOS

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tasa de suicidios por 100.000 habitantes	5,22	5,26	5,14	5,04	4,95	4,63	4,29	4,16	4,03	4,04	4,14

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal

Gráfica 14

### TASA DE SUICIDIO POR 100.000 HABITANTES, COLOMBIA 1998-2008



### Qué dicen estos datos

Según la Organización Mundial de la Salud, cerca de 3000 personas se suicidan cada día en el mundo (lo que equivale a una cada 30 segundos), y otras 60.000 intentan hacerlo pero no lo logran. Las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y este incremento ha sido particularmente agudo en países en desarrollo, especialmente entre personas jóvenes: es la tercera causa de muerte entre los 15 y los 34 años a nivel mundial (64). La OMS considera que la depresión (una de las principales causas del suicidio), también representará la mayor causa de pérdida de años de vida saludables después del VIH/SIDA para el año 2030.

Colombia no está al margen de estas cifras. Se calcula que seis personas se quitan la vida cada día en el país. A pesar de que en el año 2008 se presentaron 70 casos más que en el 2007, la tasa de suicidios en los últimos años se ha mantenido estable, cercana a 4 muertes por cada 100.000 habitantes, cifra significativamente baja respecto a las de Chile y Costa Rica con 9,7 y 6,7 respectivamente (4). Según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el 2008 se realizaron 1.841 necropsias por posible suicidio. De estas, la mayoría eran hombres (razón 4:1), tenían entre 20 y 24 años y eran estudiantes. La tasa de suicidio también fue alta en personas solteras y con baja escolaridad. Además, es de anotar que la tasa de suicidio ha aumentado en las personas mayores de 70 años (65).

El departamento en donde se reportó la mayor tasa de suicidios en el 2008 fue Amazonas, con 9 suicidios por cada 100,000 habitantes. En segundo lugar está Vichada (tasa de 8 por cada 100,000) y posteriormente Huila, Magdalena, Quindío, Risaralda, y Vaupés (tasa de 7 por 100.000 habitantes). Llama la atención la alta prevalencia del suicidio en departamentos con mayores porcentajes de población indígena. Las posibles explicaciones a esta situación son, por un lado, el choque cultural y económico que genera la migración de los indígenas a zonas urbanas dejando a muchos de ellos en condiciones de pobreza extrema (66) y por otro, el impacto que ejerce el conflicto sobre estas poblaciones, el cual ha cambiado radicalmente las ganas de vivir entre los jóvenes y las esperanzas de luchar por un futuro mejor para sus comunidades, teniendo en cuenta los constantes asesinatos de sus líderes (67) (68).

Cabe resaltar la importancia de la salud mental en Colombia y su adecuado abordaje principalmente en poblaciones jóvenes e indígenas como un componente de la salud pública.

### Ficha técnica

**Nombre**  
Tasa de suicidio por 100.000 habitantes

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

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: Número total de defunciones estimadas por suicidio y lesiones auto infligidas.  
Denominador: Total de la población. Unidad de Medida: Por 100.000 habitantes.

**Fuente**  
Instituto Nacional de Medicina Legal

## 15. Tasa de mortalidad por causas externas

Tabla 15

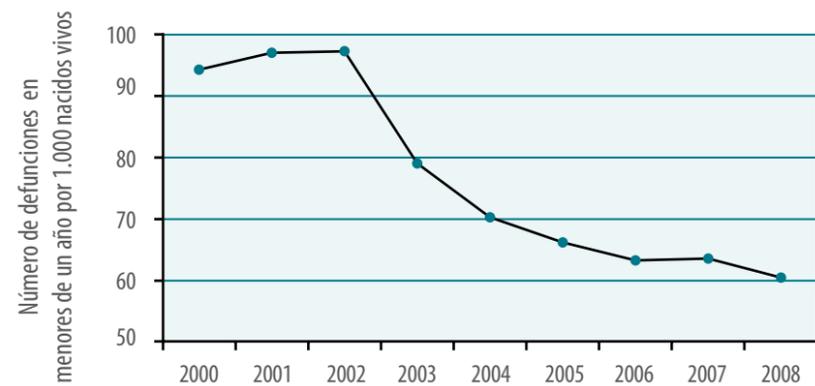
### TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tasa de mortalidad por causas externas por 100.000 habitantes	94,07	97,48	97,52	79,35	70,16	66,36	63,53	63,56	60,65

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal

Gráfica 15

### MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS POR 100.000 HABITANTES, COLOMBIA 2000-2008



La Organización Panamericana de la Salud en su informe Salud de las Américas 2007, reporta que en los países del área andina, los homicidios son la primera causa de muerte en los hombres y la segunda en la población general.

### Qué dicen estos datos

La tasa de mortalidad por causas externas está determinada por el número de casos de mortalidad por accidentes de tránsito, homicidios, suicidio, muertes accidentales diferentes a tránsito y violencia indeterminada. Desde hace diez años la tasa de mortalidad por causas externas ha venido disminuyendo: en el año 2000 se presentaban en el país 94 muertes por cada 100.000 habitantes, en el 2005 esta cifra disminuyó a 66, y en el 2008 a 60. Colombia se encuentra, sin embargo, por encima del promedio para América Latina.

Específicamente, la Organización Panamericana de la Salud en su informe Salud de las Américas 2007, reporta que en los países del área andina, los homicidios son la primera causa de muerte en los hombres y la segunda en la población general. La tasa por homicidios en esta zona fue de 47,6 para el 2002 (4) mientras que en Colombia para ese año fue de 84 muertes por 100.000 habitantes (69), una alarmante diferencia. Sin embargo, en Colombia la tasa de homicidios ha venido disminuyendo, para el 2004 fue de 42 mientras que en el 2008 fue de 34,3 por 100.000 habitantes. (70)

En cuanto a los accidentes de tránsito, en el área Andina para el 2002 eran la séptima causa de muerte, con una tasa de mortalidad de 19,8 (38), mientras que Colombia presentó una tasa de 13,85 muertes por 100.000 habitantes, siendo la quinta causa de muerte para ese mismo año (19). Esta tasa de mortalidad, se ha mantenido constante desde entonces.

A nivel general se observa un descenso significativo en la mortalidad por causas externas a partir del 2002, lo cual requiere análisis específicos desde otros sectores (orden público, accidentalidad, entre otros)

A pesar de ésta disminución, es de resaltar el carácter constante de la tendencia en la mortalidad por accidentes de tránsito, lo cual puede ser modificable con intervenciones como el uso del cinturón de seguridad, el control de la velocidad, el control y sanción a aquellos que conducen bajo los efectos del alcohol y en general el cumplimiento de las normas de tránsito (71).

### Ficha Técnica

**Nombre**  
Tasa de mortalidad por causas externas por 100.000 habitantes

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

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: Número total de defunciones estimadas por causas externas.  
Denominador: Total de la población.  
Unidad de Medida: Por 100.000 habitante

**Fuente**  
Instituto Nacional de Medicina Legal

### Servicios de salud

En esta sección se presentan indicadores que revelan el porcentaje de la población que tiene acceso efectivo a servicios de salud. A pesar de que en los últimos años la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud ha aumentado hasta encontrarse en 89.36%, el estado de salud de los colombianos en algunos puntos críticos como los concernientes al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio no presentan una mejoría ostensible. Por esta razón, la estimación del acceso a servicios de salud cumple un papel clave en la detección de posibles puntos a mejorar en la red de aseguramiento y prestación de servicios a los usuarios colombianos.

## 16. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión (con la vacuna triple viral)

Tabla 16

### TENDENCIA DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN

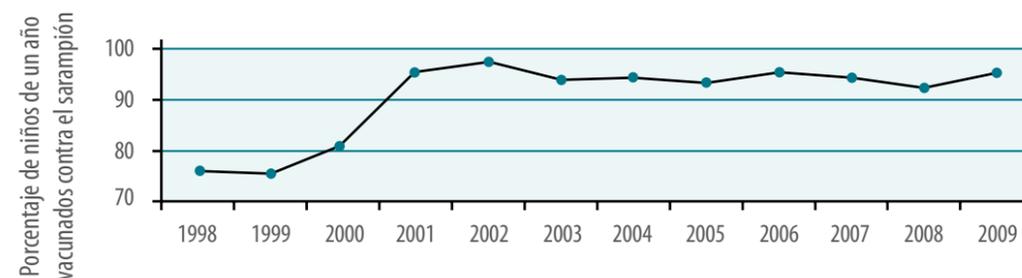
Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión	76,08	75,72	80,97	95,13	97,97	94,17	94,32	93,95	95,30	94,60	92,36	95,17

Fuente: Ministerio de la Protección Social - DANE

Gráfica 16

### PORCENTAJE DE NIÑOS DE UN AÑO VACUNADOS

### CONTRA EL SARAMPIÓN, COLOMBIA 1998-2009



### Qué dicen estos datos

El porcentaje de vacunación contra el Sarampión se mide mediante el porcentaje de vacunación con la vacuna triple viral, que incluye inmunización contra tres virus (la Rubéola Congénita, la Parotiditis y el Sarampión), debido a que a partir de 1995, con el fin de unificar el plan de erradicación de estos tres virus, se incluyó dentro del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) esta vacuna, llamada "triple viral" o "SPR". Esta vacuna debe aplicarse en todos los niños apenas cumplan un año de edad.

Para el 2004 el Sarampión era la tercera causa de mortalidad por muertes por enfermedades inmunoprevenibles, después del neumococo y el rotavirus (72). Además se estima que ocurren más de 40 millones de casos de sarampión al año en todo el mundo, y éstos contribuyen a un millón de muertes (73). Adicionalmente a la mortalidad, la infección por Sarampión produce en 1 a 4 niños de cada mil infectados complicaciones neurológicas, como convulsiones febriles y encefalopatía postinfecciosa cuyas secuelas son permanentes y generan alto grado de discapacidad (73).

En la región de las Américas, la vacunación contra el Sarampión asciende a más de 90% (38). Países como Nicaragua presentan para el 2004 una cobertura de vacunación de 100%, mientras que México mantiene desde el año 2000 coberturas superiores al 96% (4). Todos ellos con coberturas superiores a la de Colombia (95,17 para el 2009). Perú, por otro lado, presenta un descenso en su cobertura encontrándose al 2006 en 86%, mientras que para el 2005, Bolivia, Venezuela presentaban coberturas de 90 y 76%. (4)

En la población colombiana la inmunización ha venido aumentando progresivamente desde los últimos 10 años. Sin embargo, según datos del Ministerio de la Protección Social este porcentaje ha venido fluctuando entre el 94 y 95%. Debido a que con una cobertura mayor al 95% la probabilidad de contraer Sarampión es notablemente baja (73), se puede considerar que en Colombia se ha alcanzado un nivel de cobertura deseado.

Sin embargo, a nivel departamental se puede observar que 20 departamentos se encuentran por debajo de este valor. Departamentos como Vaupés y Guainía tienen coberturas de vacunación por debajo del 70%, aumentando el riesgo de contraer Sarampión.

Dadas las graves consecuencias de contraer esta enfermedad, es necesario que siga siendo motivo de vigilancia epidemiológica. Adicionalmente, es importante trabajar sobre las inequidades en el acceso a los servicios de salud que se evidencian en los bajos niveles de cobertura encontrados en departamentos como Guainía y Vaupés, que además comparten los primeros lugares en casos de sífilis congénita, mostrando así un déficit global en la atención materna e infantil en estas regiones.

### Ficha Técnica

**Nombre**  
Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión (vacunados con la vacuna triple viral)

**Definición**  
Número de niños de un año de edad que han recibido una dosis de vacuna contra el sarampión (generalmente en combinación con rubéola y parotiditis - SRP), expresado como porcentaje de la población de un año de edad

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: total de niños de 1 año vacunados con triple viral.  
Denominador: total de población de 1 año. Unidad de medida: por 100

**Fuente**  
Ministerio de la Protección Social DANE

## 17. Porcentaje de aseguramiento en salud

Tabla 17

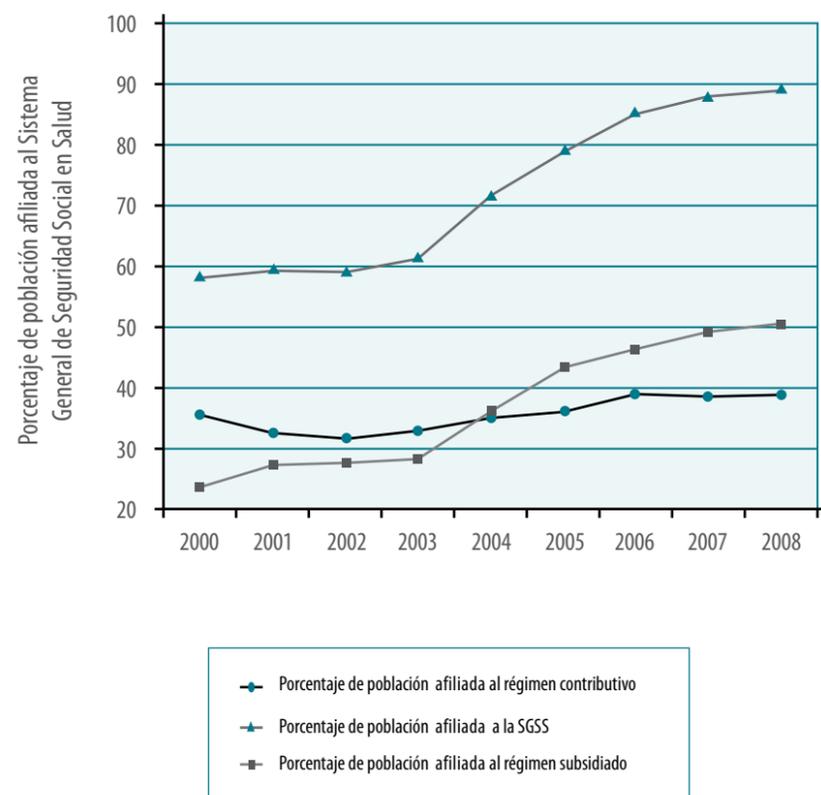
### TENDENCIA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD, COLOMBIA 2000-2008

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Porcentaje de población afiliada al régimen contributivo	35,23	32,68	31,86	32,99	35,07	36,22	39,10	38,91	38,77
Porcentaje de población afiliada al régimen subsidiado	23,61	27,13	27,69	28,36	36,71	43,32	46,32	49,19	50,59
Porcentaje de población afiliada a la SGSS	58,84	59,81	59,55	61,35	71,78	79,54	85,42	88,10	89,36

Fuente: Ministerio de Protección Social / DANE

Gráfica 17

### ASEGURAMIENTO EN SALUD, COLOMBIA 2000-2008



### Qué dicen estos datos

Como se observa en la grafica, el porcentaje de población asegurada en Colombia ha aumentado significativamente en los últimos ocho años: del 58.84% de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el año 2000 se pasó al 89.36% en el año 2008, lo cual significa que cerca de cinco millones de personas están aún por fuera del sistema de Salud.

Esta tendencia positiva en el porcentaje de aseguramiento en Colombia en los últimos ocho años se debe al crecimiento del régimen subsidiado, el cual pasó de un 23.61% en el año 2000 a un 50.59% en el año 2008. Para éste último año las personas afiliadas al régimen subsidiado fueron 23.601.000, de las cuales 20.444.684 corresponden a Subsidios plenos y 3.156.316 a subsidios parciales (74). Mientras que la afiliación al régimen subsidiado ha aumentado progresivamente, la afiliación al régimen contributivo se ha mantenido entre 31 y 39 %.

Es de anotar que el dato de afiliados al régimen subsidiado corresponde es a los cupos disponibles para afiliación con subsidio, esto es cupos financiados, y no personas efectivamente afiliadas. Dado el costo fiscal que esta diferencia significa y los riesgos de corrupción que conlleva, es de la mayor importancia que los diversos actores del sistema de protección social –prestadores, aseguradores, entidades territoriales y el Ministerio- actualicen, depuren, unifiquen y sistematicen las bases de datos de afiliados al régimen subsidiado y, como medida de transparencia y eficacia con los recursos públicos se garantice que las transferencias de recursos públicos se ejecute sólo exclusivamente contra las listas de afiliados que efectivamente pueden respaldar todos los actores de manera simultánea.

La tendencia que se observa en afiliación –cerca de 2/3 de la población bajo subsidio y apenas por encima de 1/3 en el contributivo-, es contraria a lo planteado en 1993 cuando se esperaba tener cerca del 70% de las personas en el régimen contributivo y 30% en el régimen subsidiado. La consecuencia primordial de esta disparidad es que la financiación del sistema tiende a recaer cada día más en los recursos públicos y menos en las contribuciones de los trabajadores formales de la economía.

Un factor cultural que genera incentivos inversos para la formalización del empleo puede ser que la afiliación a éste depende de las contribuciones no solo del empleado sino también del empleador. Estos aportes, sumados a las obligaciones parafiscales, constituyen desincentivos para la contratación formal, llevando así a éstas empresas a contratar de manera informal a sus trabajadores evadiendo así la afiliación de estos empleados al régimen contributivo (75).

En el mismo sentido, otro factor que podría acentuar a futuro la diferencia entre los dos regímenes es la unificación del Plan Obligatorio de Salud, ya que el ofrecimiento de planes de beneficios iguales en ambos regímenes, representa un incentivo inverso que podría perpetuar el crecimiento del régimen subsidiado.

### Ficha Técnica

**Nombre**  
Tendencia del aseguramiento en salud.

**Definición**  
Porcentaje de población afiliada al Régimen Contributivo, al Subsidiado y al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: número de personas afiliadas (contributivo, subsidiado y total).

Denominador: total de población colombiana, según proyecciones del DANE de censo 2005.

**Fuente**  
Ministerio de la Protección Social DANE

Estos indicadores cobran importancia (...) con el fin de enriquecer herramientas disponibles para que todos los actores del sistema elijan de manera más informada, a los aseguradores y prestadores, en un contexto enmarcado por la calidad, como se planteó inicialmente en la reforma al sistema de salud realizada en 1993. La construcción de estas tendencias permite continuar el seguimiento tanto a la calidad de los servicios en salud como de la información suministrada por las fuentes primarias para de esta manera tener información representativa y confiable sobre esta dimensión clave del sector salud.

## INDICADORES DE CALIDAD

En el 2006, el Ministerio de la Protección Social formula el marco operativo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (76), el cual incluye un Sistema Único de Habilitación y de Acreditación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud y el Sistema de Información para la Calidad. Este último tiene como funciones el monitoreo de indicadores de calidad, la vigilancia de eventos adversos, la información a usuarios y la contribución a la referencia competitiva entre aseguradores y prestadores sobre la calidad de los servicios (77). Todo este proceso está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y su difusión debe ser verificada, analizada, y publicada en la página Web del “Observatorio de Calidad en la Atención en Salud” (77) que es administrada por el Ministerio de la Protección Social.

La construcción de esta información en Así Vamos en Salud se realiza a partir de los indicadores suministrados por el Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de la Protección Social. Dicha información a su vez es reportada por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB).

En este contexto, Así Vamos en Salud, como observatorio de la red de nodos del Observatorio de la Calidad<sup>1</sup>, escogió publicar siete indicadores que recogen una perspectiva general sobre áreas como accesibilidad, impacto en la salud, control del riesgo y satisfacción, con el fin de difundir una aproximación a la calidad de los servicios prestados en todo el país. Es necesario advertir que existen limitaciones en la calidad de la información por el bajo reporte y la ausencia de controles de calidad de los datos.

Estos indicadores cobran importancia frente a la necesidad del fortalecimiento de la difusión de estos datos, de manera que sean accesibles a más sectores de la sociedad, con el fin de enriquecer herramientas disponibles para que todos los actores del sistema elijan de manera más informada, a los aseguradores y prestadores, en un contexto enmarcado por la calidad, como se planteó inicialmente en la reforma al sistema de salud realizada en 1993. La construcción de estas tendencias permite continuar el seguimiento tanto a la calidad de los servicios en salud como de la información suministrada por las fuentes primarias para de esta manera tener información representativa y confiable sobre esta dimensión clave del sector salud.

1. Red de nodos es una estrategia del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de la Protección social, para compartir experiencias e información y así potenciar las actividades comunes en búsqueda de la calidad de la atención en salud y la seguridad del paciente. Para mayor información consultar: [www.minproteccionsocial.gov.co/ocs](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs)

### Indicadores de oportunidad en la asignación de citas de medicina general, medicina especializada, odontología general.

Esta información es útil para medir la capacidad de las EAPB (empresas administradoras de planes de beneficios que incluyen EPS y EPSS, direcciones territoriales de salud y administradoras de regímenes de excepción) e IPS para resolver los problemas de la población a partir de su atención (78) (capacidad resolutoria) y la disponibilidad de prestadores en un lugar determinado (suficiencia de la oferta).

Una cita oportuna contribuye a la detección y tratamiento oportuno de entidades en sus procesos iniciales, disminuyendo así incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a la enfermedad. Adicionalmente, disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

El seguimiento de estos indicadores debe ser difundido de manera oportuna, completa y accesible a toda la población para proveer al usuario información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud. Por esta razón se requiere que las autoridades responsables realicen dicha difusión bajo esos términos.

En Colombia no existen estándares para estos indicadores. Sin embargo, se conocen los lineamientos nacionales para los indicadores de alerta temprana donde se establecen tiempos máximos de espera dados en días (79). No existe diferencia en la metodología del cálculo de unos y otros. Sin embargo, los estándares de los indicadores de alerta temprana son utilizados para identificar de forma inmediata los problemas y fallas en la prestación de los servicios de salud más que evaluar a profundidad la calidad de la atención. No obstante, dado que son los únicos parámetros definidos en Colombia, los utilizaremos para realizar nuestro análisis.

### 18. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general

Tabla 18

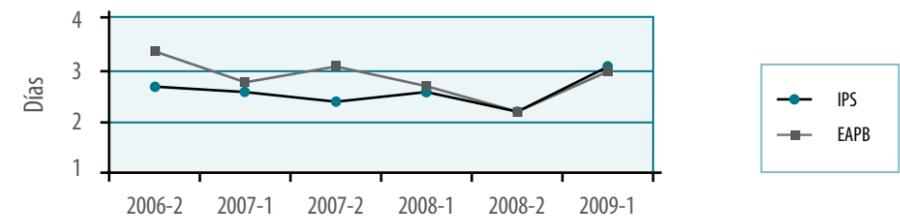
TENDENCIA DE OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL

Indicador	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1
IPS	2,7	2,6	2,4	2,6	2,2	3,1
EAPB	3,4	2,8	3,1	2,7	2,2	3

Fuente: MPS-SIC

Gráfica 18

OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL



#### Qué dicen estos datos

La consulta general es la puerta de entrada principal y más frecuente al sistema de salud colombiano. En este escenario se deben emprender las acciones de prevención y detección temprana de múltiples enfermedades, tales como consejería sobre hábitos saludables y tamización para cáncer de mama, cuello uterino, cáncer de próstata, entre otros. Si el usuario percibe obstáculos para asistir a dicha consulta, estas actividades pueden dejar de hacerse o realizarse cuando el proceso de una eventual enfermedad esté en etapas más avanzadas.

Las cifras muestran una coincidencia entre las IPS/EAPB especialmente en los últimos tres cortes, obteniendo así una tendencia estable en el comportamiento de este indicador. Las instituciones Acreditadas presentan un promedio de 0.5 días para la asignación de cita médica general en relación con el número de consultas que atienden, mientras que las Públicas (3.1 días) y Privadas (3.4 días) muestran mayores tiempos de espera para la asignación de la cita. El número de EAPB que reportan este indicador corresponde a 64 EAPB a corte 2009-1, que refleja un cumplimiento del reporte de 65.3 %.

#### Ficha Técnica

**Nombre**  
Oportunidad de la Asignación de cita en la consulta general EAPB e IPS ( días ).

**Definición**  
Número total de días transcurridos entre la fecha de solicitud de cita con médico general y la fecha de asignación de la cita con relación al número total de consultas médicas generales asignadas por la entidad y a la institución.

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita.  
Denominador: Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución

**Fuente**  
MPS-SIC

## 19. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada

Tabla 19

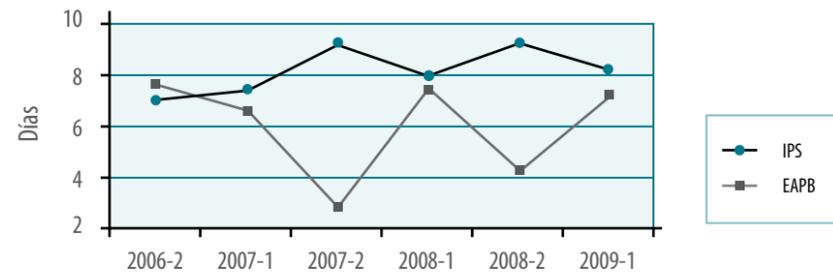
### TENDENCIA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA

Indicador	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1
IPS	7,1	7,5	9,3	8	9,3	8,2
EAPB	7,7	6,6	2,8	7,5	4,2	7,3

Fuente: MPS-SIC

Gráfica 19

### OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA



#### Ficha Técnica

##### Nombre

Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada EAPB e IPS ( días)

##### Definición

Número total de días transcurridos entre la fecha de solicitud de cita con médico especialista y la fecha de asignación de la cita con relación al número total de consultas medicas especializadas asignadas por la entidad e institución.

##### Metodología de Cálculo

Numerador: Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita.

Denominador: Número total de consultas médicas especializadas asignadas en el período

Fuente MPS-SIC

#### Qué dicen estos datos

La consulta especializada es un eslabón fundamental en la cadena para el diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades. El paciente, todavía sin diagnóstico o sin tratamiento completamente definido, debe esperar por la asignación de dicha consulta. En este sentido, es claro que el curso de la enfermedad además de estar determinado por las variables biomédicas, se encuentra también estipulado por este tiempo de espera.

Por tipo de IPS se presentan diferencias en el número de días para la consulta especializada, mostrando menor tiempo para Privada (7.7 días) y Mixta (7.7días) con respecto a Acreditada (11.4 días) y Pública (9.8 días) a corte 2009-1. Las alertas tempranas establecen un tiempo específico dependiendo de la especialidad el tiempo de espera para cita con Medicina Interna es de 30 días, para ginecología, 15 días, pediatría 5 y cirugía general 20 días.

## 20. Oportunidad de la asignación de citas de odontología general

Tabla 20

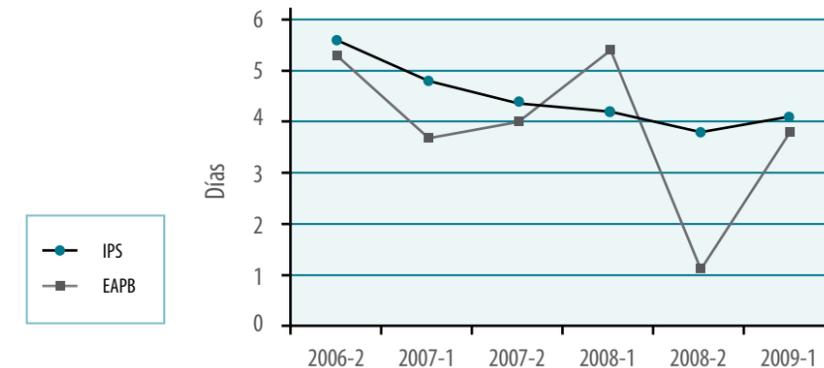
### TENDENCIA DE OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE ODONTOLÓGÍA

Indicador	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1
IPS	7,1	7,5	9,3	8	9,3	8,2
EAPB	7,7	6,6	2,8	7,5	4,2	7,3

Fuente: MPS-SIC

Gráfica 20

### OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE ODONTOLÓGÍA



#### Ficha Técnica

##### Nombre

Oportunidad de la asignación de citas de odontología

##### Definición

Número total de días transcurridos entre la fecha de solicitud de cita con odontología y la fecha de asignación de la cita con relación al número total de consultas odontológicas asignadas.

##### Metodología de Cálculo

Numerador: Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita

Denominador: Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la Institución.

Fuente MPS-SIC

#### Qué dicen estos datos

Según la Organización Mundial de la Salud, entre el 60% y el 90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental (80). La atención temprana de este tipo de lesiones previenen la pérdida de piezas dentales. Adicionalmente, se ha estimado una relación muy fuerte entre la mala salud oral del adulto mayor y la nutrición inadecuada y la pérdida de peso en esa población (81).

A pesar de las dificultades para la recolección de información y de un reporte de 61,2%, la oportunidad para la asignación de este tipo de citas, permite el adecuado control de las patologías más frecuentes en salud oral y también permite la prevención de algunas entidades como la caries por medio de la fluorización en la infancia.

## 21. Proporción de cancelación de cirugías programadas

Tabla 21

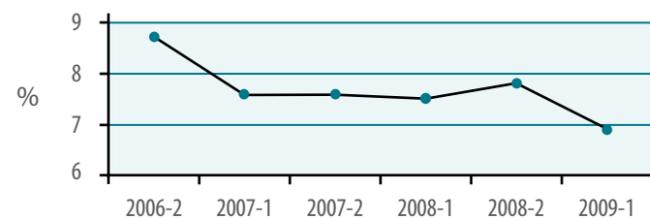
TENDENCIA DE LA PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS

Indicador	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1
Proporción de Cancelación de Cirugías programadas IPS	8,7	7,7	7,7	7,5	7,8	6,9

Fuente: MPS-SIC

Gráfica 21

PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS, COLOMBIA 2006 - 2009



### Qué dicen estos datos

Aunque la cirugía programada no necesita practicarse inmediatamente como la cirugía de emergencia, es un procedimiento necesario de practicar para continuar y mejorar la calidad de vida. Éste indicador revela la capacidad de las instituciones para la programación de recursos y planificación de la atención al paciente (82).

Las cifras nos muestran que se presenta cancelación en 7% de las cirugías programadas a corte 2009-1. Este porcentaje señala una meta de mejoramiento de la calidad que beneficia al paciente y la eficiencia en la adecuada utilización de los recursos por parte del prestador.

Es importante señalar que este indicador es de monitoreo del sistema y se deben tener en cuenta todas las causas atribuibles a la cancelación de la cirugía por parte de los diferentes actores: Institución, Paciente-Usuario y el Asegurador. En relación al desempeño entre las diferentes IPS sea Acreditada (5.3), Públicas (6.9), Privada (6.8) y Mixta (8.6) se evidencia un mejor resultado en IPS Acreditadas y Privadas a corte 2009-1.

### Ficha Técnica

**Nombre**

Proporción de Cancelación de Cirugías Programadas IPS

**Definición**

Número total de cirugías programadas canceladas en un periodo específico respecto al número de cirugías realizadas en el mismo periodo por 100 cirugías.

**Metodología de Cálculo**

Numerador: Número total de cirugías canceladas en el período.  
Denominador: Número de cirugías programadas en el período.  
Unidad de Medida: por 100

**Fuente**  
MPS-SIC

## 22. Proporción de pacientes con Hipertensión arterial controlada

Tabla 22

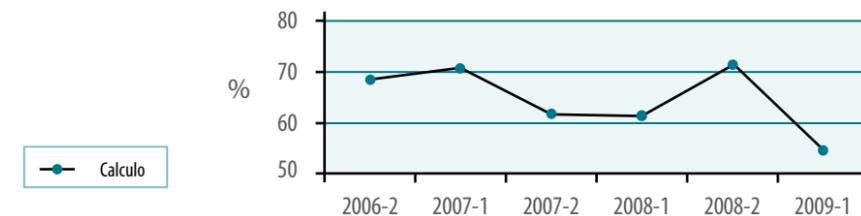
TENDENCIA DE PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA EN IPS

Indicador	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1
Proporción de Pacientes con Hipertensión Arterial Controlada IPS	68,58	70,53	61,90	61,67	71,64	54,89

Fuente: MPS-SIC

Gráfica 22

PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA EN IPS



### Qué dicen estos datos

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2007 la prevalencia de Hipertensión Arterial –HTA- en Colombia en personas de 18 a 69 años es del 8.8% (32). Las complicaciones más frecuentes de la HTA son Insuficiencia Renal Crónica e Infarto Agudo de Miocardio, complicaciones que generan altos costos en la atención y fallas en los costos de no calidad de las Instituciones.

Si bien se debe tener en cuenta que el cumplimiento del reporte de información por parte de los prestadores corresponde al 11.6% (muestra que no es representativa de los prestadores en Colombia) las cifras presentan niveles de control de la hipertensión arterial a corte 2009-1 del 54.9% siendo la meta el 100%. El seguimiento de este Indicador por parte de las IPS debe generar acciones de mejoramiento que acerquen el cumplimiento de la meta y, de esta manera, optimizar la calidad de atención a los pacientes hipertensos y de sus potenciales complicaciones.

### Ficha Técnica

**Nombre**

Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada IPS

**Definición**

Proporción de pacientes con hipertensión arterial diagnosticada con tensiones arteriales controladas respecto al total de pacientes con hipertensión por 100 pacientes

**Metodología de Cálculo**

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

Denominador: Número total de pacientes hipertensos diagnosticados.

Unidad de Medida: por 100

**Fuente**  
MPS-SIC

## 23. Tasa de infección intra-hospitalaria

Tabla 23

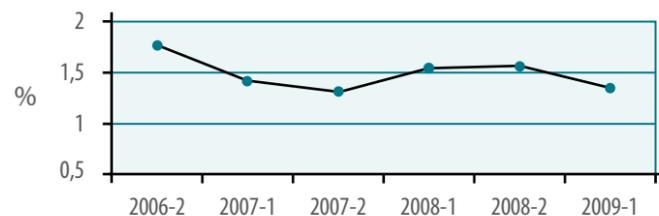
### TENDENCIA DE INFECCIÓN INTRA-HOSPITALARIA IPS

Indicador	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1
Tasa de Infección Intrahospitalaria en IPS	68,58	70,53	61,90	61,67	71,64	54,89

Fuente: MPS-SIC

Gráfica 23

### TASA DE INFECCIÓN INTRA-HOSPITALARIA IPS



#### Qué dicen estos datos

Las infecciones intra hospitalarias son la principal complicación del cuidado en pacientes hospitalizados (83). Hay cuatro tipos de infecciones que son las responsables del 80% de todas las infecciones nosocomiales que son: La infección de vías urinarias, que se asocia a la presencia de sondas vesicales; la infección del sitio operatorio; la infección del torrente sanguíneo (asociada a dispositivos intravasculares) y la neumonía (asociada al ventilador) (84).

La tasa de infección intra hospitalaria máxima, según los parámetros de alerta temprana, es de 5 por cada 100 pacientes hospitalizados (79). Para el 2009 esta tasa se encuentra en 1,4 infecciones por 100 pacientes hospitalizados, ubicándose muy por debajo del valor máximo, lo cual, dado el nivel de subregistro, no significa por ahora un logro, sino que debe ser motivo de una mayor vigilancia y reporte a favor de la seguridad del paciente.

La tasa de infección intra hospitalaria muestra cifras mayores en instituciones con mayor número de camas, lo cual está asociado a atenciones de mayor complejidad (85).

#### Ficha Técnica

**Nombre**  
Tasa de Infección Intrahospitalaria IPS

**Definición**  
Es la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario en razón del número total de pacientes hospitalizados.

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: Número de pacientes con infección nosocomial.  
Denominador: Número total de pacientes hospitalizados.  
Unidad de Medida: por 100

**Fuente**  
MPS-SIC

## 24. Tasa de satisfacción global

Tabla 24

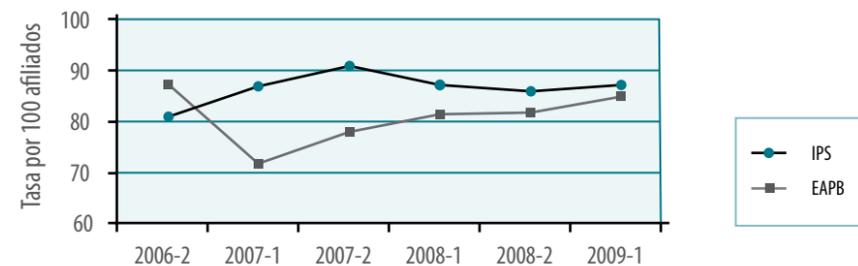
### TENDENCIA DE SATISFACCIÓN GLOBAL

Indicador	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1
IPS	81,3	87,6	91,5	87,7	86,2	87,7
EAPB	87,8	71,2	78,2	81,5	81,8	85,2

Fuente: MPS-SIC

Gráfica 24

### TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL, IPS-EAPB



#### Qué dicen estos datos

De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social la percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud (82), por lo tanto este es un indicador de alta importancia para garantizar información a los usuarios y permitir la libre escogencia de asegurador y prestador. Las cifras muestran que de cada 100 usuarios, alrededor del 87.7% en IPS y el 85,2 % en EAPB consideran que sus expectativas resultan satisfechas a corte de 2009-1.

Al analizar la confiabilidad de este indicador se deben señalar las diferencias entre instituciones en cuanto a las formas de hacer las preguntas a sus usuarios, el momento en que se realiza la encuesta y los formatos que guían las respuestas. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que a corte 2009-1 solamente reportó el 25.5% de las IPS mientras que reportó el 84.7% de las EAPB.

Como con los anteriores indicadores, es necesario unificar metodologías y mejorar el reporte, especialmente en IPS para poder realizar análisis más detallados sobre los resultados de este indicador.

#### Ficha Técnica

**Nombre**  
Tasa de satisfacción global IPS y EAPB

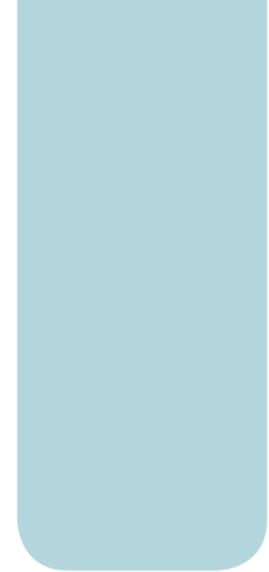
**Definición**  
Razón de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por sus IPS y EAPB respecto al número total de pacientes encuestados por la IPS y EAPB por 100 pacientes

**Metodología de Cálculo**  
Numerador: Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS y EAPB.  
Denominador: Número total de pacientes encuestados por la IPS y EAPB  
Unidad de Medida: por 100

**Fuente**  
MPS-SIC



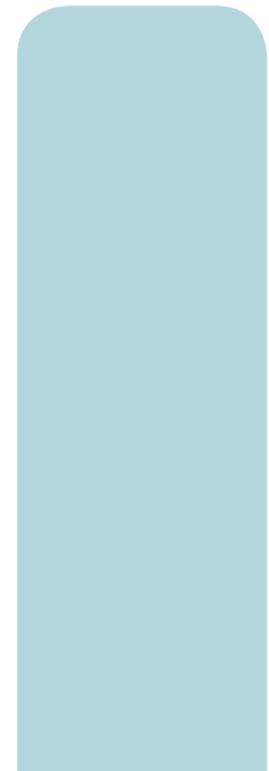
44. **World Health Organization.** Cervical cancer and the human papilloma virus. *Sitio web World Health Organization.* [Online] Marzo 20, 2010. [Cited: Junio 30, 2010.] <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/en/index.html>.
45. **Organización Panamericana de la Salud.** *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe.* Washington : s.n., 2004.
46. *Efficacy of cervical cytologic screening in the control of cervical cancer.* **Gardner, J. y Lyon, J.** 6, 1977, Preventive Medicine, Vol. 4.
47. *Cobertura de la Citología de Cuello Uterino y Factores Relacionados en Colombia, 2005.* **Piñeros, M., et al.** 9, Bogotá : s.n., 2007, Revista de Salud Pública, Vol. 3, pp. 327-341.
48. *Editorial: Control del cáncer de cuello uterino en Colombia: triunfos y desafíos de la tamización basada en la citología cervico-uterina.* **Murillo, R.** 28, 2008, Biomédica, Vol. 4.
49. **Dirección Nacional de Planeación.** Documento Conpes Social 91. Bogotá : s.n., 2008.
50. *Cáncer gástrico en Colombia: un diagnóstico tardío que amerita el compromiso del Estado.* **Otero, W.** 23, Bogotá : s.n., 2008, Revista Colombiana de Gastroenterología, Vol. 4, págs. 302 - 304.
51. *Epidemiology of gastrointestinal and liver tumors.* **Herszényi, L y Tulassay, Z.** 14, 2010, European Review for Medical and Pharmacological Sciences, Vol. 4, págs. 249-58.
52. *Bacterial Infections as a Cause of Cancer.* **Correa, P.** 7, 2003, Journal of the National Cancer Institute, Vol. 95.
53. **Ministerio de Salud Ecuador.** *Indicadores Básicos de salud 2008.* Quito : s.n., 2008.
54. *Natural history of Helicobacter pylori infection.* **Correa, P and Piazuelo, MB.** 40, 2008, Digestive and Liver Disease, pp. 490-96.
55. *Dietary salt, nitrate and stomach cancer mortality in 24 countries.* **Joossens, J, y otros.** 1996, European Cancer Prevention and the INTERSALT Cooperative Research Group.
56. *Helicobacter pylori Infection.* **Kenneth, E y McColl, M.** 2010, New England Journal of Medicine, Vol. 362, págs. 1597-604.
57. **Instituto Nacional de Cancerología e Instituto Geográfico Agustín Codazzi.** *Atlas de Mortalidad por Cáncer en Colombia.* Bogotá: Imprenta Nacional, 2003.
58. *European Phylogenetic Origin of Helicobacter pylori Strains as a Risk Factor for Premalignant Gastric Lesions in Colombia.* **Sablet, T, y otros.**
59. *Chemoprevention of gastric dysplasia: randomized trial of antioxidant supplements and anti-helicobacter pylori therapy.* **Correa, P, y otros.** 92, 2000, Journal of National Cancer Institute, págs. 1881-8.
60. *Creencias de hombres de Cali, Colombia, sobre el examen digital rectal: hallazgos de un estudio exploratorio.* **Cad. Saúde Pública.** **Lucumí, D y Cabrera, G.** 21, Rio de Janeiro : s.n., 2005, Vol. 5, págs. 1491-1498.
61. *Mechanisms of disease Prostate Cáncer.* **Nelson, W., De Marzo, A. and Isaacs, W.** 349, 2003, New England Journal of Medicine, pp. 366-381.
62. *Preventive Services Task Force Screening for Prostate Cancer: Recommendation Statement.* **U.S. Preventive Services Task Force.** 149, 2008, Annals of Internal Medicine, págs. 185-191.
63. **Organización Panamericana de la Salud.** Guidelines for the design, implementation, and evaluation of epidemiological surveillance systems on violence and injuries. [En línea] <http://www.paho.org/English/HCP/HCN/VIO/guidelines-4-eng.PDF>.
64. **World Health Organization.** Mental Health. Suicide prevention. [En línea] [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html).
65. **Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.** *Forensis: Suicidios 2008.* Bogotá : s.n., 2008.
66. **Romero Castro, Rubén Darío.** Suicidios indígenas espantan a Vaupés; en cuatro años, 24 jóvenes se han ahorcado. *El Tiempo.* 2009.
67. **Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.** Colombia: crece preocupación por los pueblos indígenas colombianos. [En línea] 2 de Julio de 2004. [http://www.acnur.org/index.php?id\\_pag=2628](http://www.acnur.org/index.php?id_pag=2628) el 29 de Julio de 2010.
68. **Movimiento por los pueblos indígenas.** Un líder nómada amazónico se suicida. [En línea] 25 de Octubre de 2006. [Citado el: 2010 de Julio de 29.] <http://www.survival.es/noticias/1992>.
69. **Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses.** *Forensis.* Bogotá : s.n., 2002.
70. **Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.** *Forensis Homicidios 2008.* Bogotá : s.n., 2008.
71. *Mortality Reduction with Air Bag and Seat Belt Use in Head-on Passenger Car Collisions.* **Crandall, Cameron, Olson, Lenora y Sklar, David.** 3, 2000, American Journal of Epidemiology, Vol. 153, págs. 219-224.
72. **WHO.** *State of the world's vaccines and immunization.* Ginebra : s.n., 2009.
73. **Organización Panamericana de la Salud.** *La Erradicación del Sarampión: Guía Práctica.* 1991. Cuaderno técnico 41.
74. **Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.** *Informe a las comisiones 7ª del Senado de la República y Cámara de Representantes.* 2009.
75. **Cárdenas, M. y Mejía, C.** Informalidad en Colombia: Nueva evidencia disponible. *Dirección Nacional de Planeación.* [En línea] 2007. [Citado el: 30 de Junio de 2010.] <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/DDE/Nueva%20Evidencia>.
76. **Ministerio de la Protección Social.** Decreto 1011 de 2006. 2006.
77. **Ministerio de la Protección Social.** Resolución 1446 de 2006. 2006.
78. **Donabedian, A.** "La calidad de la atención médica". *Ediciones científicas: La prensa médica mexicana S. A.* 1984.
79. **Superintendencia Nacional de Salud.** Circular Externa 056 del 6 de Octubre de 2009. *Sitio web de Superintendencia Nacional de Salud.* [En línea] 6 de Octubre de 2009. [Citado el: 30 de Junio de 2010.] <http://www.supersalud.gov.co/CircularesExternas/2009/CIRCULAR-EXTERNA-056-DE-2009.pdf>.
80. **World Health Organization.** Fact Sheet N°318 February 2007: Oral Health. *Sitio web WHO Programmes and projects > Media centre > Fact sheets.* [En línea] February de 2007. [Citado el: 30 de Junio de 2010.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>.
81. *Oral Health In Ageing Societies: Integration of oral health and general health.* **World Health Organization.** Kobe, Japan : Published: Geneva, Switzerland, 2006. Report of meeting convened at the WHO Centre for Health Development in Kobe, Japan. 1-3 June 2005.
82. **Ministerio de la Protección Social.** Observatorio de la Calidad. *Sitio web del Ministerio de la Protección Social.* [En línea] 2010. [Citado el: 30 de Junio de 2010.] [http://201.234.78.38/ocs/public/ind\\_calidad/Default.aspx](http://201.234.78.38/ocs/public/ind_calidad/Default.aspx).
83. *Infection Control: A Problem for Patient Safety.* **Burke, J.** 348, 13 de February de 2003, New England Journal of Medicine.
84. **National Healthcare Safety Network.** Patient Safety Component Manual. 2010. disponible en: [http://www.cdc.gov/nhsn/TOC\\_PSCManual.html](http://www.cdc.gov/nhsn/TOC_PSCManual.html).
85. **Ministerio de la Protección Social.** *Boletín No 5: Gestión de la Calidad de la Atención en Salud Basada en Hechos y Datos.* Bogotá : s.n., 2010.
86. *Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia.* **Cabrera-Arana, G, Bello-Parías, L y Londoño-Pimienta, J.** 10, Bogotá Revista de Salud Pública : s.n., 2008, Vol. 4, págs. 593-604.
87. *Implementación de observatorios nacionales de salud.* **OPS/OMS.** Santiago de Chile : s.n., 2009.
88. Observatorio de Salud. *Sitio Web Ministerio de la Protección Social.* [En línea] 2010. [Citado el: 30 de Junio de 2010.] [http://201.234.78.38/ocs/public/ind\\_calidad/indicador.aspx?indicador\\_id=91](http://201.234.78.38/ocs/public/ind_calidad/indicador.aspx?indicador_id=91).
89. *Reducing child mortality: can public health deliver.* **Jennifer Bryce, Shams el Arifeen, George Pariyo, Claudio F. Lanata, Davidson Gwatkin, Jean-Pierre Habicht, and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group\*.** Julio 12, 2003, Lancet, Vol. 362, pp. 159-64.
90. **Departamento Nacional de Estadísticas -DANE.** *Colombiestad. Departamento Nacional de Estadísticas.* [En línea] 19 de Agosto de 2010. [Citado el: 30 de Junio de 2010.] [http://www.colombiestad.gov.co/index.php?option=com\\_colcifras&Itemid=58](http://www.colombiestad.gov.co/index.php?option=com_colcifras&Itemid=58).
91. *Long-term follow up of patients treated for Helicobacter pylori infection.* **Mera, R, et al.** 54, 2005, Gut, pp. 1536-40.



## 2 Capítulo

### **Foro año 2009** **¿Cómo va la salud en Colombia y cuáles son sus retos?**

El Foro Anual de *Así Vamos en Salud* tuvo por objeto en el 2009 revisar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en las perspectivas financiera, de regulación, de la rectoría y de la salud pública, encontrando avances, dificultades y retos.



*El Foro Anual de Así Vamos en Salud tuvo por objeto en el 2009 revisar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en las perspectivas financiera, de regulación, de la rectoría y de la salud pública, encontrando avances, dificultades y retos.*

*Los conferencistas que presentaron sus opiniones en los temas señalados fueron Carlos Caballero Argáez en el tema de rectoría; Carlos Ignacio Rojas en la perspectiva financiera; Catalina Latorre, con el punto de vista de la Salud Pública y Martha Gualtero con la perspectiva de la regulación desde la CRES.*

*El Ministro de la Protección Social, Diego Palacio, rindió cuentas a los expertos del sector salud en los temas discutidos.*

*A continuación se presentan las ponencias.*

## Colombia necesita urgentemente una reforma integral de su sistema de salud

TEXTO DE LA PONENCIA DE CARLOS CABALLERO ARGÁEZ,  
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE GOBIERNO ALBERTO LLERAS CAMARGO DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

*Se presenta a continuación la ponencia del Dr. Caballero en la que se hace un análisis de conjunto del sistema de salud que sirve como marco general de discusión para el Foro.*

### El Estado y la salud

La salud es un bien colectivo determinante de la equidad y el bienestar en una sociedad. Por consiguiente, debe ser un campo fundamental de la acción política del Estado. Con mayor razón en la actualidad, cuando la esperanza de vida de los habitantes de la mayoría del planeta se ha alargado de manera sustancial. Ello se debe, en buena parte, a los avances del conocimiento científico. Como consecuencia del incremento en la expectativa de vida, los individuos que integran la sociedad desarrollan la necesidad continua de acceder a los servicios de salud. Hay que atender a la primera infancia pensando en que la salud de los primeros años va a tener influencia sobre la del adulto mayor. Se ha demostrado, además, que la buena nutrición en la primera infancia incide positivamente en la productividad de una economía y, por tanto, en su crecimiento.

Es de esperar que los costos de la salud aumenten con la prolongación de la vida de las personas. En el caso colombiano, la pirámide poblacional ha cambiado: ahora nacen menos niños y hay más adultos mayores, lo que impone exigencias fuertes sobre el sistema de salud. Corresponde al Estado anticipar el desenvolvimiento futuro de la salud de la sociedad y los requerimientos que esta evolución impliquen en términos de recursos (humanos, físicos, tecnológicos y económicos) para la provisión de servicios y financiamiento de la misma.

El problema de la salud no es exclusivamente la prestación de los servicios con todo lo que ello implica. Cada día es más evidente que el crecimiento económico por sí solo, ni resuelve los problemas sociales, ni genera bienestar, si no está acompañado de políticas sociales, de la acción del Estado en búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos. Esta actuación, en el caso de la salud, implica no únicamente “remediar” la enfermedad sino “prevenirla”, lo mismo que “promover” y “educar” a la población para que cuide su salud. En términos de economía institucional, generar los

incentivos para que la población encuentre atractivo y necesario cuidarse y evitar, hasta donde ello es posible, la enfermedad.

En un país agobiado por la pobreza, la responsabilidad del Estado es actuar a través de la prevención, la promoción y la prestación efectiva de servicios de salud para crear condiciones para el crecimiento económico y el mejoramiento social. Es una responsabilidad que no puede delegar en el sector privado, en ninguna empresa promotora de salud. Por ejemplo, la atención a la primera infancia de estratos económicos bajos y medios tiene que corresponder al Estado y así lo tienen que contemplar los presupuestos del gobierno central, de los gobiernos departamentales y de los gobiernos municipales.

Hace unos meses el profesor Paul Krugman, Premio Nobel de Economía 2008, afirmaba en una columna en The New York Times que cada país debe garantizar la salud básica de sus habitantes, pero que hay una amplia variedad en la forma específica en que lo hacen y tres modelos claros: el inglés, en el cual el gobierno opera los hospitales y emplea a los médicos; el canadiense y francés, en el que la prestación del servicio está a cargo del sector privado pero el gobierno cubre los costos; y el suizo, donde las compañías privadas de seguros “aseguran” a todos los habitantes y se utiliza una combinación de regulación y de subsidios, para lograr que efectivamente todo el mundo esté cubierto. Colombia podría avanzar en el camino del modelo suizo. El nivel de desarrollo del país no determina la forma en la cual el gobierno debe intervenir. Lo importante es establecer claramente una ruta, adoptarla con un sentido de largo plazo y lograr su sostenibilidad. En el fondo, se necesita siempre un sistema mixto y que el gobierno juegue dentro de éste un papel definido y claro.

### El sistema de salud en Colombia, quince años después

El sistema de salud colombiano se diseñó hace quince años en momentos en los cuales se prospectaba una estructura laboral y una economía del trabajo muy diferente a la que se registra al término de la primera década del siglo XXI. El régimen contributivo iba a ser el dominante, porque se suponía que el sector formal de la economía sería el generador de los empleos. El régimen subsidiado iba a ser ‘subsidiario’, de tal forma que los recursos públicos destinados a la salud serían relativamente menos importantes de lo que lo habían sido en el pasado.

En la actualidad, la composición es exactamente la contraria a la que se preveía. El régimen importante es el subsidiado, por lo cual la financiación del sistema tiende a recaer cada día más y más en los recursos públicos y menos en las contribuciones de los trabajadores formales de la economía. El mismo sistema no incentiva la generación de empleos formales por cuanto ambos, el trabajador y la firma, encuentran benéfica la informalidad: el trabajador no cotiza pero obtiene los beneficios del sistema y el empleador minimiza sus costos laborales. La informalidad creciente –que es tal vez el más grave de los problemas económicos y sociales del país– reduce aún más los recursos provenientes de las contribuciones al sistema. Con un efecto “perverso” sobre el crecimiento económico y la productividad, precisamente por la expansión del sector informal.

No sorprende, entonces, que las Empresas promotoras de Salud, las EPS, se encuentren en una pésima situación financiera y que el FOSYGA les adeude una gran cantidad de fondos y se demore largo tiempo en reconocer la deuda y cancelarla. Pero los problemas de estas entidades no son solo los derivados de las trabas de los reembol-

Según Krugman, Premio Nobel de Economía 2008, cada país debe garantizar la salud básica de sus habitantes, pero hay una amplia variedad en la forma específica en que lo hacen y tres modelos claros...

El sistema no es financieramente viable. Los recursos disponibles son insuficientes para cubrir los servicios que, por obligación legal, deben ofrecerse; son evidentes los problemas de legislación y de diseño del paquete...

sos y los retrasos del FOSYGA. Hay una serie de asuntos de naturaleza estructural que continúan gravitando sobre estas entidades y que, a pesar de las reformas y los cambios legales de los últimos quince años, no se han resuelto.

Por una parte, según la Defensoría del Pueblo, el 53% de las tutelas interpuestas por los usuarios del sistema de salud se refieren a tratamientos, procedimientos o medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, que, sin embargo, no son reconocidos por las EPS. Adicionalmente, La cobertura del POS ha venido ampliándose en el curso de los años, por cuanto servicios y medicamentos que no estaban originalmente incluidos en el paquete terminan incorporándose tácitamente como efecto de las tutelas; una vez fallada una de éstas para un individuo, otros pueden exigirlos. De hecho, las EPS no son aseguradoras de la salud, sino intermediarias del Estado para la prestación de los servicios. Con el agravante de que la regulación de sus actividades es pobre y su supervisión prácticamente inexistente, a pesar de que existen una Comisión de Regulación de Salud y una Superintendencia de Salud. La integración vertical de algunas de ellas complica más el asunto pues les permite funcionar como administradoras y, además, como prestadoras del servicio, lo cual genera “conflictos de interés” y hace aún más exigente la labor de control por parte del Estado.

El sistema no es financieramente viable. Los recursos disponibles son insuficientes para cubrir los servicios que, por obligación legal, deben ofrecerse; son evidentes los problemas de legislación y de diseño del paquete. El problema se agrava por el desbalance entre el régimen contributivo y el subsidiado, al cual ya se ha hecho referencia, y por el incentivo a la informalidad. Los costos, además, tienden a elevarse no solamente por las necesidades de actualización tecnológica y por la mayor longevidad de los colombianos sino por el “riesgo moral”: los usuarios asegurados tienden a hacer un mayor uso de los servicios y los prestadores a sobre-prescribir procedimientos. Esto último conduce a las auditorías médicas por parte de las EPS - lo cual a su vez aumenta los costos - y a la queja justificada sobre la pérdida de autonomía del médico. En la mitad están éstos, los médicos, cuya remuneración es regulada y fija por lo cual, para aumentarla deben atender más pacientes del número razonable exigido para ofrecer un servicio de calidad.

En cuanto a la calidad en la prestación de los servicios, pareciera existir un consenso en el sentido de que el incremento en la cobertura – uno de los grandes logros del sistema – se ha realizado a costa de la calidad y de las trabas al acceso efectivo de las personas al sistema. Es importante diferenciar entre cobertura y acceso efectivo. Las trabas – como la remisión de personas para ser atendidas en hospitales en otros municipios o lejos del lugar de residencia del paciente – y las tutelas, son una muestra de las restricciones de acceso que existen. Como lo es el hecho de que los departamentos de “Urgencias” de hospitales y clínicas de buena calidad se encuentren congestionados y hayan deteriorado la calidad de sus servicios.

Se requiere, pues, un replanteamiento total del sistema de financiación del sistema de salud buscando que, si toda la población tiene derecho a la salud como está consignado en la Constitución Nacional, se pague de acuerdo con capacidad individual. El co-pago debe establecerse de tal manera que los hogares sufragan un porcentaje alto de los gastos médicos marginales o pequeños y un porcentaje muy bajo de los gastos médicos importantes, como las cirugías, la quimioterapia, los cuidados intensivos, etc. De esta manera se equilibran los beneficios del aseguramiento en términos de suavizar

el consumo y los costos del riesgo moral. El paquete se puede y se debe rediseñar, como se hizo en Chile, porque hay necesidad de “racionar” – así el término resulte odioso – de una u otra forma.

El sistema de salud está en una verdadera y profunda crisis. Entre más pronto se reconozca esta realidad y se propongan los correctivos, mucho mejor.

### La sentencia de la Corte Constitucional y la Emergencia Social

La expedición por parte de la Corte Constitucional de la Sentencia T-260 de 2008 constituyó un fuerte llamado de atención a la sociedad colombiana sobre la existencia de una grave crisis institucional en el sistema de salud colombiano. Si los jueces encuentran que los beneficios contemplados en los planes de salud no están llegando a la población o no satisfacen sus necesidades y que, por ello, se requiere su actuación mediante el fallo de tutelas a favor de los usuarios del sistema, primero, y posteriormente solicitan que el alcance de esos planes sea aclarado y definido en mejor forma por los actores que lo conforman, es porque el sistema, en la forma en la cual ha sido diseñado y está operando, simplemente no funciona.

El mensaje no fue diferente al de señalar que hay unas fallas profundas en el sistema en conjunto y, desde luego, en los distintos elementos que lo componen, que hay necesidad de analizar y corregir. Ese es el sentido de la intervención de la Corte Constitucional. Una intervención que ha dado lugar a todo tipo de interpretaciones erróneas: para el Gobierno, la actuación de la Corte invade territorios que no le son propios; para muchos economistas, la Corte está formulando la política fiscal al solicitar al gobierno que diseñe un plan de cubrimiento ilimitado de salud, que terminaría financiado, en buena parte, contra el presupuesto de la Nación.

Sin embargo, lo que la intervención de la Corte le ordena al Gobierno y al sector de la salud, en general, es formular una estrategia para la atención de la salud de todos los colombianos que contemple la política pública global de salud, la revisión del marco institucional dentro del cual ésta se ejecute y la modificación de la forma en la cual vienen operando las entidades encargadas de atender a la población y de administrar el sistema.

Los pasos dados por el Ministerio de Protección Social para atender el pedido de la Corte Constitucional han sido la publicación del Acuerdo 03 de 2009 mediante el cual se aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud, una consulta ciudadana para adecuarlo que se terminó cuatro meses después de la publicación del Acuerdo y la convocatoria para actualizar las “guías” o “protocolos” que deberán regir el tratamiento de las diferentes patologías de los colombianos.

Más recientemente el Presidente Uribe anunció en una reunión de gobernadores que se declararía el Estado de Emergencia Social para legislar por decreto con el fin de allegar recursos para cubrir los déficits de los departamentos por concepto de sus gastos en salud. Se está preparando una reforma de los tributos departamentales – fundamentalmente los provenientes de impuestos a los licores y al tabaco -. Lo que señala que las empresas sociales del Estado y las secretarías de salud no cuentan con los recursos públicos suficientes para cubrir los gastos en los cuales incurren tanto para prestar el servicio de salud como para cubrir los costos de las tutelas interpuestas por sus afilia-

dos, lo cual, obviamente repercute sobre la financiación de los hospitales. Lo que señala la magnitud de la crisis financiera de la salud nivel 1 de los municipios colombianos.

El problema, sin embargo, no es exclusivamente el financiero. El gasto per cápita en salud en Colombia no es bajo; se encuentra en el promedio latinoamericano y por encima de países como Venezuela, Perú, Cuba y Paraguay. Además, en términos del PIB, el gasto es alto con relación a otros países de América Latina e inclusive de países desarrollados. El 8% de éste. Como si fuera poco, Colombia es el país de la región con una mayor presencia del Estado en la financiación del gasto en salud – si no se incluye a Cuba- ; el 85% del gasto total en salud es financiado por el gobierno. El Problema no es hacer que el Estado gaste mucho más, sino reestructurar el sistema y sus instituciones, lo mismo que los incentivos para todos los integrantes del mismo.

### Conclusión: la necesidad urgente de una política de salud y de una reforma institucional

Las situaciones descritas justifican la revisión completa del sistema y llaman a unir la política sectorial de salud con la política macroeconómica y particularmente con la política de empleo. Hay un problema de fondo cuya superación compete al Estado y a la administración pública en todos sus niveles. Qué afecta a todos y cada uno de los colombianos en su vida diaria y en su dignidad humana y que se ha convertido en una prioridad nacional, como lo es la seguridad. Lo que no desconoce el hecho de que la cobertura de la afiliación al sistema haya aumentado de manera muy importante en los últimos años. Simplemente ocurre, como ya se ha dicho, que una cosa es la cobertura y otra el acceso efectivo de los individuos a servicios de salud oportunos y de buena calidad así como la viabilidad financiera del sistema.

La realidad hoy en día es que, en la práctica, el Estado se ha desentendido del problema de la salud de los colombianos por lo cual éste le rebota por el lado fiscal. En el fondo, ese es el concepto fundamental implícito en la Sentencia de la Corte Constitucional cuando le solicita al Gobierno que tome manos en el asunto, que conduzca, corrija, regule y vigile para que el sistema de salud sea sostenible en el tiempo porque, como va, no lo es y, por lo tanto, la financiación de la salud, que ya de por sí recae en buena parte sobre el Estado, amenaza con convertirse en una bomba fiscal, con un enorme impacto negativo sobre la estabilidad de la economía colombiana en el futuro.

Hablar de salud implica hablar de política, de administración, de economía y de ciencia. Por lo tanto, estos temas no pueden desligarse el uno del otro, ni tratarse por separado. Por esta razón, la búsqueda de la salud en una sociedad necesita instituciones centrales y líderes. Necesita lo que se conoce como una función “rectora”. Esa función, como lo comenta un experto refiriéndose al caso de la América Latina, “exige una capacidad institucional y personal que no coincide con la organización, marco legal, liderazgo político, capacidades técnicas e instrumental operacional vigente en la mayoría de los ministerios o secretarías de salud”.

En lugar de fortalecerse, como ha debido ocurrir en Colombia a raíz de la implantación de la reforma de la salud en 1993, la función rectora se ha debilitado. A tal punto que, en los principios de la primera administración del Presidente Uribe, se decidió eliminar el Ministerio de Salud que era la entidad a reforzar para enfrentar el problema de la salud de la población colombiana de la hora actual y para liderar la búsqueda de

una sociedad saludable en el futuro. Un objetivo enormemente difícil de alcanzar en la práctica porque, como se espera quede claro del análisis anterior, lograr resultados en salud requiere conducir un proceso en el cual se combinan y juegan múltiples actores y elementos, cambiantes en el tiempo, con particularidades geográficas y poblacionales, y con la conjugación de insumos de muy variada índole.

Colombia necesita urgentemente emprender el estudio de una nueva reforma en salud, construyendo sobre los logros de los últimos quince años pero atacando de frente las debilidades del sistema. Es una prioridad nacional.

La academia tiene un papel sobresaliente que jugar en ese estudio, junto con los actores de la sociedad involucrados directamente en un asunto que nos compete a todos como seres humanos, de carne y hueso. Estudio que, entre sus muchos aspectos, debe revisar el marco institucional y, especialmente, la conveniencia de fortalecer la función rectora del sistema restableciendo a la mayor brevedad el Ministerio de Salud.

## El sistema necesita ajustes profundos e importantes pero no una nueva reforma de la salud

DIEGO PALACIO BETANCOURT, MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

*Se presentan a continuación apartes de la intervención del Dr. Palacio en la que hace un balance de su gestión y responde a los analistas del Foro.*

Quiero agradecer a los asistentes y al Programa “Así Vamos en Salud” por esta invitación.

Es importante en esta tarde poder compartir y discutir sobre los elementos relacionados con el proceso que se está adelantando para decretar en los próximos días la emergencia social, que permitirá, como una medida de excepción constitucional, que el ejecutivo pueda asumir las funciones del legislativo.

Con relación a la exposición del doctor Caballero, hay elementos que enriquecen enormemente la discusión, por lo tanto decidí no hacer la presentación que tenía preparada sino hacer comentarios sobre los temas presentados por los Drs. Caballero y Esguerra, ya que son de toda la actualidad y enriquecen enormemente la discusión.

Para empezar, tomaré la afirmación que dice: “Colombia necesita una nueva reforma en salud, es necesario y urgente emprender una reforma en salud”. No se puede desconocer que el sistema necesita ajustes profundos e importantes pero yo difiero del hecho que se necesite una nueva reforma, lo que se debe hacer es ajustarla. En Colombia muchas veces creemos que la solución es volver a reinventar y es posible que esta no sea la solución.

Yo estoy abiertamente orgulloso del sistema que tenemos, con toda la convicción que hay unos elementos importantes que hay que revisar. Es importante tener en cuenta que para un sistema de salud 14 años de funcionamiento es poco tiempo, es un sistema muy joven que requiere tiempo y requiere maduración. Es decir que cuando se plantea que se debe hacer una reforma al sistema, es necesario responder las siguientes preguntas: ¿reformular qué?, ¿volver al sistema nacional de salud?, ¿qué otras alternativas hay?

...lograr resultados en salud requiere conducir un proceso en el cual se combinan y juegan múltiples actores y elementos, cambiantes en el tiempo...

Con relación a la discusión de la Ley 100 del año 93, el modelo que se planteó en ese momento fue el de un modelo que tenía cerca del 70% de la gente en régimen contributivo y 30% de la gente en régimen subsidiado. Hoy la estructura es diferente, estamos más o menos en una proporción 55% para el subsidiado y 45% en contributivo.

Es más o menos esa la distribución que hoy tenemos, lo que no quiere decir que no sea peligroso y que no haya que ponerle todo el cuidado. Cuando el Doctor Caballero dice que estamos enfrentando un colapso del sistema, un sistema que no es viable, viene una pregunta de reflexión: ¿qué no es viable?, ¿el sistema que se diseñó en el año 93? o ¿el sistema que hoy tenemos? Porque el sistema del año 93 no contemplaba prestaciones por fuera del plan obligatorio. Hoy lo que tenemos no es la Ley 100 como se aprobó; es una transformación del modelo que se creó, el cual se ha venido ampliando por distintas circunstancias que todos nosotros conocemos, motivados por distintos elementos, algunos de ellos el riesgo moral al cual hacía referencia el doctor Caballero. Sin entrar en detalle, hay distintos elementos que han llevado a que desfiguremos el modelo que fue discutido y que fue aprobado en el año 93.

### Sostenibilidad y equidad frente al POS y al No POS

Si hoy miramos la situación financiera del sistema uno puede plantear que aunque tenemos dificultades por el crecimiento en el número de personas del régimen subsidiado, el sistema es sostenible si hablamos del aseguramiento y de la prestación de servicios de POS; pero hablamos que generamos enorme cantidad de riesgo con el crecimiento exponencial de los servicios no POS, lo cual nos genera enorme dificultad. Pasar el año pasado de billón doscientos a este año a un billón ochocientos más o menos de servicio no POS, es un crecimiento del 50% con una tendencia muy difícil de controlar, que genera riesgos para la sostenibilidad del sistema y vienen parte de las preguntas que nos tenemos nosotros que hacer en el marco de la emergencia social: ¿Qué es más equitativo para el país, centrarse en la financiación del no POS que va a beneficiar a trescientos mil colombianos o centrarse en la sostenibilidad y tratar de proteger el POS que es lo que está cubriendo a treinta y nueve, cuarenta millones de colombianos? Ésa es parte de las preguntas que nos tenemos que hacer: ¿Qué prioridad le damos a qué?, ¿qué es más equitativo?, ¿qué es mejor para el país? Y creemos nosotros que de una u otra forma el sistema debería dar la discusión de fondo de si podemos o no podemos sostener los servicios no POS; sin embargo, creo que eso se queda en una discusión filosófica muy difícil de implementar entre otras porque los jueces tienen una lectura distinta.

Por lo tanto para poder enfrentar esa realidad de pronto lo mejor es dividir los mecanismos de financiación y sostenibilidad del POS como sistema de aseguramiento y generar un mecanismo distinto, no dependiente de la financiación ni de la administración de los servicios no POS, y creo que ésa es una reforma estructural importante que nos permite a nosotros consolidar el sistema de aseguramiento como elemento central de la salud en Colombia.

Creo que debemos volver en el tema de aseguramiento a lo que se planteó en el marco de la Ley 100. La Ley 100 nunca planteó por ejemplo la división amplia del régimen subsidiado y del régimen contributivo: la Ley 100 planteó el aseguramiento y planteó la posibilidad de que existieran subsidios sin necesidad de decir que tenían que ser totales para determinado grupo de población. Decía, de acuerdo a la capacidad de pago

que tenga la gente, la gente aportará; y hoy, dentro de los veintinueve millones de afiliados que tenemos al régimen subsidiado se calcula que cerca de seis o siete millones de personas podrían tener alguna capacidad de pago, puede que no la cotización completa a contributivo, pero si una capacidad de pago que vale la pena mirar y revisar.

### Promoción y prevención y salud pública

Comparto también la profunda preocupación que plantea el Doctor Caballero sobre el tema de la promoción y prevención que es central, tanto como sistema de salud y como sociedad. Cuando un país va evolucionando epidemiológicamente como está evolucionando Colombia, van perdiendo impacto las medidas de salud pública colectivas y van ganando espacio las medidas de salud pública individual: a medida que nosotros vamos evolucionando, va ganando mucho más espacio la necesidad del comportamiento saludable de las personas. Es necesario que recordemos que los colombianos tenemos derechos en salud pero también tenemos deberes en el marco de la salud y es por eso que el comportamiento saludable es un elemento que hay que cultivar, motivar, y educar para que la gente tenga una vida más saludable. Creo que el gobierno debe, como gobierno, como política de salud pública, debe seguir liderando aquellas acciones de salud pública colectivas con una enorme dificultad que es la descentralización.

Ecuador el año pasado toma la decisión de volver a centralizar los programas de salud pública colectiva y existe literatura en el mundo que promueve y que incita a que los programas de salud pública colectivo no dependan de las entidades territoriales, que vuelvan a ser centralizados. Además creo que el Gobierno tiene mucho menos espacio en aquellas acciones de salud pública de carácter individual; que sea a través de las mismas EPS, de las mismas entidades hospitalarias, que se trabaje ampliamente en acciones de salud pública individual donde puedan responder en una forma más particular a los requerimientos de cada una de las personas.

### Cambios en el mercado laboral

Lógicamente la sostenibilidad del sistema está directamente relacionada con el mercado laboral. Cuando se pensaba que el mercado laboral en Colombia iba a crecer en el marco de la formalidad, se ha encontrado que la informalidad ha ganado un espacio mucho más amplio frente a la formalidad y no solo en Colombia sino en el mundo en general; por lo tanto, hay que volver a pensar si el único mecanismo de financiación del sistema debe ser la cotización ligado a la existencia de un contrato laboral o si podemos volver a replantear la necesidad de que personas con capacidad de pago, formales o informales, puedan hacer sus aportes al sistema.

Creo que el país ha tenido avances importantes en algunos elementos, por ejemplo, en la implementación a nivel de prestadores del sistema de habilitación. Si hoy lo pudiera implementar, si hoy estuviéramos en el día cero de pronto lo implementaría con algunas diferencias importantes de cómo se implementó en el año 2003, o 2004 pero no renunciaría: yo creo que el país necesita los mecanismos de habilitación, yo veo unos hospitales dinámicos renovados tecnológicamente con enorme eficiencia de parte de las instituciones prestadoras y hoy veo un escenario distinto, los veo construyendo, los veo aportando, los veo renovando tecnológicamente y creo que eso es elemento también que vale la pena rescatar en un momento dado.

## Los problemas de liquidez

Hay afirmaciones que yo creo que hay que mirar con todo el cuidado y yo creo que nos falta y debemos nosotros asumir esa responsabilidad de pronto de no saber transmitir con toda celeridad a la población. Si las EPS el año pasado le cobran al Fosyga once billones de pesos y el Fosyga gira diez billones setecientos cincuenta mil setecientos cuarenta mil, la pregunta es si de verdad es un guardador de recursos: de once billones cobrados giró diez billones setecientos cuarenta; salen distintas afirmaciones: Que es que el Fosyga está guardando esa plata para poder el gobierno tener liquidez. Hombre, doscientos sesenta mil millones de pesos no generan, no marcan ninguna diferencia en una política macroeconómica. Lo que pasa es que hay una profunda diferencia, por ejemplo estoy hablando de las EPS: sobre si esos doscientos sesenta mil millones debían ser pagos o no o si ya estaban o no estaban pagos a través de la Unidad de pago por capitación pero uno no puede plantear que diferencias en la interpretación se lea como ineficiencias que porque no nos están pagando, no, yo creo que ahí ha habido avances importantes.

Sobre la diferencia con las EPS estamos buscando solución a través de unos mecanismos de conciliación; los quinientos o los seiscientos mil millones de pesos que dicen las EPS que se les deben es el acumulado a lo largo de toda la historia de los recobros y de tutelas; pero déjenme también les doy este dato, es el 1.6% de la plata que en el mismo tiempo ellos han manejado, es el 1.6% el resto de la plata ha fluido. Genera preocupación que algunas EPS planteando esa deuda que tienen o esa expectativa que tienen frente al Fosyga hagan cesación de pagos o empiecen a achacarle a ese elemento central el estar quedando mal con algunas entidades prestadoras de servicios eso genera preocupación. La Nueva EPS compensa o recibe cerca de un billón quinientos al año, si ve uno Saludcoop es mucho más y lo que no puede uno plantear es que Saludcoop o Coomeva como me lo plantearon y me lo contaron, planteo una cesación de pagos cuando está recibiendo ciento cincuenta mil o ciento cuarenta mil millones de pesos mensuales por compensación. Entonces ¿dónde está esa plata? Si hay cesación de pagos, ¿dónde está invirtiendo la plata que está recibiendo por compensación?, es factible que exista dificultad en el tema de recobros insisto pero hoy el tema de compensación yo creo que no genera dificultades en el marco del sistema de seguridad social en el país.

## Cobertura y acceso

He dejado para el final un elemento que creo yo que es bien importante de los muchos importantes que planteo el doctor Caballero es recortar y reafirmar que Colombia destina cerca de 8 puntos del PIB. Hace tres semanas en una reunión corta en Ecuador veíamos como el promedio de la región era, si mal no recuerdo, el 3.5 puntos del PIB de los países, por lo menos de Unasur como lo mencionó entre otras la ministra ecuatoriana fue esa la cifra 3.5, 3.8. Colombia está cerca de 8 puntos con enormes posibilidades de mejorar la eficiencia y la efectividad de esos recursos y comparto cuando el Doctor Caballero plantea: cobertura no es igual a acceso. Estamos de acuerdo, cobertura no es igual a acceso, hay enormes dificultades o diferencias de acceso de acuerdo a la región, de acuerdo a la EPS, de acuerdo a distintas circunstancias; pero si podemos asegurar que la gente con cobertura ya por lo menos rompió la principal barrera de acceso que puede tener cualquier población en el mundo, la principal barrera de acceso es la económica, existiendo ya la cobertura, ya históricamente se rompe una profunda

barrera y ya lo que hay es que entrar a buscar mecanismos de regulación que permitan que cobertura se convierta en acceso y ahí hay enormes diferencias dependiendo en gran parte de la capacidad institucional de las distintas regiones.

## Emergencia social y Ministerio de Salud

Ahora bien, Colombia va a recibir la notificación en el transcurso de la semana entrante de la declaratoria de emergencia y se declara una emergencia, la emergencia no se tiene que declarar única y exclusivamente porque el problema ya haya ocurrido sino como un mecanismo también de prevención, así lo plantea la constitución; si hay inminencia de una situación usted puede plantear una emergencia para poder tomar medidas preventivas. Estamos, sin ninguna duda, en un sistema en donde ha crecido significativamente el gasto y en donde se están estabilizando e incluso empezando a decrecer los ingresos, el aumento de la tasa de desempleo, la informalidad, la disminución de la capacidad adquisitiva real y de ingresos reales que tiene la población. Eso nos muestra a nosotros unos elementos de financiación que nos generan preocupación. De los veintidós billones de pesos que maneja el sistema de aseguramiento, doce billones vienen a través de las cotizaciones, de las cotizaciones del 12.5 de la nómina y si empezamos a ver una tendencia que venía decayendo que era la disminución de la tasa de desempleo, veníamos simultáneamente viendo un incremento en el número de aportantes por instrumentos de lucha contra la evasión y contra la elusión veníamos con un crecimiento interesante de los recursos del sistema.

Ya para terminar yo quiero tocar el tema del Ministerio de Salud: existía un Ministerio de Salud, con muy buenos ministros en algunos momentos de la historia y el incremento en régimen subsidiado en cobertura era de trescientos mil por año y venía una disminución, del régimen contributivo; sin Ministerio de Salud nosotros logramos unos crecimientos de dos, de tres millones de personas aseguradas por año; con Ministerio de Protección en el transcurso de los últimos cinco años, 26% de incremento en los recursos del sistema. Ahora, déjenme hacer la pregunta contraria: ¿Se necesita el mismo Ministerio de Salud? Es una pregunta, por ejemplo cuando no hay una Cajanal que esté prestando servicios de salud, cuando no hay un Seguro Social que esté prestando servicios de salud volver a tener el mismo Ministerio de Salud frente a una institucionalidad distinta. Vale la pena también pensar o debería el Gobierno y debería el Estado pensar cómo logramos y a eso es lo que nosotros le hemos apostado, miren elementos.

Decía el Doctor Caballero, hombre, acá lo que hay es que asegurar que la política de salud sea una política de Estado porque esto tiene que ver con política, con economía, en fin; nosotros hemos tratado de hacer modificaciones estructurales importantes, la misma presencia por ejemplo de la Comisión Reguladora es un elemento que hay que mirar y que hay que valorar deberíamos y creo que podríamos buscar instrumentos que permiten fortalecer el sistema de aseguramiento y de salud en Colombia, creo yo, sin la necesidad de que exista un Ministerio de Salud como tal.

Quiero invitar a realizar un trabajo de profunda reflexión, con datos que podamos confrontar, con argumentos que podamos discutir para mirar si el país ha ganado o ha perdido en esa decisión que tomó; discusión que hay que dar tanto frente al Ministerio de Salud como al Ministerio de Trabajo.

---

...pero si podemos asegurar que la gente con cobertura ya por lo menos rompió la principal barrera de acceso que puede tener cualquier población en el mundo, la principal barrera de acceso es la económica...

---

Yo creo que termino ahí mi intervención. Hay una cantidad de elementos adicionales bien interesantes para discutir pero creo deben continuar los demás ponentes.

## Déficit Fiscal de la Salud y Activismo Jurídico en Colombia

CARLOS IGNACIO ROJAS, VICEPRESIDENTE ANIF

*Se presenta a continuación una reseña de la exposición del Dr. Carlos Rojas sobre el análisis del déficit fiscal en relación con el Sistema General de Seguridad Social.*

La primera reflexión es la preocupación en ANIF por la falta de información consistente, oportuna y confiable para hacer análisis de este tipo. La información sobre el sector es una información supremamente pobre: si bien a todo el sector se le exige hacer una cantidad de reportes no hay una consolidación y la verdad es que cuando la información no es consistente no es creíble, no es verificable y si no está a tiempo, en verdad no sirve para nada. La información más confiable es el estudio “Cuentas Nacionales de Salud 1993-2003” publicado en 2006, realizado por Gilberto Barón.

Los resultados del estudio realizado por ANIF, motivado por el déficit fiscal por el que atraviesa Colombia en estos momentos, evidencian varios problemas respecto al sistema de salud, entre ellos el creciente aumento del gasto privado y el aumento de la cobertura a expensas del gasto público, ya que el número de los contribuyentes activos del sistema se ha mantenido constante.

La Ley 100 de 1993 fue una muy buena ley en el sentido que permitió mejorar la cobertura y el número de afiliados que pasó del 57 al 91%. Sin embargo, solo el 39% son contribuyentes activos, básicamente lo que se tenía hace 10 años, lo cual no representa ningún avance.

Por otro lado, desde ANIF se resalta la importancia de plantear una solución en salud a largo plazo, dado que los cambios en salud pública toman una o dos generaciones. Modelamos teniendo en cuenta los factores demográficos (población, expectativa de vida, perfil epidemiológico) y los factores no demográficos (instituciones, ingreso y tecnología) que impactan en el costo de la salud, enfocándose principalmente en dos elementos determinantes: la población y las instituciones (no solo como instituciones del mercado laboral) mientras que los otros factores se consideran constantes para hacer la proyección a 2050.

Coincido en las afirmaciones del Dr. Caballero, al enunciar la importancia de una reforma al mercado laboral, para de alguna manera detener la bomba de tiempo financiera para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dado que de continuar con el patrón laboral que presentamos, el gobierno tendría que asumir un déficit fiscal elevado a causa del déficit en salud.

Modelamos cómo puede ser la situación en el futuro bajo tres escenarios diferentes con variaciones en la informalidad laboral. Entonces, si la situación en salud sigue y la informalidad en el empleo se mantiene como viene, vamos a tener un déficit para el año 2050 de 8 puntos en el PIB sólo por concepto de salud.

Finalmente, es de resaltar que el sistema de seguridad social en salud tiene retos muy grandes.

El primero de ellos consiste en reducir las 90 mil tutelas anuales en salud, ya que si se mantiene este ritmo vamos a llegar a un nivel insostenible en el cual tarde o temprano las empresas se tienen que declarar en quiebra.

En segundo lugar está la unificación del POS y cobertura universal, el cual genera, un riesgo de tipo moral, dado que si todos los colombianos van a recibir el mismo servicio, se desincentiva a las personas del régimen contributivo a continuar cotizando, lo que terminaría bajando la calidad del total del sistema.

El problema es el de lograr la cobertura universal medida como tasas superiores al 95% y llegar a 6.9 billones de pesos al año, 1.6% del PIB y por lo tanto el costo público adicional que estamos viendo es de dos a tres puntos del PIB de aquí en adelante a perpetuidad.

Un tercer punto importante es el tema de los pagos pendientes al FOSIGA, los cuales a pesar de que deberían ser un proceso administrativo automático, se demoran más de la cuenta, lo que genera un saldo que va creciendo y finalmente implica un costo importante.

Para concluir: todas estas tareas presentan obstáculos financieros grandes, dejando nuevamente en evidencia la confirmación de las apreciaciones presentadas por el Dr. Caballero, en el sentido de que el Sistema tiene serios problemas de financiamiento, que se deben atender de manera urgente, ya que efectivamente el problema del Sistema es un problema de índole estructural.

## Perspectiva del sector desde el punto de vista de la Salud Pública

CATALINA LATORRE, DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

*Se presenta a continuación una reseña de la intervención de la Dra. Latorre, miembro del Comité Técnico del Programa Así vamos en salud.*

El análisis desde la Salud Pública hace una reflexión sobre la necesidad de hacer un nuevo direccionamiento en la capacidad del Ministerio para la gobernabilidad de las acciones en Salud Pública. En este sentido la exposición está ordenada a través del análisis de algunos documentos y elementos importantes que se han presentado en este periodo de tiempo y poder identificar tensiones o contradicciones que se reflejan en los problemas que se han generado desde la política pública y de gobernabilidad del sistema.

...si la situación en salud sigue y la informalidad en el empleo se mantiene como viene, vamos a tener un déficit para el año 2050 de 8 puntos en el PIB sólo por concepto de salud.

Se seleccionaron algunos indicadores con elementos de “Así Vamos en Salud” y se hace una consideración sobre el modelo de atención que tenemos actualmente. La intención es discutir si es un modelo que responde a las necesidades de salud pública, no sólo a la financiación. Podemos intentar contrastar el modelo de atención que se está proponiendo para el sector desde las EPS con el modelo que se está generando desde el Ministerio para las IPS. La pregunta es si éste modelo es el adecuado o si está dejando vacíos importantes para la salud pública.

Se seleccionaron para la presentación los siguientes documentos de interés: el Estudio Nacional de Salud Mental, el Plan Nacional de Salud Pública y la Encuesta Nacional de Salud 2007.

### Estudio Nacional de Salud Mental de 2003

El Estudio Nacional de Salud Mental del 2003 actualizó los datos del estudio anterior y los nuevos datos muestran que el problema aún se mantiene. El estudio hace un buen análisis comparativo de la situación de salud mental de población del régimen subsidiado con la del régimen contributivo; reconoce los grandes porcentajes de población que tienen problemas de salud mental y nos da una evidencia de problemas sobre los cuales trazar unos pasos razonables para el ejercicio de una política.

El estudio y la visibilidad del problema se refleja en lograr que la salud mental es parte de la agenda política. Esto es una ganancia y un ejemplo de cómo desde la investigación se puede lograr que un problema de salud pública, reconocido desde hace varios años, quede en las 10 prioridades del plan de salud pública. El paso a seguir era avanzar hacia la política donde, se buscó a la sociedad científica respectiva para apoyar su formulación. Allí empiezan las tensiones: la propuesta de política presentada no se considera política sino unas orientaciones para la salud mental, un esfuerzo que se queda sólo en orientación y no se define finalmente la política. En este sentido, también se empieza a reconocer la necesidad de servicios en salud mental en la puerta de entrada al sistema. Sin embargo, en el Acuerdo 008 las intervenciones se elevan a segundo nivel de complejidad.

Otro elemento de discusión para el alcance de un estudio y sus propuestas de intervención es la operativización. En este sentido, los planes territoriales de salud mental fragmentan y orientan por selectividad los problemas, perdiendo la integralidad y el compromiso local.

Frente a la gobernabilidad y el direccionamiento del Ministerio en el campo de la salud mental es interesante la respuesta en procesos normativos como en el Auto 025 de la Corte para la atención a población en condición de desplazamiento. Este auto hace toda una movilización de requerimientos del sector salud para la población en desplazamiento y hay una llamada de la Corte. Como se muestra no es sólo la Sentencia T-760 la que ha establecido requerimientos al sector.

El mencionado Auto da órdenes al sector público que tiene que darle respuesta: se hace toda una movilización de un plan de salud mental para una población en desplazamiento, pero ¿de quien es la necesidad? De un auto de la Corte, o sea no es el sector salud, proponiendo soluciones sino otra vez se tienen que dar orientaciones desde otras miradas y se empieza a generar desde la Dirección de Salud Pública del Ministerio la propuesta de un “Modelo de Atención Primaria en Salud Mental” donde deciden que la salud mental es una parte de la atención primaria en salud, pero finalmente al

asumir nuevas clasificaciones en el nuevo POS para la salud mental buscando opción a nuevos incentivos de facturación, se llega a un problema de continuidad en los procesos de atención y nuevamente a una limitación al acceso.

Uno de los datos que da el estudio de salud mental es que no hay psiquiatras suficientes, entonces todo se vuelve a obstruir y no llegamos a ninguna solución, o sea, el modelo de atención parte de la necesidad de que hay equipos de salud y hay una poca capacidad de gestión local de unos equipos de salud conformados por trabajadoras de salud que tienen limitaciones en su actualización permanente en el tema a nivel local. Hay que resaltar que no todo el país es como Bogotá.

### Plan Nacional de Salud Pública

El Plan Nacional de Salud Pública - PNSP está respaldado por la normatividad que todos conocemos, el Decreto 3039, Resolución 425. Se han hecho avances, sin embargo, el seguimiento vuelve a ser una verificación de cumplimiento, y la perspectiva de impacto o resultados no se ve clara. Se encuentran datos de seguimiento a la gestión, cumplimiento de planes, reuniones de planes territoriales, quienes hicieron, quienes no, los planes de intervenciones colectivas que sustituyeron al antiguo PAB. Realmente no fue ningún cambio.

Se rescata y creo que fue un intento importante y que ha aportado es la integración a la EPS en los procesos de planeación territorial, el hecho de integrar lo fragmentado por el sistema de seguridad social. El Plan Nacional de Salud Pública - PNSP logra dar a los planes territoriales de salud un espacio para involucrar a las EPS en los procesos de planeación local, lo cual en un momento dado fue visto no con mucho agrado, pero poco a poco se les ha ido exigiendo y por lo menos hoy en día asumen que son parte del territorio.

Un inconveniente para el Plan Nacional de Salud Pública - PNSP- y el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC- es la capacidad de gestión local y la restricción de los enfoques de riesgo, porque a pesar de que el Plan trata de asumir el problema de determinantes, el Plan vuelve al enfoque de riesgo y tenemos recientemente todo lo que es la mirada de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud, que empieza en el 2005, con su informe final que sale en el 2008 y que retoma muchos de los temas que hablaba el doctor Cardona frente al problema de las inequidades. Encontramos recomendaciones grandes de la Comisión que no se reflejan en las actividades del PNSP con el alcance y fuerza necesaria como para mejorar en general las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, que generan una gran cantidad de inequidades en la calidad de vida de las personas y medir la magnitud del problema, analizar y evaluar los efectos de las intervenciones, porque caemos en lo mismo: cuando se dice que se hace el seguimiento se presenta es un buen recuento de lista de chequeo. De hecho en salud pública, como lo dicen a veces las poblaciones, creemos que la población es como un carro que lo llevamos de taller en taller.

Estas son algunas de las recomendaciones de la Comisión que no se ven mucho en el discurso articulado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco del aseguramiento, o sea para entender el problema de determinantes hay que abordar un problema de política laboral, de política de condiciones de vida y de un Estado que intervenga integralmente y no fragmentar y quedar el sector salud aislado y limitado en su alcance.

---

Surgen las preguntas...¿Qué pasa con los indicadores -que son imperdonables- como sífilis congénita aumentando, muertes por tétanos neonatal? Son indicadores que muestran una deuda con el país y con esos niños afectados...

---



---

... para entender el problema de determinantes hay que abordar un problema de política laboral, de política de condiciones de vida y de un Estado que intervenga integralmente y no fragmentar y quedar el sector salud aislado y limitado en su alcance.

---

El trabajo de promoción de la salud y prevención a través de estrategias extramurales es un modelo de atención que no coincide con el que se está promoviendo desde el aseguramiento.

### Encuesta Nacional de Salud 2007

Tenemos la Encuesta Nacional de Salud del 2007. Fue una inversión importante, se hizo su primera divulgación en abril del 2008, fuimos invitados a ver unas presentaciones preliminares y hasta ahí alcanzamos a saber de la Encuesta Nacional de Salud del 2007. Posteriormente se publicó un documento que nos llegó a las universidades, el cual muestra, por una parte, métodos y procedimientos, y por otra parte información importante sobre condiciones básicas de hogares, personas, seguridad social, información sobre morbilidad sentida, factores asociados y discapacidad. La encuesta también mide toda una respuesta institucional con unos análisis importantes frente a capacidad de las instituciones prestadoras, seguimiento de normas técnicas, recurso humano capacitado y quien está atendiendo. Finalmente, después de esa gran divulgación que se hizo en abril del 2008, no volvimos a saber mayores avances sobre la Encuesta Nacional de Salud y planes de intervención asociados o mayor profundización en el análisis de los datos.

¿Dónde están las intervenciones que den respuesta a todos los hallazgos y a la inversión que implicó esa encuesta? Hay una limitación para el análisis: de hecho, la Universidad Javeriana en su entrega dice que llegó hasta un análisis descriptivo. Valga anotar que para tener acceso a la base de datos hay que hacer la vuelta por la Dirección de Salud Pública pero se la entregan a uno.

Es una encuesta amigable pero anuncia el problema de la continuidad y en la parte de la actualidad de la información empieza a quedarse corta porque ya los datos de la encuesta son a 2007 y el poder hacer cruces nos van a empezar a quedar retrasados frente a la información real. No se evidencia tampoco una proyección del Estado de continuar haciendo este tipo de medición bajo los criterios con que se hizo la Encuesta Nacional. Por lo tanto, nos vamos a quedar con la Encuesta de 2007 y después queda un vacío de continuidad, de comparaciones. Así mismo, no se vislumbran modificaciones a partir de la evidencia encontrada, algunas convocatorias de Colciencias promueven su utilización pero se ha quedado corto el sector en valorar y usar los datos.

### Indicadores de Salud

La otra parte de la presentación retoma indicadores de la presentación de la Dra. María Luisa Latorre de hace un año, en la que organizó los datos en un semáforo. La idea sobre los indicadores es analizarlos en la perspectiva de tendencia y no detenernos en la precisión de la cifra. Algunos indicadores tienen unos buenos comportamientos como muestran los semáforos aunque son evidentes las inequidades que hay. Surgen las preguntas, ¿qué respuesta se va a dar por parte del sector salud para las diferencias con territorios como Vichada, como la Guajira, como el Cesar? ¿Qué pasa con los indicadores que están mostrando y que son imperdonables como sífilis congénita aumentando, muertes por tétanos neonatal? Son indicadores que muestran una deuda con el país y con esos niños afectados. Es una situación que no tenía por qué suceder. Entonces ahí viene el problema: tenemos un compromiso con unos problemas de salud que deben abordarse desde otras alternativas y desde otras miradas, que no sólo se pueden mantener con la perspectiva del indicador o la parte financiera sino que involucran una parte de determinantes sociales y de un modelo de atención.

En la parte de modelo de atención hay también una divergencia y lo digo como espectadora desde afuera del Ministerio. Cuando uno trata de encontrar miradas en la respuesta del Ministerio, encuentra que se están promoviendo las guías de atención basadas en evidencia con una gran inversión; sin embargo, las guías, por su definición, son un modelo centrado en la parte individual, y se confrontan con el grupo de Salud Pública del Ministerio que promueve la Atención Primaria, como un modelo de atención que puede ser integrador. Entonces se descubren tensiones que es difícil armonizar.

La Atención Primaria en Salud desde una perspectiva integral como política se fortalece con sus tres pilares: educación en salud, contacto temprano con el sector salud y participación comunitaria. El trabajo de promoción de la salud y prevención a través de estrategias de trabajo extramural, es un modelo de atención que no coincide con el que se está promoviendo desde el aseguramiento.

Queda entonces otra vez la atención primaria como si fuera un modelo selectivo para pobres y como si no fuera un modelo que de respuesta para las entidades que están a cargo del régimen privado. Entonces dónde queda el compromiso del aseguramiento con el empoderamiento de las comunidades frente a sus problemas de salud, como dar un enfoque territorial a las intervenciones. El Sistema General de Seguridad Social en Salud se concentra en el acceso y los elementos de salud pública quedaron fragmentados. La vigilancia epidemiológica debe estar más integrada a la gestión del aseguramiento y no solo ser un asunto de interés para la salud pública.

### Recomendaciones finales.

Las recomendaciones finales son: uno, mirar nuevamente lo de la territorialidad: para la Salud Pública la territorialidad tiene un sentido de impacto para las intervenciones. Dos, los indicadores hay que mirarlos desde una perspectiva de inequidades y distribución y un análisis con enfoques diferentes. Es necesario profundizar en el análisis para poder comprender qué está pasando con las perspectivas de género; qué está pasando con las perspectivas poblacionales y territoriales. Por lo tanto, no podemos seguir mirando los indicadores solo como la tendencia general: hay algunos indicadores que tienen deuda frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hay otros que estamos cerca de cumplir las metas y no vamos tan mal. El problema es que cuando se abren y se despliegan las tablas de los indicadores, las tablas se vuelven distintas y hay una gran diferencia territorial, entonces ahí es donde es un problema de equidad y que hay que mirarlo con una perspectiva más de determinantes sociales.

Tres, hay que cuestionar el modelo de atención que se está prestando para la Salud Pública: el modelo de atención, independientemente de que se haga prevención del riesgo individual, no es suficiente para una perspectiva de cambio de condiciones de salud.

Cuatro, reconocer que lo que está pasando es que entes ajenos al sector salud son finalmente los grandes motores que promueven cambios. Fue la Corte la que movilizó para que se haga un modelo especial para desplazamiento y salud mental. Fue la Corte la que movilizó con la sentencia T-760 que llevó a una reacción del sistema donde íbamos como en una inercia. Vemos por otro lado que empiezan a aparecer leyes donde el legislativo se impone sobre el ejecutivo con leyes sin recursos como es la ley contra la obesidad, la dosis mínima, que sale de otro sector, entre otras.

Estas son las realidades frente a las cuales no se ve para dónde va el Ministerio y su capacidad real de responder a los problemas, no se ve cómo va a hacer un verdadero seguimiento a las metas del Plan Nacional de Salud Pública, y presentar rendición de cuentas sobre los resultados, confrontar si realmente existe un interés por la Atención Primaria renovada promovida por la OPS, asumir si para las EPS el enfoque de determinantes sociales en salud es una alternativa no viable, y modular las respuestas del legislativo sobre el ejecutivo. Finalmente todo lo que ha ocurrido es un problema de gobernabilidad.

## Fortalezas y debilidades del desempeño de la CRES y cuáles son sus retos

MARTHA GUALTERO, COMISIONADA VOCERA DE LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD - CRES

*Se presenta a continuación una reseña de la exposición de la Dra. Martha Gualtero, sobre las funciones, los avances y los retos de la CRES.*

La Comisión de Regulación en Salud - CRES como todos saben fue creada por la Ley 1122 de 2007 como una unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de Protección Social con personería jurídica y autonomía administrativa, técnica y patrimonial. Su conformación es la siguiente: el Ministro de Protección Social –quien tiene una doble connotación, la de ser Ministro de Protección social y a su vez Presidente de la Comisión; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; los dos ministros, excepcionalmente, pueden delegar en alguno de sus viceministros la participación en la Comisión. Adicionalmente estamos cinco comisionados expertos que fuimos nombrados en el mes de abril 2009, nos posesionamos el 3 de junio de 2009.

Tuvimos que partir de cero, con una “mini planta” de cinco personas que le fue aprobada al Ministerio de Protección Social (la cual estaba organizada cuando nos posesionamos). Por lo tanto la CRES está conformada por cinco comisionados, un coordinador ejecutivo y un asesor. Esto para cumplir no solamente con las funciones que establece la Ley 1122 sino con las órdenes de la Corte Constitucional en relación con la Sentencia T - 760.

La Comisión cumple con las funciones legales establecidas en la Ley 1122 especialmente la regulación de los aspectos centrales de operación del Sistema General de Seguridad Social. Entre sus funciones están la definición de los planes de beneficios, la definición de la unidad de pago por capitación -UPC, la definición de las prestaciones económicas tales como las licencias de maternidad y las incapacidades, los pagos moderadores y las tarifas mínimas, entre otros.

En cuanto a las fortalezas que tiene la conformación de un organismo como la Comisión de Regulación en Salud, podemos decir que es un organismo de carácter técnico que tiene como finalidad expedir y cumplir con las siguientes funciones regulatorias: promover un modelo de competencia regulada y la actualización del contenido del Plan Obligatorio de Salud; definir el valor de la UPC, garantizar los derechos y deberes de los

usuarios, afianzar la calidad del aseguramiento y de los servicios, asegurar una adecuada gestión para la utilización de los recursos y por último velar por la estabilidad financiera.

Las debilidades básicamente radican en que tuvimos que iniciar operaciones sin la aprobación de una estructura, de una planta de personal que soportara el quehacer técnico de la Comisión y sin disponer de un presupuesto debidamente discriminado que nos permitiera tener una sede. Por otra parte, la Ley de garantías es otra de las grandes debilidades que tenemos entonces la carrera ha sido maratónica. No tenemos en este momento planta de personal pero si tenemos un presupuesto de inversión entonces con el presupuesto de inversión y un presupuesto que nos fue aprobado para funcionamiento a través de la figura de contratos de prestación de servicios, la Comisión está adelantando las funciones que le corresponden.

En estos seis meses podemos decir que hemos cumplido los siguientes retos: acatar lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional en relación básicamente con la actualización y aclaración del Plan Obligatorio de Salud; hicimos una revisión de los planes de beneficios con lo que se produjo el Acuerdo Tres de julio de 2009, el cual entra en vigencia el 1º de enero de 2010.

Adicionalmente la Corte ordena que antes del 1º de octubre de 2009 se debe hacer la unificación de los planes de beneficios de niños y niñas con lo cual se produjeron los Acuerdos Cuatro y Cinco. Con el Acuerdo Cuatro se le dio cumplimiento a la orden de la Corte y con el Cinco se fijó la UPC para poder cumplir con ese plazo y esa orden de la Corte.

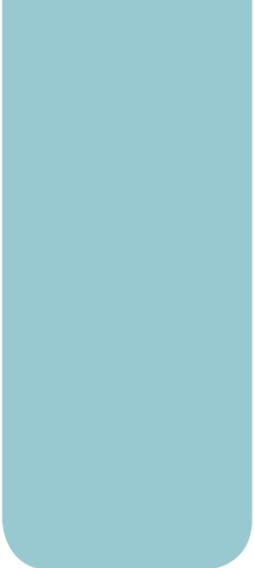
Se cumplió la orden de la Honorable Corte Constitucional estableciendo que para los niños habría unificación hasta los 12 años y trescientos sesenta y cuatro días.

Los retos a cumplir para el 2010 son los siguientes: en primer lugar la definición, actualización y modificación del POS. No debemos olvidar que en el caso de la Corte Constitucional nos está diciendo que por lo menos anualmente debemos hacer una actualización de ese plan obligatorio en salud. En segundo lugar, un estudio sobre las competencias de la Comisión y de la correspondiente reorganización de funciones de acuerdo con las normas vigentes: esa es otra de las tareas, porque esta comisión es una comisión, fíjense el término, comisión reguladora en salud, pero el tema de la regulación económica fue algo que no quedó en la Ley 1122 como función de la comisión. Entonces estamos para el 2010 con este tema pendiente: de hacer el estudio correspondiente con el cual hacer la propuesta al Congreso de aquellas cosas que consideramos que deben ser función de la comisión para hablar realmente de que sea una Comisión de Regulación. En tercer lugar, el reto de realizar estudios, uno para la proyección de la unificación gradual y sostenible del plan obligatorio de salud y otro estudio sobre la sostenibilidad financiera del sistema y la suficiencia de la UPC para el 2011, acompañado del tema de subsidios parciales y pagos moderadores. Por último se trabajará en definir el sistema tarifario y el manual de tarifas, así como definir y revisar el listado de medicamentos.

Y finalmente el tema de subsidios parciales es un tema que nos debe ocupar en una reglamentación adecuada: a la CRES le corresponde hacer la reglamentación en el tema de subsidios parciales, determinar la forma como se van a conceder esos subsidios parciales, mientras que la operación de la concesión de los subsidios parciales le corresponde al Ministerio de Protección Social.

Muchas gracias.

... la CRES tiene como finalidad: promover un modelo de competencia regulada y la actualización del contenido del POS, definir el valor de la UPC, garantizar los derechos y deberes de los usuarios, afianzar la calidad del aseguramiento y de los servicios,...

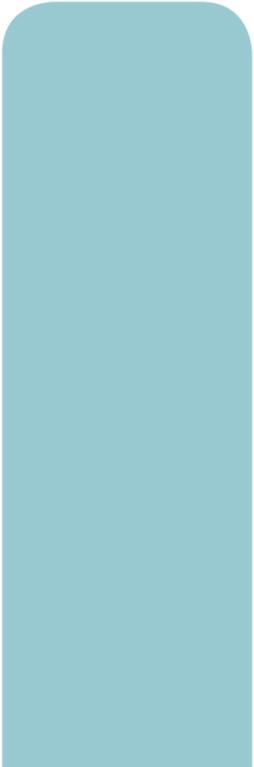


# 3

Capítulo

## Experiencias valiosas: aportes del sector salud a la calidad de vida de los colombianos. Quince experiencias valiosas

Además de hacer un seguimiento a los indicadores del sector, el observatorio *Así vamos en salud* convocó, por tercera vez, a las instituciones de salud del país a compartir sus “experiencias valiosas” en salud. En esta oportunidad se seleccionaron experiencias que contribuyen a la calidad de vida de los colombianos, gestionadas desde distintos ámbitos de la sociedad y que lograran implementar prácticas en salud coherentes con las problemáticas específicas de las regiones.



### Criterios de selección:

Se solicitó tanto a instituciones públicas como privadas de salud que nos compartieran sus experiencias valiosas. Un grupo de expertos realizó la evaluación de los trabajos recibidos teniendo en cuenta su impacto en la población, que pudieran servir como ejemplo para su implementación en otras regiones y que fomentaran la participación tanto de la comunidad como de entidades privadas. Así, de treinta experiencias recibidas, se escogieron las quince que presentamos a continuación.

**Nota:** El equipo editor de *Así Vamos en Salud* preparó las reseñas de estas experiencias valiosas a partir de entrevistas con algunos protagonistas (responsables o beneficiarios) y de la información reportada por las entidades.

## 1. El abc de la Malaria

ESTRATEGIA EDUCATIVA “EL MUNDO DE LA MALARIA” –  
APRENDAMOS A MANEJARLO EN COMUNIDAD | FUNDACIÓN FES – DIVISIÓN SALUD



César Nogales es un médico ‘de corazón’. “Me gusta trabajar en salud porque puedo ayudarle a la comunidad, uno puede darle solución a los problemas de nuestros paisanos y así me comprometo con el bienestar de todos ellos”, dice.

Tiene 54 años y es promotor en desarrollo comunitario en Tumaco (Nariño). Desde hace más de una década trabaja en el área administrativa de la EPS Caprecom porque, según él, no deja de capacitarse para generar beneficios en la salud de los habitantes de su región.

Gracias a los conocimientos que ha adquirido a través de cursos y talleres en salud, él hizo parte del equipo de trabajo que integró la estrategia educativa ‘El Mundo de la Malaria: aprendamos a manejarlo en comunidad’, liderada por la División Salud Fundación FES Social.

“Hicimos un proceso educativo que consistió en llegar a las comunidades en donde prevalecía la malaria, escogimos unos líderes comunitarios y los capacitamos para que ellos mismos transmitieran a sus comunidades lo que iban aprendiendo”, explica César.

Muestra del trabajo que realizan es la capacitación que le han otorgado a un total a 2.772 personas en 359 localidades del área rural y centros urbanos del Pacífico Nariñense, Buenaventura (Valle), Chocó, Putumayo y Amazonas, y de forma directa e indirecta a 13 mil personas en Arismendi y Benítez, en el estado de Sucre (Venezuela).

“Comenzamos en 1995 mediante una serie de investigaciones que se hicieron en Buenaventura relacionadas con los servicios de salud. Entre los resultados se encontró que las personas tenían un bajo conocimiento de la malaria, no sabían cuál es el vector transmisor de la enfermedad ni las medidas de prevención, y mucho menos tenían la oportunidad de diagnóstico. Por eso muchos de ellos se automedicaban”, recuerda Rocío Carvajal, enfermera e investigadora en salud de la Fundación FES.

La estrategia se basó en una metodología que integraba herramientas pedagógicas so-

### Logros

- Esta estrategia ha capacitado en total a 2.772 personas en 359 localidades del área rural y en centros urbanos del Pacífico Nariñense, Buenaventura, Chocó, Putumayo y Amazonas en Colombia, así como en Arismendi y Benítez, en el estado de Sucre en Venezuela.
- Se evaluó la metodología de aprendizaje en malaria a través de pre-test (20 a 50% de acierto) y pos-test (80 a 90% de acierto) aplicados a los líderes capacitados, los cuales presentaron un evidente aumento de conocimiento.
- En total, 518 proyectos de control comunitario de malaria (difusión del mensaje preventivo, control de criaderos, roce de maleza, relleno de pozos, drenajes y fumigación) han sido desarrollados y liderados por habitantes en las comunidades.
- Durante el seguimiento a los 3, 6 y 12 meses de implementación de los proyectos de control, se encontró un 73% (378) de proyectos ejecutados totalmente, el 19% (99) parcialmente y el 8% (41) no tuvo ejecución alguna con respecto a las actividades planeadas durante las capacitaciones.
- Se crearon capacidades en los líderes y comunidades en donde se ha implementado el programa, debido a que los proyectos comunitarios se han desarrollado en un 90% con recursos propios de la comunidad.
- La iniciativa ha contado con el reconocimiento de entidades internacionales que la han seleccionado y financiado en diferentes ocasiones: Plan Internacional de Padrinos, Manos Unidas de España, Organización Internacional para las Migraciones, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria, y Fundación Proyecto PARIA.
- Se han liderado proyectos de control de malaria en comunidades de la Costa Pacífica, Amazonas y Putumayo en Colombia, y Arismendi y Benítez en Venezuela, que han logrado interacción con las entidades territoriales de salud.

bre el proceso de la malaria: cartillas con historietas, cuentos sobre la enfermedad, juegos lúdicos propios de la región y videos del tema que contenían dramatizados hechos por personas de la región.

“La experiencia de haber conocido un poco más de la Malaria me sirvió para seguir trabajando en el sector de la salud. Conocí cómo se puede prevenir la enfermedad a través de repelentes, toldillos, y, en la parte comunitaria, a hacer limpieza y a evitar que se haga el ‘charco’ y se produzca la patología”, sostiene César.

Según Rocío, aún funciona el programa y hasta el año pasado estuvieron trabajando en el Amazonas, Tumaco y en los nueve municipios costeros. “Lo más satisfactorio es saber que las personas que están todos los días en contacto con la enfermedad se den cuenta de cómo es la información, el tratamiento y su diagnóstico, y con el programa hemos logrado que la gente tome conciencia de que puede manejarla y vivir con ella”, agregó.

### La experiencia en sí misma

La estrategia educativa “El mundo de la Malaria” tiene el propósito de elevar los conocimientos sobre la Malaria e influir en las prácticas de los pobladores en las comunidades endémicas, mediante la intervención de líderes y trabajadores de salud comunitarios.

Para alcanzar dicho objetivo se realizan talleres de capacitación sobre la enfermedad, que incluyen el desarrollo de habilidades en planeación estratégica, en herramientas y en metodologías para el control de la malaria. Los asistentes a los talleres recibieron kits educativos que incluían cartillas donde se explicaba el proceso de la malaria, historietas, cuentos sobre la enfermedad, además de actividades lúdicas y videos que refuerzan los conocimientos de las personas beneficiadas.

De igual forma, la metodología permite que los asistentes propongan proyectos de control de la malaria y con base en eso se programan actividades de multiplicación de la estrategia como: control de criaderos, prepa-

### Dificultades

- Una importante dificultad se encuentra en la baja apropiación del programa por parte de los entes de salud, lo que dificulta el seguimiento a los facilitadores de la estrategia en las comunidades. Otro inconveniente es la poca disponibilidad de recursos para el apoyo de las iniciativas comunitarias tendientes al control de la enfermedad a nivel local.
- De igual manera, en ocasiones los problemas de orden público dificultan la ejecución de controles comunitarios, su implementación y el seguimiento cabal de la estrategia en algunas regiones.

ración de repelentes caseros e impregnación de toldillos, entre otros. Todo esto con la activa participación de la comunidad.

Finalmente, los proyectos de control cuentan con un acompañamiento y seguimiento por parte de un equipo conformado por personal de la Fundación FES Social, las instituciones de Salud Municipal, el Programa de Control de Vectores y organizaciones sin ánimo de lucro locales. La estrategia dispuso un proceso de verificación para constatar la ejecución de las acciones propuestas por parte de los capacitados en las comunidades.

Mayor información:  
divsalud@fundacionfes.org  
Rocío Carvajal Barona  
<http://www.fundacionfes.org/>

## 2. Antioqueños combaten las enfermedades tropicales en el Tolima

ESTUDIO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE MALARIA, DENGUE, LEISHMANIASIS Y CHAGAS EN LA ZONA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO HIDROELÉCTRICO DEL RÍO AMOYÁ  
PECET - PROGRAMA DE ESTUDIO Y CONTROL DE ENFERMEDADES TROPICALES- UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA



Al grupo de enfermedades infecciosas que se presenta con mayor prevalencia en zonas tropicales y subtropicales debido a las condiciones climáticas y ambientales de las mismas, se le denomina enfermedades tropicales.

Los conocimientos y la capacidad de gestión de algunos profesionales de la Universidad de Antioquia fueron puestos a prueba en Amoyá, Tolima, para hacer frente a este tipo de patologías, entre las que se encuentran la Malaria, el Dengue y la Leishmaniasis.

“Lo que hicimos fue prevenir y controlar esas enfermedades, la mayoría de las cuales son transmitidas por mosquitos de comportamiento muy variado. En primer lugar, establecimos la distribución geográfica de las especies y caracterizamos los ambientes silvestres, periurbanos y urbanos a los cuales se encuentran asociadas. A partir de esa información determinamos los espacios en el proyecto que llamamos ‘Estudio para la Prevención y Control de Malaria, Dengue, Leishmaniasis y Chagas en la Zona de Influencia del Proyecto Hidroeléctrico del Río Amoyá’”, explica Iván Darío Vélez Bernal, director de la iniciativa.

Se procedió entonces a desarrollar un programa pedagógico dirigido a la población susceptible de riesgo, en el cual, mediante una cartilla con información sobre las enfermedades tropicales, se enfatizaba en los síntomas, la necesidad de ir al médico y el reconocimiento del vector, y se consignaban las medidas básicas de prevención para tratar de

evitar la enfermedad. Así mismo, se impartieron campañas de educación primaria a las que asistieron más de 700 personas, para resolver inquietudes respecto a la enfermedad.

“El trabajo no sólo benefició a los habitantes del municipio. A nosotros como profesionales nos permitió conocer las perspectivas culturales que tienen las diferentes comunidades sobre las enfermedades tropicales” aseguran los promotores del programa.

De igual forma, ellos mismos reconocieron que, a pesar de que se logró un trabajo basado en la pedagogía, el conocimiento de las enfermedades y la implementación de medidas de prevención, “los problemas de orden público, que en la zona son de extrema delicadeza, impidieron al equipo de trabajo permanecer en las veredas durante la noche, por lo que no se utilizaron metodologías nocturnas y esto imposibilitó la obtención de información sobre el comportamiento de los insectos en la noche”, explicaron.

A pesar de ello, tanto beneficiarios como promotores del proyecto manifestaron su satisfacción por el trabajo realizado, ya que permitió determinar el estado del riesgo de presentación de las principales enfermedades transmitidas por vectores que afectan al país, “específicamente en el Tolima, zona donde se adelantaba

la construcción de la hidroeléctrica Amoyá, lo cual podía generar condiciones favorables para la cría y desarrollo de insectos transmisores de estas enfermedades”, concluyen.

### La experiencia en sí misma

Se trata de un programa de prevención y control de enfermedades tropicales que, acompañado de una evaluación entomológica, estuvo dirigido a los trabajadores del proyecto hidroeléctrico del río Amoyá, a las comunidades y al personal de salud del área de influencia, en el municipio de Chaparral, Tolima, y que fue realizado por el Pecet - Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales- de la Universidad de Antioquia entre los años 2008 y 2009.

En este programa se utilizaron metodologías transdisciplinarias que incluían estudios entomológicos, parasitológicos, moleculares, epidemiológicos y antropológicos, lo cual, junto con medidas pedagógicas, confluyen en una estrategia integral para la prevención y control del Dengue, la Malaria, la Leishmaniasis y la enfermedad de Chagas.

Cabe resaltar el estudio cualitativo realizado por un antropólogo, que permitió conocer las concepciones, actitudes y prácticas de la comunidad frente a las enfermedades

### Logros

- Se realizaron campañas de educación primaria entre más de 700 personas que participaron activamente y lograron resolver muchas inquietudes respecto a las enfermedades tropicales en estudio.
- Personal especializado impartió capacitaciones a más de 100 trabajadores de la salud del área de influencia de la hidroeléctrica del Río Amoyá.
- Se determinaron las medidas de prevención idóneas para el área de estudio de acuerdo con las perspectivas culturales que tienen las diferentes comunidades sobre las causas de estas enfermedades tropicales, y se elaboró una cartilla con información sobre los padecimientos objeto de estudio, enfatizando en los síntomas, la necesidad de asistir al médico y la importancia de seguir las medidas básicas de prevención sugeridas.
- Se elaboraron dos nuevos registros de vectores para la Leishmaniasis en el país, y dos nuevos para el departamento, lo cual constituye un aporte importante para el conocimiento de la distribución de los flebotomíneos en el país.
- Se amplió el espectro de estudio de las enfermedades tropicales, ya que se encontraron moluscos de importancia médica que son huéspedes intermediarios para la transmisión de *Paragonimus* sp. y *Fasciola hepática*, por lo cual se recomendó realizar seguimiento de la prevalencia e intervenciones en educación primaria en salud.

### Dificultades

- Debido a problemas de orden público, los habitantes del sector recomendaron al equipo de trabajo no permanecer en las veredas durante la noche. Esto impidió la aplicación de metodologías nocturnas de muestreo de vectores, lo que dificultó la obtención de información valiosa para el proyecto.
- Igualmente, las largas distancias y la precariedad de la infraestructura vial aumentó los riesgos y los costos de los desplazamientos necesarios para llevar a cabo el proyecto.

tropicales estudiadas en este proyecto. Toda la información fue analizada y posteriormente socializada con los habitantes de las veredas.

A través de este proyecto se estableció que el mayor riesgo de infección para la zona lo constituyen el Dengue y la Leishmaniasis, dado que se encontraron los insectos transmisores, casos activos de Dengue y la evidencia de una epidemia de Leishmaniasis entre 2004 y 2005. Y se determinó que la zona en estudio es de bajo riesgo para la Malaria y de riesgo nulo para la enfermedad de Chagas.

Como parte del proyecto se encontraron sub-zonas de alto, mediano y bajo riesgo para

Dengue y Leishmaniasis, para las cuales se determinaron las siguientes medidas de prevención: para las zonas de bajo riesgo se recomienda el uso de pantalón y manga larga así como repelente para el momento de trabajar en el bosque o el cultivo, en donde se encuentra en mayor proporción el vector para leishmaniasis. Para la zona de riesgo medio se recomienda, además de la medida anterior, la aplicación de repelentes en las horas del crepúsculo y durante la noche, toldillo para dormir y la instalación de anjeos o mallas protectoras en las viviendas con el objetivo de reducir el riesgo de entrada de los insectos de interés médico. Para la zona de alto riesgo se recomienda, adicionalmente, la fumigación controlada con insecticidas residuales como piretroides sintéticos.

Mayor información:  
 idvelez@udea.edu.co  
 idvelez@pecet-colombia.org  
 Iván Darío Vélez Bernal  
 http://www.pecet-colombia.org

## 3. Ellos se convirtieron en semilleros de líderes

PROGRAMA SEMBRARTE –FUNDACIÓN CIREC– CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN DE COLOMBIA

Con orgullo, los jóvenes de la Fundación Cirec – Centro Integral de Rehabilitación de Colombia- coinciden en que ahora son mejores seres humanos, con una cualidad diferente a la de otras personas de su edad: el liderazgo. Desde que hacen parte del programa ‘Sembrarte’, de la Fundación Cirec, han encontrado un espacio en donde los capacitan y les ayudan a ser mejores personas invitándolos a sobreponerse a sus limitaciones mediante un trabajo de desarrollo integral.

Uno de ellos es Édgar Rodríguez, de 24 años, quien a raíz de un accidente de trabajo

perdió su mano derecha. “Es muy difícil no tener un miembro, y aceptar esa situación requiere de un proceso Psicológico. La ayuda de Cirec me ha permitido integrarme a otros jóvenes con discapacidad que queremos ser líderes y nos hemos puesto muchos retos”, cuenta.

Según él, desde pequeño quería estudiar mecánica industrial, pero debido a su limitación ahora busca prepararse en la Universidad Sergio Arboleda, con la que tiene convenio Cirec, para ser ingeniero, y está a punto de lograrlo gracias al apoyo del programa que lo ayudará con una beca. “Tengo que arreglar



un proceso con la ARP para poder vincularme a esta ayuda, pero la idea está en mi cabeza y lo voy a lograr”, afirma.

Y es que con ayuda del programa, personas como Édgar se han podido integrar a diferentes actividades que les ayudan a superar sus limitaciones. La iniciativa cuenta con metodologías basadas en salidas donde se les proponen retos a los muchachos, y logra, según ellos, que empiecen a valorar el sentido de la vida y aumenta su grado de autoestima.

“Es un programa creado para brindarles a los jóvenes usuarios de la Fundación, espacios que faciliten su desarrollo integral para que se reconozcan como líderes sembradores de esperanza en cada una de sus comunidades”, explica la psicóloga del programa, Claudia Hoyos.

Así, un programa surgido en Cirec en el año 2000 como vacaciones recreativas para promover actividades encaminadas a la diversión de los jóvenes, beneficia en la actualidad a 20 adultos y 20 jóvenes, y desde sus inicios

ha favorecido a 200 personas directamente y a cerca de 800, incluyendo a familiares de los pacientes.

Los jóvenes beneficiados afirman que tanto ellos como los adultos acompañantes han mejorado sus habilidades comunicativas, su liderazgo, su trabajo en equipo y, lo más importante, dicen, es que han fortalecido su estructura emocional.

En este momento la población con la que trabaja ‘Sembrarte’ está compuesta por jóvenes entre 14 y 21 años de edad con alguna condición física especial (principalmente víctimas de minas antipersona), que son usuarios de Cirec. También forman parte de este equipo los hijos de líderes del programa Semillas de Esperanza. “Lo más satisfactorio para nosotros como acompañantes es el aprendizaje del equipo de trabajo, que se deriva del uso de nuestras fortalezas. De igual forma, resalto el proceso de crecimiento personal de los jóvenes y de sus familias”, dice Hoyos.

Este trabajo, realizado desde hace más de 10 años, es un ejemplo para muchas instituciones que trabajan el desarrollo personal de pacientes en condiciones de discapacidad física. Por esto, asegura Hoyos, la aspiración es que ‘Sembrarte’ se constituya en un “programa que permita a sus participantes apropiarse las herramientas internas básicas para que lideren programas de desarrollo personal y comunitario de modo que se construyan redes sociales de apoyo mutuo”.

### Logros

- Se logró un fortalecimiento de los jóvenes en tanto seres humanos integrales, en condiciones de reconocerse como individuos capaces de afrontar su vida y asumir su realidad desde nuevas fortalezas.
- Se fomentó el reconocimiento social de los jóvenes como seres responsables de su propia vida y como líderes capaces de ayudar a otros muchachos en condiciones similares.
- Se ofreció a los participantes la posibilidad de estudiar, de mejorar sus relaciones sociales y familiares, al tiempo que disfrutaban de actividades propias de su edad en los espacios deportivos y lúdicos que promueve Sembrarte.

### La experiencia en sí misma

El Cirec, con su programa Sembrarte y el apoyo de Unicef, promueve la adaptación psicológica y social de jóvenes con discapacidades físicas, principalmente de aquéllos afectados por el conflicto armado.

Mediante actividades deportivas que implican retos físicos individuales y grupales como rafting, canotaje, escalada, buceo, y a través de espacios de reflexión y dinámicas para el trabajo en equipo, Sembrarte complementa la rehabilitación física con el desarrollo psicológico y emocional de los jóvenes, quienes proceden de diferentes lugares del territorio nacional.

Las actividades de Sembrarte buscan el desarrollo de capacidades de afrontamiento, con miras a una recuperación integral que vincule la rehabilitación física con los aspectos psicosociales de los jóvenes. Pretenden, en

### Dificultades

Una de las principales dificultades al comenzar el programa fue la consecución de recursos para realizar las actividades, sumada al problema de encontrar sitios con las condiciones adecuadas para ejecutarlas y a la escasa asistencia de los padres de familia, debido al problema que representaba para ellos interrumpir sus actividades diarias en el trabajo y con el resto de su familia.

especial, incentivar características de liderazgo para que éstas les permitan, no sólo hacerse líderes de su propia vida sino ayudar a otros jóvenes en condiciones similares.

Mayor información:  
cirec@cirec.org  
Jeannette Perry de Saravia  
fcirec@cirec.org/

## 4. Transforman sus mentes en comunidad

MODELO DE SALUD MENTAL DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO  
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO – IDSN

Una de las grandes pasiones de José Américo Meléndez es enseñar, y es consciente de que hoy en día orientar a las personas es uno de los mayores retos que tiene la educación en Colombia. Por eso, desde hace algún tiempo vive agradecido con el Instituto Departamental de Nariño, entidad que le ha brindado el apoyo necesario para poner en marcha en la institución educativa en la que trabaja el programa ‘Modelo de Salud Mental’, que beneficia a habitantes de 50 municipios en ese departamento.

“El Modelo de Salud me ha servido para abordar situaciones tanto a nivel personal como laboral. Me ha mostrado que es importante tener un conocimiento sobre cómo evitar el estrés y hacerle el quite a aquellas

situaciones que generan crisis”, afirma José, quien tiene 51 años de edad.

Según él, conoció el programa a través de una invitación del Instituto Departamental de Salud de Nariño, y desde hace unos meses se incorporó a éste para recibir una capacitación con funcionarios de Bogotá. Además, realizó en Pasto el diplomado El Modelo de Salud Mental.

“Antes era orientador en el municipio, ahora soy el rector de la institución educativa Nuestra Señora del Rosario. El programa me ha servido para implementar los conocimientos que nos fueron impartidos en las charlas y en el diplomado y, gracias a ello actualmente capacitamos a los estudiantes para

una orientación en su vida y para que entiendan que la salud mental es un problema de todos”, asegura.

Además, José se convirtió en un multiplicador de los resultados de un programa que ya cumple tres años generando bienestar a los nariñenses. De acuerdo con Ana Belén Arteaga, directora del proyecto, el argumento para crearlo fue la alta incidencia de enfermedades mentales en los habitantes de la región.

“Nos dimos cuenta de la presencia de patologías y de las dificultades en el campo de salud mental, así como de una alta incidencia de suicidio que impactaba de manera sustancial el núcleo familiar y comunitario, con detrimento de presupuestos para financiar el manejo de estos tratamientos psiquiátricos”, recuerda Arteaga.

Y comenta que, luego de haber elaborado un diagnóstico de la realidad que afrontaba el departamento, se expuso la situación ante los integrantes de la Asamblea Departamental, quienes aprobaron y dieron viabilidad polí-

tica al proyecto. “Lo que hacemos es, de manera multiplicadora, capacitar a las personas para que transmitan sus conocimientos en el fortalecimiento de la estructura psicológica y espiritual, estimulando valores, capacidades y autoestima. Otro de los objetivos es que los beneficiarios eviten factores de riesgo de tipo económico, social, de desintegración de núcleo familiar, para que no caigan en sicopatías, intento de suicidio y otros”, explica.

De igual forma, el modelo sirve como ejemplo para otros municipios que padecen este tipo de problemáticas y, según los mismos beneficiarios, lo más satisfactorio es el cambio de percepción en los niños sobre el tema de vivir y convivir.

“Recomiendo el programa a otras instituciones e invito a otros departamentos para que este tipo de capacitaciones se sigan promoviendo en beneficio de la comunidad. Uno de mis grandes anhelos es que se pueda hacer una red solidaria en torno a los temas mentales para ayudarnos mutuamente”, instó José.

### Logros

- Se logró la aprobación de la ordenanza departamental 024 de 2007 que da viabilidad política al modelo y se creó un comité gerencial en Salud Mental conformado por las subdirecciones y programas del IDSN.
- Se coordinó y desarrolló el diplomado “Control Social bajo el enfoque de Atención Primaria en Salud Mental”, dirigido a docentes, personereros, psicólogos y enfermeras de diferentes municipios del departamento.
- Se conformaron grupos de agentes comunitarios de salud mental en los 64 municipios, a la vez que hubo una asistencia técnica, capacitación, visitas de seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas para estos municipios.
- Se desarrolló una guía para introducir el componente de Salud Mental en programas de Promoción y prevención de Salud Pública y otros programas sociales.
- Se implementó un programa para el desarrollo de competencias sociales y personales en niños y niñas de veintinueve (29) municipios, con una cobertura de 32.320 niños y 1.550 maestros.
- Se entrenó a los profesionales de la salud de las ESE municipales para la recepción, manejo, consejería y canalización de casos provenientes del nivel comunitario, y para el seguimiento y manejo de pacientes remitidos del 3er nivel de complejidad para los 64 municipios.
- Se desarrollaron planes municipales de reducción de la demanda de medicamentos en los 64 municipios del Departamento.
- Se logró un cambio significativo en la representación social vigente sobre la salud mental en el departamento, así como la integración de la salud mental a programas de salud pública existentes y a otros programas sociales.
- Se implementó un programa de pautas de crianza en los 64 municipios del Departamento.

## La experiencia en sí misma

En 2007 el Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN, inició la implementación de un Modelo de Atención Primaria en Salud Mental planteado desde la urgente necesidad de atender tempranamente las condiciones que determinan y configuran la salud mental de la población.

El IDSN identificó representaciones negativas y concepciones erróneas sobre la salud mental dentro de la comunidad, y muy especialmente entre las autoridades de salud y las alcaldías de los municipios. Además, se consideraba que la única vía posible de atención era la hospitalización de los pacientes en Pasto, y que los únicos miembros de la comunidad merecedores de atención eran aquellos que se tornaban “problemáticos”. Por lo anterior, existía una tendencia a la re-hospitalización y la cronificación de los pacientes.

El Modelo propuesto para Nariño fue establecido mediante ordenanza 024 de 2007, para brindar una “respuesta social organizada” que incluya la gestión, la articulación y el desarrollo de diferentes niveles de intervención para la salud mental.

Este modelo propone una intervención comunitaria que incorpora componentes de atención primaria, con el fin de que la comunidad adquiera un papel relevante no sólo en el mantenimiento de su salud sino en los diversos niveles de decisión, administración y

### Dificultades

- La falta de reglamentación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– para la habilitación de los servicios de psicología y psiquiatría en el primer nivel de atención.
- La falta de representación de la salud mental en los planes de beneficios del Sistema..
- Las restricciones en el listado de medicamentos esenciales para formular algunos medicamentos en el primer nivel.
- La alta rotación del personal de salud en los municipios.

aún de ejecución y monitoreo de las acciones previstas a favor de la salud mental en cada municipio.

El modelo se organiza en tres ejes de intervención: gestión de la salud mental, desarrollo institucional, y provisión de servicios. Estos ejes buscan articular de manera ordenada un conjunto de acciones para consolidar sistemas primarios de atención en salud mental que se coordinen con niveles especializados.

**GESTIÓN DE LA SALUD MENTAL:** Los objetivos de este eje son, por un lado, generar las condiciones políticas, organizativas y programáticas básicas para la promoción de la salud mental, así como la convivencia, la prevención y la atención de la enfermedad mental en el departamento, y por otro, generar el clima y la voluntad política para su implementación.

**DESARROLLO INSTITUCIONAL:** El objetivo es generar las condiciones institucionales necesarias para la implementación de la política y del modelo de Salud Mental en el departamento de Nariño.

**PROVISIÓN DE SERVICIOS:** El objetivo es garantizar una intervención integral de los problemas de salud mental, para lo cual es necesario que los servicios en esta área se desplacen progresivamente hacia los niveles comunitario y primario de atención y que se fortalezcan aquellos de carácter ambulatorio y preventivo con el fin de ampliar el acceso, la cobertura y la efectividad de las intervenciones a todo el departamento, así como a otros trastornos mentales que no requieren hospitalización.

Ana Belén Arteaga  
aarteaga@idsn.gov.co  
Tel.: (27) 7232259 Pasto, Nariño

## 5. Equipos extramurales en los hogares vallunos

EQUIPO EXTRAMURAL  
EPS COMFANDI –CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA



La mayoría de las caleñas aún recuerdan el año 1994 como un periodo que generó miedo y muchos traumas para las mujeres de la capital vallecaucana. En aquella época fueron reportados cientos de casos de abuso sexual y no sólo se prendieron las alarmas de seguridad en la ciudad, sino que obligó a las autoridades de salud a crear medidas porque los pacientes ya no acudían directamente a sus EPS debido a la problemática existente. En respuesta a la difícil situación, la Caja de Compensación

Familiar del Valle del Cauca, Comfandi, creó el programa ‘Equipo Extramural’.

“Nace como una iniciativa ante la observación por parte de los médicos de visita domiciliaria sobre la gran cantidad de casos de abuso sexual en el Departamento, por lo cual las IPS envían a trabajadoras sociales para determinar qué pacientes necesitaban atención domiciliaria, ya que por múltiples causas no acudían directamente a la consulta médica”, recuerda Yasmín Donney Becerra, coordinadora del proyecto desde que fue puesto en marcha.

Precisamente, una de las más agradecidas con esta iniciativa es Gloria Inés Rodríguez, una paciente de 49 años, que ha vivido toda su vida en Cali. Ella comenzó a favorecerse del programa cuando el mismo se extendió no sólo a los casos de abuso sexual sino que

### Logros

- Se ha logrado un alto grado de sensibilización del personal de salud frente a los determinantes psicosociales en el proceso salud-enfermedad, lo que significa que no sólo los médicos tratantes hacen requerimiento de visita a los pacientes sino también psicólogos, funcionarios de los SIAUS (Servicio de Información y Atención al Usuario), Médicos Auditores, Médicos Familiares y Enfermeras de Medicina Preventiva
- En el año 2004 se inicia la intervención a 112 pacientes donde el 42% evaluado pertenece a un entorno familiar con sospecha de maltrato. En el desarrollo del proyecto se aumentaron las razones de intervención.
- Se ha obtenido un conocimiento del entorno social de los pacientes y se han establecido las causas reales de su no-adherencia a los tratamientos, conocimiento que ha permitido a un equipo transdisciplinario orientar la intervención médica para los tratamientos, la adherencia al programa y un mejoramiento en la toma de decisiones administrativas.
- Se han obtenido logros en cuanto a la asignación de subsidio al desempleo en el 70% de la población que lo solicitó, 100% en la inclusión de niños a entidades educativas, un 45% de integración de usuarios con necesidades de capacitación y un 90% de asignación de becas deportivas a niños con problemas de comportamiento.
- Se recibió una mención especial en el Congreso Internacional Hacia una Efectiva Modulación y Articulación del Sistema de la Protección Social en Colombia, celebrado en Medellín, mayo 3 y 4 de 2007.

## Dificultades

- La primera barrera que se encuentra es la visión del modelo de atención médica tradicional, donde la salud se considera un bien social producto de la relación médico-paciente con una intervención asistencialista y curativa por parte del profesional de la salud.
- Se presentaron dificultades en la recolección de la información por la falta de un formato estructurado y de un programa que recopilara variables cualitativas difíciles de sistematizar. Esta dificultad fue resuelta realizando dicho formato, que incluyó preguntas con respuestas de selección múltiple a través de las cuales se recogió y procesó la información.
- La violencia social, así como la ubicación geográfica de algunos usuarios, ha limitado las intervenciones. Pero esta situación se ha subsanado con la citación de los pacientes en las diferentes instalaciones de Comfandi, logrando así su atención.
- La baja escolaridad, la ausencia de redes de apoyo, políticas para restricción de ayudas a pacientes que tienen EPS por parte de las ONG, bajos niveles de ingreso, factores culturales y pensamientos mágicos han sido un obstáculo en la generación de un cambio de actitud hacia el auto cuidado de la salud y de acceso a Redes de Apoyo Sociales que brindan la oportunidad de capacitación para posibles beneficiarios.

amplió su cobertura a los factores de fomento de salud. “Actualmente sufro de Diabetes Mellitus tipo dos, y fui diagnosticada hace más de 10 años durante los cuales permanecía descontrolada y presentaba cifras de glicemia de 400mg/dl. Pero, debo decir que las cosas cambiaron desde agosto de 2009 cuando recibí la primera visita domiciliaria y me explicaron mi patología y la necesidad de controlarla con dieta, ejercicios y medicamentos”, cuenta Gloria. A partir de ese momento ella acude cada mes a control médico y presenta cifras de glicemia controlada. Además, asegura que: “el mayor beneficio que me ha brindado el programa es poder estar bien en salud. Yo lo recomiendo a otros enfermos ya que la consulta médica es buena y les van a formular los medicamentos que requieran, lo que es ideal para un paciente con enfermedad crónica”.

Según los encargados del programa, éste se encuentra en funcionamiento actualmente y ya son cerca de 8.379 las personas beneficiadas en Cali, Yumbo y Candelaria, y 4.034 en Cartago (Valle). “Lo más satisfactorio de la experiencia es el contacto directo con el paciente, conocer su contexto real del diario vivir y los motivos de ausencia a la consulta médica de su IPS. De igual manera, detectar posibles correctivos del programa, evaluar sus determinantes sociales, trazar pautas de

intervención analizando el enfermo desde su propia historia de vida para así transformar un diagnóstico clínico en uno biopsicosocial”, sostiene la coordinadora del proyecto. Y asegura que lo más provechoso de estar ejecutando la iniciativa es poder ‘recapturar’ al paciente perdido con ausencia de consulta de más de dos años y devolverlo a su EPS primaria. Además, “realizar una intervención directa sobre el grupo familiar del paciente involucrándolo de manera participativa”.

### La experiencia en sí misma

Se trata de un esquema de intervención interdisciplinario enfocado en acciones de promoción y prevención de la enfermedad. Nace como respuesta a la necesidad de acción en familias con sospecha de maltrato, abuso sexual e intento de suicidio, y se extiende a pacientes renales, de control prenatal, patologías respiratorias y cáncer. Está dirigido a familias en las que se identifican factores de riesgo como pobreza, bajos niveles de escolaridad, abandono familiar, desempleo, ausencia de redes de apoyo y desplazamiento, condiciones éstas que reproducen la violencia y están asociadas al desarrollo y mantenimiento de las enfermedades.

Con las observaciones que se encuentran en el seguimiento a estas familias se proponen

medidas correctivas que buscan estabilizar la condición de los pacientes. El equipo coordina su seguimiento a través de controles periódicos según la situación identificada. Cuando el paciente termina su seguimiento, se le da de alta con recomendaciones a seguir y continúa en el programa de atención de nivel primario de su IPS respectiva.

Los conocimientos y experiencias de las intervenciones del Equipo Extramural se socializan en seminarios a los que asisten médicos, enfermeras, vigilantes, jefes de sección y personal directivo y administrativo del área de salud de Comfandi, con el fin de sensibilizar al personal sobre la necesidad de ver al paciente de forma integral, mostrando la relevancia que tienen el entorno y las condi-

ciones sociales y culturales en su equilibrio orgánico y psíquico, y proponiendo formas de intervención en la búsqueda de una mejora para sus usuarios.

Mediante la elaboración de un protocolo de intervención que se difunde a todas las IPS de Comfandi, se busca que los agentes involucrados en las áreas de salud logren identificar los factores psicosociales que pueden estar afectando a los pacientes, para así hacerlos posibles beneficiarios de un seguimiento más específico de El Equipo Extramural.

Mayor información:  
margaritavelasco@comfandi.com.co  
Luis Mariano Otero  
<http://www.comfandi.com.co/>

## 6. Trabajan por mantener actualizada la medicina del país

CENTRO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN (CLEMI)  
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA (SCCOT), GRUPO CORPORATIVO SCCOT



Uno de los elementos con mayor relevancia y competencia de los profesionales en Colombia tiene que ver con el uso de las nuevas tecnologías y de los recursos existentes para

mantenerse actualizados en todo lo relacionado con la evolución de las diferentes prácticas.

Pensando en esto, los directivos de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Sccot), se idearon el Centro Latinoamericano de Investigación y Entrenamiento en Cirugía de Mínima Invasión (Clemi), que surgió a partir de un análisis sectorial de la salud en Colombia, y posteriormente en América Latina. Gracias a este trabajo se evidenció una insuficiencia de recursos económicos para entrenamiento en tecnología de punta aplicada al sector, así como la carencia de instituciones que posean y permitan el entrenamiento para los profesionales del área de la salud en nuevas tecnologías.

“Acudimos a parámetros que permitieran integrar salud, educación, innovación y transferencia de tecnología aplicados al ejercicio

## Logros

- La institución ha realizado más de 87 cursos avanzados en técnicas quirúrgicas de mínima invasión y 35 cursos básicos de entrenamiento en habilidades para cirugía endoscópica, que han contado con la participación de profesionales especializados en diversas áreas de la salud, de los cuales 116 han sido extranjeros y 192 han sido colombianos.
- Pionero en la región en temas de actualización sobre prácticas médicas, Clemi se ha consolidado en Colombia y Latinoamérica como centro continental de referencia en la educación profesional continua, la investigación y el entrenamiento en técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas en 26 especialidades del área de la salud. Actualmente mantiene suscritos convenios de cooperación institucional internacional.
- El programa ha aportado al país profesionales entrenados en diversas técnicas bajo los diferentes estándares de calidad en el manejo de nuevas tecnologías quirúrgicas.
- Gracias al entrenamiento apropiado de los cirujanos y del personal, se ha logrado una disminución en las tasas de complicaciones intraoperatorias y posoperatorias.

profesional. Con base en ello, identificamos a nivel mundial los referentes que existen con estas características y se efectuaron visitas de inspección y conocimiento a centros referentes en países como España, Estados Unidos de Norteamérica, Corea, Alemania, Francia e Italia”, explica Jorge Felipe Ramírez León, de Scot.

El resultado de este ejercicio fue la implementación de un modelo integral aplicable al entorno real del ejercicio del profesional de la salud en Colombia. Según los creadores de la iniciativa, la población beneficiada está repartida entre los profesionales del área de la salud que, al estar permanente actualizados, incrementan el nivel de conocimiento y experiencia en el manejo de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas.

“Teniendo en cuenta que las operaciones comenzaron en 2009, la institución ha realizado 87 cursos avanzados en técnicas quirúrgicas de mínima invasión y 35 cursos básicos de entrenamiento en habilidades para cirugía endoscópica. Así mismo, hemos contado con la participación de profesionales especializados en áreas de la salud, de los cuales 116 han sido extranjeros y 192 colombianos”, asegura Jorge Felipe Ramírez.

Hoy en día, la experiencia del Clemi se puede evidenciar en los resultados obtenidos

de las diferentes actividades académicas de entrenamiento programadas por el centro.

Con base en encuestas aplicadas a los participantes del programa, se observa un alto grado de satisfacción puesto que el modelo de formación empleado permite al participante adquirir habilidades a través de la utilización exclusiva de simuladores en seco, implementando secuencias de ejercicios básicos para la adquisición de habilidades y destrezas, y en forma posterior, la aplicación de técnicas quirúrgicas mediante el uso de modelos experimentales o componentes anatómicos. “Estos entrenamientos son guiados por docentes con altos niveles de capacitación que brindan al estudiante un apoyo continuo en la curva de aprendizaje”, explican las directivas del programa.

## La experiencia en sí misma

Los procesos de investigación y desarrollo del Clemi están orientados en su primera etapa al desarrollo e implementación de mecanismos estructurales de trabajo que faciliten la aplicación de metodologías de formación mediante las cuales el cirujano adquiera competencias en las diferentes especialidades quirúrgicas. Los trabajos de investigación son dirigidos a través de grupos de trabajo multidisciplinarios donde cirujanos, investigadores, ingenie-

ros, etc. desarrollan modelos de simulación y tecnologías encaminadas al mejoramiento del aprendizaje en técnicas de mínima invasión.

Al comienzo del proyecto se realizó un estudio diagnóstico de las falencias del sector salud en Colombia y América Latina, que identificó la falta de integración de la salud, el ámbito educativo, la innovación y la transferencia de tecnología con el ejercicio profesional. Identificada esta falencia, las directivas de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología Scot, se dieron a la tarea de encontrar experiencias a nivel mundial que cumplieran con criterios de integración, las cuales fueron

usadas como referentes para proponer un modelo integral aplicable tanto al contexto latinoamericano como al entorno real del ejercicio del profesional de la Salud en Colombia.

Una vez contemplados los escenarios conceptuales y metodológicos, se procedió a efectuar la búsqueda de recursos económicos, para lo cual se efectuaron contactos con el Banco Interamericano de Desarrollo, Fondo Multilateral de Inversiones, la Corporación Andina de Fomento, el Banco Mundial y Bancoldex, siendo esta última entidad la que a través de su línea de Aprogresar dio viabilidad al proyecto.



Mayor información:  
[info@clemi.edu.co](mailto:info@clemi.edu.co)  
 Jorge Felipe Ramírez León  
<http://www.clemi.edu.co/>

## Dificultades

- La principal dificultad fue conseguir financiación para el proyecto, que debió enfrentar la falta de credibilidad en los sectores real y financiero ante proyectos de salud realizados por sociedades científicas de profesionales sin una trayectoria de respaldo económico.
- Han existido barreras culturales e ideológicas al interior de las organizaciones científicas de profesionales, que bajo cierta percepción del modelo de educación médica (el método Halstediano que implica la vinculación del maestro y el aprendiz, mediante un paciente) impiden el desarrollo del entrenamiento. Se considera que el profesional debe continuar su práctica solamente dentro de un contexto convencional y no en un ambiente simulado.
- Otra dificultad fue la resistencia de otras organizaciones científicas diferentes a ortopedia, que perciben al centro como un espacio exclusivo para entrenamiento en ortopedia, dado que fue esta organización la que comenzó el proyecto.

## 7. En el oriente de Caldas controlan la Leishmaniasis

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA AMERICANA EN LA ZONA DE INFLUENCIA DE LA HIDROELÉCTRICA MIEL I  
PROGRAMA DE ESTUDIO Y CONTROL DE ENFERMEDADES TROPICALES- PECET - UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA



PA sus 24 años, Natalia Andrea Herrera cursa quinto semestre de medicina en la Universidad de Antioquia. En enero de 2009, con la idea de reforzar sus estudios, asistió a unas conferencias en la bahía de Triganá (Chocó), en donde contrajo una enfermedad que, según ella, se puede considerar silenciosa por sus síntomas.

“Cuando regresé del viaje reparé en las lesiones que tenía un amigo a quien le habían diagnosticado Leishmaniasis. A raíz de eso comencé a mirar mis extremidades y me di cuenta, por la forma de las lesiones y porque no sanaban solas, que yo también tenía la enfermedad”, recuerda Natalia.

En ese momento se acercó a la Universidad de Antioquia y allí le brindaron la atención necesaria gracias al ‘Programa de Prevención y Control de la Leishmaniasis Cutánea Americana en la Zona de Influencia de la Hidroeléctrica Miel I.’, liderado por el Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales (Pecet) de esta universidad.

Afirma Sara Robledo, coordinadora del Pecet: “Era necesario crear un programa para que hubiera un tratamiento oportuno de la enfermedad e implementar medidas para que la gente no tuviera contacto con los insectos. Eran muchos grupos de población en riesgo en zonas selváticas y de bosque seco tropical, por lo que realmente había que implementar un programa de control para prevenir y curar la Leishmaniasis”

“En mi caso, la EPS tardaba en comenzar el tratamiento. Puedo decir que el programa está bien desarrollado gracias a que los medicamentos son controlados por el Ministerio de la Protección Social, y uno accede a ellos de forma fácil. Así mismo, recibí capacitación de calidad acerca de cómo cuidarme de manera oportuna”, aseguró Natalia, quien ya está curada y transmitiendo a otras personas sus conocimientos sobre la enfermedad.

Un antecedente importante en el control de la leishmaniasis en el país es el programa de investigación y control de la leishmaniasis cutánea en el oriente de Caldas, previo a la construcción de la hidroeléctrica Miel I, realizado entre 1997 y 1999 por el Pecet. En esa oportunidad se implementó la atención y tratamiento de pacientes, capacitación y educación continuada al personal de salud, educación primaria en salud a la comunidad y distribución de toldillos impregnados con insecticidas, educación y protección con repelentes de insectos tanto a los soldados que vigilaban la construcción de la obra como a los trabajadores del proyecto. Además, se hizo un levantamiento entomológico que permitió identificar en ese tiempo las zonas de dis-

### Logros

- El programa brindó atención, diagnóstico y tratamiento a pacientes que por diferentes circunstancias no habían consultado en los centros de salud, con lo cual se previno el contagio de la enfermedad así como consecuencias graves para estas personas como la *L. mucosa*.
- Durante el desarrollo del proyecto se logró aislar la cepa *Leishmania panamensis*. Ésta es la especie más ampliamente distribuida en Colombia y responsable del mayor número de casos en nuestro país. El hallazgo de esta única especie permite la caracterización clínica de la zona pues ésta migra a mucosas en menor proporción que otras especies descritas para Colombia.
- Con este estudio se actualiza la distribución de las especies del género *Lutzomyia* en el oriente del departamento de Caldas, y por primera vez se presenta dicha información a través de mapas digitales que son una herramienta importante para establecer estrategias de control vectorial ya que permite establecer las zonas donde se encuentran las especies de importancia médica. También se logró establecer el cambio en la distribución de las especies de *Lutzomyia* encontradas en épocas de invierno y verano, así como su asociación con el tipo de zona de vida.
- El hallazgo de *Leishmania longipalpis* en Norcasia y Marquetalia activa la alerta amarilla para Leishmaniasis Visceral, lo que significa que hay riesgo de enfermedad y que debe haber vigilancia epidemiológica activa.
- Se reportan tres nuevas especies de *Lutzomyia* para el departamento de Caldas, que son *Lu ayrozai*, *Lu yuilli*, *Lu triramula*.
- Se reporta por primera vez a nivel mundial la captura de *Lu longipalpis* a 1387 msnm, lo que demuestra el cambio en la dinámica poblacional y el aumento en la distribución de estas especies de importancia médica
- Los estudios comparativos de la zona permitieron concluir que la degradación del hábitat durante los últimos 10 años ha afectado negativamente la diversidad y la abundancia de las comunidades de *Lutzomyia*, y que las especies médicamente importantes (por ser vectores de *Leishmania* sp) se adaptaron mejor y ampliaron su distribución contribuyendo así a la endemidad de la leishmaniasis.
- El hallazgo de *Paragonimus* en el municipio de Norcasia constituye el primer registro de este parásito en el departamento de Caldas, lo que incrementa el rango de distribución del digéneo en el país sumándose a Antioquia, Chocó, Meta y Valle del Cauca. Además, genera una alerta para las secretarías de salud, que desconocen el riesgo de infección al que está expuesta la población colombiana.
- Así mismo, se destaca que los cangrejos *Phallangothelphusa dispar* y *Strengeriana maniformis* se registran por primera vez como hospedadores de *Paragonimus* sp. en Colombia, aumentando la lista de especies hospedadoras del parásito en Suramérica.

tribución de las especies de insectos vectores de la Leishmaniasis, estableciendo las áreas de mayor riesgo. Este programa de control permitió reducir los índices históricos de incidencia de leishmaniasis en esta región, que antes de la intervención era considerada por el Ministerio de Salud como la de mayor tasa de incidencia en Colombia.

En la misma zona, 10 años después, se presentaron quejas e inquietudes de la comunidad sobre el aumento de densidad de insectos plagas que afectaban los cultivos, y aparecieron nuevos casos de leishmaniasis cutánea, que fueron atribuidos a un efecto de la Hidroeléctrica. Por lo tanto, surgió la

necesidad de realizar una evaluación entomológica y epidemiológica, junto con un nuevo programa de prevención y control, teniendo en cuenta que la zona aledaña a la hidroeléctrica es de alta endemidad de leishmaniasis cutánea.

La Leishmaniasis es una enfermedad tropical causada por parásitos del género *Leishmania*, transmitidos de reservorios (como roedores, marsupiales y otros mamíferos) al humano y a animales, a través de la picadura de un insecto hematófago, de la subfamilia Phlebotominae (en América del género *Lutzomyia* y en las otras partes del mundo del género *Phlebotomus*). La enfermedad

se presenta en al menos 22 países del nuevo mundo (América) y en 66 naciones del viejo mundo (Europa, Asia y África). La infección por *Leishmania* puede afectar los órganos hematopoyéticos (hígado, bazo, médula ósea), la piel, y las mucosas, y se presenta en cuatro formas clínicas: Leishmaniasis visceral (la forma fatal), Leishmaniasis cutánea (la forma más común, que produce lesiones en la piel), Leishmaniasis mucocutánea (manifiesta a través de lesiones en la piel y en las mucosas, principalmente en nariz y boca), y la Leishmaniasis cutánea difusa (que genera lesiones diseminadas en la piel).

El insecto vector de la Leishmaniasis (*Lutzomyia*), es conocido en las comunidades colombianas como “Capotillo”, “Palomilla”, “Chitra” o “Gegen”, pero algunas personas lo confunden con el vector de la enfermedad de Chagas, por lo que también es llamado “pito”, lo cual muestra la necesidad de programas educativos que lleven a una adecuada prevención y control de la enfermedad.

### La experiencia en sí misma

El Pecet de la Universidad de Antioquia, en convenio con Isagen, realizó entre 2006 y 2007 el “Programa de Prevención y Control de la Leishmaniasis Cutánea Americana en la Zona de Influencia de la Hidroeléctrica Miel I”, en la región oriental del departamento de Caldas, que abarca los municipios de Samaná, Marquetalia, Norcasia, Victoria y La Dorada.

Dirigido a los trabajadores de la hidroeléctrica, al personal de las fuerzas militares que cuidaba la obra, a los habitantes y al personal de salud de la zona, el programa incluyó actividades como la búsqueda activa de casos, un censo de la población infectada con el parásito, las concepciones, creencias y prácticas populares respecto a la leishmaniasis, la determinación de la especie o especies de *Leishmania* encontradas, la captura e identificación de las especies de Flebotomíneos presentes en las zonas geográficas en diferentes temporadas

climáticas y con relación a los domicilios (intra, peri o extradomicilio), la identificación de las especies de *Lutzomyia* responsables de la transmisión y su bionomía (distribución, hábitats, longevidad, hábitos, capacidad vectorial), y la capacitación a los equipos de salud y a la comunidad en general para la prevención y control de la Leishmaniasis.

Adicionalmente, se hizo una búsqueda complementaria para determinar la presencia de otros vectores de enfermedades humanas, tales como moluscos y/o crustáceos, con el fin de formular recomendaciones para su control.

Los mayores esfuerzos se concentraron tanto en el estudio entomológico, pues la identificación de los vectores determina las zonas de riesgo para la enfermedad, como en la educación de la comunidad, pues es lo que garantiza el éxito y la continuidad de las medidas de prevención y control.

Uno de los propósitos del estudio entomológico fue identificar a *Lu longipalpis*, que es la especie vectora de LV, por lo que se realizó una búsqueda activa de reservorios domésticos (perro) utilizando la prueba rápida K39, que arrojó resultados negativos en todos los animales muestreados. Para la caracterización epidemiológica de la población humana se utilizó la prueba de intradermorreacción o montenegro, y se atendió a todos los pacientes con lesiones sospechosas de leishmaniasis para toma de muestras de cultivo directo, IFI y biopsias. Dado que en algunos casos el diagnóstico en terreno es complicado, fue necesario trasladar a Medellín a uno de los pa-

### Dificultades

- Los problemas de orden público limitaron el ingreso del Pecet a la zona de estudio, lo que dificultó la ejecución del proyecto.
- La metodología para la captura de insectos flebotomíneos se vio modificada por la restricción en horas nocturnas.

cientes con lesiones compatibles de *L. difusa*, pero el caso resultó ser de lepra.

El programa brindó capacitación y educación continuada al personal de salud (médicos, bacteriólogos y promotores de la zona de estudio) y a más de 250 personas incluyendo escolares y madres de familia, a más de 150 soldados y al personal de seguridad de la hidroeléctrica. La metodología para las charlas fue participativa y en ellas se presentaron videos, se hicieron trovas, poesía, y obras de

teatro, y con todas estas experiencias se diseñó material educativo que fue entregado a Isagen para garantizar la continuidad de las acciones educativas.

Mayor información:  
[ldvelez@udea.edu.co](mailto:ldvelez@udea.edu.co)  
[ldvelez@pecet-colombia.org](mailto:ldvelez@pecet-colombia.org)  
 Iván Darío Vélez Bernal  
<http://www.pecet-colombia.org>

## 8. Con el Ejército pusieron a marchar la Leishmaniasis

PROGRAMA DE CONTROL DE LA EPIDEMIA Y DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA  
 DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO Y PROGRAMA DE ESTUDIO Y CONTROL DE ENFERMEDADES TROPICALES (PECET)- UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA



La decisión presidencial de combatir los cultivos ilícitos y los grupos armados al margen de la ley generó que amplios contingentes de soldados iniciaran sus labores en las regiones selváticas de los departamentos de Caquetá, Putumayo, Guaviare y Meta, (en la anteriormente llamada ‘Zona de Distensión’), y en Antioquia y Chocó, en el noroccidente del país.

Seguramente en aquella época (año 2003) ninguno de los militares participantes en los operativos imaginaba que uno de los efectos secundarios de su labor sería la exposición a una picadura de insectos flebotomíneos (*Lutzomyia* spp) transmisores de la Leishmaniasis Cutánea (LC). Según expertos, la enfermedad tropical se mantiene endémicamente en la selva a causa de la transmisión del parásito por parte de insectos flebotomíneos de animales infectados a los sanos.

Precisamente, dicha situación fue el argumento para la creación del proyecto ‘Control de la epidemia de Leishmaniasis Cutánea en el Ejército de Colombia y diseño y desarrollo de un programa de prevención integral de la enfermedad’, que benefició a más de 61.120 pacientes, entre civiles y militares durante los años 2004 y 2008.

Según los directivos de la iniciativa, la idea comenzó en junio del 2004 con el mayor brote epidémico de esta enfermedad en el país: 3.163 casos diagnosticados en 2004,

## Logros

- Se logró controlar el mayor brote epidémico reportado en Colombia y en Latinoamérica de la Leishmaniasis cutánea con transmisión selvática. Con los 61.120 pacientes (militares y civiles) diagnosticados en el país durante 2004 y 2008, Colombia pasó a ocupar el segundo lugar en número de casos de Leishmaniasis Cutánea en América Latina, después de Brasil que diagnostica cerca de 23 mil cada año.
- Se diseñó e implementó el primer programa integral de prevención de esta enfermedad en Colombia, en un escenario de transmisión selvática, demostrando que con mayor razón es posible prevenir esta enfermedad en zonas del país donde la transmisión se da al interior de las casas o en áreas urbanas. De esta forma las autoridades de salud nacionales y departamentales tienen los elementos para iniciar programas de prevención en población civil.
- Se redujo el número de casos tanto en cifras absolutas como en tasa de incidencia de la enfermedad, pasando de 508 casos en 2005 a 326 casos en 2007 por 10.000 militares en riesgo.
- El programa brindó atención médica especializada a 1.500 militares y a 90 caninos, y más de 5.000 soldados recibieron capacitación por medio de conferencias en el manejo, reconocimiento y prevención de enfermedades tropicales.
- Se estableció el suministro regular de medidas de prevención (uniformes impregnados con insecticidas y repelentes de insectos) a la población militar en riesgo de sufrir Leishmaniasis.
- Se evaluaron los medicamentos para el tratamiento de la Leishmaniasis Cutánea, lo que permitió al Ministerio de la Protección Social y al Ejército adecuar los esquemas terapéuticos y así dar un mejor manejo a sus pacientes.
- El programa integró a la universidad pública con el Estado para controlar un problema de salud pública en un grupo especial de población de alto riesgo, en este caso el Ejército. Esto constituye un ejemplo para la resolución de otros problemas de salud en Colombia.
- Consiguió también la transferencia de tecnología, capacitación y asesoría, lo que permitió la creación del laboratorio de referencia en las instalaciones de la Dirección de Sanidad del Ejército, con lo cual se fortalecieron el Ejército y las Fuerzas Militares en general para controlar sus endemias.
- Se caracterizó el primer brote epidémico de Leishmaniasis Cutánea canina en Colombia, logrando aislar e identificar las especies de parásitos responsables de la infección, y evaluar diferentes esquemas de tratamiento y el uso de collares con insecticidas para la prevención de la enfermedad en perros.

10.269 en 2005 y un total de 31.236 entre 2004 y 2007. “Preocupados por este brote epidémico, la Dirección de Sanidad del Ejército invitó al Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales (Pecet) de la Universidad de Antioquia a diseñar e implementar un programa de control de la epidemia y de prevención de la transmisión en las zonas donde se estaba presentando el mayor número de casos”, asegura uno de los directores del proyecto.

Afirma este directivo que los integrantes del Pecet iniciaron un trabajo mancomunado con los oficiales, el personal de salud y los soldados a partir del conocimiento que se tenía del manejo de esta enfermedad en todo el

país y de las particularidades de la misma en las poblaciones militares. Posteriormente, se diseñó un programa de prevención y de control integral cuyos ejes, entre otros, fueron: capacitación, transferencia de tecnología y educación continuada para el personal de salud del Ejército, educación primaria en salud para los soldados y sus familias, implementación de medidas de prevención de la picadura de los mosquitos por medio de impregnación de uniformes con insecticidas, uso de repelentes de insectos de acción residual y evaluación de diferentes alternativas terapéuticas.

“El proyecto se convirtió en el primer programa de prevención de la LC con transmisión selvática que se ha hecho en Colombia, y

conseguimos controlar el mayor brote epidémico de esta enfermedad reportado en el país y en Latinoamérica. Con esas cifras, Colombia ocupaba el segundo lugar en número de casos de LC en América Latina, después de Brasil que todavía diagnostica cerca de 23 mil cada año”, explican.

Además, la iniciativa logró la transferencia de tecnología, capacitación y asesoría a las distintas áreas de combate, lo que permitió la creación del laboratorio de referencia en las instalaciones de la Dirección de Sanidad del Ejército, con lo cual, según los beneficiarios, se fortalecieron el Ejército y las Fuerzas Militares en general para controlar sus endemias.

Sin embargo, tanto directivos como beneficiarios coinciden en que lo más difícil fue compaginar las prioridades de los comandantes y oficiales de mayor rango que, “aunque conscientes de la gran cantidad de soldados que tenían la enfermedad y que debían ser enviados a los dispensarios para recibir el tratamiento, tenían a su vez la necesidad de cumplir las órdenes superiores y proseguir las acciones militares por lo que les resultaba muy complicado retirar a los pacientes del área de operaciones”.

## La experiencia en sí misma

En el año 2003 se presentaron 808 casos de Leishmaniasis Cutánea en los soldados del Ejército colombiano. En el mes de junio de 2004 se inició lo que ha sido el mayor brote epidémico de esta enfermedad en el país, con 3.163 casos diagnosticados en 2004 y 10.269 casos en 2005 y un total de 31.236 casos durante el período comprendido entre 2004 y 2007. El mayor número de casos se presentó entre los soldados adscritos a unidades que desarrollaban operaciones en el sur país (Cauquetá, Meta, Guaviare y Putumayo).

Preocupada por este brote epidémico, la Dirección de Sanidad del Ejército invitó al Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales (Pecet) a diseñar e imple-

mentar un programa de control de la epidemia y de prevención de la transmisión en las zonas donde se estaba presentando el mayor número de casos.

Trabajando coordinadamente con los oficiales, el personal de salud y los soldados, y teniendo en cuenta el conocimiento que tiene el Pecet en el manejo de esta enfermedad en todo el país y las particularidades de la enfermedad en las poblaciones militares, se diseñó un programa de prevención y control integral cuyos ejes fundamentales fueron: capacitación, transferencia de tecnología y educación continuada para el personal de salud del Ejército, educación primaria en salud para los soldados y sus familias, implementación de medidas de prevención de la picadura de los mosquitos por medio de impregnación de uniformes con insecticidas, uso de repelentes de insectos de acción residual y evaluación de diferentes alternativas terapéuticas.

Para estas labores los profesionales del Pecet se desplazaron en compañía de oficiales y dermatólogos del ejército a los dispensarios donde eran atendidos los pacientes, y realizaban todas las actividades del programa.

Se hizo especial énfasis en los aspectos educativos, toda vez que los soldados, al igual que la población general del país, tienen muchas creencias acerca de las causas y consecuencias de la enfermedad, del manejo de la misma, de su tratamiento, su control, etc. Dentro de la estrategia se tuvieron en cuenta métodos como: cartillas educativas, programas radiales a través de las emisoras locales, afiches, videos, jingles de fácil recordación con mensajes alusivos a la prevención, camisetas y plegables. En cada batallón se realizaron las dinámicas educativas, que se mantuvieron durante todo el tiempo del programa.

De igual manera, se unificaron criterios de manejo de los pacientes, se impartieron capacitaciones médicas continuas a todo el personal de salud, se elaboró un manual de manejo de las enfermedades transmitidas por insectos

### Dificultades

- Una de las dificultades fue compaginar las prioridades de los comandantes y oficiales de mayor grado que, aunque conscientes de la gran cantidad de soldados que tenían la enfermedad y que debían ser enviados a los dispensarios para recibir tratamiento, tenían a su vez la necesidad de cumplir las órdenes superiores y proseguir las acciones militares, por lo que les era muy complicado retirar a los pacientes del área de operaciones. Esto se superó con las capacitaciones en salud primaria impartidas a los comandantes y oficiales y con la gestión directa ante los altos mandos militares.
- Por otra parte, los cambios en la Dirección de Sanidad del Ejército así como en la Dirección General de Sanidad Militar, y dificultades en la comunicación con ambas instancias, retrasaron en ocasiones el seguimiento y la continuidad del programa.

vectores, se dictaron talleres teórico prácticos en los diferentes dispensarios, y se realizaron entrenamientos en los laboratorios del Pecet en Medellín. Sumado a esto, se elaboraron protocolos de atención de pacientes con suministro de los medicamentos bajo observación médica y evaluación de la eficacia y seguridad de los diferentes medicamentos, con lo que se le dio al programa elementos investigativos y de generación de conocimiento.

Mayor información:  
[jdvelez@udea.edu.co](mailto:jdvelez@udea.edu.co)  
[jdvelez@pecet-colombia.org](mailto:jdvelez@pecet-colombia.org)  
 Iván Darío Vélez Bernal  
<http://www.pecet-colombia.org>

## 9. Media maratón por una buena salud

ESQUEMA DE GESTIÓN Y ATENCIÓN EN CUIDADO PRIMARIO AMBULATORIO EN COLOMBIA  
 FUNDACIÓN JAVESALUD



Esmeralda Ortiz nunca olvidará el domingo 2 de agosto de 2009. A pesar de su problema de hipertensión, ese día, junto con sus compañeros de la Fundación Javesalud, corrieron los 10 kilómetros en la décima versión de la Media Maratón de Bogotá y se convirtieron en el ejemplo de muchos que padecen esta enfermedad.

“Una de las enfermeras me llamó a invitarme y me animé a correr. Mi esposo me dijo que de pronto me podía desmayar en el camino y yo dije: estoy segura de que sí puedo, yo puedo”, cuenta con orgullo Esmeralda.

Desde 2008 ella hace parte de los 125 mil bogotanos de distintas EPS que se benefician del trabajo realizado por Javesalud mediante su programa ‘Un Esquema de Gestión y Atención en Cuidado Primario Ambulatorio en Colombia’.

“El proyecto empezó en 2006 como una forma de reestructuración de Javesalud, de cara a los retos que tenían muchas complicaciones en este nivel ambulatorio, básicamente por la ausencia de entidades sin ánimo de lucro, independientes a las aseguradoras, que funcionaran como verdaderas puertas de entrada al sistema”, explica Iván Darío González Ortiz, director ejecutivo de la Fundación.

### Logros

- La iniciativa ha alcanzado una medición consistente y periódica de los indicadores de seguimiento al cuidado primario durante los últimos 3 años. Así mismo, ha constatado que el modelo de atención es rentable. Por esto, se evidencia una reducción del endeudamiento de 80% a 29% en 30 meses.
- Ha sido notorio el incremento de la población asignada, que pasó de 63.000 personas en 2006 a 125.000 en 2009. De igual forma, el aumento en la resolutivez de los médicos generales pasó del 71% al 82% en 30 meses. Por último, sobresale el mejoramiento del acceso, que del 55% pasó a ser del 97%.
- El 73% de los pacientes hipertensos tienen sus cifras de tensión arterial controlada y el 100% de las enfermas con cáncer de cuello uterino lograron un diagnóstico temprano.

Según González, el objetivo de la iniciativa ha sido entrar a mostrar un nuevo modelo ambulatorio orientado al tema de salud y mejorar la calidad de vida de las personas a través de intervenciones tempranas y oportunas.

“Me vinculé al tratamiento para pacientes crónicos. La atención es muy buena, los doctores y las enfermeras son amables y, gracias a los cuidados que me brindan, ha mejorado mi salud porque allí nos hacen énfasis en el ejercicio, la dieta y en la administración de los medicamentos”, asegura Esmeralda, quien tiene 51 años y, además de la hipertensión, también sufre de diabetes.

Sumado al esquema de gestión, Javesalud implementó un modelo de medicina familiar que consiste en tener ‘médicos familiares’ de forma permanente en la consulta externa y a disposición de los médicos generales, ofreciendo inter-consultas inmediatas que incrementan la resolutivez de estos profesionales en la puerta de entrada.

“Muchas veces la gente se fija más en otro tipo de cosas: infraestructura, sillas, y lo que nosotros queremos es mejorar la salud de la gente. El primer año lo que hicimos fue trabajar en un esquema de planeación y en un seguimiento del proceso, y en los últimos dos en indicadores de resultado”, sostiene González.

De esta forma, el modelo de atención ambulatoria se ha convertido en un beneficio para la salud de los habitantes de la capital y

como ocurrió en la Media Maratón, los pacientes puedan combinar recreación, cuidado y tratamiento para sus enfermedades.

“El otro año me gustaría volver a correr porque me siento capacitada y con mucha salud. Lo más satisfactorio es haber llegado a la meta y, pese a las enfermedades que tengo, darme cuenta de que sí puedo gracias a la inclusión que me han dado en el programa”, agregó Esmeralda.

### La experiencia en sí misma

El proyecto consiste en una estrategia de gestión clínica con tres componentes: modificaciones en el gobierno corporativo de la institución, ajustes al modelo de atención y en tercer lugar la implementación de nuevas estrategias de gestión y monitoreo.

Las modificaciones al gobierno corporativo incluyeron la unificación de la visión de la universidad Javeriana, de la junta directiva y de la administración de la IPS Javesalud para alcanzar los objetivos propuestos en gestión y cuidado primario ambulatorio.

### Dificultades

- La principal dificultad es que cada EPS solicita aplicar un modelo específico de cuidado primario ambulatorio para su población, lo que significa implementar diversos modelos de atención en una misma IPS.
- Se han presentado algunas dificultades operacionales debido a la rotación de la población asignada desde las EPS.

Los ajustes al modelo de atención incluyeron la reducción al portafolio de servicios, incluyendo únicamente el primer y segundo nivel de atención. Adicionalmente, se implementó un modelo de medicina familiar que consiste en tener médicos familiares de forma permanente en la consulta externa y a disposición de los médicos generales, ofreciendo así interconsultas inmediatas, con lo que se incrementó la resolutivez de los médicos, se disminuyó el uso de ayudas diagnósticas

innecesarias y se fortalecieron los programas de atención de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Mayor información:  
 igonzalez@javesalud.com.co  
 Iván Darío González Ortiz  
<http://www.javeriana.edu.co/puj/viceadm/dsu/javesalud/index.htm>

## 10. Hicieron de las Tic's una salud pública efectiva

USO DE LAS TIC'S (TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN) EN PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA EN 4 MUNICIPIOS DEL VALLE DE ABURRÁ  
 CORPORACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
 DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN (SEDE MEDELLÍN).

Los pacientes atendidos en las instituciones de salud de municipios como Copacabana, Caldas, Girardota y Bello, en el Valle de Aburrá, no caben de la dicha. Dicen que desde que las nuevas tecnologías son aplicadas en el sistema de salud pública que funciona allí, los procesos son más efectivos y hay una mayor cobertura.

Sumado a esto, los mismos profesionales que laboran en las instituciones aseguran sentirse satisfechos de las nuevas metodologías implementadas gracias al proyecto 'Uso de las

Tics en programas de Salud Pública', liderado por la Corporación para el Desarrollo de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín (sede Medellín). Uno de ellos es el epidemiólogo Henry Pulido, quien se ha beneficiado del programa porque el nuevo manejo de la información le permite tomar decisiones con mayor un grado de acierto.

"La sistematización de la información nos permite, como ejecutores, tomar decisiones más acertadas y dar un atención más rápida en la gestión, promoción y prevención de

### Logros

- Actualmente están en desarrollo las fases 4 y 5 de cada uno de los proyectos municipales, por lo que todavía no es posible mostrar resultados o productos terminados. Se puede decir que entre los logros alcanzados están el diseño e implementación tanto del Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación- MRV como del Monitoreo de Familias Vulnerables - Susceptibles para Programas de Salud Pública- MFSP.
- En los municipios se han identificado tres resultados preliminares: la disminución de las oportunidades perdidas para vacunación, el mejoramiento de las bases de datos existentes con la extracción de datos no útiles, y el cambio en las relaciones de trabajo de los auxiliares de la salud pública, lo que ha generado un mayor rendimiento del recurso humano.
- Otro de los resultados hasta ahora demostrados es el incremento de las coberturas de vacunación, gracias a la identificación de personas con esquemas incompletos.

salud para las comunidades donde trabajamos", afirma Henry.

De acuerdo con sus creadores, el proyecto de uso de las Tics nació en 2007 para dar respuesta a la pregunta ¿cómo se utiliza la información producida en el sector salud y cuánta de esta información es realmente usada para la gestión de servicios? Así mismo, se tuvo en cuenta la manera como se realizan los procesos y el desarrollo de programas, ya que los inadecuados seguimientos y controles no permitían evidenciar resultados en el accionar de la salud.

En el caso de la institución en la que labora Henry, la implementación del proyecto está en proceso. Sin embargo, los resultados ya son evidentes: "lo primero que hemos hecho es realizar una ficha familiar en donde se consigna la información sobre la salud y la cobertura en vacunación y luego es utilizada vía web para mantenerla actualizada", explica el funcionario.

Actualmente, la estrategia se desarrolla en más de 5.000 familias procedentes de cuatro municipios del área metropolitana del Valle de Aburrá, y se espera que al finalizar el año 2010 se alcancen a beneficiar al menos 25.000 familias y se cuente con más de 10 municipios desarrollando el proyecto.

"La idea es que al momento de la actividad, el agente de salud tenga toda la información pertinente acorde al programa específico, de tal forma que pueda tomar la mejor decisión

en cuánto a qué hacer en dicha actividad, evitando la duplicidad de acciones, el incremento de oportunidades perdidas en salud y la desintegración de las acciones de salud pública".

Una de las mayores fortalezas del programa es la diversidad contenida en él, ya que además de la organización de la información permite identificar las coberturas de vacunación, "los susceptibles con esquemas inadecuados, de tal forma que se puedan programar nuevas visitas para vacunación con el conocimiento real de cuál vacuna y dosis es la faltante". En todos estos municipios el uso de las Tic's sigue funcionando ya que, según los creadores, la intención de la Fundación Universitaria San Martín es dejar la capacidad instalada en cada población para que las direcciones locales de salud y los hospitales municipales puedan darle continuidad.

### La experiencia en sí misma

Se detectaron tres problemas en la gestión de salud pública para la población del Valle de Aburrá: la múltiple manipulación de datos, la desintegración de información y la pérdida de oportunidades por ausencia de información al momento de realizar actividades extramurales. Para hacer frente a estos problemas, se gestionó el uso de sistemas móviles con plataformas de integración y comunicación en tiempo real, especialmente diseñadas para programas de salud pública como vacunación

### Dificultades

- Los recursos en salud pública para mejoramiento de la gestión de conocimiento en municipios categorías 3 en adelante, son muy escasos.
- Los Secretarios de Salud a quienes se les ha presentado la propuesta la ven como una buena alternativa para solucionar su problema de desinformación, pero la normatividad vigente, el gasto burocrático y los compromisos contractuales ya adquiridos les impiden su adopción.
- La implementación de sistemas de información y comunicación en gestión del conocimiento ha cambiado las relaciones de trabajo, y esta situación no es bien recibida por muchos funcionarios acostumbrados a menores exigencias.
- Los datos que se han encontrado en los sistemas de información de cada una de las Secretarías de Salud están en la mayoría de casos incompletos, errados y no han sido actualizados, lo que ha generado que al momento de la integración de las bases de datos el porcentaje de información por individuos que no son posibles de integrar supere el 30%. Esto ha producido un retraso en el cumplimiento de los objetivos inicialmente propuestos.

y demás programas de tamizaje, desarrollados en el marco de los planes locales de salud pública y bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud y Salud Familiar.

Mediante el programa se buscó implementar un sistema que permitiera la integración de datos de diferentes fuentes: atenciones en salud, programas de diferentes actores y fichas de censos familiares, con el fin de mejorar la efectividad de las decisiones que se toman en los ámbitos municipal, departamental y nacional. De esta forma se busca contribuir a la formación de redes sociales - asistenciales, a través del análisis integrado de todas las variables que tienen que ver con el individuo como actor social.

El programa busca realizar ejercicios diagnósticos y de monitoreo en los cuales se puedan observar fenómenos bio-psico-sociales, para la obtención de respuestas a comportamientos que serían muy difíciles de entender y explicar si no se dispone de la integración

de datos de diversos sectores. Se pretende una ubicación geográfico-espacial de los fenómenos que afectan de alguna manera a los integrantes de una comunidad, para la identificación de factores de riesgo o de protección por individuo y/o grupos. Esto con la idea de poder focalizar las estrategias definidas por los entes territoriales haciendo más costo-efectiva y específica la administración de las intervenciones en salud pública.

Mayor información:  
marcoasosa@hotmail.com;  
alamedic@une.net.co  
Marco Aurelio Sosa Giraldo  
Agueda Lucía Valencia Deossa  
Juan Felipe Saldarriaga  
Juan Carlos Trujillo

## 11. Hicieron del Valle un departamento con políticas saludables

SISTEMA COMUNITARIO DE VIGILANCIA DE FACTORES DE RIESGO DE COMPORTAMIENTO PARA POBLACIÓN ESCOLAR ADOLESCENTE -SIVEA  
CENTRO PARA EL DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD PÚBLICA (CEDETES),  
UNIVERSIDAD DEL VALLE



En la actualidad la vigilancia epidemiológica se considera un componente clave para alcanzar metas en salud pública y una herramienta básica para la elaboración de políticas, programas y orientación de recursos. De acuerdo con esto, el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnologías en Salud Pública (Cedetes), de la Universidad del Valle, diseñó un sistema de base comunitaria para la vigilancia de factores de riesgo del comportamiento que afectan a la población adolescente escolarizada.

### Logros

- Se identificaron determinantes de las condiciones de salud y calidad de vida de la población escolar adolescente. Los resultados fueron utilizados para la toma de decisiones en las instituciones educativas, y para la planeación educativa y de salud a nivel institucional y local.
- Los datos de la vigilancia fueron articulados a acciones municipales, institucionales y organizacionales de promoción de la salud, y a planes de desarrollo educativos y municipales. Se dio especial relevancia a la concertación y articulación del Sivea al Consejo de Política Social, en el cual participan el alcalde, las secretarías de despacho, la personería, la Policía Nacional, líderes y organizaciones comunitarias, el hospital local, la coordinación educativa, la iglesia católica y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF.
- Sivea influyó en cambios de contenidos curriculares y métodos de enseñanza, en la generación de nuevos mecanismos de participación de los jóvenes en decisiones que los afectan, y orientó el trabajo intersectorial e interinstitucional entre entidades gubernamentales, especialmente hospital, Secretaría de Bienestar Social, Recreación y Deporte y establecimientos educativos.
- Con base en los resultados, las instituciones educativas generaron intervenciones o proyectos transversales articulados a la planeación escolar, para atender los riesgos detectados. Estas intervenciones se relacionaron con resolución de conflictos, ambiente escolar y convivencia, salud sexual y reproductiva, actividad física y uso del tiempo libre.

“Se trata del Sistema Comunitario de Vigilancia de Factores de Riesgo de Comportamiento para Población Escolar Adolescente ‘Sivea’, y el objetivo es permitir que la comunidad –en este caso la educativa- asuma responsabilidad en el acopio, procesamiento, análisis, interpretación y utilización de la información generada por el sistema de vigilancia, y al mismo tiempo hacerla corresponsable en la implementación del mismo y en las soluciones a los problemas detectados”, explica Ligia de Salazar, directora del programa.

Según los encargados del programa, su diseño e implementación se llevó a cabo en dos fases: la primera tuvo lugar entre 2002 y 2006 en el municipio de La Cumbre (Valle del Cauca), ubicado a una hora de Cali. Inicialmente se realizó en dos sedes de la Institución Educativa Simón Bolívar, que cubre el 50 por ciento de la población escolarizada del municipio.

La segunda fase se desarrolló entre 2006 y 2007 en una Institución Educativa ubicada en el barrio Terrón Colorado en Cali (Valle), con el apoyo de la Secretaría de Salud Pública Municipal. “Definimos un conjunto de elementos y recursos interrelacionados que, por medio de diferentes métodos, técnicas, y

procesos, permite recoger, analizar, interpretar y promover el uso de información para crear capacidad institucional y comunitaria de vigilancia e intervención en los Factores de Riesgo de Comportamiento (FRC) más frecuentes en escolares-adolescentes”, explica Ligia de Salazar.

Con base en esto, uno de los objetivos de Sivea es generar información que promueva el diálogo y la concertación entre productores de datos y formuladores de políticas y programas. Con ello, entre otras cosas, han conseguido que las instituciones educativas generen intervenciones o proyectos transversales articulados a la planeación escolar, para atender los riesgos detectados. “Estas intervenciones se relacionan con resolución de conflictos, ambiente escolar y convivencia, salud sexual y reproductiva, actividad física y uso del tiempo libre”, explican los promotores de Sivea.

Inclusive, los beneficiarios del programa aseguran que es tanto el éxito de este programa que logró romper con el tradicional concepto de la vigilancia, para responder a la necesidad de crear sistemas que superen el ejercicio de recolección de datos y se han convertido en sí mismos en estrategias para

### Dificultades

- Se observó que el acompañamiento del grupo de investigación fue insuficiente para consolidar el proceso de cambio y hacerlo sostenible, lo cual se manifiesta en la discontinuidad de algunas actividades e intervenciones.
- En la actualidad han tenido lugar cambios estructurales en el contexto municipal, institucional y en el sistema político, liderados por personas que no participaron en este proceso y que modificaron las condiciones iniciales en las que se implementó el proyecto.
- Un desafío importante de la experiencia es lograr que en efecto la información resultante de la vigilancia se emplee en la toma de decisiones. Lo observado es que no es suficientemente utilizada por los responsables de tomar decisiones en salud pública.

contribuir a la acción. Además, produjo un cambio en la forma como se tomaban las decisiones pertinentes a la salud y a la calidad de vida de la población.

### La experiencia en sí misma

Sivea se definió como un conjunto de elementos y recursos interrelacionados, que por medio de diferentes métodos, técnicas, y procesos recoge, analiza, interpreta, entrega y promueve el uso de información, con un doble objetivo: crear capacidad institucional y comunitaria para vigilar e intervenir los factores de riesgo de comportamiento más frecuentes en escolares-adolescentes, y generar información que promueva el diálogo y la concertación entre productores de la información y los formuladores de políticas y programas.

Recursos e infraestructura escolar fueron utilizados para la implementación del sistema. Sencillos formatos y manuales especiales para recolectar, analizar y utilizar la información fueron diseñados para ser usados directamente por los profesores, como responsables del sistema, quienes recibieron capacitación para usarlos.

Una encuesta sobre los Factores de Riesgo de Comportamiento, así como cuestionarios sobre percepciones de los adolescentes, grupos focales y otras actividades lúdicas intra y extra curriculares, fueron diseñadas y aplicadas para indagar sobre las problemáticas.

Sivea vigiló comportamientos sexuales de riesgo -embarazo no planeado e infecciones

de transmisión sexual-, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias prohibidas, comportamientos violentos, obesidad, actividad física, desempeño académico y ausentismo escolar, así como variables socioeconómicas del municipio. La información fue analizada, interpretada y validada colectivamente con la comunidad educativa y otros actores involucrados en los municipios, mediante diversas estrategias como grupos de discusión escolar, reuniones con grupos de interés, talleres para identificación de áreas críticas, correlación entre programas e intervenciones, análisis sobre usos de información, presentación de datos a la comunidad escolar y expertos, e identificación de intervenciones para responder a los problemas encontrados.

La interpretación de estos datos se realizó utilizando además información socioeconómica y demográfica obtenida de otras fuentes locales, tanto formales como informales. También fue diseñada e implementada durante el proyecto una estrategia comunicacional y de abogacía, basada en la creación de infraestructura escolar para el desarrollo de estas actividades, y tomando en cuenta necesidades de información y comunicación de usuarios del sistema en diferentes niveles decisorios.

Mayor información:  
cedetes@cedetes.org  
Ligia de Salazar  
<http://www.cedetes.org>

## 12. Cuando a uno le dicen que tiene cáncer, el mundo se le cierra

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL INTEGRAL COMO MEDIO PARA HACER FRENTE AL DESAFÍO DEL CÁNCER EN COLOMBIA - INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA



Ana Ester Guzmán todavía recuerda el 24 de diciembre de 1999, y no precisamente en razón a la Navidad. Ese día, ella y su familia se enteraron del cáncer de colon que estaba haciendo mella en su salud, situación que produjo un cambio rotundo en su vida.

Días después fue sometida a un diagnóstico en Valledupar (César), con resultados poco alentadores: “A mis hermanas les dijeron que me quedaba un mes de vida. Sin embargo, me remitieron al Instituto Nacional de Cancerología ESE, en Bogotá, a donde llegué el 3 de febrero del año siguiente, y me ratificaron que tenía la enfermedad”, recuerda Ana.

En aquella época comenzó su tratamiento en la institución. Fueron en total 18 quimioterapias y 32 radioterapias, más la instalación de una bolsa de colostomía con la que aún vive y que, según ella, se convirtió en su mejor amiga.

“Cuando a uno le dicen que tiene cáncer, el mundo se cierra y la gente no quiere darnos trabajo y nos hacen a un lado. Por fortuna, en mi caso fue lo contrario. Llegué al Instituto y confiaron en mí como ser humano”, cuenta

### Logros

- Los resultados de la iniciativa han sido cuantiosos tanto para los usuarios como para el mismo Instituto, y se observan en el seguimiento a los indicadores de producción, calidad, recaudo, recuperación de cartera, estados financieros y dictamen de la revisoría fiscal y de la Contraloría General de la República.
- Se logró un incremento de los indicadores de producción para el período comprendido entre 2002 y 2007, entre ellos el número de consultas totales tanto de urgencia como de control, al igual que en las Juntas de Decisión Médica y en las cirugías.
- Una evolución favorable a nivel de satisfacción de los usuarios, dado que en 2005 el índice era del 78% y para 2007 se alcanzó una cifra del 86%.
- El Instituto ha mejorado sustancialmente el recaudo con respecto a la facturación generada en la misma vigencia, con indicadores que se ajustan al concepto de Empresa Social del Estado, al recuperar para 2008 el 59% de la factura cobrable generada a las diferentes Entidades Promotoras de Salud.
- Es fundamental destacar la evolución que ha tenido el Instituto en uno de los indicadores más sensibles de la gestión institucional: el dictamen de la revisoría fiscal. Se pasó de una ausencia de dictamen a un concepto limpio y sin salvedades, el cual ha sido emitido con este carácter desde el año 2005. Así mismo, el proceso de rendición de cuentas ante la Contraloría General de la República finalizó en el año 2005, evidenciando de esta manera una gestión eficiente de los recursos públicos.

Ana, quien desde hace 9 años trabaja como voluntaria en el 'Albergue de Lucha Contra el Cáncer Damas Voluntarias', una iniciativa del Instituto que beneficia a niños que padecen la enfermedad.

Por su experiencia, y por el conocimiento que tiene de la Institución especializada en cáncer, Ana puede dar constancia de los cambios surgidos en el establecimiento desde 2003, cuando fue creado el proyecto 'Fortalecimiento institucional integral como medio para hacer frente al desafío del cáncer en Colombia', que hoy es un buen ejemplo de los centros de atención en salud a nivel nacional.

"Cuando yo llegué las salas de cirugía eran diferentes, las camas tallaban, en los cuartos no había televisores ni existía tanta infraestructura como la que hay ahora. Sin duda, hoy el servicio es más moderno", asegura Ana.

Y es que los cambios en el sistema de atención son notorios. Según los pacientes, hay más sentido de pertenencia con ellos, la infraestructura está renovada y el proyecto hoy es un orgullo no sólo para la institución sino también para los propios enfermos.

"La idea empieza a nacer en el año 2002. El área física estaba deteriorada,, teníamos tecnología y procesos de investigación atrasados y no existía un buen manejo de las políticas de salud pública", afirma Carlos Vicente Rada, director general del Instituto.

Según él, lo primero fue mirar qué debían hacer y se concentraron en estructurar un plan que permitiera cambiar la situación. Para esto, preguntaron a los empleados cómo soñaban la Institución y todos coincidieron en que las áreas debían ser mejoradas.

"Nos gastamos casi todo 2003 confeccionando el plan. Se dio orden a los temas para que hubiera factibilidad, y en 2006 empezamos a ejecutarlo", explica Rada. Es así como hoy, el Instituto Nacional de Cancerología cuenta con un sistema efectivo para atender entre el 5% y 10% de la población colombiana víctima de cáncer en todos los estados de

la enfermedad, lo cual incluye desde diagnóstico temprano hasta la fase terminal.

"En este momento el Instituto es nuestro orgullo a mostrar. Ahora hay una calidez humana espectacular, las salas de cirugía fueron renovadas y, con seguridad, Colombia tiene en la Institución cosas muy buenas que mostrar en cuanto a los avances médicos", agregó Ana.

### La experiencia en sí misma

El proceso partió identificando las tres formas mediante las cuales la ciencia médica trata el cáncer: Cirugía, quimioterapia (uso de medicamentos) y radioterapia (aplicación de radiación en las regiones tumorales).

Así mismo, se visibilizaron los servicios de apoyo diagnóstico indispensables para soportar el proceso terapéutico: Imagenología (generación e interpretación de imágenes diagnósticas tales como rayos X, ecografías, resonancia nuclear magnética, entre otras), patología (parte de la medicina que estudia el origen de las enfermedades, especialmente las oncológicas para el caso del Instituto), banco de sangre, medicina nuclear (estudios diagnósticos mediante el uso de radiofármacos), laboratorio clínico, y genética.

Con estos antecedentes, se diagnosticó la situación existente para cada uno de los servicios, y se evidenció la necesidad de apoyar la labor misional antes mencionada con el fortalecimiento de tres grandes pilares: un sistema de información robusto, una infraestructura adecuada a las necesidades, y la renovación y reposición tecnológica de los equipos biomé-

### Dificultades

⚠ Durante la implementación de esta experiencia se encontraron grandes obstáculos: la resistencia al cambio, la dificultad de realizar modificaciones en infraestructura sobre la marcha, la continuidad en el funcionamiento rutinario a pesar de las inversiones, y las difíciles condiciones de mercado y de competencia regulada impuestas por la Ley 100 de 1993.

dicos, teniendo en cuenta que el Instituto es un establecimiento de cuarto nivel de complejidad, altamente especializado y con uso intensivo de tecnología.

Se definió entonces una estrategia de acción orientada a reforzar cada uno de los ejes de tratamiento y diagnóstico del cáncer antes mencionados, con un enfoque orientado al usuario de los servicios del Instituto. Cerca de 140 mil millones de pesos han sido invertidos hasta el momento en todos los procesos. "Estamos cumpliendo con dos propósitos diferentes: Por una parte, desarrollar actividades

de alta complejidad y formar especialistas y subespecialidades en cáncer, y por otra, seguir como órgano consultor del Ministerio de la Protección Social para la asesoría en salud pública e investigaciones", señaló el director del Instituto.

Mayor información:  
crada@cancer.gov.co  
Dr. Carlos Vicente Rada Escobar, MD  
<http://www.cancer.gov.co>

## 13. "Código Rojo" para una "Maternidad Segura" en Antioquia

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN ANTIOQUIA  
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA,  
SECRETARÍA DE SALUD DE MEDELLÍN, USAID, OPS Y UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA



Augusto Pascualoto vive en Medellín desde hace varios años. Su pasión siempre ha sido generar bienestar en la salud de cientos de personas que llegan diariamente a la Secretaría Seccional de Salud de la capital antioqueña, en donde trabaja como líder multiplicador del proyecto 'Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna en Antioquia'.

De la mano de las 25 IPS que laboran en la ciudad, según Augusto, han conseguido afrontar las complicaciones tanto infecciosas

como hemorrágicas en la población materna, lo cual se traduce en la reducción de la mortalidad. El proyecto comenzó en 2003 y ha beneficiado a más de seis millones de madres antioqueñas.

"Las IPS son las que atienden los partos, construyen indicadores, prestan asistencia técnica y extienden el proyecto con el subprograma 'Maternidad Segura', el cual busca asesorar no sólo a futuras madres sino también a sus compañeros en la búsqueda de factores de riesgo y predisposición preconcepcional", explica Augusto.

El proyecto es liderado por la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la Secretaria de Salud de Medellín, Usaid, OPS y la Universidad de Antioquia, instituciones que unieron esfuerzos con un sólo objetivo: vigilar la mortalidad materna e infantil y replicar esta vigilancia en las direcciones municipales de Antioquia.

"La satisfacción para el equipo de trabajo consiste en el impacto y en la disminución de

## Logros

- El departamento de Antioquia logró para 2007 una reducción del 32% (19 muertes menos) de la razón de mortalidad materna con relación a 2006, cifra que se mantuvo para 2008 (20 muertes menos que en 2006).
- Se mejoró la capacitación del personal de salud, con base en las mejores evidencias disponibles, de acuerdo al perfil epidemiológico de las muertes maternas y perinatales detectado en cada región.
- Se logró un acompañamiento a las unidades de salud aportando elementos para el análisis de las muertes maternas y perinatales, y se generó información importante para la prevención de nuevas muertes.
- El Centro fue invitado por el Ministerio de la Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud a participar en talleres para contribuir con la reducción de la mortalidad materna, replicando la capacitación de Código Rojo en varios departamentos del país. Hasta el momento ya hemos participado en 7 de estos eventos, y hay programados dos más antes de finalizar este año.

20 muertes por año, aproximadamente un 30 por ciento en relación con el año inmediatamente anterior”, dice Joaquín Guillermo.

Actualmente el programa sigue desarrollándose en Medellín, y ha sido extendido a todo el departamento de Antioquia donde beneficia anualmente a cerca de un millón de mujeres desde el momento de la concepción hasta 42 días postparto, y a la población infantil hasta los 28 días de nacido.

“Por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y con el propósito de hacer frente a las altas tasas de mortalidad materna e infantil en América Latina, se organizaron centros asociados en cada uno de los países de la región. Por ejemplo, en Colombia se instauraron cuatro: dos en Bogotá, uno en Manizales y otro en Medellín, que ha sido el de mayor contundencia y continuidad”, asegura Joaquín Guillermo Gómez Dávila, director del proyecto.

“Nos propusimos reducir las complicaciones en el proceso de atención en salud de la población materna, como la hemorragia postparto, y lo logramos. Además, generamos una cultura de implementación de visitas de auditoría en todas las EPS e IPS con el respectivo acompañamiento y asesoría para verificar historias clínicas, protocolos de atención, infraestructura física e idoneidad del recurso humano que, sin duda, está comprometido

con la prestación de servicios en salud a esta población”, concluyó el director del proyecto.

## La experiencia en sí misma

La vigilancia de la mortalidad materna buscó conocer el camino recorrido por cada una de las mujeres fallecidas para identificar los factores que contribuyeron a su deceso, lo cual permitió encontrar aquéllos susceptibles de modificar para así evitar nuevas muertes por factores iguales o similares. Se realizó una búsqueda para la identificación de los casos, la recolección de los historiales clínicos y se efectuaron entrevistas a los familiares. De esta forma el comité de expertos hizo un análisis individual y agrupado de los casos de mortalidad materna ocurridos en el departamento de Antioquia durante el período 2004 - 2008.

Se desarrollaron foros sobre los temas más relevantes en salud materna y perinatal en cada una de las regionales del departamento, se hicieron visitas de retroalimentación a los hospitales que atendieron a las mujeres fallecidas, y a partir de la identificación de los factores contribuyentes más importantes en la atención de las madres muertas por hemorragia, se implementó una estrategia de atención y capacitación denominada “Código Rojo” que fue diseminada en todo el departamento.

Por otro lado, se coordinaron foros y pactos regionales sobre salud materna y perinatal

en el departamento, para posicionar el tema en la agenda pública. En el momento se han realizado más de 3 foros de divulgación de resultados, con una participación promedio de 400 personas por evento.

Finalmente, se adelantó un proceso de auditoría de la calidad de los servicios de atención en salud sexual y reproductiva. En el año 2006, en los hospitales de 3 regiones priorizadas, y en el año 2007, en las 140 Instituciones prestadoras de servicios de salud de 124 municipios del departamento. Se implementaron planes de mejoramiento que tuvieron como objetivo central mejorar los estándares de las prácticas necesarias para la prevención de la mortalidad y morbilidad en las mujeres, haciendo especial énfasis en las prácticas relacionadas con la prevención de la hemorragia posparto, así como en el manejo activo del alumbramiento.

## Dificultades

- Los cambios políticos han afectado el desarrollo de los programas y proyectos. En este caso, aunque se ha logrado mantener el proyecto durante 5 años, no ha sido de manera continua.
- La fragmentación del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud dificulta la ejecución de proyectos. La baja articulación entre los diferentes actores, los escasos estímulos al personal de la salud y la alta rotación, entorpecen la continuidad de los procesos.
- Se han evidenciado deficiencias en la formación del recurso humano en salud. La formación, en muchas oportunidades, no obedece a las necesidades epidemiológicas del país y no fortalece las habilidades comunicativas necesarias para lograr una atención intercultural e incluyente.

Mayor información:

nacer@medicina.udea.edu.co  
Joaquín Guillermo Gómez Dávila  
<http://www.nacer.udea.edu.co>

## 14. Payaneses se pusieron la bata de la salud y del diálogo

‘LECCIONES COMUNITARIAS SON LECCIONES APRENDIDAS’  
HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA



Quienes habitan en Popayán (Cauca), todavía recuerdan cómo estaba el Hospital Susana López de Valencia antes del año 2003. “En aquel tiempo era una Institución en proceso de quiebra, la atención no era buena y su re-

conocimiento social era prácticamente nulo”, dice uno de ellos.

Esa misma institución es en la actualidad el orgullo de cientos de payaneses que admiran la labor desarrollada por el equipo de profesionales del hospital para mejorar la atención y generar programas que beneficien la calidad de vida de los pacientes y de las comunidades que hacen parte del entorno social de su cobertura.

“Una de las estrategias fue la creación del programa ‘Lecciones Comunitarias son lecciones Aprendidas’, que consiste en el desarrollo de un proceso de comunicación directa con las comunidades concertadas y con sus líderes naturales para conocer su percepción sobre el Hospital y las necesidades percibidas

### Logros

- Se consiguió una buena aceptación y participación representativa de las comunidades visitadas.
- Se generó la participación y asistencia de los líderes comunales en los informes públicos de gestión que se presentan anualmente.
- Se mejoró la coordinación de la participación de los usuarios en la Junta Directiva y en el comité de ética hospitalaria, a través de sus representantes.
- Se logró la vinculación del Hospital como coordinador del eje de salud, en el plan de desarrollo de la comuna seis de Popayán, componente “comuna saludable y educadora”.
- Se logró el desarrollo de proyectos de inversión, programas y acciones puntuales que apuntan a necesidades, en materia de salud, percibidas y detectadas por y en las comunidades usuarias del Hospital.

en salud”, explica Oscar Ospina Quintero, director del programa.

Precisamente, esta metodología fue puesta en marcha teniendo como antecedente que en la Institución nunca se había optado por establecer un diálogo fraterno y reflexivo con las comunidades usuarias. Según los directivos del Hospital, con la iniciativa se busca empoderar a la población para asumir lo público como propiedad colectiva, además de trabajar para que haya insumos que permitan planear una estrategia o “plan de vida” a largo plazo, acorde con las necesidades detectadas en dichas comunidades.

“Sin duda, lo que hemos tratado de hacer es garantizar la participación plena, donde comunidades educadas tomen decisiones sobre sus propios derechos y necesidades, y crezcan bajo su autonomía y, por consiguiente, protegidas de las diversas manipulaciones. ‘Lecciones Comunitarias’ son un insumo fundamental para dar respuesta a necesidades y problemas de salud en Popayán”, sostiene uno de los gestores del programa.

Para los promotores de la iniciativa, uno de los hechos que más ha generado satisfacción entre usuarios y trabajadores del Hospital es la participación y asistencia de los líderes comunales en los informes públicos de gestión que se presentan anualmente. “Lo han hecho con pronunciamientos igualmente públicos

del reconocimiento de la buena gestión y del cambio de paradigma: que lo público es sinónimo de corrupción”.

Sin embargo, coinciden en que la complejidad del Sistema de Salud Colombiano “en vez de acercar a las comunidades les hace más difícil el acceso a los servicios de salud, pues una cosa son las normas y otra las propias realidades”.

### La experiencia en sí misma

‘Lecciones comunitarias son lecciones aprendidas’ consiste en el desarrollo de un proceso de comunicación directa con las comunidades, los líderes naturales, para conocer su percepción sobre el Hospital Susana López de Valencia y sus necesidades en salud. Las lecciones comunitarias buscan el redimensionamiento de lo público, generando un cambio

### Dificultades

- Hubo una tímida participación de las comunidades en donde la presencia del Estado es precaria.
- Se presentaron intentos de manipulación por parte de algunos sectores de las comunidades.
- La complejidad del Sistema de Salud Colombiano hace difícil el acceso a los servicios de salud, pues existen algunas normas que no responden a las necesidades específicas de las comunidades.

en la percepción de lo público como sinónimo de corrupción y clientelismo.

Por medio de reuniones en diferentes barrios y veredas del radio de acción del Hospital, se crearon espacios para que la población se capacitara en relación con la importancia de la institucionalidad y su defensa. Se trata de una estrategia pedagógica que busca informar a la comunidad sobre sus derechos y deberes, con el objetivo de que esté lo suficientemente informada como para hacer parte de la toma de decisiones respecto al hospital. Es una estrategia pedagógica que

busca dar respuesta a las necesidades y a los problemas en salud específicos en el área de influencia de la entidad.

Mayor información:  
 Ooq40@hotmail.com  
 OSCAR OSPINA QUINTERO  
<http://www.hosusana.gov.co>

## 15. Prevención de enfermedad renal: mejoras de la calidad de vida

PROGRAMA DE RENOPROTECCIÓN - ‘MODELO MODERADOR DE RIESGO’  
 EPS COMFANDI –CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA



que desde que se puso en marcha el programa ‘Renoprotección’, sus estilos de vida y los de sus familias han mejorado notoriamente y, en el caso de los renales, muchos de ellos ya no tienen que acudir a diálisis.

“Renoprotección nace en 2004, cuando se implementó el ‘Modelo Moderador de Riesgo’, que se basó en articular la identificación de los riesgos con su intervención y seguimiento, y en propender por el equilibrio de la relación médico-paciente por medio de la potenciación del conocimiento del médico en el nivel I con el apoyo del especialista”, explica uno de los gestores del programa.

A su vez, Comfandi creó la iniciativa en aras de dar solución a las debilidades del modelo tradicional de atención que venía desarrollando, y teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios y el requerimiento de potenciar los recursos del aseguramiento. Por tanto, replanteó su estrategia de intervención y decidió enfocar sus acciones en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

Los pacientes atendidos en las IPS de Comfandi coinciden en que las mejoras en su salud son más notorias desde que la entidad se puso en la tarea de crear programas de P y P (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) que promuevan una atención efectiva y especializada para las patologías que los aquejan.

Las más felices son las personas que sufren enfermedades cardiovasculares y renales. Y es

## Logros

- Se logró empoderar al médico del nivel primario para alcanzar los resultados definidos por la organización y así evitar la ocurrencia de eventos en salud prevenibles, con rentabilidad social y financiera.
- La población beneficiada estimada para el año 2005 fue superior a 14.000 pacientes que estaban siendo tratados en el programa de prevención cardiovascular, y que incluyó individuos con diagnósticos de diabetes e hipertensión.
- Se definieron criterios de inclusión para la atención protocolizada de los pacientes.
- A junio de 2009 había ya 26.000 pacientes en seguimiento, de los cuales 6.000 presentaban riesgo renal detectado, clasificado y con intervención.
- El programa ha sido reconocido a nivel municipal, departamental y nacional, con invitaciones para presentar la experiencia en congresos sobre Enfermedad Renal Crónica: Simposio de Centros Renales Hermanos (Fundación Clínica del Valle de Lili, abril de 2008), Día Mundial de la Diabetes (Secretaría de Salud Municipal, Hospital Universitario del Valle y Universidad del Valle, en noviembre de 2008), y Congreso Nacional de Nefrología, de la Sociedad Colombiana de Nefrología, realizado en mayo de 2009.

En el primer año del desarrollo de programa, la entidad trabajó para que toda la población perteneciente al programa cardiovascular fuese clasificada de acuerdo a la metodología 'Kdoqui', en los cinco estadios de función renal. Según los directivos del programa, el objetivo era "poder tomar decisiones sobre las diferentes actividades que se implementarían con los pacientes de acuerdo con este estadio".

"Ha sido una experiencia enriquecedora ver cómo de la atención tradicional de intervenir patologías y esperar un desenlace en Enfermedad Renal Crónica (ERC), se pasó a identificar en fase temprana a estos pacientes y se orientó el programa para intervenir factores de riesgo asociados a su patología. Así mismo, hemos sido testigos de mejoras en su calidad de vida y del aplazamiento de la progresión a ERC terminal, es decir, se pasó de pagadores de siniestros a verdaderos administradores de riesgos", afirma Luis Mariano Otero, director del proyecto.

La evolución e impacto del programa muestran que, a junio del 2009, el número de pacientes en seguimiento ascendía a 26.000, cerca de 6.000 de ellos con riesgo renal detectado. Con un aumento poblacional anual de la población afiliada, el estimado de Comfan-

di es que en 2010 se tengan aproximadamente 6.300 pacientes con riesgo renal detectado, y según la entidad, el programa intervendrá en todos estos afiliados de manera directa, "esperando una regresión y estabilización de la función renal en 5.000 de ellos aproximadamente, que en consecuencia no pasarán a diálisis y mejorarán su calidad de vida".

## La experiencia en sí misma

Se trata de una estrategia de intervención enfocada en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. El modelo moderador de riesgo se basa en articular la identificación de los riesgos con su intervención y seguimiento. Se seleccionan pacientes diabéticos o hipertensos que tienen alteración en la función renal con una tasa de filtración glomerular por debajo de 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, y con proteinuria o alteraciones renales. Específicamente se evalúan factores relacionados a la no adherencia y a la falta de soporte social, y en caso necesario se solicita apoyo a un equipo extramural (conformado por un médico familiar con experiencia en salud comunitaria, una psicóloga, una trabajadora social y auxiliares centinelas), que hace un diagnóstico de la situación y propone pautas de intervención. Con todas estas observaciones

## Dificultades

- Algunas barreras culturales y sociales han dificultado la adherencia de pacientes al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Ciertos sectores de la sociedad se adhieren únicamente a prácticas no formales en búsqueda de solucionar sus problemas, evitando ser tratados por prácticas médicas formales.
- Se presentaron dificultades en el diligenciamiento de la información requerida para el seguimiento de los pacientes, incluyendo datos de la clasificación del riesgo cardiovascular y del seguimiento de variables, lo que generó problemas al personal de salud para la evaluación completa e integral de todos los pacientes.

se proponen medidas correctivas que buscan estabilizar la condición del paciente.

Se buscó que en el primer año de su desarrollo, toda la población perteneciente al programa cardiovascular de Comfandi fuese clasificada de acuerdo a la metodología Kdoqui en los cinco estadios de función renal, para poder tomar decisiones sobre las diferentes actividades que se implementarían con los pacientes según este estadio. Además, se hicieron capacitaciones en las 10 IPS de Comfandi a los diferentes equipos primarios incluyendo un equipo extramural, a los médicos de la Clínica Tequendama y a los médicos empresariales de la EPS SOS, para lograr una adecuada clasificación de los pacientes y una acertada implementación de la tabla de actividades con las acciones específicas a seguir para cada estadio.

Con el apoyo del departamento de garantía de la calidad, se elaboró un protocolo de atención en el manejo de la Enfermedad Renal Crónica en el adulto con su respectivo

manual operativo, y se hicieron evaluaciones para determinar cómo estaba la implementación del programa. En una primera evaluación se encontró que sólo el 80% de la población del programa estaba clasificada según los diferentes estadios Kdoqui, por lo que se continuaron las capacitaciones y se logró finalmente que el 100% de la población estuviera clasificada.

Gracias a la clasificación de los diferentes estadios de la ERC, se han organizado distintas actividades como hacer intervenciones específicas con el experto en nefrología y efectuar una retroalimentación con los médicos generales líderes o gestores de las diferentes IPS que tienen a cargo estos pacientes.

Mayor información:  
margaritavelasco@comfandi.com.co  
Luis Mariano Otero  
<http://www.comfandi.com.co/>

---

Este informe se imprimió  
en octubre de 2010. Para su  
realización se utilizaron las  
fuentes Adobe Garamond Pro,  
Itc Stone Sans y Myriad Pro.

---