

SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

así vamos en salud

Reporte Anual 2012

El sistema de salud busca su rumbo

Retos del sistema de salud



FUNDACION ANTONIO
RESTREPO BARCO
Tejemos el mañana

Fundación
**Bolívar
Davivienda**

Fundacióncorona

fundación
éxito
nutrimos vidas

FUNDACIÓN
SALDARRIAGA CONCHA
Apoyamos a los que ayudan

Fundación
Santa Fe de Bogotá

UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

COLECCIÓN:

TENDENCIAS DE LA SALUD EN COLOMBIA

Reporte Anual 2012

El sistema de salud busca su rumbo

Retos del sistema de salud

SOCIOS	
Fundación Antonio Restrepo Barco	
Fundación Bolívar Davivienda	
Fundación Corona	
Fundación Éxito	
Fundación Saldarriaga Concha	
Fundación Santa Fe de Bogotá	
Universidad de Antioquia	
Reporte anual 2012	
Documento Elaborado por:	
Maria Elena Osorio E.	COORDINADORA
Bibiana Pineda R.	ASISTENTE TÉCNICA
Colaboradores en Redacción y Texto:	
JEREZ & SANDOVAL	
Angela Constanza Jerez	
Revisión Técnica:	
FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ	
Gabriel Carrasquilla G.	
FUNDACIÓN CORONA	
Camila Ronderos B.	

Diseño y Diagramación:	
Victoria Eugenia Peters R.	
Daniel Alberto Fajardo B.	

PROGRAMA “ASÍ VAMOS EN SALUD”

COMITÉ DIRECTIVO

Mario Gomez Jiménez
Director Social – Fundación Antonio Restrepo Barco
Fernando Cortés M.
Director Ejecutivo – Fundación Bolívar Davivienda
Ana Mercedes Botero
Directora ejecutiva – Fundación Corona hasta junio de 2012
Jorge Enrique Vargas
Director Ejecutivo (E) – Fundación Corona junio – diciembre de 2012
German Jaramillo V.
Director Ejecutivo – Fundación Éxito
Soraya Montoya G.
Directora Ejecutiva – Fundación Saldarriaga Concha
Juan Pablo Uribe
Director General – Fundación Santa Fe de Bogotá
Gabriel Carrasquilla G.
Director, Centro de Estudios e Investigaciones en Salud – CEIS Fundación Santa Fe de Bogotá
Alvaro Cardona
Decano Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad De Antioquia hasta octubre de 2012
Maria Patricia Arbelaez
Decana Facultad Nacional De Salud Pública – Universidad De Antioquia

COMITÉ TÉCNICO

Margarita Martinez
Gerente de Proyectos hasta octubre de 2012 – Fundación Antonio Restrepo Barco
Alberto Amaya P.
Gerente Nacional de Salud Seguros Bolívar – Fundación Bolívar Davivienda
Myriam Henao
Gerente de Proyectos hasta octubre de 2012 – Fundación Corona
Sara Mendez
Analista Bogotá – Fundación Éxito
Lina María González B.
Consultora – Fundación Saldarriaga Concha
Gabriel Carrasquilla G.
Director del Centro de Estudios e Investigaciones en Salud – CEIS Fundación Santa Fe de Bogotá
Henry Mauricio Gallardo L.
Director de Gestión Integral Corporativa – Fundación Santa Fe de Bogotá
Carlos Castro
Docente Facultad Nacional De Salud Pública – Universidad De Antioquia

EQUIPO DE TRABAJO

Maria Elena Osorio E.
Coordinadora Programa Así Vamos En Salud
Bibiana Pineda R.
Asistente Técnica Programa Así Vamos En Salud

Contenido

	Página
Presentación	
Así Vamos en Salud presenta su informe anual	8
Saludo Editorial	
Inversión en Salud Pública, el mejor acuerdo entre todos	10
Capítulo 1	
Indicadores de Seguimiento al sector Salud	13
Capítulo 2	
Análisis comparativo de la Percepción Ciudadana Frente al Componente de Salud de las Encuestas de Percepción Ciudadana en siete ciudades de la Red Cómo Vamos 2012	139
Capítulo 3	
Foro año 2012“El Sistema de Salud busca su rumbo”	153
Capítulo 4	
Así Vamos en Salud se compromete con el seguimiento al cumplimiento del goce efectivo del derecho a la salud	197

Así Vamos en Salud presenta su informe anual

El 2012 fue un año importante para Así Vamos en Salud. Cumplió una década de existencia con la satisfacción de haberse consolidado como un observatorio del sector. De esa manera logró su propósito principal: contribuir con el mejoramiento de la salud de los colombianos a través del seguimiento, la evaluación objetiva y la difusión de resultados del sector salud.

PARA ALCANZAR ESA META, CADA AÑO REALIZA UNA SERIE DE ACCIONES con las que abre espacios para la entrega de información, la rendición de cuentas de los actores del sector y los debates. El año pasado no fue la excepción. Como lo muestra esta publicación, en el 2012 Así Vamos en Salud hizo llamados al Gobierno para que dé una mayor atención al sector salud y tome decisiones contundentes que le den un nuevo camino.

En ese sentido, realizó el foro ‘El sistema de salud busca su rumbo’, que contó con la presencia del Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria, y de expertos de diferentes áreas y posiciones: Dra. Elisa Carolina Torrenegra - directora ejecutiva Gestarsalud, Dr. Juan Carlos Giraldo - director general de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC); Dr. Ramiro Guerrero, director del Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - Proesa de la ciudad de Cali y Dr. Gabriel Carrasquilla, director del Centro de Estudios en Investigación en Salud – CEIS

Su objetivo era aportar elementos de juicio a las discusiones que están dando el país sobre el derrotero que debe tener el sistema. En el encuentro, como lo muestran las memorias incluidas en este documento, el Ministro expuso la necesidad de lograr un saneamiento fiscal del sistema como primera medida para definir ese anhelado rumbo.

Los expertos invitados le dieron su respaldo al jefe de la cartera de salud por considerar que la liquidez del sector es necesaria para lograr los proyectos sociales que se ha trazado el país, y porque es indispensable para conseguir la sostenibilidad de los mismos.

De igual forma, llamaron la atención del país para que dé un debate profundo sobre el papel que deben jugar los diferentes actores, pues no se pueden tomar a la ligera temas como la desaparición de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), el fortalecimiento de la red hospitalaria, la descentralización del sector y la unidad de pago por capitación.

El programa, como lo manifestó en el foro, hará seguimiento al sector para contribuir a que se logren los objetivos trazados en el nuevo rumbo. Lo hará a través de los 71 indicadores que permiten observar los avances, los retrocesos y las tendencias del sector en su respectiva materia, los cuales Así Vamos en

Salud actualiza cada año consultando la información que los soporta. En ese sentido consulta la fuentes oficiales como son el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y Profamilia, con la Encuesta de Demografía y Salud, entre otras fuentes de información relevantes.

Dado el interés del programa de servir de referente nacional y regional presentó desde el año pasado 15 indicadores con un mapa de georeferenciación e información desagregada por departamento que permite describir las condiciones departamentales. Información útil para hacer una radiografía del sector, como lo muestra este documento.

Con el ánimo de actualizar dichos indicadores y de que sean efectivos en el seguimiento al sector, con un grupo de expertos de reconocida trayectoria Así Vamos en Salud realizó, a mediados del año pasado, la mesa de trabajo ‘Goce efectivo del derecho a la salud’. La idea era reflexionar sobre qué significa este concepto y cómo construir una batería de indicadores que permitan hacer seguimiento al goce efectivo del derecho a la salud. Además revisó la literatura y las leyes relacionadas con el tema para obtener diferentes elementos y orientaciones que le permitan abordarlo. Este programa considera fundamental que se respete el goce efectivo del derecho a la salud para que haya bienestar de sus ciudadanos. Las reflexiones del caso están contenidas también en este documento.

Finalmente, la publicación incluye un importante ejercicio elaborado por Así Vamos en Salud. Se trata del análisis de las tendencias dadas en los resultados de las Encuestas de Percepción Ciudadana realizadas en el 2012 por Ipsos-Napoleón Franco para la Red de Ciudades Cómo Vamos de Colombia.

En Barranquilla, Bogotá, Manizales, Cali, Pereira, Cartagena y Medellín se preguntó a los ciudadanos sobre su calidad de vida, en el cuestionario se incluyeron preguntas relacionadas con el servicio de salud y la garantía al derecho a la salud. Por considerar esta información como un insumo fundamental frente al ejercicio de seguimiento del sector, Así Vamos en Salud la analizó. Del análisis se concluye que existe una gran necesidad de que universidades, gobernantes, actores del sector salud, expertos en materia de derecho, asociaciones, gremios, entes de control y toda la comunidad en general enfrentemos los retos que impone el sistema y seamos copartícipes del proceso de cambio que Colombia requiere.

Por ello, la Fundación Bolívar Davivienda desde el 2012 apoya este importante programa porque creemos que a través de un sistema de salud económicamente estable y justo para todos los colombianos vamos a garantizar la viabilidad de las generaciones por venir.

Qué mejor forma de hacerlo que a través de una iniciativa como Así Vamos en Salud que hoy da cuentas al país sobre su actuar.

Fernando Cortés McAllister
Director Ejecutivo
Fundación Bolívar Davivienda

Inversión en Salud Pública, el mejor acuerdo entre todos

AL PENSAR EN EL SISTEMA DE SALUD DE LOS COLOMBIANOS NOS VEMOS OBLIGADOS a tener en cuenta dos componentes importantes, que además de estar alineados entre sí deben estar inmersos en políticas públicas del sector salud y de los demás sectores que inciden en el desarrollo del país. Estamos hablando de: goce efectivo del derecho a la salud y salud pública.

El goce efectivo del derecho a la salud, entendiéndose como “la satisfacción de las necesidades individuales y colectivas sobre la disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad de los servicios médicos y de los servicios de salud”, nos permite asimilar de una manera general la amplitud y dimensión de estas necesidades y las características que deben estar inmersas en el sistema de seguridad social en salud de los colombianos.

El Programa Así Vamos en Salud está trabajando en identificar indicadores que permitan hacer un monitoreo al cumplimiento efectivo de este derecho y al mismo tiempo mantener informada a la ciudadanía sobre su desarrollo. Por la importancia que representa para el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, en esta publicación se ha elaborado un artículo para ampliar información e ilustrar a los ciudadanos sobre este tema.

En cuanto a *salud pública*, sin entrar a citar una definición única, hay aspectos en común necesarios de identificar. Está claro que salud pública no es la prestación de servicios individuales a los afiliados a través de una aseguradora, es mucho más que eso. Está compuesta por actividades de promoción de la salud como lo es la educación hacia la comunidad con el fin de generar cambios de vida, de producir intervenciones en los determinantes de la salud, particularmente en los determinantes sociales, económicos y ambientales. Estimula hábitos de vida saludables. La salud pública es, por consiguiente, multidisciplinaria e intersectorial.

En ese sentido, el enfoque de la salud pública tiene que darse desde otra perspectiva diferente a la intervención solamente en salud. Es así como lo describe por ejemplo, la publicación realizada en Estados Unidos en el año 2001, *What is Public Health*¹, donde se muestran los principales avances en

salud pública en ese país. Esos avances han sido logrados con intervenciones de otros sectores como el laboral, de alimentos, y de la industria, entre otros; en donde se han logrado identificar trabajos con ambientes más seguros, mayor conciencia en la población en general sobre la importancia de consumir alimentos saludables, destacar la importancia de la fluorización del agua y reconocer el tabaco como un factor de riesgo para la salud.

En este momento en el que se debate la reforma al Sistema de Salud en Colombia es necesario considerar el nexo que tiene la salud pública con los demás sectores que intervienen en el desarrollo del país. La salud pública enfocada hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud es fundamental para tener poblaciones sanas, es así como lo ha presentado David Bloom, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard: “Personas más sanas a su vez promueven el crecimiento económico; en parte porque son más productivas y representan menos costos de atención en salud”.

Es el momento de intervenir las causas que están generando los problemas de salud pública, tanto en países desarrollados como en desarrollo. En Colombia hay un especial aumento en las tasas de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial, el cáncer y los desórdenes mentales, que no solo representan costos para el sistema de salud, también representan costos para la economía, para los hogares y para los individuos, por las implicaciones que tienen los períodos prolongados de salud-enfermedad que subyacen a las ECNT. En su mayoría estas se encuentran acompañadas de algún grado de discapacidad, lo que implica pérdida de productividad y reducción del número de horas trabajadas, ya que estas enfermedades están afectando cada vez más a personas jóvenes.

La invitación a los tomadores de decisiones y a los actores responsables de generar política pública en salud es a no desconocer que las intervenciones en salud pública sí son costo efectivas y tienen resultados de impacto, ejemplo de esto es que al menos el 4 % del incremento en expectativa de vida en Estados Unidos, desde el siglo XVIII, está relacionado con los avances en el cuidado médico directo. Entonces, son los determinantes sociales lo que tienen mayor impacto en la población para que pueda alcanzar un buen vivir y un mejor estar.

Para terminar, lo decía el Dr. Gabriel Carrasquilla, Director del Centro de Estudios e Investigaciones en Salud (CEIS) de la Fundación Santa Fe de Bogotá, en su intervención en el Simposio Internacional ‘propuestas concretas para la encrucijada del sistema de salud’, en la ciudad de Cali: “Hay que pensar en el largo plazo cuando se trata de pensar en salud pública (. . .) No podemos mirar la salud pública de manera inmedatista”.

1. www.whatispulichealth.org/impact/achievements.html

Indicadores de seguimiento al sector salud

1 Como vamos en la reduccion de la tasa de mortalidad infantil

LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SIENDO una medida de la supervivencia infantil, es considerada como uno de los indicadores más sólidos para caracterizar tanto el nivel de vida como el desarrollo y bienestar de una sociedad, además de dar cuenta de la posibilidad de tener una vida larga y saludable. Las diferencias socioeconómicas y ambientales, el acceso e intervenciones en salud pública, las condiciones de seguridad alimentaria, así como los sistemas de seguridad social y protección estatal, son determinantes que van configurando inequidades en salud que inciden en la posibilidad de supervivencia de los niños menores de un año (1)(2). De hecho la mortalidad infantil captura la escala de las inequidades globales en salud. En los países de altos ingresos, alrededor de 7 de cada 1000 niños mueren antes de alcanzar los 5 años de edad, mientras que en los países de bajos ingresos cerca de 120 por cada 1000 niños no alcanzan a llegar a los 5 años de edad (3).

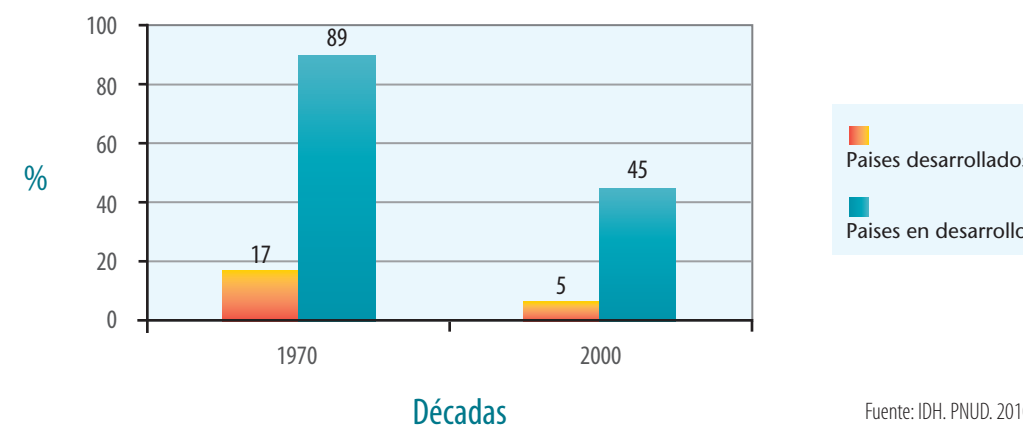
Así, a pesar que la mortalidad infantil no es un fenómeno socio económico como tal, termina siendo la expresión de este. En consecuencia, cambios en la tasa de mortalidad infantil se pueden relacionar con los niveles de pobreza y desarrollo social, en donde aquellos grupos en desventaja social presentan peores situaciones de salud que los grupos socialmente aventajados puesto que la posición ocupada dentro de las estructuras sociales y de trabajo de las personas configura el acceso a los recursos que soportan la buena salud. Como resultado, las inequidades socioeconómicas están asociadas con inequidades marcadas y persistentes en su salud (3). También las condiciones políticas y del estado de bienestar imperante pueden tener influencia en el comportamiento de este indicador (4). Algunos estudios han encontrado la relación entre el tipo de estado de bienestar con la mortalidad infantil, encontrando que los países con regímenes socialdemócratas presentan las tasas más bajas de mortalidad infantil. Por el contrario, en los países con democracias tardías, la ausencia de políticas sociales dirigidas a las familias vulnerables, junto con la alta desigualdad en el ingreso se relaciona con altas tasas de mortalidad infantil (5).

CONTEXTO GLOBAL Y REGIONAL

EN TÉRMINOS ABSOLUTOS, LA DISMINUCIÓN DE ESTE INDICADOR en los países en desarrollo ha sido mayor en el período comprendido entre la década del setenta hasta la primera década del

2000 (Ver Gráfico 1). Entre 1970 y 2005, la mortalidad infantil cayó 59 por cada 1.000 nacidos vivos en estas naciones; casi cuatro veces la reducción que hubo en los países desarrollados en conjunto (16 por cada 1.000 nacidos vivos) No obstante, la disminución porcentual es aún más alta en estos últimos (77%) que en las naciones en desarrollo (59%). Además persisten brechas enormes en el ámbito de la salud: mueren ocho veces más bebés por cada 1.000 nacidos vivos en los países en desarrollo que en los desarrollados, y menos de 1% de las muertes infantiles ocurren en estos últimos (6). Sin embargo, cualquier niño nacido hoy en día, en el país que sea, puede esperar vivir mucho más que en cualquier otro momento de la historia. Si los menores todavía estuviesen muriendo a las tasas de fines de los años setenta, cada año fallecerían 6,7 millones de niños adicionales (7).

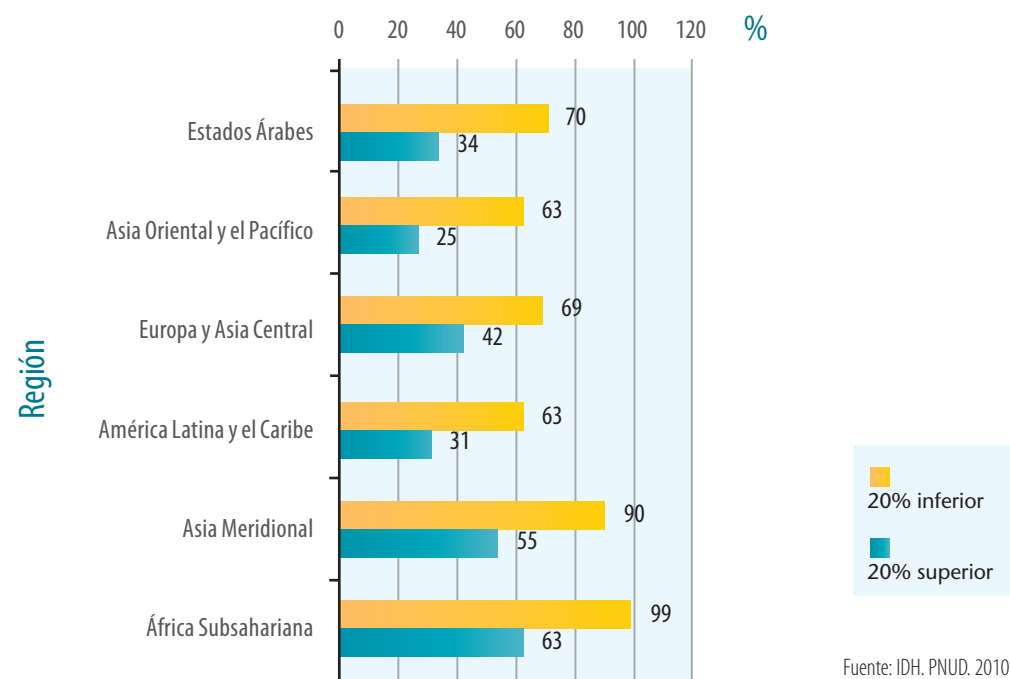
Gráfico 1
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL. DECENIOS 1970-2000



Fuente: : Informe sobre Desarrollo Humano. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano.PNUD, 2010.

Las brechas en salud entre grupos de países de ingresos altos y bajos suelen ser grandes, sobre todo en países en desarrollo. La mortalidad infantil por ejemplo, es mucho más frecuente en los hogares más pobres de todas las regiones. En los Estados Árabes y las regiones de Asia Oriental y el Pacífico y América Latina y el Caribe, la mortalidad infantil casi se duplica en el último quintil de la distribución de ingresos. (Ver Gráfico 2). Resultados similares fueron evidenciados por Cornia y Mencini (2006), durante el decenio 1990-2000, encontrando a su vez diferenciales en las tasas de mortalidad infantil, cuya disminución ha beneficiado más a niños de clase media alta urbana. Aspectos como el género, el nivel de educación, el tipo de empleo, entre otros también inciden en los diferenciales en la mortalidad (8).

Gráfico 2
MUERTES DE NIÑOS POR CADA 1.000
NACIDOS VIVOS, POR QUINTIL DE RIQUEZA. 1990-2005.



Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. PNUD, 2010.

A su vez en América Latina y el Caribe, según el informe de Salud en las Américas 2012, a pesar que durante el período comprendido entre 1990 y 2009 la tasa de mortalidad infantil se redujo 66% (de 42 a 14,8 por 1.000 nacidos vivos); el promedio regional esconde diferencias de hasta 50 puntos entre países. Así, las menores tasas corresponden a Cuba y Chile (4,8 y 7,9 respectivamente) y las mayores a Haití y Bolivia (57 y 50 respectivamente). Colombia presentó una tasa de 15,3 muertes por 1.000 nacidos vivos, comportamiento cercano al promedio regional observado (19,6 muertes por 1.000 nacidos vivos) (9).

Si bien en la disminución de las tasas de mortalidad infantil ha tenido influencia el incremento en la cobertura de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con acciones como la terapia de rehidratación oral, la inmunización, la promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria, y los relacionados con la atención prenatal y de atención primaria en salud; estas intervenciones tuvieron un mayor impacto en la década de los ochenta. A partir de los noventa esta tasa de disminución decreció drásticamente en casi todas las regiones debido al estancamiento de la cobertura de vacunación, de rehidratación oral, y de otros programas clave (8).

De hecho aún persiste una brecha en el acceso a los servicios infantiles básicos entre los países entre el quintil económico más alto y el quintil económico más bajo. Mientras que el 71,2% de los niños en el quintil más alto tienen acceso a terapia de rehidratación oral, en los países en el quintil más bajo este porcentaje es de 57%. El 63,5% de los niños en los países dentro del quintil más alto cuentan con esquemas completos de vacunación, mientras que en los países dentro del quintil más bajo, solo el 39,8% tienen completo el esquema. El 58,9% de los niños en los países del quintil más alto tienen acceso a tratamiento para las infecciones respiratorias agudas, y solo el 34,5% de los niños en el quintil más bajo tienen este acceso. El 47,6% de niños en los países del quintil más alto tienen acceso a tratamiento médico para la diarrea, frente a 27,6% de niños que tienen acceso en el quintil más bajo (10), siendo evidencia de las dificultades de acceso a servicios básicos por parte de los más pobres a pesar de ser intervenciones de atención primaria en salud prioritarias, poniendo en situación de desventaja a los más vulnerables.

COMPORTAMIENTO A NIVEL NACIONAL

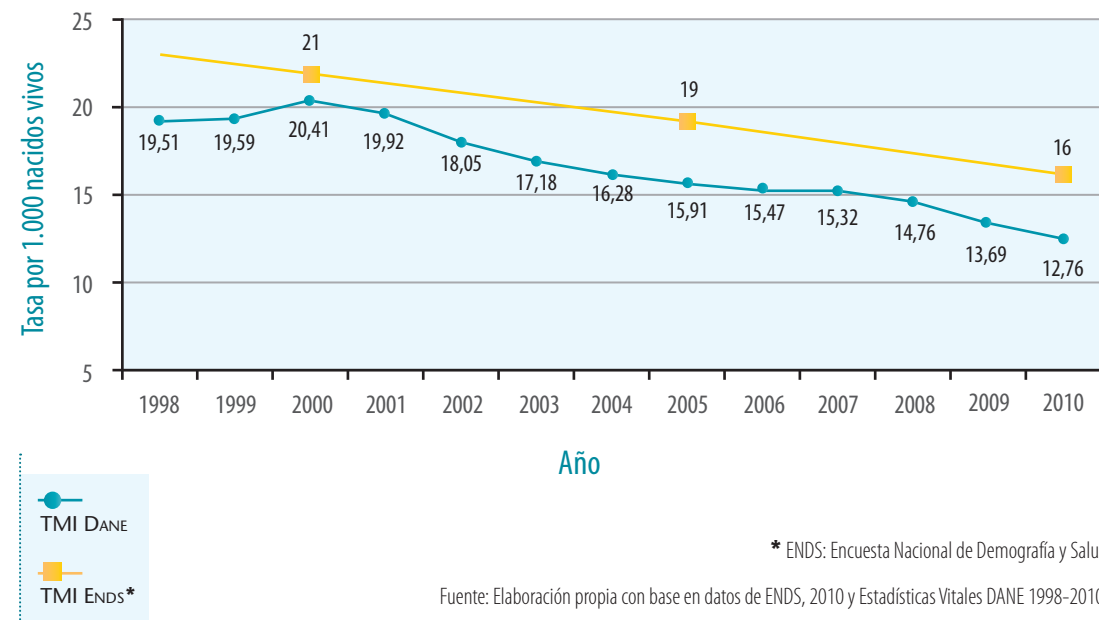
A PARTIR DE LOS AÑOS 50, COLOMBIA HA EXPERIMENTADO IMPORTANTES cambios socioeconómicos que han influido positivamente en el descenso de indicadores demográficos como la mortalidad infantil. Aspectos como el aumento en el nivel educativo de las mujeres (siendo este un determinante bastante significativo); la migración rural-urbana y los procesos de urbanización han permitido dichos cambios. A pesar de esta tendencia a la baja, Colombia aún se encuentra lejos de alcanzar los niveles de países desarrollados (alrededor de 5 por mil nacidos vivos) (11). Además se han encontrado mayores tasas de mortalidad infantil en hombres que en mujeres, para los nacidos en zonas rurales y para los hijos de mujeres con menores niveles de educación; así como mayores tasas de mortalidad infantil en los antiguos territorios nacionales y en el Chocó (11).

La mortalidad infantil ha venido disminuyendo de manera progresiva en el país, ya que según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010, para el período 1985-90 la tasa de mortalidad infantil varía entre 26 y 31 por 1.000 y para el período 1990-1995 el rango es 27-28 por 1.000. El rango de estimaciones para el período 1995-2000 es de 21-25 por 1.000 y para el 2000-2005 es de 19-20 confirmando la disminución (12).

La meta de la mortalidad infantil para el 2015 es de 16,68 muertes por mil nacidos vivos. Asimismo el Plan Nacional de Desarrollo presenta una meta propuesta para el 2014 de 17,15 muertes por cada mil nacidos vivos (13) (14). Cabe aclarar que tanto la ENDS como el Plan Nacional de Desarrollo presentan tasas de mortalidad infantil ajustadas. En ese orden de ideas, la meta sin ajuste sería de 12,2 muertes por mil nacidos vivos, para hacerla comparable con el cálculo de tasas que maneja el programa Así Vamos en Salud (en el año 2010 la tasa de mortalidad infantil fue de 12,76 por mil nacidos vivos). En general tanto con los datos de la ENDS como con los datos de Así Vamos en Salud se puede observar el comportamiento descendente de esta tasa (Ver Gráfico 3):

Gráfico 3

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS.
ENDS-AVS 1998-2010.

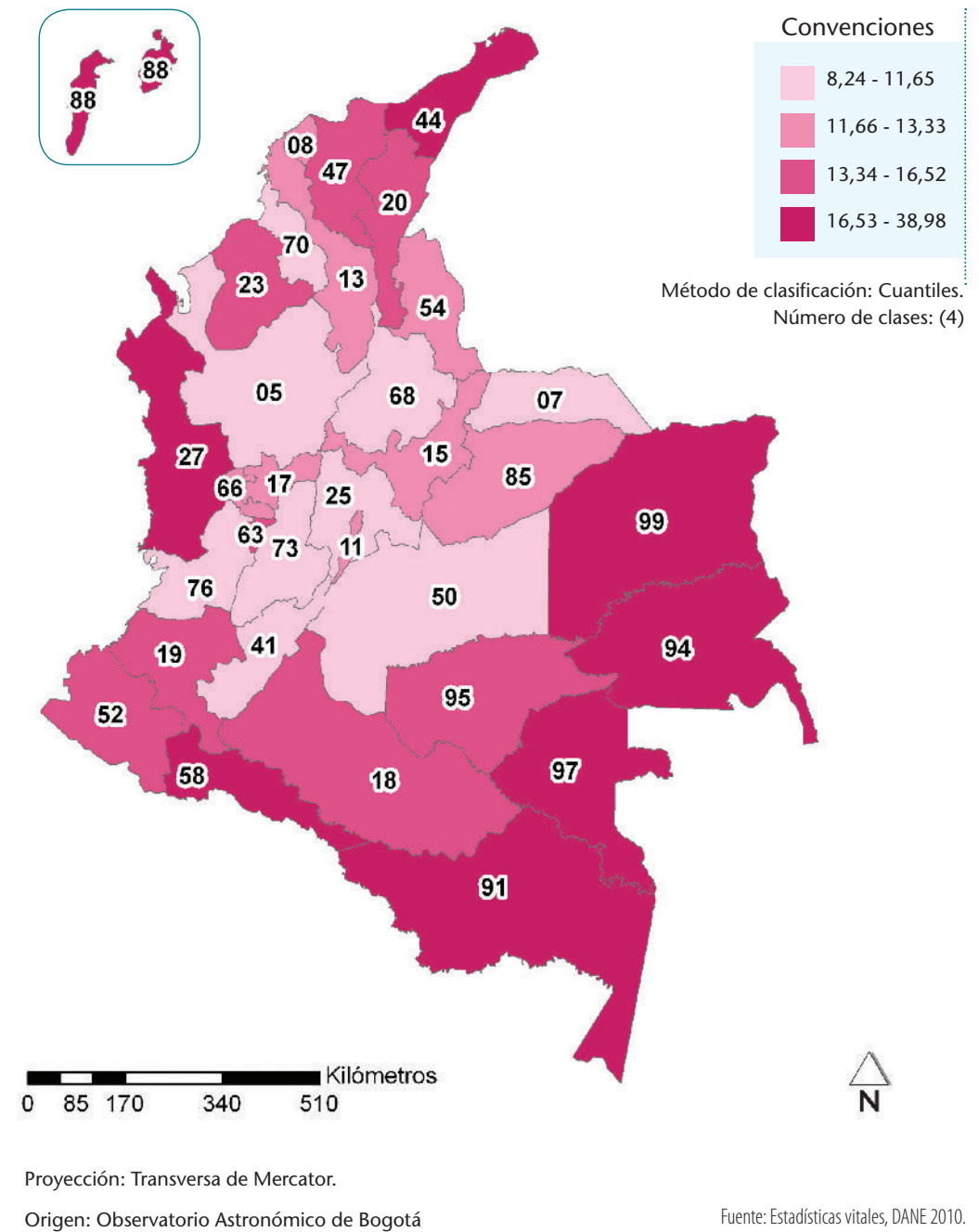


Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, la tasa de mortalidad infantil es de 15 muertes por 1.000 nacidos vivos en la zona urbana y de 17 muertes por 1.000 nacidos vivos en la zona rural. La brecha urbano-rural en la mortalidad infantil prácticamente ha desaparecido si se tiene en cuenta que en el período 1995-2000 las tasas eran 20 y 28 por 1.000 y las actuales 15 y 17, respectivamente. En el período 2005-2010 la mortalidad infantil se redujo de 20 a 16 por 1.000, básicamente como resultado de la disminución en la mortalidad post neonatal la cual paso de 8 a 5 por 1.000 (12).

A pesar de estar cerca de cumplir la meta nacional y de presentar una convergencia en el comportamiento del indicador a nivel urbano-rural; la situación departamental es diferente. Como se puede observar en el mapa, según datos de Así Vamos en Salud en el 2010 los departamentos con mayores tasas de mortalidad son Guainía, Vichada, Chocó, Amazonas, San Andrés y Providencia, La Guajira, Putumayo y Vaupés con tasas por encima de 16 muertes de menores de un año por 1.000 nacidos vivos; con una concentración geográfica en las regiones de la Orinoquía y Amazonía. Particular atención debe estar puesta en departamentos como Guainía, Vichada y Chocó, con tasas tres veces más altas que la tasa nacional (38.98, 37.87 y 33.77 por 1.000 nacidos vivos respectivamente) lo que implica que hay un riesgo tres veces mayor de morir antes de cumplir el año de vida en estos departamentos, que en regiones como la Central. En contraste, los departamentos ubicados en la región Central presentan en su conjunto las menores tasas de mortalidad infantil (con tasas entre 8 y 11 muertes por 1.000 nacidos vivos) (Ver Mapa 1).

Mapa 1

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000
NACIDOS VIVOS POR DEPARTAMENTO. 2010.



Según la ENDS 2010, en casi todas las subregiones la mortalidad infantil ha estado disminuyendo. En el período comprendido entre las encuestas de 1995 y la del 2010 la mortalidad se redujo a la mitad en la Región Central (de 30 a 17 por 1.000) y en la Pacífica (de 39 a 18 por 1.000). Por otra parte, durante el mismo período se ha presentado un estancamiento en la mortalidad en La Guajira-Cesar-Magdalena, Boyacá-Cundinamarca-Meta, Bogotá-Medellín, Tolima-Huila-Caquetá. La reducción más notable se observa en el Litoral Pacífico en donde ha pasado de 54 a 22 por 1.000 entre las dos últimas encuestas. Disminuciones importantes han ocurrido en Caldas-Risaralda-Quindío, los Santanderes y Antioquia (sin Medellín) (12).

Estos diferenciales a su vez son el resultado de situaciones injustas de exclusión social como son el bajo nivel de ingreso y de educación, que se relacionan además con mayores probabilidades de presentar unas condiciones de vida desfavorables cuya consecuencia en la salud está dada por la desnutrición, por una mayor exposición a enfermedades infecciosas y accidentes. De hecho los departamentos con mayores tasas de mortalidad infantil presentan a su vez los Índices de Desarrollo Humano (IDH)¹ más bajos respecto al IDH nacional (0,84), como son los departamentos del grupo Amazonía (0,76), Chocó (0,73) y La Guajira (0,69) (15).

Al ser el Índice de Desarrollo Humano un índice compuesto por tres dimensiones como son Ingreso (medido por PIB per cápita), longevidad (medida por la Esperanza de vida al Nacer) y Educación (medida por la Tasa de alfabetismo en adultos y de la Tasa bruta de matriculación), entonces las posibilidades de tener una vida larga y saludable (dada por la posibilidad de escapar de la mortalidad prematura y evitable) y de desarrollo de capacidades ligadas a la educación son bastante limitadas en estas regiones. De hecho, según la ENDS 2010, la mortalidad infantil entre los hijos de mujeres con educación superior es menos de la mitad de los hijos de mujeres sin educación (16 vs. 38 por 1.000) y de acuerdo con el Índice de Riqueza, la mortalidad infantil observada en el estrato más bajo es casi el doble de la correspondiente al estrato más alto (23 vs. 12 por 1.000) (12) lo que demuestra las grandes inequidades presentes en el país, que ponen en desventaja desde el nacimiento a quienes tienen menos capacidades y recursos.

COMPONENTE DE POLITICAS PÚBLICAS

SI BIEN LAS ACCIONES DEBEN BUSCAR IMPACTAR LOS DETERMINANTES próximos, a través de intervenciones básicas, tales como el control prenatal temprano y de calidad, la lactancia materna, la vacunación, el acceso a servicios públicos como agua y alcantarillado, que han demostrado tener un resultado eficaz en el control de la mortalidad (16), es necesario tener en cuenta que algunos logros en salud son atribuibles además a la combinación de la distribución equitativa del bienestar y de los recursos económicos por un lado, y de altos niveles de inversión en salud y educación por el otro. Ejemplo de esto son reformas agrarias que han buscado la redistribución de tierras hacia los más pobres y de sistemas de distribución de alimentos a través de precios

subsidiados. De hecho, los beneficios para la salud que se derivan de la riqueza nacional al parecer son maximizados cuando las políticas y las instituciones que las respaldan buscan universalizar el acceso a los recursos necesarios para sobrevivir y prosperar (3).

En estas sociedades, donde las políticas públicas buscan la distribución de la riqueza, el énfasis esta en proporcionar una red de servicios financiados con fondos públicos de alcance suficiente que permita reducir las desigualdades en el acceso al agua potable y saneamiento básico, los ingresos y la seguridad alimentaria, la educación y la salud. Se trata de un enfoque de política, que en términos de Amartya Sen, busque mejorar las capacidades de las personas y reducir las desigualdades desde el nacimiento en lo que la gente puede ser y puede hacer desde un enfoque diferencial que a su vez disminuya las desigualdades por razones de clase social, género o pertenencia étnica (3) (17)

En Colombia, si bien la implementación de políticas públicas de salud, han estado enfocadas a la intervención de los determinantes para mejorar las condiciones de salud de los niños, como los Programas de atención a la Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria Aguda, Crecimiento y Desarrollo, Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) con la inclusión reciente de nuevas vacunas (7); estas intervenciones aún no son suficientes, más aun al observar las disparidades en salud entre las diferentes regiones, lo que implica ir más allá de la atención en salud y avanzar hacia enfoques más distributivos.

De hecho, desde el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para Todos”, si bien se busca a través de la estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, generar las oportunidades para el desarrollo desde las primeras etapas de la vida a través de programas de educación en responsabilidad materna y de primera infancia, dada la importancia de la promoción de programas globales de alimentación, formación y asistencia a los niños (13); esta debe ir articulada a la implementación de un modelo de atención integral que tenga en cuenta criterios de equidad como son las brechas urbano-rurales, las necesidades particulares de los niños y niñas de acuerdo con la edad y condición, así como la situación real de cada una de las entidades territoriales en términos de salud, nutrición, educación y cuidado.

Aunque esta estrategia incorpora la atención diferenciada y articuladas para madres gestantes y lactantes, niños de 0 a 2 años, niños de 3 a 4 años que no deben estar escolarizados en el sistema educativo formal y niños de 5 años; y considera la familia como grupo prioritario hacia el cual se dirigen las acciones de fortalecimiento y desarrollo de capacidades de afecto, protección, cuidado y desarrollo; debe fortalecerse además otro tipo de acciones dentro de estrategias de generación de empleo, e ingresos para las familias en situación de pobreza extrema como lo contemplado en los objetivos de la Red de Protección Social contra la Pobreza Extrema y en el cumplimiento de Logros Básicos Familiares en la Red Unidos (13).

Necesariamente estas estrategias deben estar articuladas en lo territorial, teniendo en cuenta las particularidades propias de cada región, para lo cual, un insumo fundamental lo constituye el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que se convierte en la hoja de ruta en materia de prioridades en salud pública y que permitirá dar orientación a las políticas públicas en lo local.

1. Datos IDH por departamento año 2010. INDH, 2011.

Referencias Bibliográficas

1. Díaz Y. ¿Es necesario sacrificar equidad para alcanzar desarrollo?: El caso de las inequidades en mortalidad infantil en Colombia. 2003. Documentos CEDE. Facultad de Economía. Universidad de Los Andes.
2. UNFPA. ODM 4: Reducir la mortalidad infantil. In Contribuciones potenciales a la agenda de los ODM a partir de la perspectiva de la CIPD: Resumen e implicaciones programáticas. Brasilia; 2007. p. 277-308.
3. Graham H. Unequal Lives: Health and Socio-Economic Inequalities Buckingham, GBR: Open University Press; 2007.
4. Borrell C, Artazcoz L, Pasarin MI, Diez E. Commentary: Social Inequalities in Health and Closing the Gap in a Generation. Journal of Public Health Policy. 2009; 3(2).
5. Regidor E, Pascual C, Martínez D, Calle ME, Ortega P, Astasio P. The role of political and welfare state characteristics in infant mortality: a comparative study in wealthy countries since the late 19th century. Int J Epidemiol. 2011.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. ; 2010.
7. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Desarrollo objetivos del milenio: Buenas Prácticas en lo Local objetivo 4. [Online]. Available from: http://www.pnud.org.co/img_upload/3332313332316164616461646164/Reducir%20la%20mortalidad%20infantil.pdf.
8. Cornia GA, Rosignoli S, Tiberti L. Globalization and Health: Impact pathways and recent evidence, Research paper. UNU-WIDER. 2008; 74(<http://hdl.handle.net/10419/45128>).
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. ; 2012.
10. World Health Organization. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. ; 2008.
11. Urdinola P. Determinantes socioeconómicos de la mortalidad infantil en Colombia, 1993. Revista Colombiana de Estadística. 2011 Junio; 34(1).
12. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá; 2010.
13. Departamento Nacional de Planeación. Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014 “Prosperidad para todos”. ; 2010.
14. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes # 140: Modificación a Conpes social 91 del 14 de Junio de 2005: “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015”. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2011.
15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Colombia rural: Razones para la esperanza. ; 2011.
16. Bryce J, Arifeen Se, Pariyo G. Reducing child mortality: can public health deliver? Lancet. 2003 July 12;(362): p. 159–64.
17. Sen A. Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. The Economic Journal. 1998 Jan; 108(446).
18. Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia & Departamento Nacional de Planeación. Conpes Social 91: “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015. 2005 Marzo 14..
19. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe Mundial de la Infancia 2009. New York;; 2009.
20. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2007. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2007.
21. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? Lancet. 2003;(361): p. 2226–34.
22. Jaramillo M, Jiménez-Moleón JJ, Chernichovsky D. Resolviendo el enigma de la tasa de mortalidad infantil en Colombia. Working Paper. [Online].; 2012 [cited 2012 julio 7. Available from: http://papers.ssrn.com/sol3/cf_dev/AbsByAuth.cfm?per_id=1863042.
23. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. ; 2012.

2 Como vamos en la reduccion de la mortalidad en menores de 5 años

SEGÚN EL ÚLTIMO INFORME DE UNICEF (2012), han pasado 12 años desde que los líderes mundiales se comprometieron con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), dentro de los que se definió el ODM 4, el cual establece la reducción de la tasa de mortalidad en menores de 5 años en dos tercios entre 1990 y 2015. Desde ese entonces el mundo ha avanzado progresivamente en la reducción de este indicador de desarrollo en un 41%. Sin embargo, este avance no es suficiente a nivel global, puesto que se necesita reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 29 muertes por 1.000 nacidos vivos, lo que implica una tasa de reducción anual de 14,2% entre 2011-2015, mucho más alta que el 2,5% alcanzado entre 1990-2011 (1)

En 2011 6.9 millones de niños murieron antes de alcanzar los 5 años de edad. Casi dos tercios de estos (4.4 millones) murieron de enfermedades infecciosas, la mayoría de estas prevenibles. En adición, los diferenciales en la tasa de mortalidad en menores de 5 años entre las regiones aún son grandes. En 2011 la tasa de mortalidad en menores de 5 años en las regiones en desarrollo fue de 57 muertes por 1.000 nacidos vivos, ocho veces más alta que la tasa en países desarrollados (alrededor de 7). Hay regiones como el África subsahariana y el sur de Asia que tienen países con tasas por encima de 100 muertes por 1.000 nacidos vivos. Reducir estas disparidades entre países y regiones por tanto es una tarea prioritaria que debe estar puesta en las agendas global, regional y nacional (1).

CONTEXTO GLOBAL Y REGIONAL

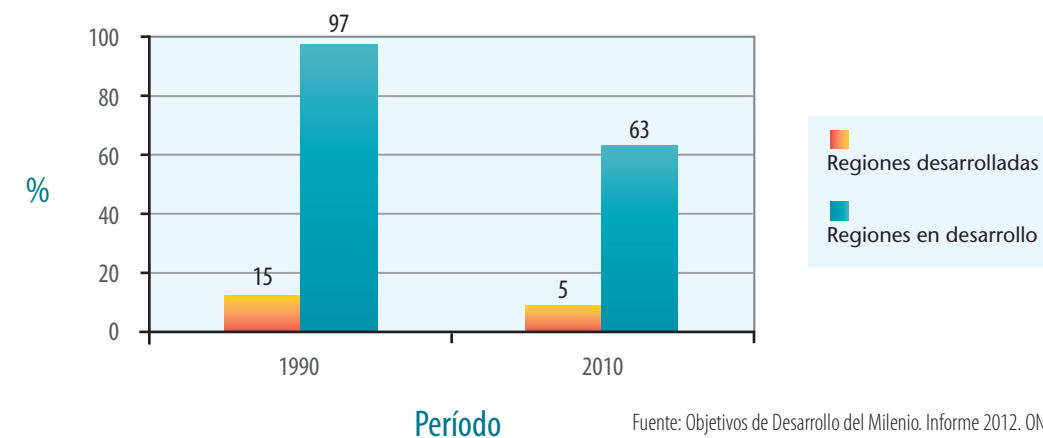
LA CANTIDAD DE MUERTES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ha disminuido en todo el mundo; pasando de un total de más de 12 millones de muertes en 1990 a un total de 7,6 millones de muertes en 2010 (2). En termino de tasas implica que se pasó de una tasa de 87 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1990 a una tasa de 51 en 2011 (1) (3). Las tasas globales de mortalidad en menores de 5 años han disminuido constantemente en los últimos 20 años, pasando de una tasa de 87,6 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 56,7 muertes en 2010, con una tasa de reducción anual de 2,2% y con una reducción total de 35% durante este período de tiempo. Todas las regiones del mundo han presentado reducción en esta tasa. Cinco de las nueve regiones en desarrollo muestran reducciones de más del 50% entre 1990 y 2010 (4).

Pero tal y como lo evidencian Hill, Danzhen et al (2012), a pesar del avance para reducir las tasas de mortalidad infantil a nivel global, aún la tasa de reducción es insuficiente para lograr el ODM 4 para el 2015. La extrapolación de las recientes tendencias (específicamente la tasa de reducción anual para el período 2000-2010) indica que las regiones en desarrollo no logran alcanzar el ODM 4 sino hasta el año 2038, y no alcanzarán una tasa como la observada en países desarrollados (6,8 muertes por 1.000 nacidos vivos) sino hasta el año 2103. Según estos mismos autores, a nivel regional, entre los 66 países con tasas altas de mortalidad en menores de 5 años (al menos 40 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2010), solo siete han presentado una tasa anual de reducción de más de 4,4% (la tasa mínima de reducción anual requerida para alcanzar el ODM 4) entre 1990 y 2010. Es de notar que la tasa de reducción anual ha sido en promedio más alta en los países con tasas de mortalidad en menores de 5 años por debajo de 40 muertes por 1.000 nacidos vivos. (4)

A su vez, según datos de Unicef (2012) entre 1990 y 2010, cinco de las nueve regiones en desarrollo han logrado reducir la mortalidad de menores de 5 años en más de un 50%. (Ver Gráfico 1) (3).

Gráfico 1

DISMINUCIÓN TASAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR REGIONES.



África septentrional ya ha alcanzado la meta del ODM 4, pues redujo la tasa de mortalidad infantil en un 67%. Asia oriental está cerca de lograrlo, con un descenso del 63%. África subsahariana y Oceanía han logrado descensos de solo un 30%, menos de la mitad de lo que se necesita para alcanzar la meta. Asia meridional también está retrasada, con un descenso en la tasa de mortalidad del 44% entre 1990 y 2010, lo que es insuficiente para alcanzar una reducción de dos tercios para 2015 (2) (3).

En la región de América Latina y el Caribe aunque se ha presentado una significativa reducción de la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años, ya que se pasó de una tasa de 54 muertes por 1.000 nacidos vivos en el período 1990-2000 a una tasa de 23 muertes por 1.000 nacidos vivos en el período 2000-2010; no todos sus países cumplirán con el ODM 4 de reducir en dos terceras partes la mortalidad de menores de 5 años, siendo un desafío la reducción en poblaciones en condición de vulnerabilidad, ya que los niños de hogares rurales y los niños del 20% de los hogares más pobres tienen mayores probabilidades de morir antes de los 5 años (2) (5).

De acuerdo con las Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2012 y con los Indicadores Básicos de las Américas 2011 (6) (7), Colombia con una tasa de 19 muertes por 1.000 nacidos vivos, se encuentra por encima del promedio regional (18 muertes por 1.000 nacidos vivos) y es superado por los siguientes países suramericanos: Chile (9 por 1.000 nacidos vivos), Uruguay (13 por 1.000 nacidos vivos), Argentina (15 por 1.000 nacidos vivos) y Venezuela (18 por 1.000 nacidos vivos) quienes presentan tasas más bajas que las de Colombia, y por debajo de Perú, Brasil, Ecuador, Bolivia y Panamá. Las tasas más bajas en estos informes para la región de las Américas en su conjunto las tienen Canadá, Cuba, Estados Unidos y Chile, con menos de 10 muertes por 1.000 nacidos vivos.

Principales causas de mortalidad en menores de 5 años

A nivel global, según datos de Unicef (2012), las principales causas de muertes en menores de 5 años incluye neumonía (18% de todas las muertes en menores de 5 años), complicaciones por partos prematuros (14%), diarrea (11%), complicaciones durante el parto (9%), malaria (7%), y sepsis neonatal, meningitis y tétanos (6%), aunque estas causas pueden variar entre los diferentes países. En países con tasas muy altas de mortalidad (tasas de 100 muertes por 1.000 nacidos vivos), al menos la mitad de estas muertes son por causa de enfermedades infecciosas que son prevenibles (3).

Infección Respiratoria Aguda

La neumonía es la principal causa de muerte en niños menores de 5 años, ocasionando el 18% de todas las muertes en este grupo a nivel mundial, con un total de 1,3 millones de muertes por esta causa en el 2011. Si bien a nivel global se ha avanzado en el mejoramiento del acceso al consumo de agua potable, en la promoción de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, el adecuado lavado de manos y en la incorporación de vacunas contra las principales causas de neumonía entre otras medidas costo-efectivas para la prevención de esta enfermedad; esta respuesta aún es insuficiente, más cuando se encuentra estrechamente asociada a condiciones de pobreza como hogares en entornos de vulnerabilidad, con situaciones de inseguridad alimentaria y de falta de acceso a servicios básicos de salud. Este último incluye el acceso a atención y tratamiento oportuno, siendo un factor determinante; ya que aunque la mayoría de niños con síntomas son llevados a servicios de salud, menos de un tercio de los niños con sospecha de neumonía reciben tratamiento antibiótico, lo que evitaría muertes por complicaciones asociadas al no tratamiento oportuno de esta enfermedad (3) (8).

Desde el año 2000 ha aumentado la población que busca atención adecuada ante la sospecha de neumonía (un factor crítico en la supervivencia de niños con esta patología); incremento que ha sido más marcado en las zonas rurales (3). Además, varios de los países de bajos ingresos han introducido vacunas contra los principales patógenos causantes de neumonía (*Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo b Hib), siendo este un factor de éxito en la reducción de inequidades en la inmunización, aunque la brecha frente a la disponibilidad de esta entre los países puede disminuir el impacto positivo que pueda tener esta intervención (8).

Enfermedad Diarreica Aguda

La diarrea sigue siendo una importante causa de muerte en menores de 5 años, con el 11% de las muertes en menores de 5 años alrededor del mundo; aunque su número se ha reducido en una tercera parte en la última década, pasando de 1,2 millones de muertes en el 2000 a 0,7 millones de muertes en el 2011. La diarrea se encuentra asociada a condiciones de pobreza y dificultades de acceso a servicios básicos de salud. Estas muertes son prevenibles a través de prácticas de lactancia materna (los niños que no han sido alimentados con leche materna tienen 11 veces mayor riesgo de muerte a causa de enfermedad diarreica que los niños que han sido alimentados exclusivamente con esta), con una nutrición adecuada, con acceso a esquemas de vacunación (incluida la vacuna contra el rotavirus), con el adecuado lavado de manos, el consumo de agua potable y saneamiento básico, entre otras medidas. La defecación al aire libre, la cual es practicada aún por aproximadamente por 1,1 billón de personas alrededor del mundo sigue siendo un factor importante que contribuye a la enfermedad diarreica (3) (8).

El tratamiento efectivo de la enfermedad diarreica está basado en tres intervenciones: la administración de soluciones de rehidratación oral (SRO), la alimentación continuada, y la suplementación con zinc. Las soluciones de rehidratación oral son el patrón de oro para la terapia de rehidratación; una fórmula desarrollada a principios de la década del 2000 (solución de baja osmolaridad) ha mejorado los resultados en el tratamiento. A su vez la alimentación continua mejora la absorción de líquidos y el estado nutricional. El zinc, un componente recientemente añadido a los tratamientos estándar para la diarrea, disminuye la duración y severidad de la enfermedad. Sin embargo, estos tratamientos, a pesar de su bajo costo, siguen siendo inaccesibles para una gran cantidad de población en los países pobres y para los grupos más pobres entre los países. Más preocupante aún es la falta de progreso en la ampliación de la cobertura desde el año 2000, año en el que el porcentaje promedio de niños menores de 5 años con diarrea alrededor del mundo que recibieron terapia de rehidratación oral fue del 30%, y para el año 2011 este porcentaje fue del 32%, indicando que menos de un tercio de los niños con diarrea reciben SRO (3) (8).

La inclusión de nuevas vacunas como la del rotavirus pueden sustancialmente reducir la mortalidad, pero para ello se debe llegar a la población más vulnerable. A menudo, es menos probable que los niños más vulnerables logren ser vacunados en los países con altas tasas de mortalidad. Esto se evidencia en las disparidades existentes frente a la cobertura de vacunación por quintil de riqueza. Mientras algunos países del quintil más rico han alcanzado coberturas equitativas de vacunación, muchos países con tasas altas de mortalidad presentan brechas de cobertura entre la población más rica y la más pobre. Lograr coberturas equitativas en estos

países (donde todos los quintiles tienen la misma cobertura que el quintil más rico) permite un incremento del 89% en los beneficios al reducir la mortalidad por rotavirus en el quintil más pobre y un incremento del 38% en las ventajas generales; por tanto cerrar las brechas de acceso entre los países con altas tasas de mortalidad es esencial (8).

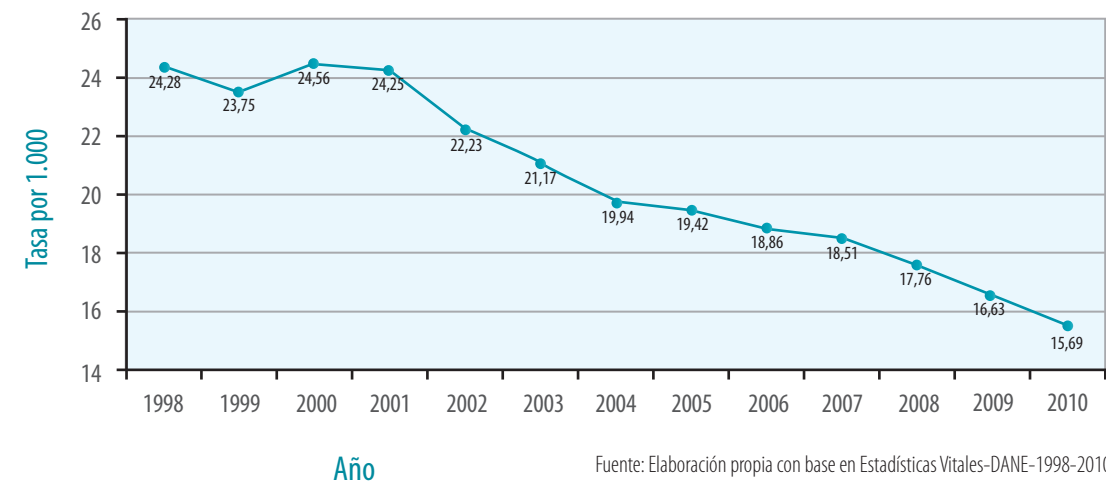
COMPORTAMIENTO A NIVEL NACIONAL

En Colombia, el perfil de mortalidad en menores de 5 años es predominantemente infeccioso (5). El 83% de la mortalidad en este grupo de edad ocurre en el primer año de vida y tienen que ver con enfermedades asociadas al nacimiento del niño, como malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana (infección diseminada por bacterias). En los niños de un año y hasta antes de cumplir los cinco años, las principales causas se deben a enfermedades prevenibles, como la infección respiratoria aguda, las enfermedades infecciosas intestinales y las causas externas como el ahogamiento, accidentes en el hogar y accidentes de tránsito (9).

Como se puede observar en el *Gráfico 2*, en los 13 últimos años ha venido descendiendo de forma sostenida la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años en Colombia, pasando de una tasa de 24,28 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1998 a una tasa de 15,69 muertes por 1.000 nacidos vivos según datos de Así Vamos en Salud. Si bien este comportamiento es positivo frente a los avances para el logro de los ODM, llama la atención las brechas existentes a nivel regional. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano (INDH) 2011, hay una brecha urbano-rural en el comportamiento de este indicador, ya que mientras que los centros urbanos presentan una tasa de 17,39 muertes por 1.000 nacidos vivos, los municipios de alta ruralidad presentan una tasa de 39,09 muertes por 1.000 nacidos vivos (10).

Gráfico 2

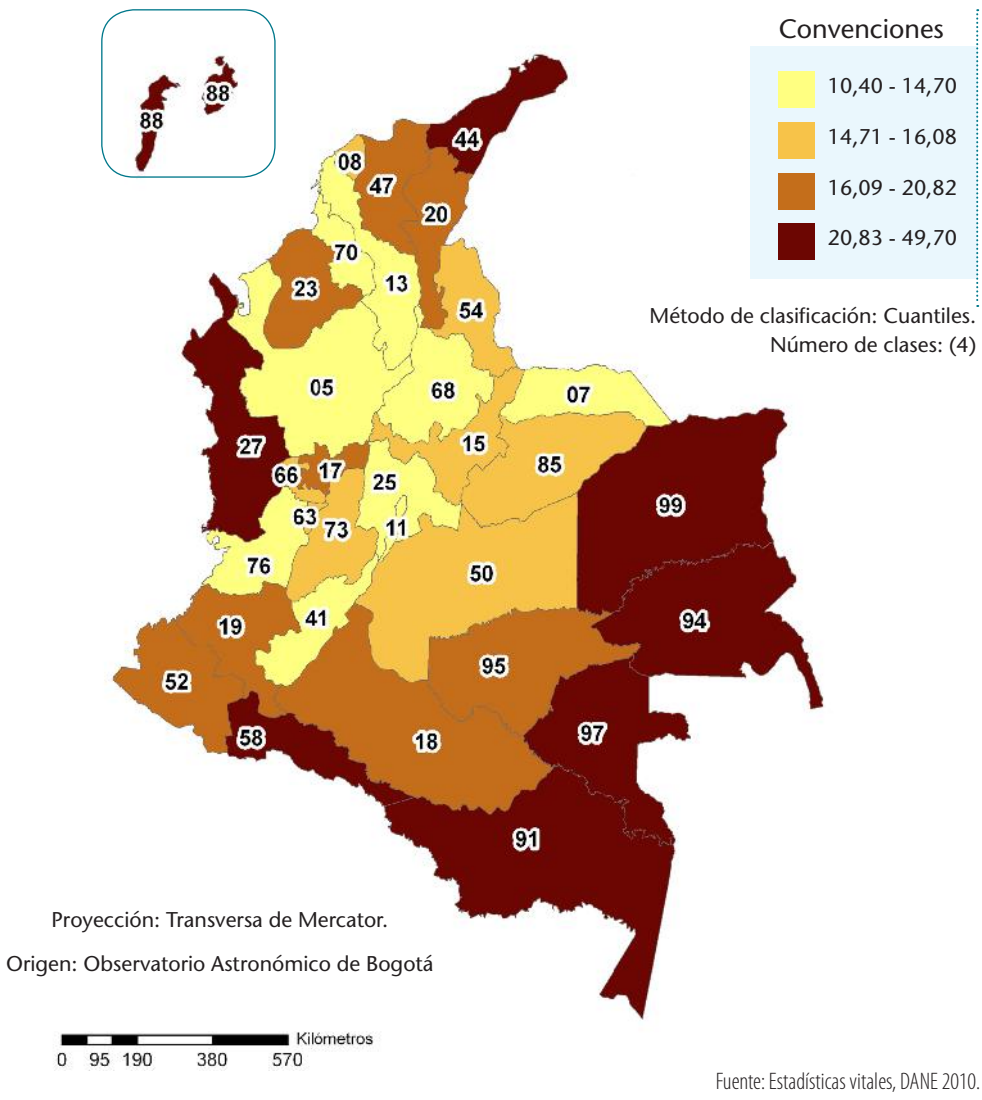
TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR 1.000 NACIDOS VIVOS.1998-2010.



Asimismo, según los datos de Así Vamos en Salud, a nivel departamental los resultados a 2010 varían significativamente. Las cifras más altas de mortalidad en menores de 5 años se encuentran en los departamentos de Vichada, Vaupés, Guainía, Chocó, Amazonas, San Andrés y Providencia, La Guajira, Putumayo y Caquetá con tasas por encima de 20,82; mientras que en departamentos como Valle del Cauca, Huila, Cundinamarca, Arauca, Santander, Sucre y Bogotá, D.C, presentan tasas por debajo de 13,84 muertes por 1.000 nacidos vivos (*Ver Mapa 1*). A su vez, el promedio nacional está alrededor de las 16 muertes en menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos (meta para el año 2015).

Mapa 1

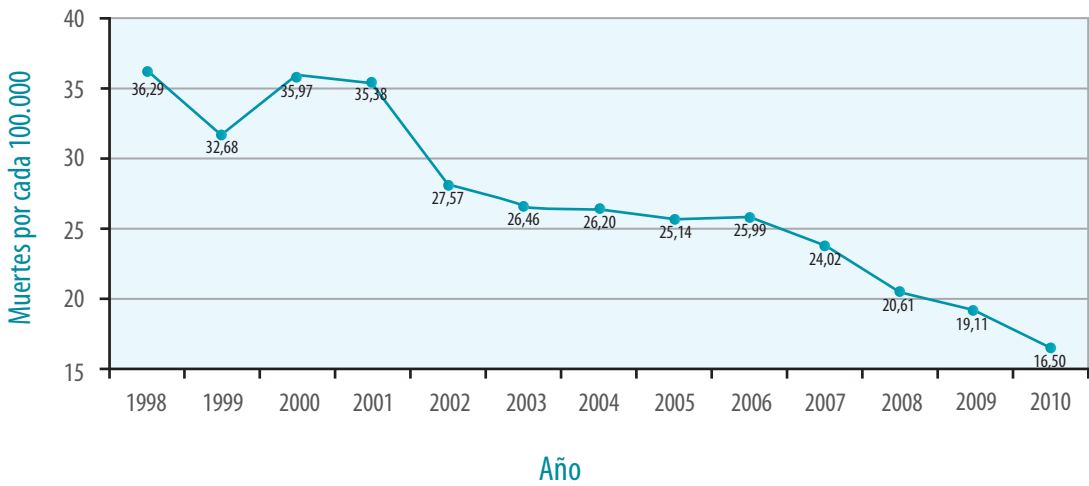
TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR 1.000 NACIDOS VIVOS POR DEPARTAMENTO.2010.



Infección Respiratoria Aguda

Respecto al comportamiento de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA), en Colombia para el 2010 se presentó una tasa de 16,5 muertes por 100.000 menores de 5 años. En general, a partir del año 2002, donde se presentaba una tasa de 27,57 muertes por 100.000 menores de 5 años, hay una marcada tendencia al descenso de la mortalidad por esta causa (Ver Gráfico 3).

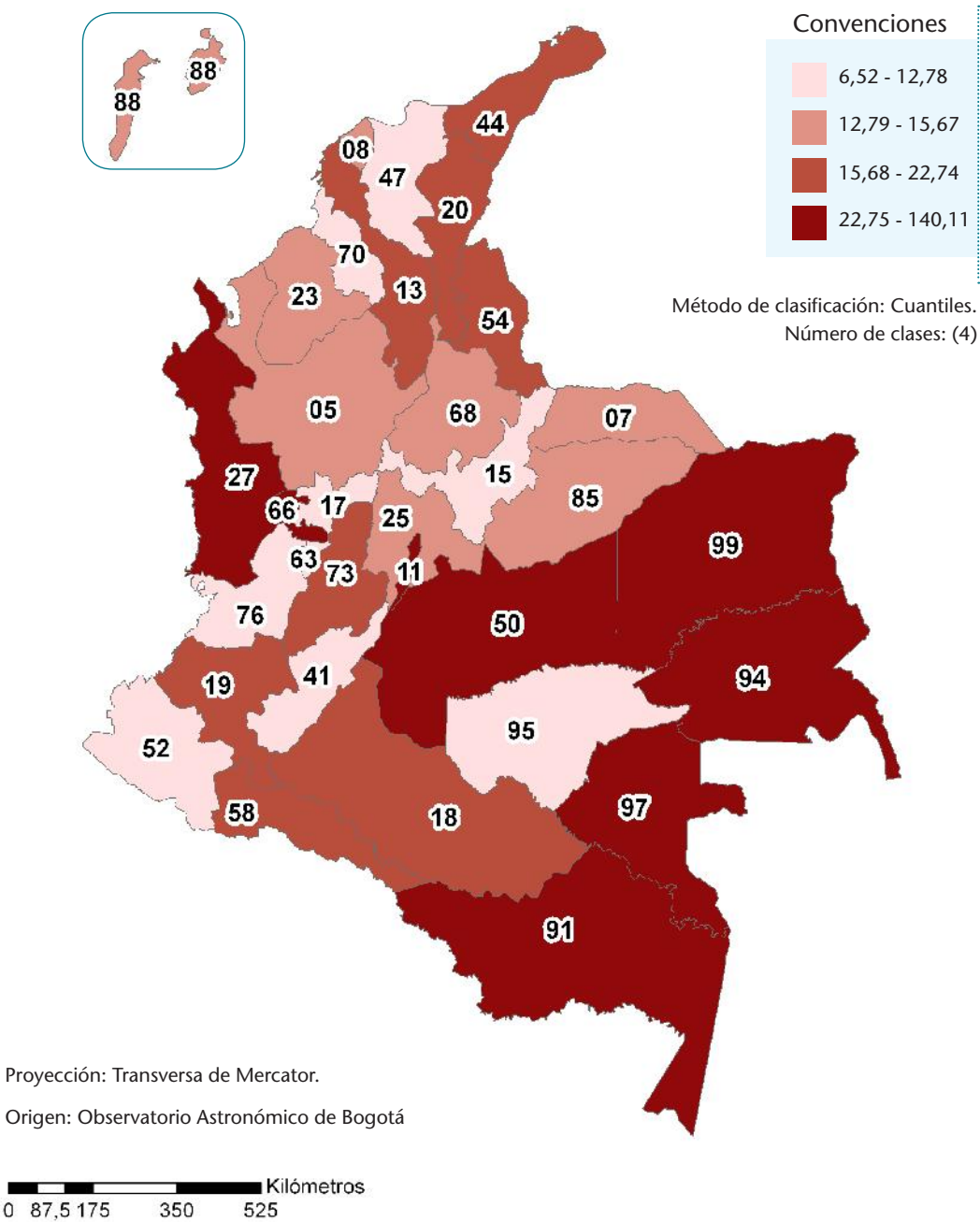
Gráfico 3:
TASA DE MORTALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA
EN MENORES DE 5 AÑOS POR 100.000. 1998-2010.



Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población DANE, 1998-2010.

Según los datos de Así Vamos en Salud, a nivel departamental Guainía, Vaupés, Chocó, Amazonas, Risaralda y Vichada presentan tasas por encima de 30 muertes por 100.000 menores de 5 años. En cambio Boyacá, Huila, Guaviare, Sucre y Quindío presentan tasas por debajo de 10 muertes por 100.000 menores de 5 años. En particular Guainía presenta una tasa de 140,11 muertes por 100.000 siendo ocho veces superior al promedio nacional (Ver Mapa 2).

Mapa 2:
TASA DE MORTALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA
POR 100.000 MENORES DE 5 AÑOS. 2010.



Fuente: Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población. DANE, 2010.

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010 se indagó acerca de la presencia de síntomas de IRA en las dos semanas anteriores a la encuesta, es decir, la presencia de tos, acompañada de respiración corta y agitada, y fiebre. La prevalencia de síntomas de IRA en menores de cinco años fue del 9% y de éstos solo el 53.2% buscó un tratamiento por un proveedor de salud (4 puntos menos que en la ENDS 2005). Para los departamentos de Vaupés, Vichada (ambos incluidos en el grupo Amazonas), Chocó y Caquetá este porcentaje es menor al 45% y presentan también las tasas de mortalidad más altas en el país, por esta causa. La mayor proporción de síntomas de IRA se presentó en el Atlántico, Bolívar, Amazonas, Córdoba y Chocó. Para las grandes ciudades, en primer lugar está Barranquilla con un 15%, seguido de Medellín con 13%, Cali, 10% y con menor proporción Bogotá con un 5% (11).

La vacunación y el acceso a servicios de salud son cruciales para la disminución de esta mortalidad (12). En ese sentido, la ENDS 2010 encontró que las madres de los niños que buscaron atención médica tienen mayor nivel educativo y los departamentos en donde menos buscaron tratamiento médico fue en Vaupés, Vichada y Chocó, dos departamentos del grupo de Amazonia, región con departamentos que presentaron altas tasas de mortalidad por IRA en menores de 5 años en el 2010 (11).

Enfermedad Diarreica Aguda

Colombia tiene una tendencia clara a la disminución de las muertes en menores de cinco años por esta causa. Es así como desde 1998 la tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) ha disminuido en un 84,44% hasta el 2010 alcanzando para este año una tasa de 5,26 muertes por 100.000 niños menores de cinco años (*Véase Gráfico 4*). La EDA ha descendido en los últimos 10 años desde el cuarto al octavo lugar dentro de la mortalidad en este grupo de edad.

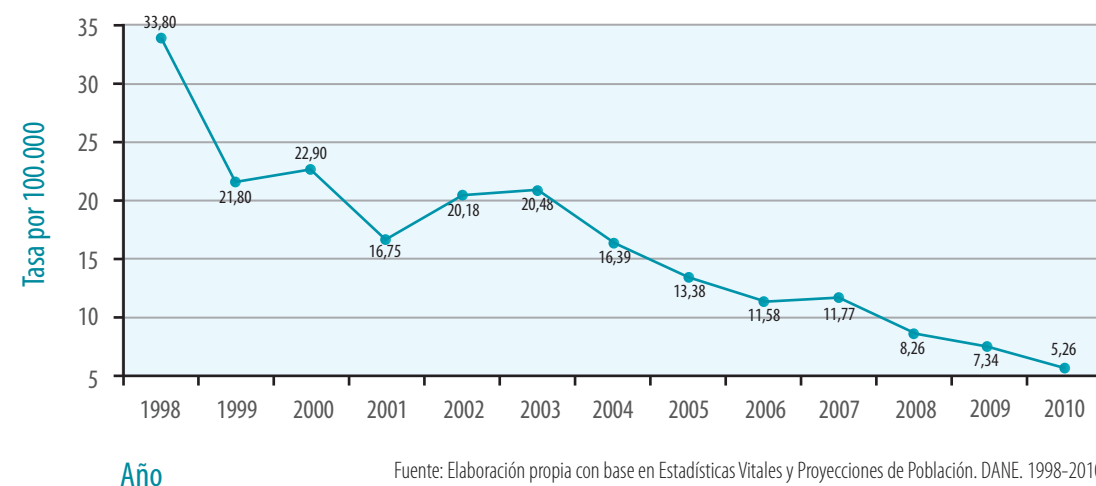
Este panorama se distancia de lo observado por Así Vamos en Salud en algunos departamentos que duplican y hasta triplican la tasa nacional, como son: Vaupés, Guainía, Amazonas, Chocó y Vichada. Llama la atención el aumento de la tasa de mortalidad por EDA en el departamento del Vaupés que pasó de tener una tasa de 33,37 muertes por 100.000 niños menores de cinco años en el 2009, a presentar una tasa de 234,78 muertes por 100.000 niños menores de cinco años en el 2010.

En los resultados de la ENDS 2010 se observa que las regiones con mayores prevalencias de EDA son la Orinoquia y la Amazonia, coincidiendo con las mayores tasas de mortalidad por esta causa según lo observado en los datos de Así Vamos en Salud (*Véase Mapa 3*). Además, según la misma encuesta, la prevalencia es ligeramente más alta en los niños que las niñas y en la zona rural que en la urbana; y es menor en poblaciones con mayor educación, mayor condición de riqueza de la madre y cuando la disposición del agua es por acueducto. Por grupo de edad, la población más afectada se encuentra entre los 6 y los 23 meses de edad (11).

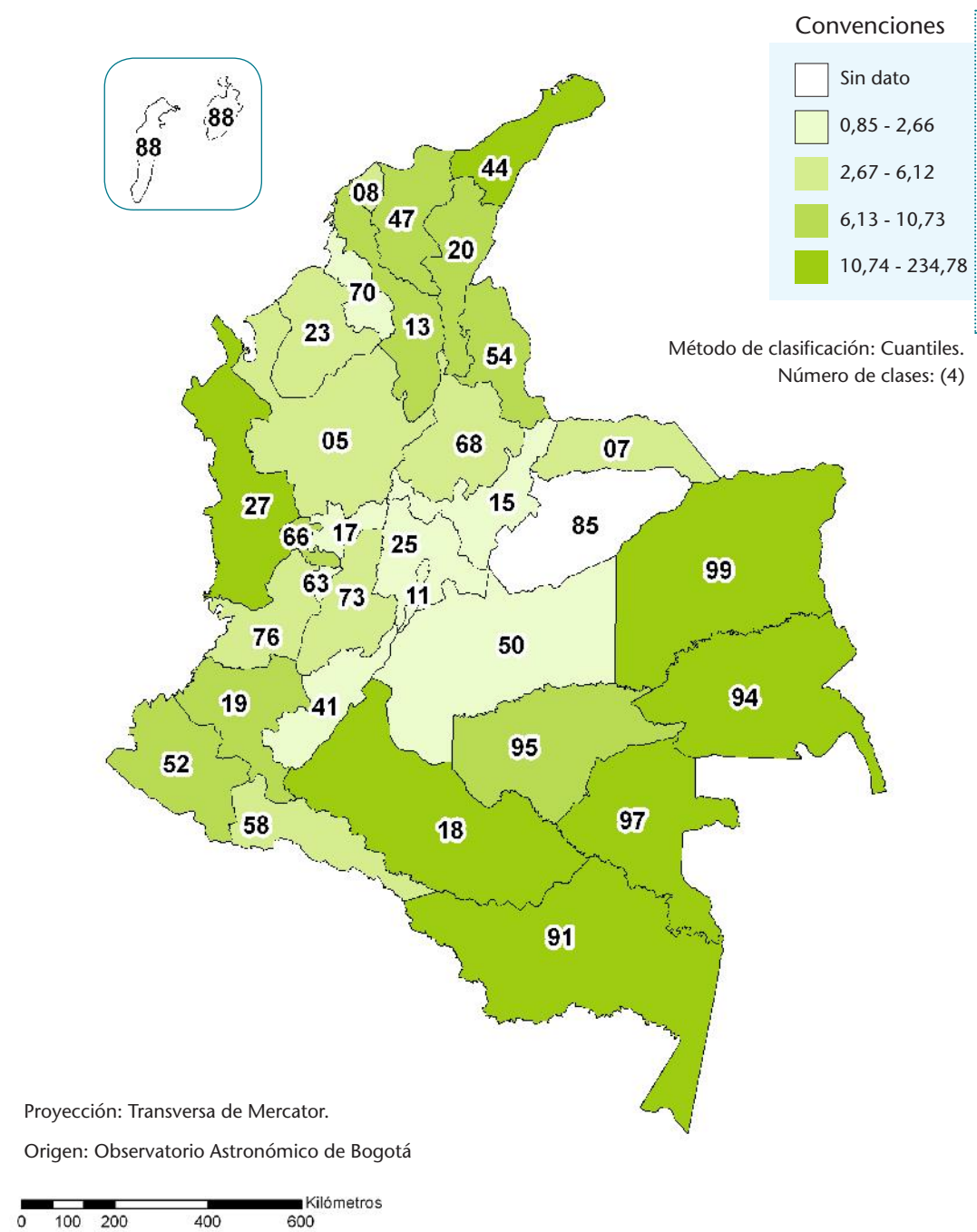
La ENDS 2010 además evaluó el uso de las sales de rehidratación oral (SRO) y el conocimiento que los cuidadores tienen sobre estas. El uso de SRO en Colombia alcanzó un 74% en los niños que padecieron diarrea, 4 puntos porcentuales más que en la encuesta de 2005, un porcentaje que a pesar de su aumento sigue siendo muy bajo. En este contexto, y debido a que solamente el 43% de los niños que tuvieron diarrea durante los últimos 5 años fueron llevados a algún servicio de salud, es necesario diseñar medidas dirigidas a estimular el conocimiento de las madres y cuidadores sobre las sales de rehidratación oral, especialmente en los departamentos del Vichada, Guajira, Chocó y Vaupés que cuentan con conocimiento sobre dichos tratamientos inferior al 80%. Es de notar que estas regiones presentan además las tasas más altas de mortalidad por EDA (11).

Gráfico 4:

TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS POR 100.000. 1998-2010.



Mapa 3
Tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda
por 100.000 menores de 5 años. 2010.



Ya que las condiciones sanitarias y de acceso a servicios públicos son determinantes en la prevención de la EDA, la situación es preocupante respecto a la cobertura de servicios públicos como acueducto y alcantarillado, puesto que a pesar del aumento en la cobertura de dichos servicios aún el 12,7% de la población continúa sin acueducto y el 27,7% sin alcantarillado, según los datos de la última Encuesta de Calidad de Vida 2011 (13). Adicionalmente, según los resultados de la ENDS 2010, el 2% de las madres informó que la disposición final de las deposiciones de los niños son las fuentes de agua (ríos, mares, cañadas, quebradas) contaminándolas y generando riesgo para las poblaciones aledañas a las mismas. Estas madres a su vez tienen menor educación y menor índice de riqueza; pertenecen a las zonas rurales de las dos zonas costeras sobre todo del litoral pacífico (12%), Sucre (8%), y Chocó (24%), así como en Amazonas, Vaupés, Guainía, La Guajira, Nariño, Bolívar, Cauca y Córdoba (11).

En términos generales, en Colombia, el comportamiento de la mortalidad en menores de cinco años puede explicarse por condiciones de vida desiguales en las diferentes regiones. Por ejemplo, en los municipios de alta ruralidad, según lo presenta el INDH 2011, los niños se mueren 2,4 veces más que en los centros urbanos. Los costos de las atenciones y servicios prenatales se multiplican en las zonas rurales dispersas. Esto sumado a las dificultades de acceso a agua potable ya que la privación severa de agua, ya sea por su origen inseguro, por la distancia o por falta de suministro, afecta al 17,9% de la población infantil en el campo y al 1,3% en las ciudades; todo esto sumado a contextos de pobreza y vulnerabilidad, ya que la población en pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en los municipios de alta ruralidad es de 74,66%, en contraste con el 33,42% en los centros urbanos (10).

Según este mismo informe, en materia de saneamiento el 15,9% de los niños y niñas rurales no disponen de sistemas de evacuación por alcantarillado, mientras que en las ciudades son el 2,5%. La consecuencia es que la supervivencia de la infancia en territorios rurales está amenazada, dada la estrecha relación entre baja oferta de servicio de agua y saneamiento con la prevalencia de enfermedades y la mortalidad infantil, por el desconocimiento sobre el manejo de enfermedades prevalentes en la infancia para su pronta remisión a servicios de salud y las distancias entre los lugares de residencia y los centros de asistencia médica profundizando las brechas en salud existentes (10). En tal sentido, según el análisis de Bernal y Camacho tomando los resultados de la ENDS 2010, tanto la EDA como la IRA presentan una disminución a medida que el quintil de riqueza aumenta. La EDA presenta un comportamiento decreciente como se observa en la *Tabla 1*. La prevalencia de estas enfermedades puede deberse y estar relacionada con las grandes disparidades existentes en los servicios de saneamiento básico. Tan solo el 47% de los niños del quintil 1 poseen acueducto mientras que más del 99% del resto de los hogares disponen del servicio (14).

Tabla 1
Condiciones de salud y saneamiento básico por quintil de riqueza.

Quintil	EDA	IRA	Acueducto
1	16%	9%	47%
2	15%	7%	91%
3	11%	9%	100%
4	11%	8%	100%
5	7%	6%	100%

Fuente: Bernal y Camacho 2012. (Con base en ENDS, 2010)

De hecho, los departamentos con mayor Índice de Ruralidad¹ (por encima de 46,13) son los que presentan mayores rezagos en el avance de los ODM a nivel departamental, incluido el ODM 4, como son Vaupés, Vichada, Amazonas, Guaviare, Chocó, La Guajira, Arauca, Caquetá, Casanare y Putumayo (10), coincidiendo con las regiones en las que se presentan las mayores tasas de mortalidad en menores de 5 años, incluida la mortalidad por infecciones respiratorias agudas y por enfermedad diarreica aguda.

COMPONENTE DE POLITICAS PÚBLICAS

El progreso en las tasas de mortalidad en menores de 5 años es posible en todas las regiones, tal y como lo presentan los datos comparativos a nivel mundial. Para lograrlo se hace necesario redoblar esfuerzos en todas las áreas requeridas, incluyendo la inversión para el fortalecimiento de los sistemas de salud y en la construcción de entornos favorables y saludables para el desarrollo de los niños, llevando a la población más pobre y aislada geográficamente los servicios básicos esenciales (1) (3) (8).

Por tanto, la respuesta en materia de políticas públicas no solo debe limitarse a la expansión de intervenciones preventivas y curativas dirigidas hacia las causas principales de las muertes post neonatales (neumonía, diarrea, malaria y desnutrición), ya que tal y como lo muestra la evidencia, determinantes estructurales como la pobreza, el aislamiento geográfico, las desventajas en educación, las violaciones a la protección infantil y la exclusión de género, son todos factores clave que exacerbam el riesgo de mortalidad en menores de 5 años. Entonces otro tipo de acciones como la inversión en educación a mujeres y niñas, el empoderamiento de las mu-

1. Índice que combina densidad demográfica con distancia de los centros poblados menores a los mayores, toma como unidad de análisis el municipio como un todo y no solo el tamaño de las aglomeraciones (cabecera, centro poblado y rural disperso en el mismo municipio, y asume la ruralidad como un continuo (municipios más o menos rurales antes que a urbanos y rurales). INDH, 2011.

jes para la toma de decisiones, políticas que promuevan el crecimiento económico incluyente como la generación de empleo e ingreso, el abordaje de factores ambientales como agua potable y saneamiento básico; deben ser componentes de política pública transversales para la reducción de la mortalidad en menores de 5 años (1) (3) (8).

También toma fuerza como componente el incremento del accountability o formas de control político y de rendición de cuentas de los sistemas de salud en lo local, lo que ha permitido mejorar la equidad, la transparencia y la responsabilidad frente a los resultados en salud a través del acceso a la información lo que requiere incrementar la inversión en sistemas de captura, monitoreo y evaluación de resultados que reflejen a su vez el estado de conocimiento y el progreso en las condiciones de salud (1) (3).

El éxito de estas acciones también depende de una ciudadanía ampliamente informada. En ese sentido, Unicef reconoce la importancia de las estrategias de comunicación para informar y motivar los cambios de comportamientos individuales, sociales y comunitarios ya que son fundamentales para los programas de prevención de la mortalidad infantil; estrategias que además de informar, motiven acciones saludables y generen demanda hacia los servicios básicos para el control de estas enfermedades. Todo lo anterior como parte de un paquete integral de acciones saludables complementarias para el control de la diarrea y de la neumonía dentro de las cuales están la promoción de la lactancia materna, el lavado de manos con agua y jabón, la vacunación y la búsqueda de atención adecuada ante la presencia de síntomas, entre otros (8).

Desde el Ministerio de Salud ya se vienen adelantando algunas de estas acciones. Las campañas de promoción del lavado de manos han sido lideradas tanto por el Ministerio de Salud como por el Ministerio de Ambiente de manera constante, tanto por medios de comunicación como en las comunidades (15). Por otra parte las vacunas contra el neumococo y el rotavirus se encuentran dentro del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), cuyas coberturas de vacunación para el año 2010 fueron de 74,2% para rotavirus (segunda dosis en menores de un año), de 33,5% para neumococo en menores de 11 meses 29 días y de 21,7% para neumococo en menores de 12 meses (16), entre otras acciones. Todo lo anterior incorporado dentro de estrategias de Atención Integral a la Primera Infancia (AIPI), que hacen parte de acciones de salud públicas encaminadas a la prevención de la mortalidad infantil y en menores de 5 años.

El actual plan nacional de desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos” busca dentro del marco de la estrategia *De cero a siempre* garantizar la atención integral en salud a niños y niñas desde la preconcepción hasta los cinco años y 11 meses de edad a través de las acciones incluidas en los planes de beneficios definidos tanto en el Plan Obligatorio de Salud como en el Plan de Intervenciones Colectivas; todas ellas inmersas dentro de la Atención Primaria en Salud (APS) y la Atención Integral a la Primera Infancia (AIPI) (17).

Esta atención integral en salud a la primera infancia no puede ser garantizada por fuera de este contexto, siendo el que permite la articulación y la coordinación interinstitucional e intersectorial necesarias al actuar sobre los determinantes sociales que tienen incidencia sobre la salud de este grupo poblacional y busque a su vez mejorar tanto el acceso como la cobertura, al asegurar que en cada uno de los entornos en los que transcurre la vida cotidiana de los niños

y niñas en la primera infancia (hogar, centros de salud, centros de desarrollo infantil, instituciones educativas y espacio público) se den las condiciones humanas, sociales y materiales que posibiliten su desarrollo y garanticen plenamente sus derechos. Esto involucra a otros sectores estatales como educación, cultura, bienestar, planeación, entre otros, así como a la sociedad en su conjunto (17). Para el 2011 bajo la estrategia De Cero a Siempre se atendieron 589.826 niños y niñas (24.300 más que en 2010), y en el 2012 se busca atender 737.000 niños y niñas integralmente (17).

Si bien la estrategia está impactando sobre determinantes en salud, nutrición y educación inicial de manera integral, tal y como lo plantean Bernal y Camacho (2012, 2010), hace falta visibilizar en la agenda de política pública en primera infancia temas como la licencia de maternidad y paternidad, la ampliación del período de lactancia, flexibilización de la jornada laboral, programas que contemplan días al año para el cuidado de los niños, y en general la incorporación del cuidado de los hijos dentro de las políticas laborales (14), con lo cual se busca mejorar la interacción de los padres de familia dentro del proceso, siendo esto fundamental para el éxito de este tipo de programas (18).

Referencias Bibliográficas

1. Unicef-WHO-UN. Levels & Trends in Child Mortality. ; 2012.
2. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2012. ; 2012.
3. Unicef. Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2012. ; 2012.
4. Hill K, Danzhen Y, Inoue M, Oestergaard MZ. Child Mortality Estimation: Accelerated Progress in Reducing Global Child Mortality , 1990-2010. PLOS Medicine. 2012 August; 9(8).
5. OMS-OPS. Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país. ; 2012.
6. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. ; 2012.
7. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos de las Américas. ; 2011.
8. Unicef. Pneumonia and diarrhoea: Tackling the deadliest diseases for the world's poorest children. ; 2012.
9. DANE. Estadísticas Vitales. [Online]. [cited 2010 Junio 30. Available from: www.dane.gov.co.
10. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Colombia rural: Razones para la esperanza. ; 2011.
11. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá; 2010.
12. WHO & UNICEF. Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia Paris; 2009.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Encuesta de Calidad de Vida. ; 2011.

14. Bernal R, Camacho A. La política de primera infancia en el contexto de la equidad y movilidad social en Colombia. Documentos CEDE. 2012 Octubre;(33).
15. Ministerio de Ambiente. Programas: Lavado de Manos. [Online]. [cited 2011 marzo 15. Available from: http://www.minambiente.gov.co/contenido/contenido_imprimir.aspx?catID=112&conID=231&pagID=219.
16. Ministerio de la Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). [Online]. [cited 2011 Marzo 25. Available from: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/pai.aspx>.
17. Estrategia De Cero a Siempre. Atención Integral a la Primera Infancia. [Online].; 2012 [cited 2012 octubre 10. Available from: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Paginas/deCeroaSiempre.aspx>.
18. Bernal R, Camacho A. La importancia de los programas para la primera infancia en Colombia. Documentos CEDE. 2010 julio;(20). x

3 Como vamos en la situación nutricional

DENTRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM) se establece una meta que tiene que ver con la reducción de la población que padece hambre, encontrándose inmersa en el ODM 1: *Erradicar la pobreza extrema y el hambre*, con una meta propuesta de *Reducir a la mitad, hasta el 2015, el porcentaje de personas que padecen de hambre*. Al menos 1.400 millones de personas (una de cada cinco en todo el mundo) sobrevive con menos de US\$1 al día, incidiendo en la situación nutricional de la población en pobreza (1). Sin embargo, antes del año 2000, año en el cual se establecen los ODM; ya el tema de la seguridad alimentaria y nutricional estaba puesto en la agenda global, a través de acuerdos internacionales como la Cumbre Mundial a favor de la Infancia en 1990, con el cual se busca promover una adecuada seguridad alimentaria en los hogares, un medio ambiente sano, el control de las infecciones y una atención materno-infantil adecuada.

En adición, la Conferencia Internacional de Nutrición en 1992 reafirma el compromiso de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación FAO (por su sigla en inglés) de mejorar la situación nutricional a la vez que reconoce que... *“el hambre y la malnutrición son inaceptables en un mundo que posee a la vez los conocimientos y los recursos necesarios para acabar con esta catástrofe humana. Reconocemos que mundialmente hay alimentos suficientes para todos y...nos comprometemos a actuar solidariamente para lograr que la liberación del hambre llegue a ser una realidad”*... (2).

Como lo resalta el Informe Mundial de Desarrollo Humano 2010, sobrevivir es apenas uno de los factores involucrados en llevar una vida larga y saludable. Estar bien nutrido es otro. Quienes sobreviven necesitan estar bien alimentados para vivir de manera digna y realizar sus planes de vida. Irse a la cama con hambre, o quedarse dormido debido a la falta de energía, es una de las privaciones más concretas que puede enfrentar un ser humano (3).

Para lograr la reducción del número de personas que padecen hambre y sus consecuencias, no solo se requiere crecimiento económico sostenido sino reformas estructurales y políticas que garanticen el acceso a esta población a políticas públicas redistributivas que mejoren su ingreso y por ende su acceso a bienes y servicios básicos, dado que la nutrición es uno de los aspectos de la salud que sí se ven influidos por el nivel de ingresos (3). De hecho, tal y como lo ilustra Amartya Sen sobre las hambrunas, el hambre muchas veces no es consecuencia de la falta de alimento, sino de medios para adquirirlos, afectando además las libertades que puede gozar

una persona. No obstante, el solo aumento de los ingresos no siempre garantiza una nutrición adecuada y personas que no son pobres de todos modos pueden pasar hambre (3).

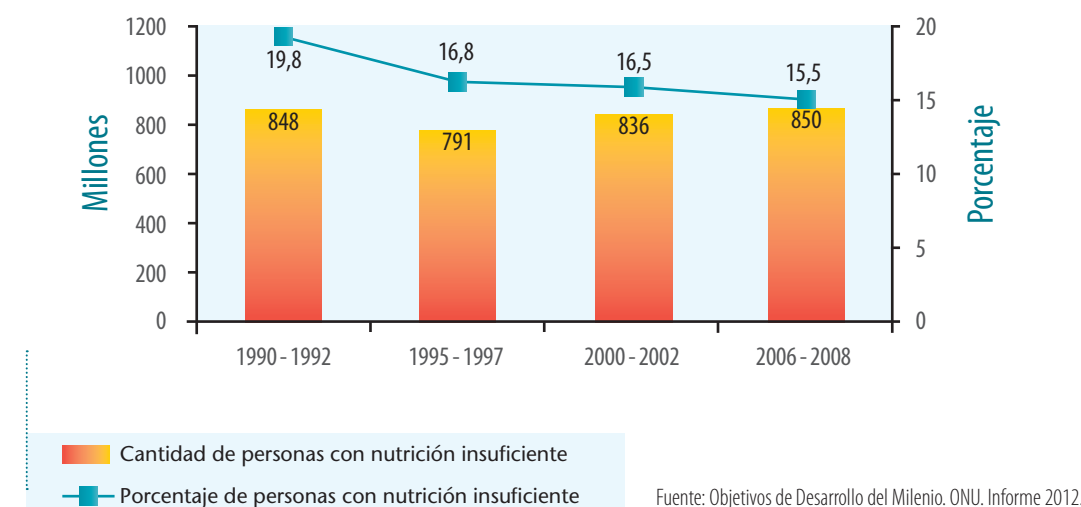
Tal y como lo presenta el Informe Mundial de Desarrollo Humano la situación nutricional también es el resultado de otros factores como la salud y la educación de la madre, los hábitos alimentarios y de higiene en el hogar, las vacunas y los cuidados médicos que se entregan al momento de nacer, estos últimos teniendo incidencia en la reducción de la desnutrición infantil (3).

Las estimaciones más recientes de la FAO indican que el 15% de la población mundial padece hambre. Una de cada ocho personas se va a dormir con hambre. Este persistente nivel alto refleja la falta de avances de varias regiones, a pesar de que haya disminuido la pobreza. Sin embargo hay 130 millones de personas con hambre menos hoy que hace 20 años. Los avances también han sido lentos en la reducción de la malnutrición en niños (1,4).

CONTEXTO GLOBAL Y REGIONAL

EL ÚLTIMO INFORME DE AVANCE DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, presenta resultados alentadores en la disminución de la tasa de desnutrición. Desde 1990 esta cantidad ha venido en constante descenso, pasando del 19,8% de la población de las regiones en desarrollo con nutrición insuficiente en el período 1990-1992, a 15,5% de la población en el período 2006-2008, como se puede observar en el Gráfico 1 (1).

Gráfico 1
CANTIDAD Y PORCENTAJE DE PERSONAS QUE EN LAS REGIONES EN DESARROLLO
TIENEN UNA NUTRICIÓN INSUFICIENTE, POR PERÍODO.



Sin embargo la cifra absoluta de individuos malnutridos (definidos por el consumo mínimo de energía) se mantiene alrededor de 850 millones de personas (3,5). Además, en regiones como África subsahariana y Asia meridional, el hambre continúa siendo un problema agudo. A pesar del descenso de la pobreza en Asia oriental, desde 2000 no se han tenido en la región signos de mejoría en las tasas de nutrición. La disparidad entre el descenso de la pobreza y los niveles constantes de nutrición insuficiente exige comprender mejor las dimensiones y las causas del hambre y poner en práctica políticas y medidas apropiadas (1). En ese sentido, según el informe de avance de los ODM, 2012, los niños más pobres tienen una probabilidad casi tres veces mayor de pesar menos de lo normal (38%) que los niños del 20% de los hogares más ricos (14%). En todas las regiones en desarrollo los niños de las zonas rurales tienen casi el doble de probabilidad de pesar menos de lo normal que los de las zonas urbanas (32% vs. 17%) (1).

Según la FAO, los países que dependen de la importación de alimentos se ven más afectados por el aumento en los precios de los alimentos (p ej. países pequeños de África subsahariana), a diferencia de aquellos países que pueden proteger sus mercados a partir de políticas comerciales restrictivas, a la vez que protegen a los consumidores con sistemas de seguridad social (p ej. países asiáticos mayores), siendo importantes determinantes que inciden en la situación alimentaria y nutricional de la población, así, mientras el porcentaje de personas con malnutrición aumentó en África, en Asia permaneció constante (1). En las regiones en desarrollo, si bien, el porcentaje de niños menores de 5 años con peso por debajo de lo normal disminuyó, pasando del 29% en 1990 al 18% en 2010, este avance es insuficiente para lograr la meta a 2015 (1).

El retraso en el crecimiento, definido como estatura o talla baja para la edad, refleja muy fielmente las deficiencias nutricionales y las enfermedades que se producen durante una edad temprana, que luego dificultan el crecimiento y el desarrollo. Si bien la preponderancia del retraso en el crecimiento disminuyó desde un 44% (estimado) en 1990 a un 29% en 2010, millones de niños siguen corriendo el riesgo de tener un menor desarrollo cognitivo y físico como consecuencia de una nutrición insuficiente durante períodos prolongados (1).

Adicionalmente la malnutrición materna e infantil contribuye a más de una tercera parte de la mortalidad infantil. Los niños con desnutrición severa tienen un riesgo 9,5 veces mayor de mortalidad por diarrea y un riesgo 6,4 veces mayor de mortalidad por neumonía. La malnutrición y las enfermedades infecciosas crean un ciclo potencialmente letal de deterioro del estado nutricional (6).

En contraste, mientras muchos millones de personas apenas se alimentan, otros tantos comen en exceso. El creciente aumento de la obesidad, en especial entre los niños, compromete los avances en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y diabetes. La obesidad mórbida puede reducir la vida entre 5 y 20 años, teniendo una incidencia importante en la esperanza de vida al nacer. Estos riesgos son el resultado no solo del aumento de los ingresos, sino también de influencias culturales que pueden trascender las fronteras. Por ejemplo, en México, donde el ingreso promedio es apenas la quinta parte del de Estados Unidos, el porcentaje de individuos con sobrepeso, u obesos, es similar (3).

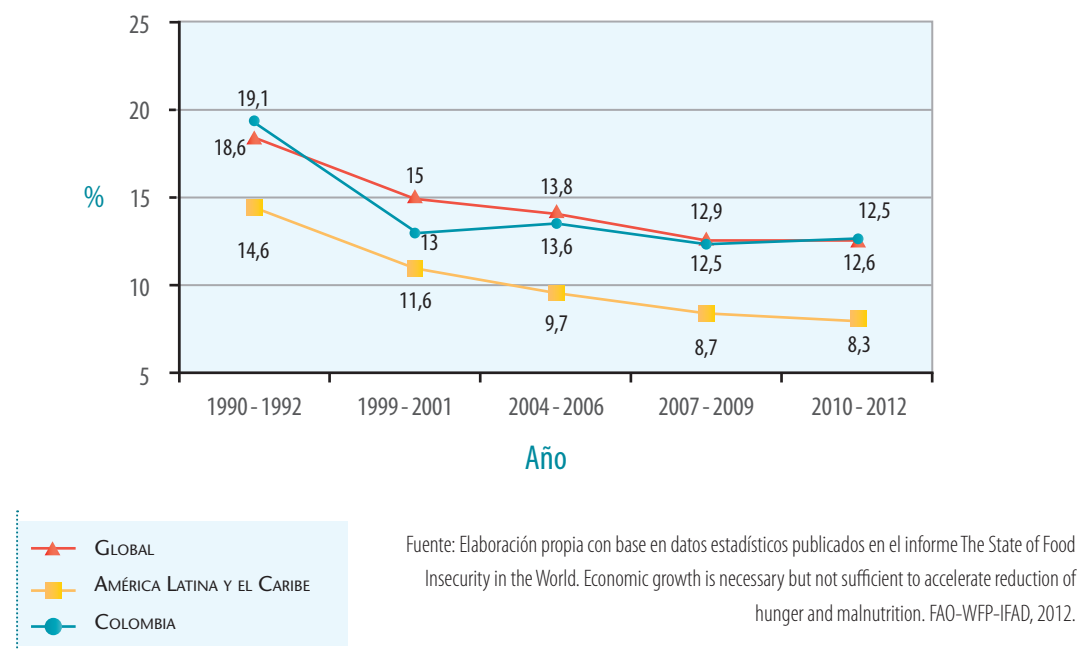
En la región de las Américas, según el informe Salud en las Américas 2012, la seguridad alimentaria se está viendo afectada por la confluencia de varias fuerzas a escala global, entre ellas el aumento de la demanda de alimentos, fenómenos relacionados con el cambio climático que afectan la productividad agrícola y el aumento en el costo de la energía, así como la substitución de la producción de alimentos por biocombustibles. Las crisis económicas recurrentes y la influencia de los mercados de valores con compromisos de compras a futuro, también tienden a encarecer los alimentos básicos. Todo ello está limitando el acceso a una alimentación y a una nutrición seguras que permita vivir de una manera productiva y saludable, en especial a los más pobres (7).

El comportamiento de los indicadores de situación nutricional en la región es el reflejo de los anteriores factores. Prueba de ello son algunos de estos indicadores. Si bien la prevalencia de desnutrición crónica en la región está disminuyendo, todavía persiste en algunos países, como Guatemala y Honduras, donde la mitad de los niños y un tercio de los niños, respectivamente, presentan déficit nutricional (la gran mayoría de ellos concentrados en el quintil más pobre de la población) (7). A su vez, según el Informe de Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010, la prevalencia de desnutrición infantil (% de niños menores de 5 años) para el período 2002-2008 es de 5,1%. La prevalencia a nivel global durante el mismo período es de 23,9% presentando un grado de avance insuficiente respecto al cumplimiento de la meta de logro del ODM 1 (avance menor del 50%) (9).

En ese sentido, según los últimos datos publicados en el último informe de la FAO, la prevalencia de desnutrición en América Latina y el Caribe ha mantenido una tendencia decreciente en los últimos años. Aunque igual tendencia se observa tanto a nivel global, como para el caso específico de Colombia, la prevalencia de desnutrición se ha mantenido más baja en la región de América Latina y el Caribe en su conjunto, que la prevalencia a nivel global. Colombia a su vez, si bien ha mantenido una tendencia decreciente, se mantiene con una prevalencia similar a la observada a nivel global y a su vez, por encima del comportamiento regional, como se puede observar en el *Gráfico 2*. Según este informe, tanto a nivel global, como en América Latina y el Caribe y en particular Colombia, hay un progreso medio respecto del cumplimiento de la meta establecida por los ODM para el 2015.

Gráfico 2

COMPARATIVO PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN A NIVEL GLOBAL, AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, Y COLOMBIA POR PERÍODOS.



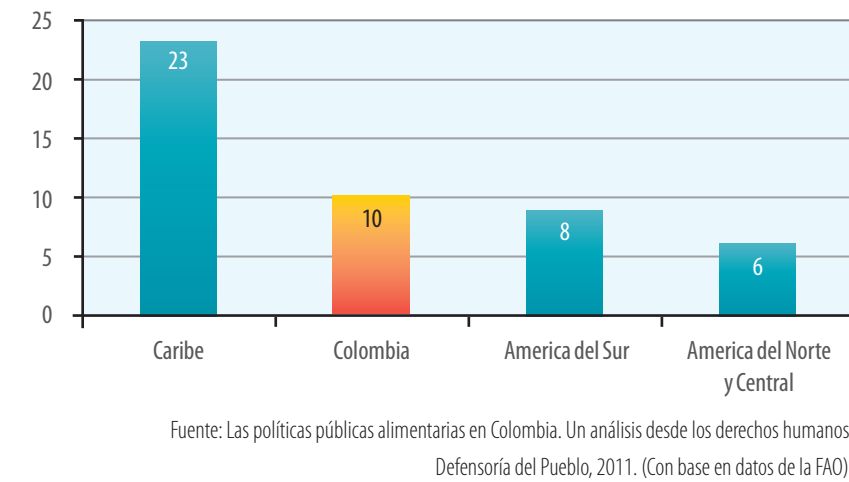
A su vez, de acuerdo con un informe previo de la FAO, dentro del contexto de América Latina y el Caribe, Colombia se encuentra en la categoría de desnutrición 3, lo que implica que entre un 10% y un 19% de su población se encuentra con hambre (8), como se observa en el Gráfico 3.

Según el Informe de avance de ODM, 2012, la mayor disparidad urbano rural se da en América Latina y el Caribe donde el 8% de los niños de las zonas rurales pesan menos de lo normal, siendo más del doble de la población con bajo peso en las ciudades (3%) (1), situación además que se agrava frente a la enorme vulnerabilidad ante situaciones de desastres, como las sequías que afectan a las poblaciones rurales y aisladas con economía de subsistencia (7).

Otro factor que toma importancia en el contexto latinoamericano es la alta desigualdad en la concentración de la distribución socioeconómica de la desnutrición, ya que cuanto más concentrada esta la riqueza, más concentrada se encuentra la desnutrición crónica infantil entre hogares pobres. Otros factores como geográficos, culturales, étnicos e idiosincráticos también tienen incidencia, pero desde su relación con la distribución de variables socioeconómicas como la riqueza del hogar y la educación de la madre (10).

Gráfico 3

PROPORCIÓN DE PERSONAS DESNUTRIDAS RESPECTO A SU POBLACIÓN TOTAL, EN DIFERENTES REGIONES DE AMÉRICA LATINA. PERÍODO 2003-2005.



Por otra parte, a nivel regional, según el informe Salud en las Américas, estas situaciones de desnutrición conviven a la par con el cambio en los hábitos de consumo de alimentos que impacta en amplios sectores de la población. El elevado consumo de alimentos procesados de alta densidad calórica, ricos en grasas, azúcares y sal, asociado con la disminución significativa en la ingesta de frutas y verduras, y una reducción de la actividad física, ha provocado una alarmante epidemia de sobrepeso y obesidad. Se estima que en la región entre 50% y 60% de los adultos y entre 7% y 12% de los niños menores de 5 años, más un tercio de los adolescentes, tienen sobrepeso o son obesos. Se prevé que esta cifra aumentará rápidamente y alcanzará los 289 millones para el 2015 (39% de la población total). En casi todos los países, el problema es más marcado en las mujeres (7).

COMPORTAMIENTO A NIVEL NACIONAL

LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL HA SIDO UNA PREOCUPACIÓN constante por ser un componente constitutivo del desarrollo humano. Es por ello que la Constitución Política de Colombia establece el derecho a la alimentación equilibrada como un derecho fundamental de los niños (artículo 44) y, en cuanto a la oferta y la producción agrícola, la Constitución establece en los artículos 64, 65, y 66, los deberes del Estado en esta materia; y a través de los pactos internacionales que se han suscrito con los consecuentes compromisos que ello genera (11). La seguridad alimentaria y nutricional está definida en el Documento CONPES Social 113 de

2008¹ como...” *la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa*”... (11)

La seguridad alimentaria y nutricional está conformada por los siguientes ejes cuya confluencia garantiza el ejercicio del derecho a la alimentación, precisa la acción del Estado, la sociedad civil y la familia y define las condiciones necesarias y suficientes para lograr la seguridad alimentaria y nutricional²:

Disponibilidad de alimentos: Es la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel nacional, regional o local. Es la relación entre el suministro de estos frente a las necesidades de la población, y a su vez se encuentra determinada por la estructura productiva agropecuaria y agroindustrial, los sistemas de comercialización internos y externos, los factores productivos (tierra, crédito, agua, tecnología, recurso humano), las condiciones eco sistémicas (clima, recursos genéticos y biodiversidad), las políticas de producción y comercio, y las tensiones sociopolíticas (relaciones económicas, sociales y políticas entre actores).

Acceso: Posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país. Sus determinantes son el nivel de ingresos, la condición de vulnerabilidad, las condiciones socio-geográficas, la distribución de ingresos y activos (monetarios y no monetarios) y los precios de los alimentos.

Consumo: Se refiere a los alimentos que comen las personas y está relacionado con la selección de los mismos, las creencias, las actitudes y las prácticas. Sus determinantes son: la cultura, los patrones y los hábitos alimentarios, la educación alimentaria y nutricional, la información comercial y nutricional, el nivel educativo, la publicidad, el tamaño y la composición de la familia.

Aprovechamiento o utilización biológica de los alimentos: Se refiere a cómo y cuánto aprovecha el cuerpo humano los alimentos que consume y cómo los convierte en nutrientes para ser asimilados por el organismo. Sus determinantes son: el medio ambiente, el estado de salud de las personas, los entornos y estilos de vida, la situación nutricional de la población, la disponibilidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, agua potable, saneamiento básico y fuentes de energía.

Calidad e inocuidad de los alimentos: Se refiere al conjunto de características de los alimentos que garantizan que sean aptos para el consumo humano, que exigen el cumplimiento de una serie de condiciones y medidas necesarias durante la cadena agroalimentaria hasta el consumo y el aprovechamiento de los mismos, asegurando que una vez ingeridos no representen un

riesgo (biológico, físico o químico) que menoscabe la salud. Sus determinantes son: la normatividad (elaboración, promoción, aplicación, seguimiento); la inspección, vigilancia y control; los riesgos biológicos, físicos y químicos, y la manipulación, conservación y preparación de los alimentos.

Este enfoque integral de la seguridad alimentaria además de ser congruente con los objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular del ODM 1, permite un marco explicativo que da cuenta de los múltiples determinantes que intervienen en la expresión de inseguridad alimentaria manifiesta en los indicadores que dan cuenta de la situación nutricional de la población, y, si bien es cierto que estos se encuentran en la dimensión de aprovechamiento o utilización biológica de los alimentos, su resultado depende de la confluencia de otras dimensiones de la seguridad alimentaria subyacentes.

Indicadores:

Hay tres tipos de indicadores para medir la desnutrición: el bajo peso para la edad o desnutrición global (DG), la desnutrición aguda (DA) y la desnutrición crónica (DC). La DG es el indicador más utilizado y de mayor antigüedad. Es el que se utilizó para la fijación de metas tanto en los ODM como en los distintos programas diseñados para disminuir el hambre en el mundo. No obstante, la DA y la DC proporcionan información más precisa sobre el estado nutricional. El bajo peso para la talla, denominado también desnutrición actual, indica el estado nutricional de las últimas semanas mientras que la baja talla para la edad o desnutrición crónica indica privación nutricional por un tiempo prolongado que se traduce en retraso del crecimiento en la niñez (12). Infortunadamente, solo hasta el 2010 la DC fue considerada para hacer parte de las metas del Plan Nacional de Desarrollo y en 2011 la DC se incorporó como indicador del ODM 1, erradicar la pobreza y el hambre (13).

Dado el aumento de los problemas de obesidad, la importancia de este indicador radica no solamente en el gran factor de riesgo para muchas enfermedades sino en que es una entidad prevenible mediante la adquisición de hábitos alimentarios saludables y la práctica de actividad física (AF) (14,15). No obstante, una vez que un individuo padece de obesidad, la pérdida de peso es una tarea dispendiosa que requiere de un trabajo interdisciplinario dada la comorbilidad asociada a este tipo de patologías, y que en muchos casos conlleva riesgos adicionales para la salud (16).

A continuación se presenta el análisis de algunos de estos indicadores de situación nutricional según los datos que maneja el programa Así Vamos en Salud:

1. Prevalencia de bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer (menos de 2,5 Kg) tiene un importante efecto sobre la carga de enfermedad para la sociedad colombiana, por estar relacionado con la mortalidad perinatal, siendo la población de los estratos sociales más bajos los más afectados. Entonces el bajo peso al nacer

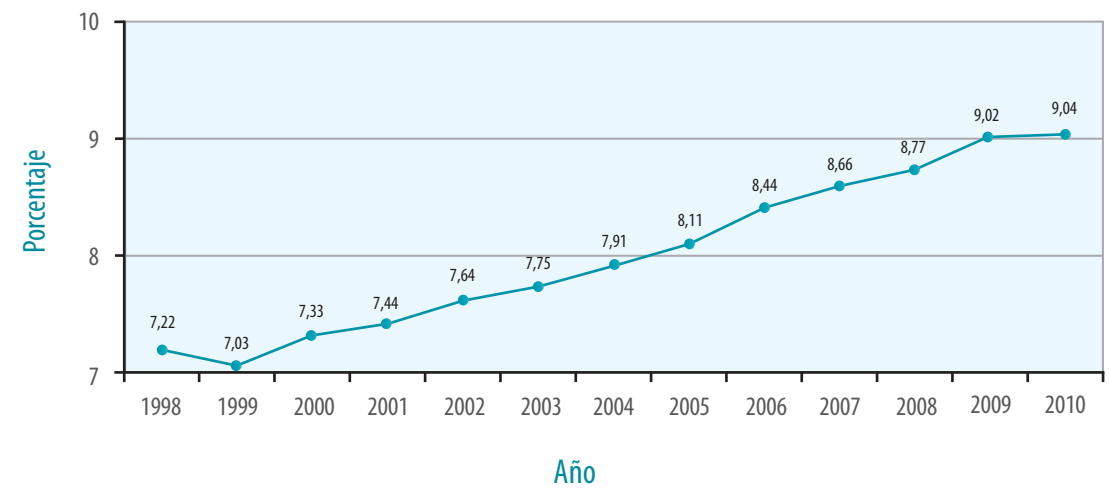
1. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional PNSAN.

2. Íbid.

es un indicador de inequidad que afecta a los grupos más vulnerables, convirtiéndose en un problema social (17). A pesar que a nivel nacional las cifras de desnutrición infantil están disminuyendo en el tiempo, debe preocupar el hecho que esté aumentando la tasa de niños con bajo peso al nacer (18).

En el país, según lo observado con los datos de Así Vamos en Salud, el porcentaje de niños que nacen con bajo peso ha venido en aumento durante los últimos años. En 2000, la prevalencia de bajo peso al nacer era de 7,33 por cada 100 nacidos vivos, mientras que en 2010 aumentó a 9,04% como se ve en el *Gráfico 4*.

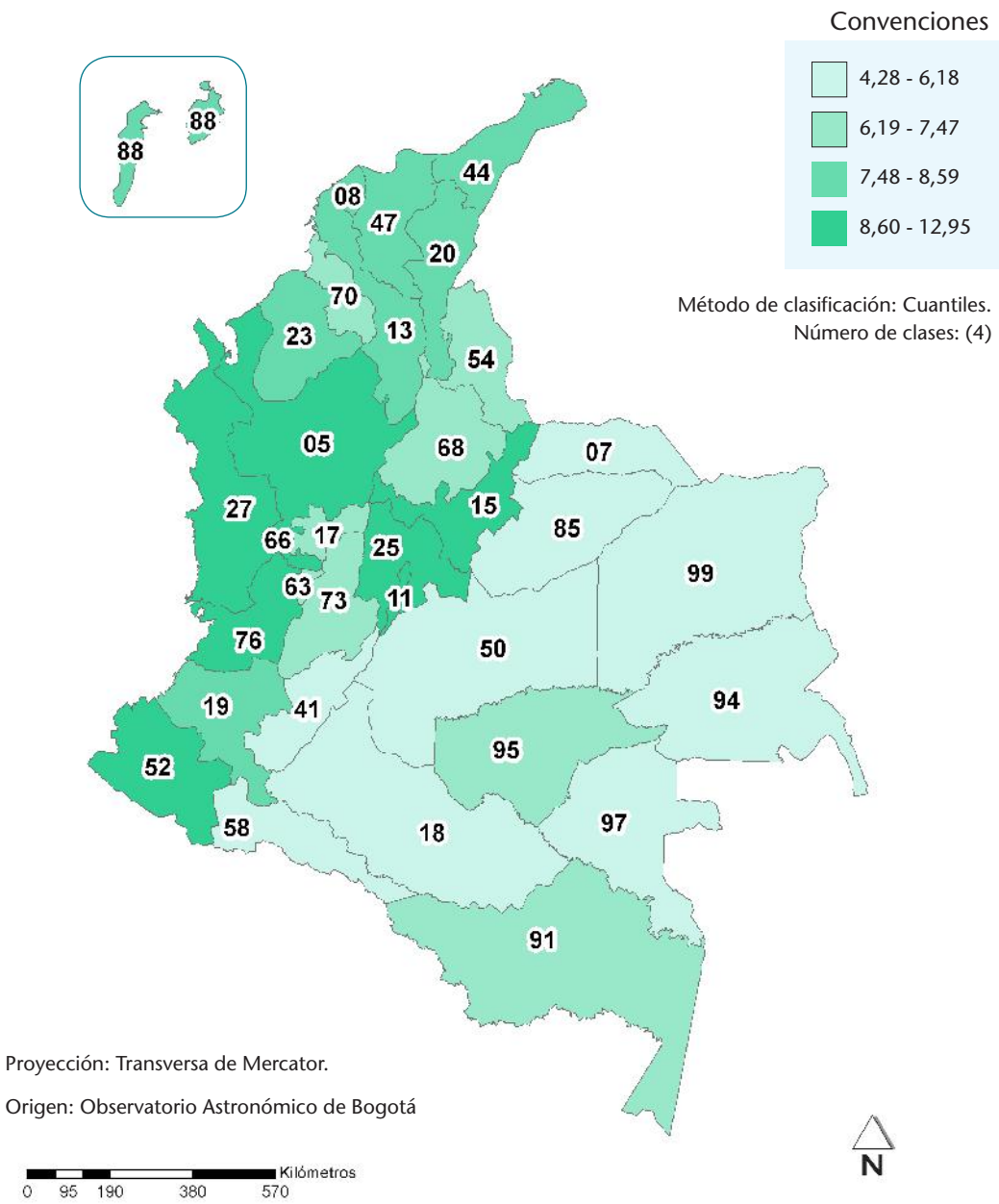
Gráfico 4
PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER. 1998-2010.



Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas vitales-Nacimientos por peso al nacer. DANE, 1998-2010.

Si esta tendencia continúa, será difícil el cumplir la meta propuesta por el actual gobierno, de tener una prevalencia menor del 10% a 2014. A nivel de departamentos hay diferencias ya que Vaupés, Casanare, Guainía, Vichada y Caquetá presentan las menores prevalencias de bajo peso al nacer, por debajo del 6%, mientras que Bogotá, Cundinamarca, Chocó, Antioquia, Boyacá y Valle del Cauca son las regiones con porcentajes más altos (por encima de 9%) (*Ver Mapa 1*).

Mapa 1
PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER. 2010.



Fuente: Estadísticas vitales-Nacimientos por peso al nacer. DANE, 2010.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010, el 4% de los niños no fue pesado al nacer, el 7% presentó bajo peso al nacer (menos de 2,5 kilogramos) y 69% presentó un peso de 2,5 o más kilogramos. La proporción de niños que no fueron pesados aumenta en relación con la edad de las madres y con el número de hijos; y disminuye en relación con el nivel educativo y con los índices de riqueza. En la zona rural 10% no fueron pesados, contra 1% de los de la zona urbana. El 23% de los niños del Vaupés y el 20% de los nacidos en La Guajira y en Guainía no fueron pesados (19).

Sin embargo, en esta misma encuesta, un resultado poco esperado es el que se obtiene cuando se examinan los niños que pesaron menos al nacer. Las cifras son relativas, puesto que ya se han descontado los que no fueron pesados y los que no suministraron información. Los niños con menor peso corresponden a madres menores de 20 o mayores de 34 años, básicamente primogénitos; de las zonas urbanas, de mayor educación y menor pobreza en las regiones de Bogotá (12%); Valle sin Cali ni Litoral (10%); y Barranquilla, Medellín y Cali (9% en cada área metropolitana) (19); lo que podría explicar a su vez el comportamiento de la prevalencia de bajo peso al nacer en las regiones con las mayores prevalencias según lo observado por Así Vamos en Salud. 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 mejore en regiones que a su vez cuentan con una mayor capacidad institucional³ instalada.

A su vez, en la ENDS 2010 se encontró similitud frente a las características de la madre de los niños con mayor peso al nacer respecto a las madres de los niños con menor peso, ya que también son hijos de mujeres de 20-34 años de edad; son hijos de mujeres con menor número de hijos y su proporción aumenta con la educación y con el nivel de riqueza. Las regiones con niños con mayor peso al nacer fueron Antioquia en un 80%, Bogotá con 79%, Boyacá-Cundinamarca-Meta con 79%, Cali y Barranquilla con 74% (19).

Llama particularmente la atención el comportamiento en Bogotá, ya que se ubica dentro de las zonas con mayor prevalencia de bajo peso al nacer, donde otros factores aparte de los socio-económicos pueden tener incidencia. Cabe recordar que Bogotá, D.C., como región, según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011, es la que presenta el mayor Índice de Desarrollo Humano del país (0,86) (20), es la región con los menores porcentajes de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (9,20%) y población en miseria (1,38%) según Censo DANE 2005 (21).

Según el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN de la Secretaría Distrital de Salud, dentro de los factores que pueden explicar el comportamiento del bajo peso al nacer

en Bogotá, se encuentran la amenaza de parto pre término, ruptura prematura de membranas, presencia de pre eclampsia, infecciones urinarias, vaginosis, hemorragias, deficiencia en el incremento de peso durante la gestación así como la edad de la madre, período intergenésico corto y determinantes psicosociales como el estado civil de la madre y el embarazo no planeado (22). Al mismo tiempo este panorama revela que el bajo peso al nacer en Bogotá tiene su origen además en factores asociados a condiciones de accesibilidad y calidad en los servicios de salud para la madre gestantes, sin desconocer además la relación con problemas y barreras de orden social y económico que imposibilitan tener una adecuada alimentación durante el período de gestación. (22).

Según estos resultados, aunque el bajo peso al nacer se encuentra asociado a condiciones de vulnerabilidad social, hay otros determinantes asociados que merecen una mayor investigación y análisis, lo que permitiría fortalecer las políticas públicas para enfrentarlo como por ejemplo la ampliación de cobertura de programas de nutrición desde la gestación misma, y en general de la capacidad estatal para atender situaciones de vulnerabilidad, dada la gravedad de las implicaciones del bajo peso al nacer sobre el desarrollo infantil como la baja talla infantil, alteraciones inmunitarias y deficiencia de hierro, entre otras (23,18).

2. Prevalencia de desnutrición crónica y global en menores de 5 años

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, para la estimación del estado nutricional en menores de 5 años, utilizaron hasta el año 2006 la población de referencia del Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS por su sigla en inglés) de 1977 adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo en el año 2006 la OMS publicó los nuevos patrones de crecimiento los cuales se basan en un estudio multicéntrico desarrollado en una muestra internacional. Este nuevo estándar describe cómo deben crecer los niños con adecuadas condiciones de nutrición, medio ambiente y cuidado en salud (19). Solo hasta Junio de 2010, mediante la resolución 2121 de 2010 Colombia adopta estos patrones de crecimiento haciendo hincapié en el ajuste propuesto por los ODM. A Marzo de 2011, 140 países han acogido estos estándares (24), haciendo que la comparación internacional, el monitoreo del crecimiento y estudios en la materia puedan realizarse de manera uniforme a nivel mundial.

Según la ENDS 2010, en Colombia se observa una disminución tanto de la desnutrición crónica⁴ como de la desnutrición global⁵, tanto con el patrón de la OMS, como con el patrón del NCHS. Sin embargo, llama la atención la brecha entre estos dos indicadores, haciendo evidente la alta prevalencia de un problema que tarda por lo menos 6 meses en aparecer (12).

3. Según el Documento Plan Nacional de Desarrollo "Prosperidad para todos", las regiones con mejores capacidades institucionales son Bogotá, Cundinamarca, parte de Antioquia y el sur de Boyacá, y en los departamentos que conforman el Eje Cafetero y el Valle

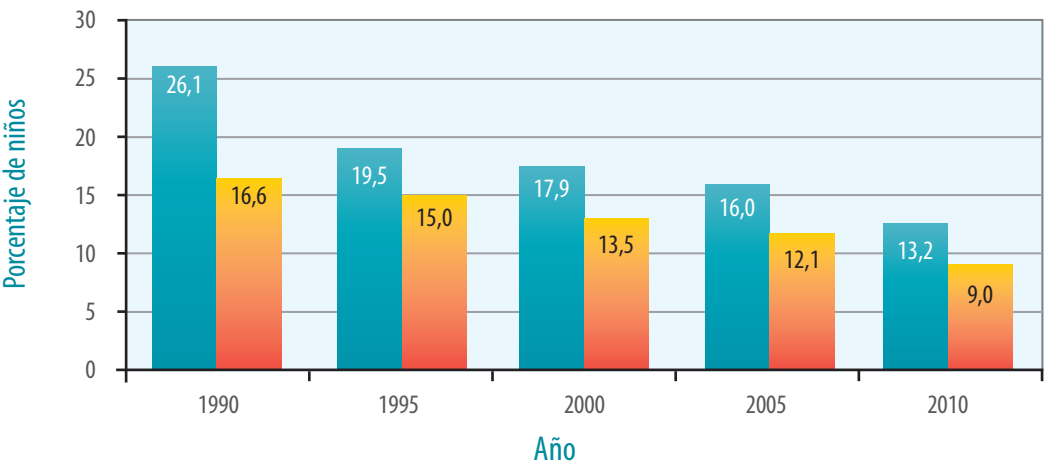
4. Talla baja para la edad.

5. Peso bajo para la edad.

Se aprecia un descenso pronunciado con la desnutrición crónica, que disminuyó su prevalencia en aproximadamente 49% durante los últimos 20 años, presentando una prevalencia para el 2010 de 13,2%; por lo que necesita disminuir en un 5% si se quiere alcanzar la meta propuesta por el actual gobierno para el 2014 de 8%(Ver Gráfico 5).

Gráfico 5:

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MENORES DE 5 AÑOS 1990-2010.



■ DESNUTRICIÓN CRÓNICA (%) (PATRÓN OMS)
■ DESNUTRICIÓN CRÓNICA (%) (PATRÓN NCHS)*

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENDS 2010.

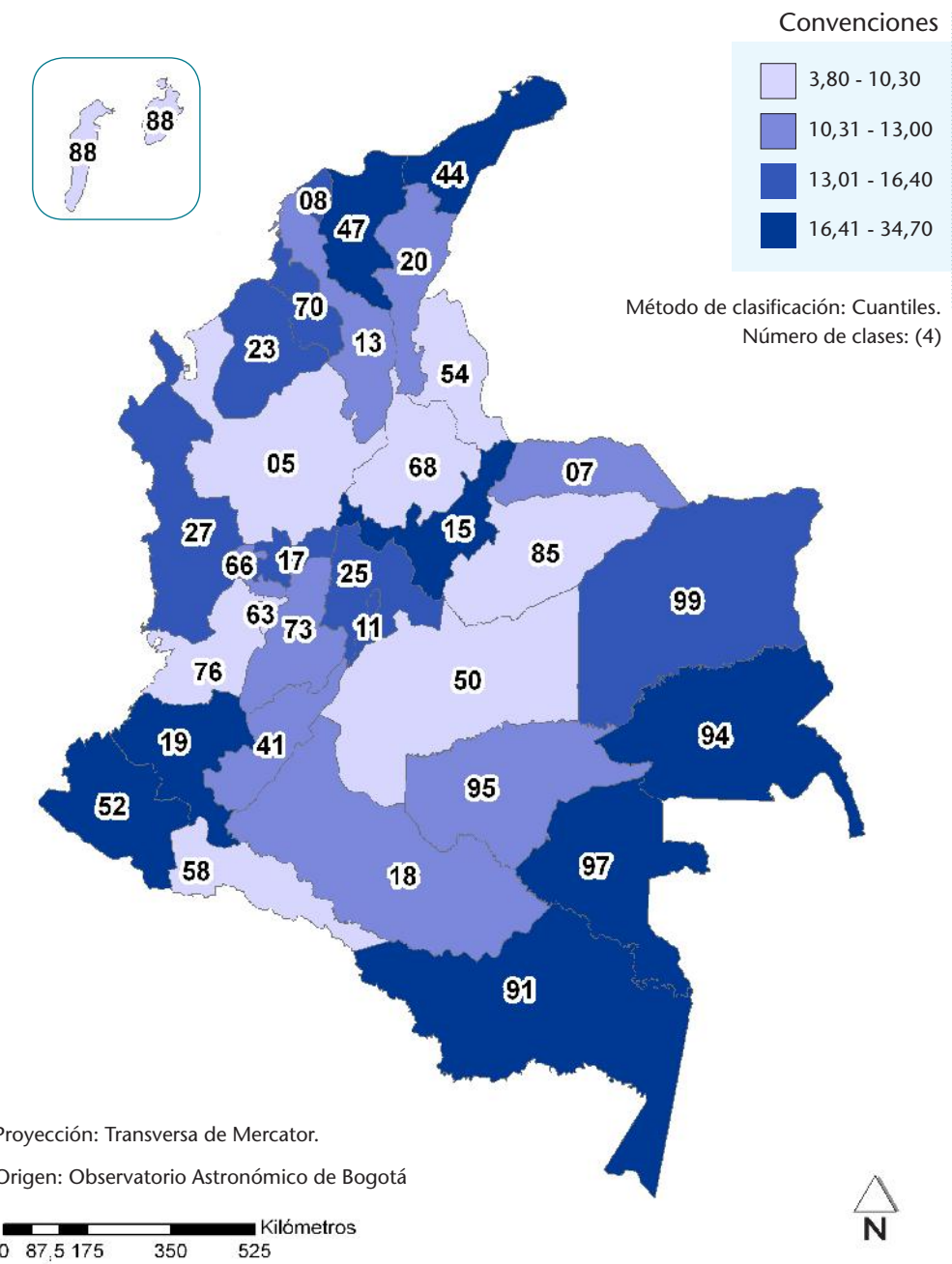
Según la ENDS 2010, el grupo de edad con mayor prevalencia de desnutrición crónica son los niños de entre 1 y 2 años de edad, en niños cuyo orden de nacimiento es 6 o más, en niños con intervalo al nacimiento menor de 24 meses y en aquellos cuyas madres son jóvenes (15 a 24 años) (19).

Por características socioeconómicas los niños con la prevalencia más alta de desnutrición crónica son los hijos de mujeres sin educación (31%) y cuyos hogares tienen un índice de riqueza más bajo (19%) (19). Si bien, aunque a nivel nacional la prevalencia de talla baja para la edad (entre 10% y 20%) podría considerarse un problema moderado de salud pública, en algunos subgrupos, particularmente la población rural, sigue siendo un problema grave con tasas superiores al 20% (25). Más aún, algunos estudios de situación nutricional en población indígena han encontrado prevalencias de desnutrición crónica de más del 60% (25,26,27) .

Por regiones, según la ENDS 2010, el retraso en la talla es más prevalente en la zona rural (17%). Asimismo es mayor la prevalencia (por encima del 16%) en Vaupés (34,7% siendo la más alta), Amazonas (28,7%), La Guajira (27,9%), Guainía (23,4), Cauca (23,1), Magdalena (18%), Nariño (16,9%), Boyacá (16,7%), Córdoba (16,4%) y Bogotá (16,3%), como se puede observar en el Mapa 2 (19).

Mapa 2:

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA. 2010.

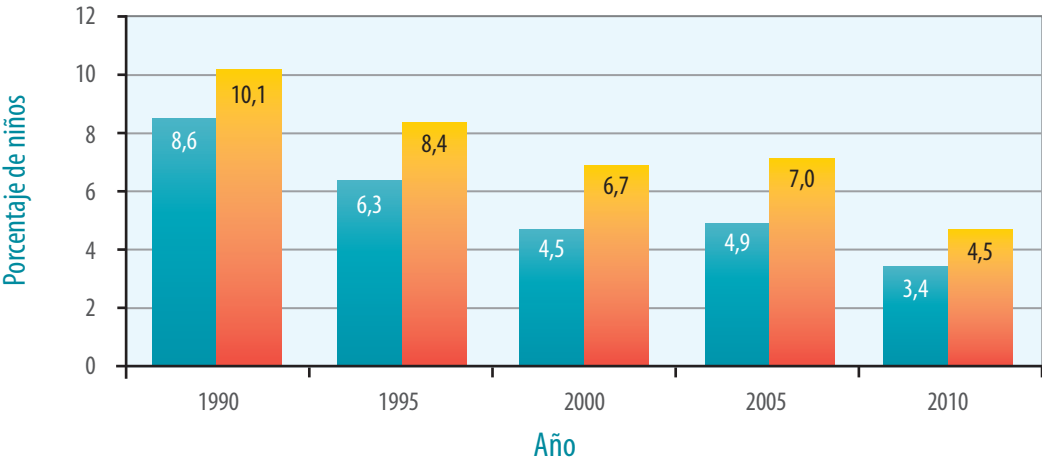


Fuente: ENDS, 2010.

Una disminución, aunque menos marcada se observa también con la prevalencia de desnutrición global, pasando de 8,6% en 1990 a 3,4% en 2010 (Ver Gráfico 6) estando a 0,8 puntos porcentuales de conseguir la meta fijada por el gobierno actual para el 2014 de 2,6%. Lo anterior hace evidente el mejoramiento de las políticas de seguridad y prácticas alimentarias en estos grupos de edad.

Gráfico 6

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN GLOBAL EN MENORES DE 5 AÑOS 1990-2010.



■ DESNUTRICIÓN GLOBAL (%) (PATRÓN OMS)
■ DESNUTRICIÓN GLOBAL (%) (PATRÓN NCHS)*

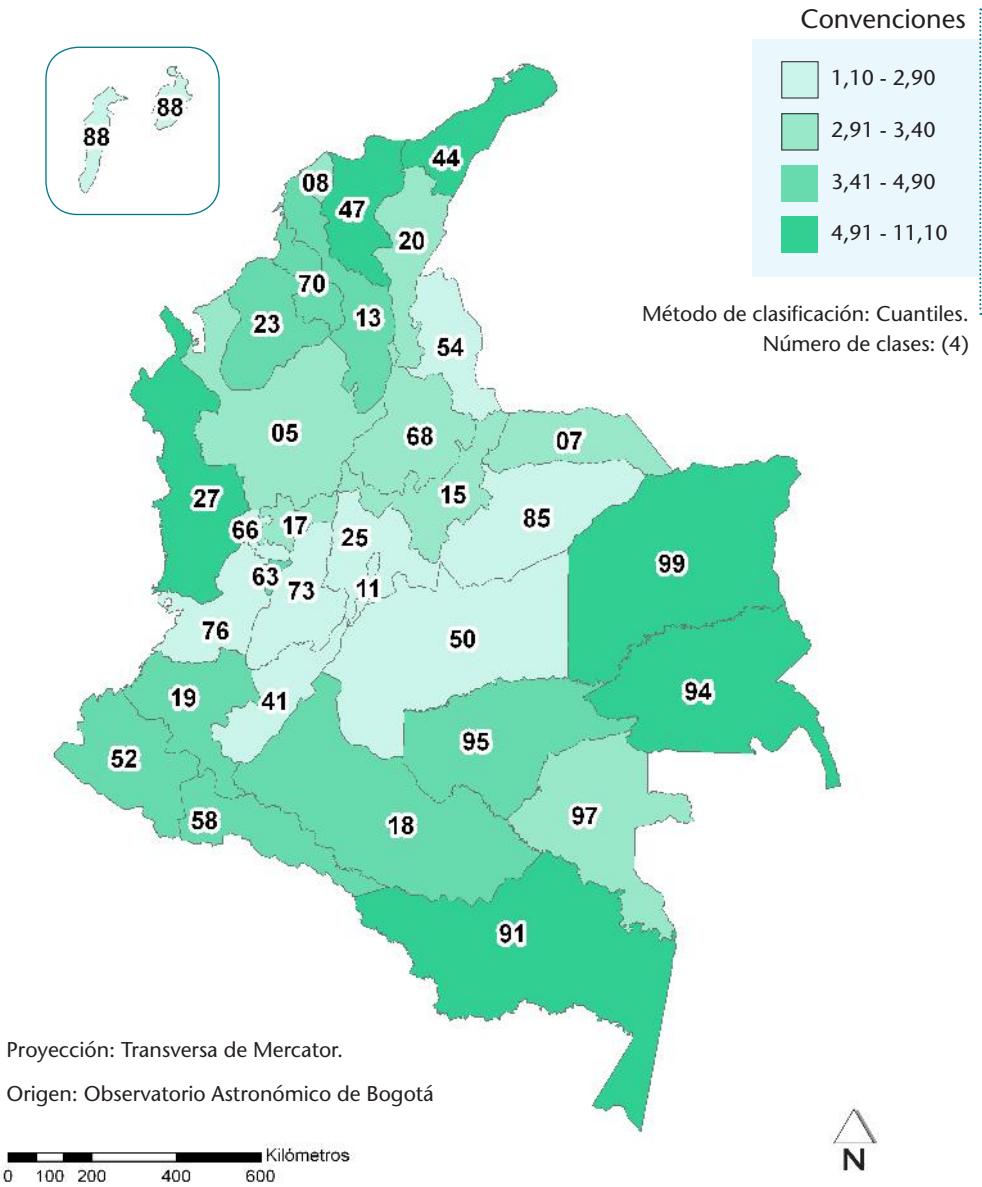
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENDS 2010.

Según la ENDS 2010, el 3% de los menores de 5 años presenta desnutrición global de los cuales menos del 1% corresponde a desnutrición global severa. Este tipo de nutrición es más prevalente en los niños menores de 6 meses; en los niños cuyo orden de nacimiento es 6 o más, en niños con intervalo al nacimiento menor de 24 meses; y en aquellos cuyas madres son jóvenes (entre 15 y 19 años) o que están entre 30 y 34 años (19). A su vez, la desnutrición global es mayor en los hijos de mujeres sin educación (12%), y con mayor pobreza (6%) (19).

Por regiones, la desnutrición global es mayor en la zona urbana que en la rural (5% vs. 3%). Los mayores porcentajes de desnutrición global (por encima de 5%) se encuentran en los departamentos de La Guajira (11,1%), Magdalena (6,8%), Chocó (6,3%), Guainía (6,1%), Amazonas (5,9%) y Vichada (5,5%), como se observa en el Mapa 3 y guardando cierta relación con el comportamiento observado para la prevalencia de desnutrición crónica, (19).

Mapa 3

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN GLOBAL. 2010.



Fuente: ENDS, 2010.

Como se observa en todos los indicadores, las brechas regionales son profundas tanto en malnutrición crónica como global, especialmente en la desnutrición crónica, donde la subregión del litoral pacífico excede en 5,1 puntos porcentuales la media nacional y en 13 puntos porcentuales a Cali, la subregión con menor prevalencia de ésta entidad (19). A su vez este comportamiento regional puede explicarse en parte por la existencia de brechas en materia de disponibilidad de alimentos (en particular la oferta de productos agrícolas esenciales para abastecer el mercado interno), como lo presenta el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011, ya que regiones o territorios como las que conforman la Zona Cafetera, o la Andina no suelen ser tan vulnerables en materia de seguridad alimentaria como lo pueden ser la región del Chocó biogeográfico y algunas zonas de la Costa Atlántica por ejemplo, debido a la baja disponibilidad de suelos con aptitud agrícola y el uso que de ellos se hace, limitando a su vez el acceso de la población a productos agropecuarios básicos y de buena calidad (20).

También pone en riesgo la disponibilidad de alimentos, según este informe, la explosión de actividades productivas que se desarrollan en las áreas rurales, como mega proyectos de minería, biocombustibles y grandes proyectos de infraestructura, así como las diferentes prácticas de despojo que presionan el uso de la tierra y las áreas con aptitud para la producción de alimentos (20). Por otra parte la urbanización no regulada ha producido un aumento de la vulnerabilidad de grupos de población marginal, con alteración del paisaje, biodiversidad, calidad del aire y agua, con generación de residuos y menor disponibilidad de suelo adecuado. Cada año se registra gran cantidad de hectáreas afectadas por degradación, pues 85% de los sistemas productivos están en áreas susceptibles a desertificación, afectando la competitividad del sector agrícola y la disponibilidad de alimentos y agua (7).

La variabilidad y el cambio climático en el corto plazo se constituyen en otra de las amenazas para la seguridad alimentaria, debido a los desastres que pueden originar las lluvias, inundaciones y sequías, entre otros, y a los costos de adaptación y relocalización de los cultivos que deben operarse para no reducir la oferta alimentaria (20).

La seguridad alimentaria también se ve amenazada en el acceso, por el aumento de los precios internacionales de los alimentos básicos, bebidas y materias primas que han venido creciendo en la década pasada, siendo un determinante en particular para los hogares más pobres y en contexto de un aumento de las importaciones de alimentos, al obstaculizar la compra de bienes agropecuarios básicos, contribuyendo a afianzar la “trampa” de pobreza intergeneracional, debido a los bajos niveles de nutrición que puede alcanzar a los miembros más jóvenes de los hogares (20). Los estratos socioeconómicos más bajos son los que poseen una mayor prevalencia de niños con desnutrición y en quienes los efectos de la misma son más devastadores. Entonces, la desnutrición no sólo es una de las consecuencias de la desigualdad económica y social, sino que se transforma en una de sus causas, creándose así un círculo vicioso (10).

Todo lo anterior pone de manifiesto la necesidad de mejorar el acceso de la población a los distintos programas, para así disminuir las barreras no solo relacionadas con la atención en salud, sino también con la oferta que en materia de seguridad alimentaria y nutricional se encuentra disponible a través de los diferentes programas destinados a mejorar la nutrición de la población más vulnerable; lo que requiere de la articulación entre los diferentes actores y

sectores encargados de las acciones puestas en la PNSAN en sus diferentes dimensiones (22); ya que esto incide en la respuesta y la gestión que el sector salud pueda desarrollar para tener un impacto en la situación nutricional.

3. Prevalencia de exceso de peso, obesidad y sobrepeso en personas de 18 a 64 años

En la medida en que el ingreso y la urbanización aumentan, las personas gradualmente van adoptando un estilo de vida caracterizado por la reducción en la actividad física, por ocupar menos tiempo en las labores domésticas, y donde es más frecuente la ingesta de alimentos por fuera del hogar. Este tipo de dietas contienen más alimentos semi-procesados, contienen una mayor proporción de grasas saturadas, azúcares y colesterol. Este cambio es conocido como transición nutricional, la cual se relaciona con el incremento en el sobrepeso y en la obesidad. Aunque inicialmente se asociaba con las poblaciones urbanas más ricas, los expertos concuerdan que esta transición nutricional está afectando rápidamente a toda la sociedad en su conjunto (5).

También hay una relación causal entre esta transición nutricional con la transición epidemiológica, caracterizada por el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS, el sobrepeso (Índice de Masa Corporal IMC igual o mayor a 25) y la obesidad (IMC igual o mayor a 30) son el quinto factor de riesgo de muertes a nivel global (5).

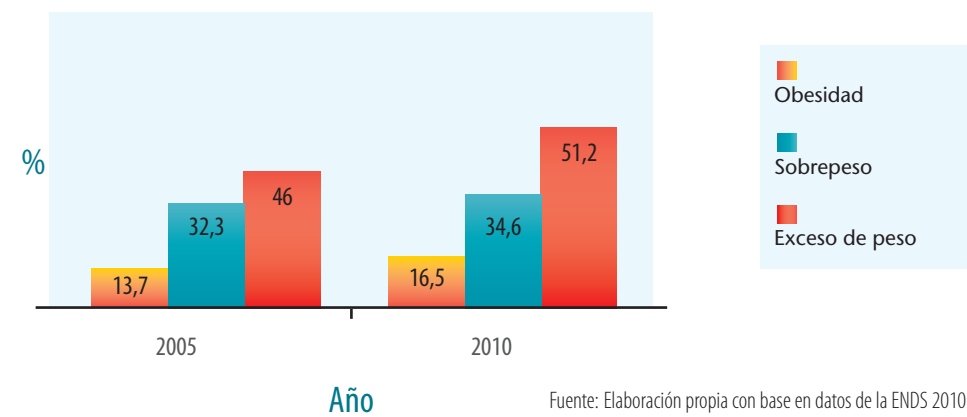
En ese sentido, la evidencia científica ha encontrado que la obesidad disminuye la esperanza de vida en siete años a partir de los 40 años de edad. Adicionalmente, se ha evidenciado una relación positiva entre el IMC superior a 25, el aumento del riesgo de tener enfermedad coronaria (14), diabetes (28), cáncer (14) y el riesgo de morir por las mismas enfermedades (29) (30). Debido a esta causa, ha surgido la necesidad inmediata de prevenir la mortalidad por estas enfermedades, disminuyendo la incidencia de los factores de riesgo prevenibles, dentro de los que se encuentran el sobrepeso y la obesidad (15).

En Colombia, según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2010, el exceso de peso en la población adulta sigue la misma tendencia creciente que se registra a nivel global. Solo en América Latina según resultados de algunas encuestas, se presentan prevalencias superiores al 40%, por lo cual esta enfermedad es ratificada como problema de salud pública (31).

En el país, la prevalencia de exceso de peso presenta una tendencia ascendente en los últimos 5 años, pasando de 46% en el 2005 a 51,2% en el 2010, lo que implica que más de la mitad de la población entre 18 y 64 años presentó algún grado de exceso de peso. A pesar de que tanto el sobrepeso como la obesidad aumentaron, cabe resaltar que hubo un aumento mayor en el porcentaje de obesos (2,8 puntos porcentuales). El exceso de peso es más prevalente en las mujeres (55,2% mujeres, 45,6% hombres) y en el grupo de edad de 53 a 57 años siendo mayor la obesidad en este grupo de edad que en el resto (31) (Ver Gráfico 7).

Gráfico 7

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



A diferencia del retraso en niños, el exceso de peso en adultos fue más prevalente en la población clasificada en los niveles de SISBEN más altos (53,5% en los niveles 4 o más, frente a 47,1% en el nivel 1), aunque en todos los niveles la prevalencia fue alta (31).

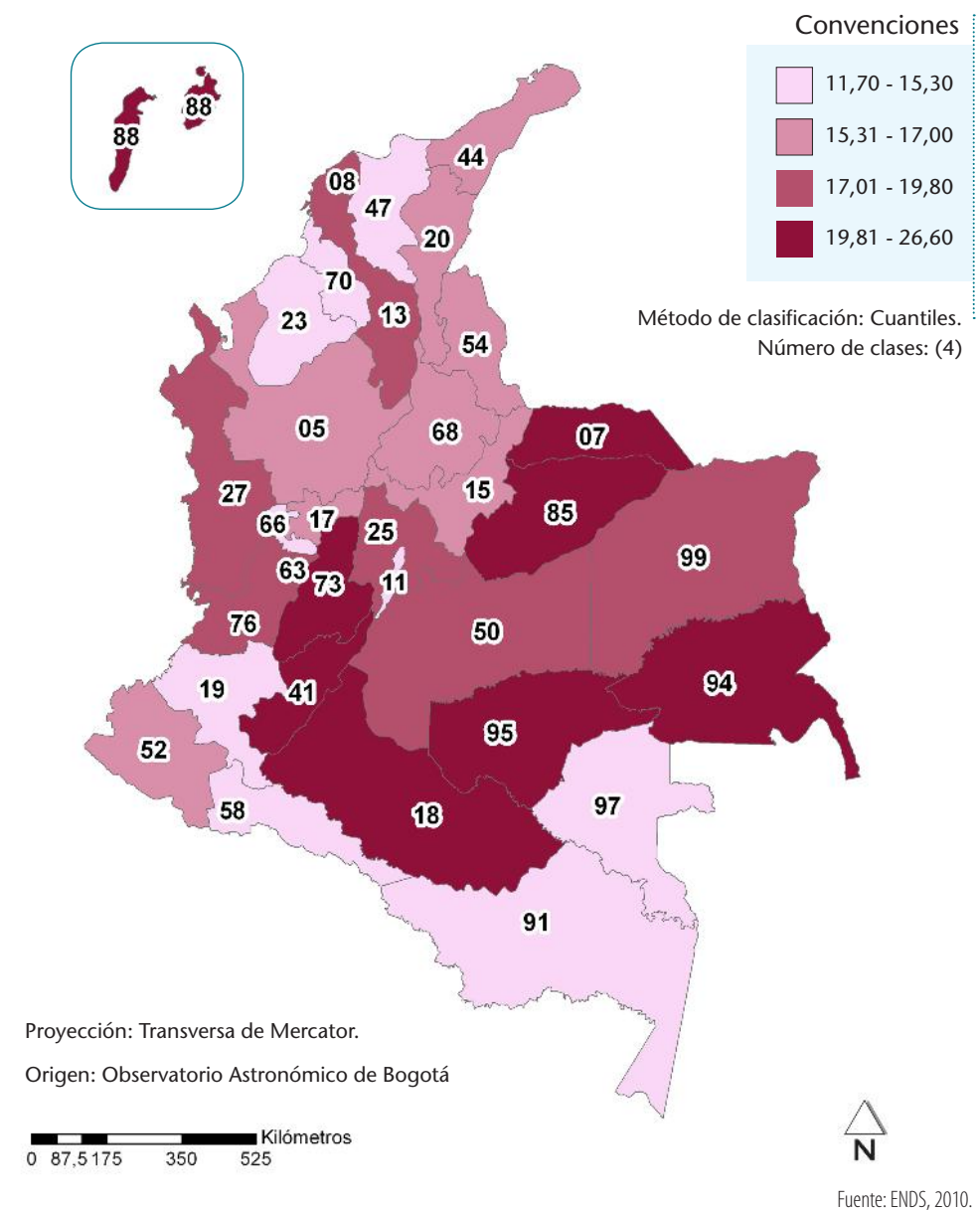
La prevalencia de obesidad también se presenta en mayor proporción en el grupo de edad de 53 a 64 años, afectando más a mujeres (20,1%) que a hombres (11,5%), y es mayor en población de nivel 3 del SISBEN (18,5%). Por zona, se presenta una mayor prevalencia de obesidad en la población de la zona urbana (17,2%) (31).

Respecto al sobrepeso o pre obesidad, la prevalencia fue del 34,6% siendo el grupo de 48 a 52 años el más afectado. No hay diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto de este indicador (34,1% vs.35%) (31).

A nivel departamental, los departamentos con mayores prevalencias de obesidad (por encima del 19,8%) son Vichada, Meta, Huila, Casanare, Arauca, Guainía, Tolima, Caquetá, Guaviare y San Andrés y Providencia, este último con una prevalencia del 26,6% como se observa en el Mapa 4.

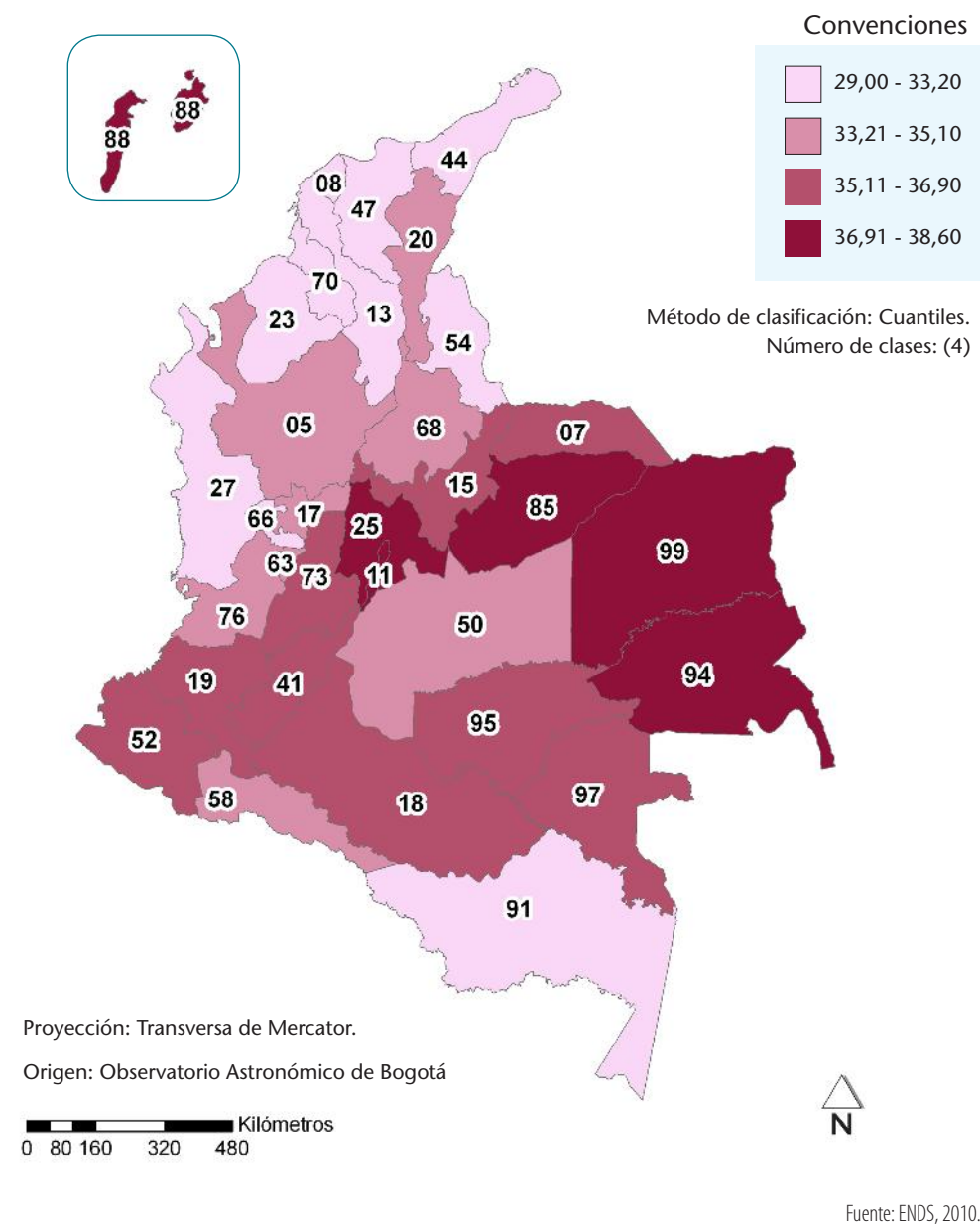
Mapa 4

PREVALENCIA DE OBESIDAD. 2010.



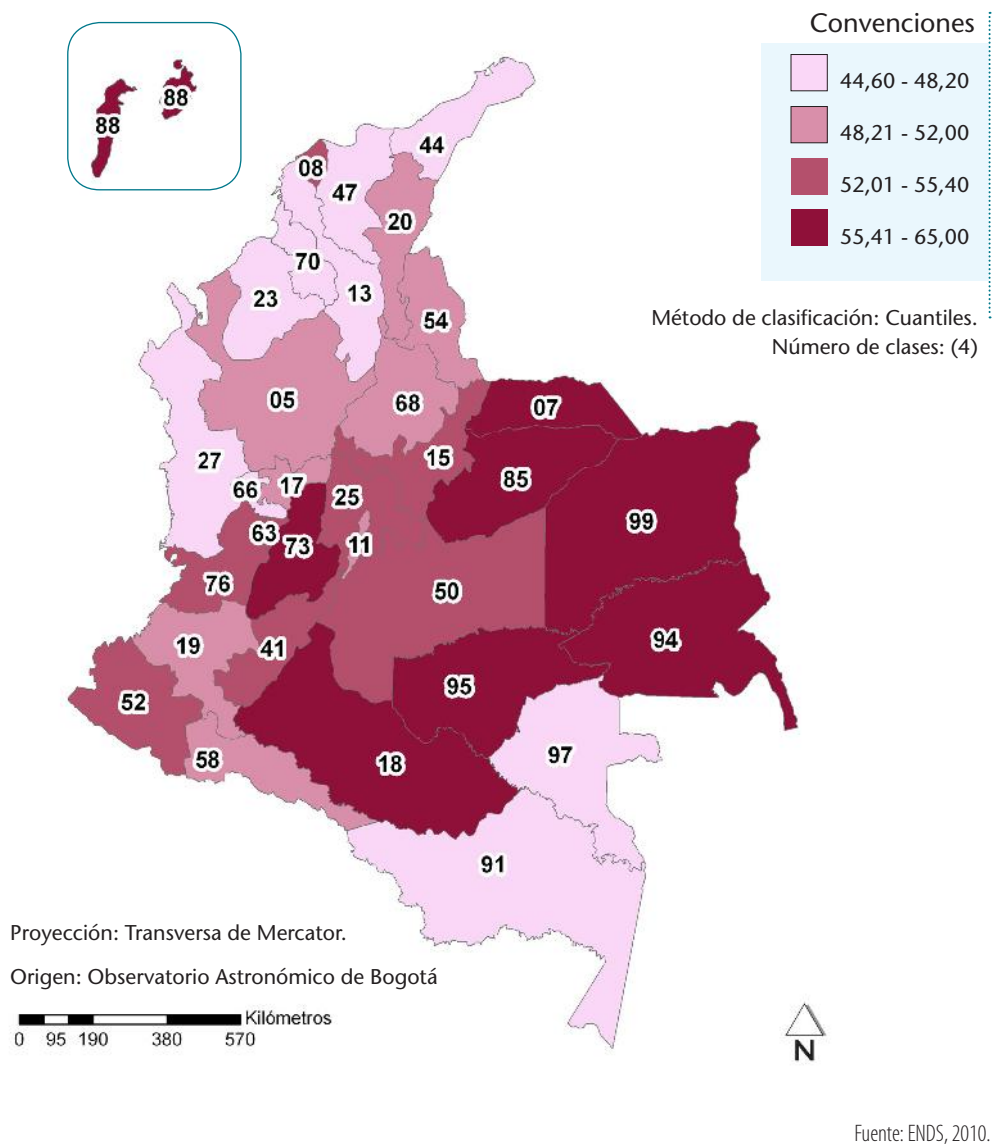
A su vez, los departamentos con mayores prevalencias de sobrepeso (por encima de 36,9%) son Guaviare, Caquetá, Bogotá D.C., Cundinamarca, Casanare, Guainía, San Andrés y Providencia y Vichada, este último con una prevalencia de 38,6% (Ver Mapa 5).

MAPA 5
Prevalencia de sobrepeso. 2010.



Respecto al exceso de peso, se observa que los departamentos con las mayores prevalencias se encuentran en mayor proporción en las regiones de la Orinoquía y de la Amazonía, dado también el comportamiento de la prevalencia de sobrepeso y de obesidad, como se ve en los Mapas 4 y 5. Las mayores prevalencias de exceso de peso (por encima de 55,4 %) se encuentran en los departamentos de Cundinamarca, Arauca, Tolima, Casanare, Vichada, Caquetá, Guainía, Guaviare, y San Andrés y Providencia, este último con una prevalencia del 65%. En general en este último departamento para los tres indicadores presenta las prevalencias más altas, lo que debe llamar la atención de las autoridades de este departamento frente al manejo de la malnutrición asociada al exceso de peso (Mapa 6).

MAPA 6
Prevalencia de exceso de peso. 2010.



La importancia de estos últimos indicadores, radica no solamente en el gran factor de riesgo para muchas enfermedades sino en que son entidades totalmente prevenibles mediante la adquisición de hábitos alimentarios saludables y la práctica de actividad física (AF) (14) (15). No obstante, una vez que un individuo padece de obesidad, la pérdida de peso es una tarea dispendiosa que requiere de un trabajo interdisciplinario y que en muchos casos conlleva riesgos adicionales para la salud (16).

En términos generales, tal y como lo presenta el informe del Banco Interamericano de Desarrollo 2010, Colombia presenta una doble carga de la malnutrición: persiste la desnutrición crónica, mientras aumenta el problema de exceso de peso en la población (transición nutricional). La desnutrición por un lado, se concentra en la población pobre, rural y en familias donde la madre no tiene educación. También se ven afectados grupos poblacionales como la población desplazada y la población indígena dadas sus condiciones socio-económicas. En cuanto al exceso de peso, además de observar el aumento en la prevalencia en la población urbana y conforme aumenta la edad; también se puede observar que también está comenzando a afectar población en las zonas rurales, dejando de lado el patrón urbano que caracteriza a esta condición. Revertir esta tendencia antes de que llegue a los extremos de prevalencia que se observan en otros países de la región y del mundo representa un reto para el país, ya que en la población adulta a partir de los 18 años de edad, la prevalencia aumenta entre 7 y 10 puntos porcentuales por cada rango de 5 años (casi dos puntos porcentuales por año de edad), llegando a más del 60% en personas de 40 y más años de edad. En ese sentido urgen acciones para detener y revertir esta tendencia tanto en niños, jóvenes y adultos (25).

COMPONENTE DE POLITICAS PÚBLICAS

TAL Y COMO LO RECOMIENDA LA FAO EN SU ÚLTIMO INFORME (5), para acelerar la reducción del hambre y garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN, se hace necesario que el proceso de crecimiento económico vaya acompañado de acciones de política pública conducentes a generar un ambiente propicio para que este proceso sea de largo plazo y permitan a lo más pobres superar situaciones de vulnerabilidad (crecimiento pro-pobre) y a su vez contribuyan al mejoramiento de todas las dimensiones de la seguridad alimentaria.

En ese sentido, la población pobre debe poder participar tanto en el proceso de crecimiento, como de los beneficios de este; como son el contar con un ingreso que les permita mejorar tanto la cantidad como la calidad de sus dietas; así como el contar con facilidades tanto para el acceso a servicios de salud en mejores condiciones y el acceso a agua potable y saneamiento básico. Particular atención se debe poner en la sensibilización sobre prácticas adecuadas de nutrición y de cuidado infantil, y en la suplementación con micronutrientes a la población con deficiencias agudas (5).

Estas acciones además deben estar acompañadas de la provisión de bienes públicos y servicios para el desarrollo de los sectores productivos, así como del acceso más equitativo a los recursos por parte de los más pobres, del desarrollo de acciones en pro del empoderamiento de

la mujer, y del diseño e implementación de sistemas y redes de protección social. Estos últimos, bien estructurados, son cruciales en la protección de los más vulnerables a través del fortalecimiento de capacidades, en particular de los pequeños agricultores, permitiéndoles el manejo de los riesgos y la adopción de nuevas tecnologías que permitan mejorar la productividad (5).

En especial, las políticas agrarias que favorecen el crecimiento de la agricultura son particularmente efectivas en la reducción del hambre y la malnutrición. La mayoría de los pobres extremos dependen de la agricultura y de actividades relacionadas como su principal medio de vida. Estas políticas que involucran a pequeños agricultores, especialmente a las mujeres, son más efectivas en la reducción del hambre y la pobreza extrema cuando logran aumentar los rendimientos del trabajo y generar empleo para los más pobres (5), lo que necesariamente debe estar acompañado de medidas que garanticen la tenencia de la tierra como principal activo.

Además de lo anterior, se hace necesario para la efectividad de estas políticas y programas el mejoramiento de los sistemas de gobernanza basados en la transparencia, en la participación, en procesos de accountability o rendición de cuentas, en el estado de derecho y en el reconocimiento de los derechos humanos (en particular el derecho humano a la alimentación) (5).

Si bien en Colombia, el abordaje intersectorial de la situación nutricional se había dado a través de instrumentos de política pública previos como el *Plan Nacional de Nutrición* 1996-2005; el tema toma particular importancia a partir del año 2000, cuando Colombia se compromete con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM, requiriendo para ello de una respuesta integral en términos de las dimensiones de la SAN. Posteriormente es aprobado el *Documento CONPES Social 113*, de septiembre de 2007, que contiene la *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN)*, cuyas acciones de política pública buscan cumplir el objetivo planteado en la misma que es “*Garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda, y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, calidad, variedad e inocuidad*”, incorporando además las cinco dimensiones de la SAN en dicho objetivo.

Además de la PNSAN, algunos elementos transversales que permiten la integralidad y la complementariedad de las acciones están puestos en políticas públicas como la Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la Primera Infancia”⁶, las estrategias de intervención integral dirigida a la población más vulnerable que se desprenden del Sistema de Protección Social creado por la Ley 789 de 2002 (ejemplo de estas estrategias son la Red Unidos y Más Familias en Acción) y la Ley de Obesidad⁷ reconociéndola como prioridad en salud pública.

A su vez, el actual plan nacional de desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos” incorpora metas específicas para la articulación con la PNSAN en sus distintas dimensiones, a partir de la formulación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019 como instrumento operativo de la política, y la conformación de la Comisión Intersectorial de Se-

6. Documento CONPES 109 de 2007.

7. Ley No. 1355 de 2009.

guridad Alimentaria y Nutricional CISAN como instancia de coordinación y de articulación de todas las acciones intersectoriales e interinstitucionales; todo desde un enfoque regional y territorial a través de los planes territoriales de SAN que se encuentran formulados o en fase de implementación, dadas las particularidades de cada región.

Según el informe de avance de la CISAN hay 17 planes de SAN en entidades territoriales de Amazonas, Caquetá, Huila Putumayo, Casanare, Bolívar, Córdoba, Cesar, Atlántico, San Andrés y los Distritos de Cartagena, Barranquilla y Santa Marta, Guainía, Vichada, Vaupés y Guaviare formulados y/o en fase de implementación (32). A su vez se encuentra en formulación la política de autonomía alimentaria y nutricional en los cuatro pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta: Arhuaco, Wiwa, Kogui, Kankuamo (33).

Frente a los avances en la creación del Observatorio Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional⁸, ya se encuentran a disposición los lineamientos técnicos desde la fase inicial de los componentes de investigación, comunicación y gestión del observatorio (34).

En materia de *disponibilidad*, las políticas planteadas desde el plan de desarrollo⁹ tienen por objeto garantizar el acceso a activos físicos (tierra y agua) y financieros, y al mejoramiento de capacidades para aprovechar dichos activos a través del acceso a servicios de asistencia técnica integral y a mecanismos que favorezcan el establecimiento de formas asociativas, así como a la provisión de bienes públicos. Por otra parte, en el caso del mercado interno del sector agropecuario, se busca garantizar la disponibilidad de alimentos prioritarios para la seguridad alimentaria en condiciones de calidad y precios competitivos, especialmente en los territorios con las mayores dificultades, en el marco propuesto por la PNSAN y en el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (35), además de la profundización de los mercados de alimentos a través del aumento en el consumo per cápita de alimentos clave en la nutrición. En ese sentido el Proyecto de Ley General de Tierras y Desarrollo Rural (36) propuesta por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural busca ser el instrumento de política pública a partir del cual se definan las líneas estratégicas para su implementación.

Respecto a las dimensiones de *acceso y consumo*, una primera estrategia para mejorar la situación de las familias respecto a estas dos dimensiones es la Red Unidos¹⁰ (estrategia para la superación de la pobreza extrema) ya que incorpora a las familias dirigiendo hacia estas las dimensiones de ingreso y trabajo de la red, y a través de las dimensiones de salud y nutrición.

Por otra parte la estrategia De Cero a Siempre incorpora acciones dirigidas a madres gestantes y lactantes y a niños y niñas hasta los 5 años 11 meses, a través de un paquete de Atención Integral a la Primera Infancia (API) que incluye acciones como el mejoramiento de los hábitos

de consumo de la familia, la promoción de la lactancia materna y la promoción de hábitos de vida saludable. Además se complementa con acciones como la suplementación con micronutrientes y fortificación de alimentos de consumo masivo como estrategia para reducir la desnutrición global, la desnutrición crónica, la anemia nutricional en la primera infancia y en las mujeres en periodo de gestación y en edad fértil (35).

Lo anterior acompañado del fortalecimiento a los sistemas de vigilancia en salud pública, desde la construcción del modelo y protocolo de vigilancia en salud pública del estado nutricional, bajo peso al nacer, malnutrición en la gestante, desnutrición, mortalidad por desnutrición, sobrepeso y obesidad (33).

Desde el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional¹¹, y desde los planes territoriales se realizará el seguimiento a los avances, desde la concurrencia de entidades y recursos del orden nacional, departamental, distrital y municipal, en el propósito de concentrar y complementar esfuerzos para aumentar la disponibilidad de alimentos y la capacidad de consumo de los mismos por parte de la población en cada región, mediante estrategias como la cobertura de los programas de apoyo alimentario para poblaciones vulnerables, la reconversión productiva de áreas con potencial de producción de alimentos, infraestructura para mejorar la distribución, y el abastecimiento de alimentos, entre otras, esenciales para garantizar la seguridad alimentaria (35).

Referencias Bibliográficas

1. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2012. ; 2012.
2. FAO. Declaración Mundial sobre Nutrición. ; 1992.
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano. La verdadera riqueza de las naciones: caminos al desarrollo humano. ; 2010.
4. FAO. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Infografía. ; 2012.
5. FAO-WFP-IFAD. The State of Food Insecurity in the World 2012. Economic Growth is necessary but not sufficient to accelerate reduction of hunger and malnutrition. Rome: FAO; 2012.
6. Unicef. Pneumonia and diarrhoea. Tackling the deadliest diseases for the world's poorest children. ; 2012.
7. OMS-OPS. Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países.. ; 2012.

8. Como instancia mixta de consulta y seguimiento a la política.
 9. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. Capítulo III. Crecimiento sostenible y competitividad.
 10. Esta estrategia hace parte de la Agencia para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE).

11. Se encuentra formulado y revisado por parte del Departamento Nacional de Planeación.

8. Defensoría del Pueblo. Las políticas públicas alimentarias en Colombia. Un análisis desde los derechos humanos. ; 2011.
9. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe. ; 2010.
10. Paraje G. Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe. Serie: Políticas Sociales. CEPAL. 2008;(140).
11. Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES. Documento CONPES Social 113. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. ; 2008.
12. Gorstein J. Assessment of nutritional status: effects of different methods to determine age on the classification of undernutrition. Bulletin of the World Health Organization 1989. 1989; 67(2): p. 143-150.
13. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes # 140: Modificación a Conpes social 91 del 14 de Junio de 2005: "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015". Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2011.
14. Haslam D, James W. Obesity. Lancet. 2005 Octubre 1; 366: p. 1197-20.
15. Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. Lancet. 2010 Noviembre 11.
16. Villareal DT, Suresh C, Parimi N, Sinacore D, Hilton T, Armamento-Villareal R, et al. Weight Loss, Exercise, or Both and Physical Function in Obese Older Adults. New England Journal of Medicine. 2011 Marzo; 364(13): p. 1218-29.
17. Gaitán H, Delgado M. Editorial. El bajo peso al nacer: otro ejemplo de inequidad en Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 60(2).
18. Castillo A. La desnutrición infantil en Colombia. Revista Económica Supuestos. Facultad de Economía. Universidad de Los Andes. 2012 Abril.
19. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá; 2010.
20. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Colombia Rural: Razones para la esperanza. ; 2011.
21. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Censo General. ; 2005.
22. Secretaría Distrital de Salud. Diagnóstico Distrital de Salud. Bogotá, D.C.; 2010.
23. World Health Organization. Fact sheet N°332: Early child development. [Online].; 2009. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/en/index.html>.
24. World Health Organization. New WHO child growth standards catch on. Bulletin of the World Health Organization. 2011; 89(4): p. 250-251.
25. Banco Interamericano de Desarrollo BID. Nutrición en Colombia: estrategia de país 2011-2014. Notas Técnicas No. 243. ; 2010.
26. Restrepo BN, Restrepo MT, Beltrán JC, Rodríguez M, Ramírez RE. Estado nutricional de niños y niñas de hasta seis años de edad en el resguardo Embera-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia. Bomédica. 2006 Diciembre; 26(4).
27. Rosinque G J, Restrepo MT, Manjarrés LM, Gálvez A A, Santa M J. Estado nutricional y hábitos alimentarios en indígenas Embera de Colombia. Revista chilena de nutrición. 2010 Septiembre; 37(3).
28. Hamman RF. Genetic and Environmental Determinants of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM). Diabetes Metabolism Reviews. 1992;8;; 8: p. 287-338.
29. Calle E, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thu M. Overweight, Obesity, and Mortality from Cancer in a Prospectively Studied Cohort of U.S. Adults. New England Journal of Medicine. 2003 Abril 24; 348(17): p. 1625-38.
30. WHO. Global Health risks:mortality and burden of disease attributable to selected major risks Geneva: WHO Press; 2009.
31. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN. ; 2010.
32. Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional CISAN. <http://www.rlc.fao.org>. [Online].; 2011 [cited 2012 noviembre 20. Available from: <http://www.rlc.fao.org/fileadmin/templates/iniciativa/content/pdf/gt2025/2012/presentaciones/colombia.pdf>.
33. Ministerio de la Protección Social-Avances en malnutrición en Colombia. <http://new.paho.org/nutricionydesarrollo/>. [Online].; 2011 [cited 2012 noviembre 20. Available from: URL: <http://tinyurl.com/cjuo7o9>.
34. Ministerio de Salud y Protección Social-Instituto Nacional de Salud-Universidad de Antioquia. <http://www.icbf.gov.co>. [Online].; 2011 [cited 2012 noviembre 20. Available from: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Beneficiarios/Nutricion-SeguridadAlimentaria/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Seguridad%20Alimentaria%20y%20Nutricional/libroosan.pdf>.
35. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 "Prosperidad para todos". ; 2010.
36. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Proyecto de Ley General de Tierras y Desarrollo Rural.; 2011.

4 Como Vamos con las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT son actualmente la principal causa de muerte a nivel global. Según datos presentados tanto en el informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 como en el Reporte Mundial de Enfermedades No Transmisibles 2011 publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los 57 millones de defunciones que se calcula ocurrieron en el mundo en 2008, 36 millones (63%) fueron por causa de estas enfermedades. El crecimiento de la población y la mayor longevidad están conduciendo a un rápido aumento del número total de adultos de mediana edad y mayores, así como al correspondiente incremento de las cifras de muertes debidas a ECNT. Dentro de las causas de muerte por ECNT, según el informe Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa (48%), seguidas del cáncer (21%) y enfermedades respiratorias crónicas (12%). La diabetes es responsable directa del 3,5% de las defunciones debidas a ECNT. Se prevé que el número anual de defunciones debidas a enfermedades cardiovasculares aumente de 17 millones en 2008 a 25 millones en 2030. La previsión es que la cifra anual de defunciones por ECNT alcance los 55 millones en 2030; en cambio, se pronostica que la debida a enfermedades infecciosas disminuirá a lo largo de los próximos 20 años (1,2,3).

Los principales riesgos globales de mortalidad son la hipertensión arterial (responsable del 13% de las muertes a nivel global, el tabaquismo (9%), la hiperglucemia (6%), la inactividad física (6%) y el sobrepeso y la obesidad (5%) (2). Estos riesgos son responsables del aumento de las ECNT como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Ocho factores de riesgo (consumo de alcohol, hipertensión arterial, Índice de Masa Corporal IMC alto, hipercolesterolemia, hiperglucemia, bajo consumo de frutas y verduras e inactividad física) dan cuenta del 61% de la mortalidad cardiovascular. Estos mismos factores de riesgo combinados, dan cuenta además de más de tres cuartos de la enfermedad isquémica del corazón: la principal causa de muerte a nivel global (4). Por tanto, la reducción de la exposición a estos ocho factores de riesgo podría incrementar la expectativa de vida en casi 5 años, ya que alrededor de una cuarta parte de las muertes relacionadas con ECNT a nivel global ocurren antes de los 60 años de edad. (5,4)

Las ECNT no solo representan costos para el sistema de salud. También representa costos para la economía, para los hogares y para los individuos, por las implicaciones que tienen los períodos prolongados de salud-enfermedad que subyacen a las ECNT, que en su mayoría están acompañados de algún grado de discapacidad, lo que resulta en pérdida de productividad y en

la reducción del número de horas trabajadas; ya que estas enfermedades están afectando a personas cada vez más jóvenes. Estos costos son más altos en países de medianos y bajos ingresos (6). Por ejemplo, el costo de las ECNT y de sus factores de riesgo oscila entre menos del 1% al 7% del Producto Interno Bruto (7,8). De hecho, según proyecciones hechas por el foro Económico Mundial, las pérdidas económicas acumuladas en los países de medianos y bajos ingresos superaran los US\$7 trillones en el período 2011-2025 (con una pérdida promedio de US\$ 500 billones por año) (8).

Por el contrario, los costos de implementar estrategias para la prevención de ECNT son bajos. Por ejemplo, medidas para la reducción del tabaquismo y del consumo de alcohol, y para la reducción de la alimentación insalubre y de la inactividad física; pueden tener un costo estimado de US\$ 2 billones por año para todos los países de medianos y bajos ingresos (menos de US\$ 0,40 por persona); lo que en términos de salud implica que el retorno de esta inversión serán millones de muertes prematura evitadas (8).

Es por ello que desde la declaración política del encuentro sobre ECNT, promovido por la OMS se estableció un marco de monitoreo global para hacer seguimiento a la implementación de estrategias y planes nacionales para la prevención y manejo de las cuatro principales ECNT: enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Un aspecto central de este marco es la meta propuesta por los estados miembro frente a las ECNT, la cual plantea una reducción de la mortalidad prematura a causa de las cuatro principales ECNT en 25% para el 2025 (5,9).

CONTEXTO GLOBAL Y REGIONAL

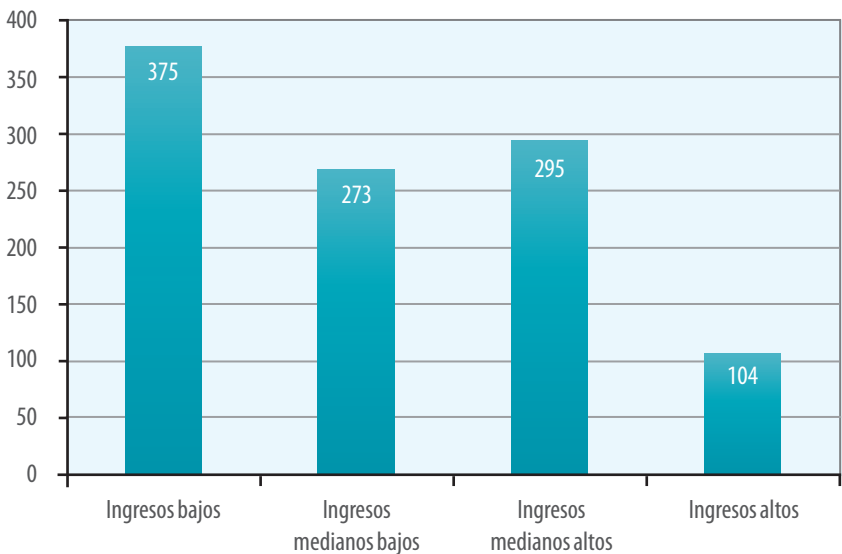
EN LAS SOCIEDADES DE ALTOS INGRESOS, EL CRECIMIENTO ECONÓMICO ha estado asociado con un descenso sostenido de la mortalidad en el tiempo, y por consiguiente con un mejoramiento de la expectativa de vida. El cambio de una economía agraria a una economía industrial y de manufacturación, ha estado acompañado a su vez, de un cambio en el patrón de la enfermedad, donde las primeras causas de muerte pasaron de enfermedades transmisibles a enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales se desarrollan típicamente por una exposición prolongada a factores de riesgo y por el aumento en la proporción de población que vive más años. Este cambio se conoce como transición demográfica, que hace referencia al cambio en el tiempo de los patrones de morbilidad y mortalidad, por lo que las enfermedades infecciosas son gradualmente reemplazadas por enfermedades crónicas y/o degenerativas como primera causa de morbi mortalidad. (10)

En países de bajos y medianos ingresos las enfermedades transmisibles siguen estando dentro de las primeras causas de muerte infantil. Pero las enfermedades no transmisibles dan cuenta de más del 50% de las muertes en adultos a excepción de Asia del Sur y África subsahariana. En los países tanto de bajos, medianos como de altos ingresos, la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares (de las cuales, el accidente cerebrovascular es el mejor

ejemplo) son la principal causa de muerte en adultos (10). En 2008, alrededor del 80% de todas las defunciones debidas a ECNT (29 millones) se produjeron en países de ingresos bajos y medianos (2,3), encontrándose una relación entre la tasa de mortalidad por ECNT y el nivel de ingreso del país. Estas tasas son más altas en los países de bajos ingresos (1) (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1

TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
Y DIABETES EN ADULTOS ENTRE 30 Y 70 AÑOS NORMALIZADA
SEGÚN LA EDAD POR 100.000 HABITANTES, POR NIVEL DE INGRESOS.

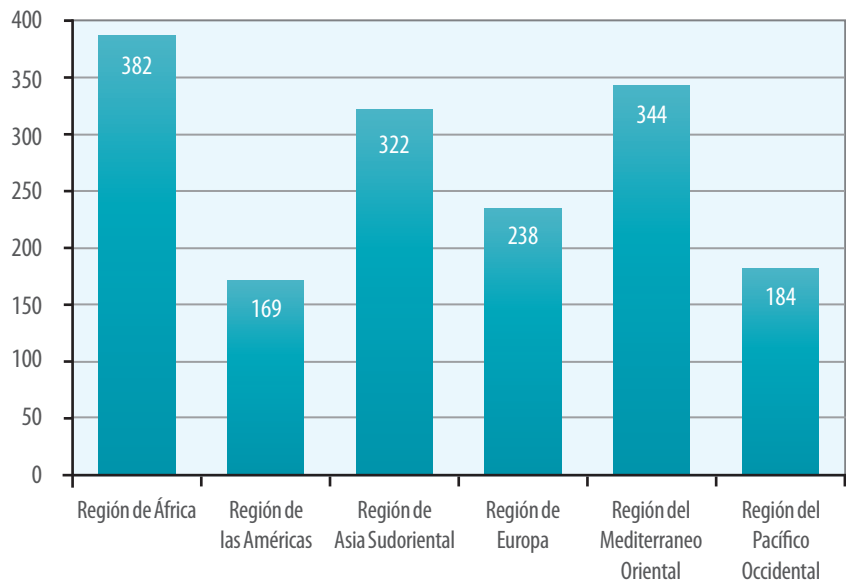


Fuente: Elaboración propia con base en datos del Informe *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, OMS. 2012.

Además, se calcula que en países de bajos ingresos la proporción de defunciones a causa de ECNT que se producen en personas de menos de 70 años es más alta, del 48% frente al 26% en los países de ingresos altos, con una media mundial del 44%. Tales tasas de mortalidad prematura debida a las ECNT son un factor primordial a la hora de determinar el impacto de estas afecciones. La probabilidad de morir por una ECNT entre los 30 y 70 años registra sus cifras más altas en el África Subsahariana, mediterráneo Oriental y partes de Asia (Ver Gráfico 2) (2).

Gráfico 2

TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
Y DIABETES EN ADULTOS ENTRE 30 Y 70 AÑOS NORMALIZADA
SEGÚN LA EDAD POR 100.000 HABITANTES, POR REGIÓN.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Informe *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, OMS. 2012.

Aunque la evidencia es limitada, sugiere que la búsqueda del crecimiento económico está afectando cada vez más a los sistemas tradicionales de alimentación, y al mismo tiempo, está incrementando el consumo de alimentos procesados y de cigarrillos manufacturados. Las sociedades agrícolas tradicionales se han transformado abruptamente en sociedades urbanas pobres dejando a sus miembros expuestos al nivel más bajo del estilo de vida industrial moderno cuyos riesgos se encuentran totalmente desprotegidos (10).

Subyace a esta abrupta transformación una forma particular de globalización que favorece la integración de las economías nacionales en sistemas globales para la producción de bienes. Se caracteriza por la apertura de corporaciones transnacionales en los países más pobres, esto acompañado de la reducción en la provisión de servicios de salud y de bienestar de carácter público. Una consecuencia es que los países más pobres pueden disponer de nuevos mercados para el tabaco procesado y para la “comida chatarra” y al mismo tiempo tener falencias en el suministro de agua potable y de alcantarillado, como por ejemplo Bangladesh, que cuenta con tasas de hombres fumadores entre 35 y 49 años por encima del 70%, pero más del 80% de la población vive con menos de US\$2 al día y la mayoría de la población se encuentra sin acceso a saneamiento básico) (10)

Sin embargo, este amplio panorama oculta patrones mucho más complejos. Muchos países de bajos ingresos están siguiendo el patrón visto en los países más ricos, presentando una doble carga de enfermedad lo que implica que altas tasas de enfermedades infecciosas persisten a la par con el incremento de ECNT (10).

La epidemia de ECNT afecta más a las personas más pobres. Las ECNT y la pobreza crean un círculo vicioso donde las condiciones de pobreza exponen a las personas a factores de riesgo para estas enfermedades, las cuales a su vez son un condicionante para que las familias no superen la pobreza (3). Las personas ubicadas en las posiciones sociales y económicas más desaventajadas se enferman y mueren más rápido que las personas de posiciones más altas como resultado de las ECNT. Los factores que determinan la posición social son la educación, la ocupación, el ingreso, el género y la etnia. La evidencia muestra la correlación entre algunos de determinantes sociales, en especial de la educación, con la prevalencia de factores de riesgo y la prevalencia de ECNT (3).

La prevalencia de estos factores de riesgo varía entre grupos de países por ingreso, región y sexo. En la *Tabla 1* se puede observar la prevalencia de algunos de estos factores de riesgo tanto por regiones como por nivel de ingreso. Estos factores incluyen el tabaquismo y el consumo de alcohol, el consumo de dietas altas en grasas saturadas, el aumento del nivel de glucosa en sangre, el consumo de azúcares y alimentos refinados, la inactividad física, el sobrepeso y la obesidad. Estos factores figuran dentro de los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel global (10,1).

Por regiones se observa que las mayores prevalencias de hiperglucemia se presentan en las regiones del Mediterráneo Oriental y de las Américas. A su vez, la obesidad, que antes se consideraba un problema de los países de altos ingresos, está aumentando en los países de medianos y bajos ingresos, sobre todo de la región de África y la región de las Américas. La prevalencia de la hipertensión arterial registra las mayores cifras en algunos países de ingresos bajos de África, mientras que en muchos países de ingresos altos ha descendido gracias a intervenciones de salud pública. La prevalencia del consumo de tabaco es otro factor predictivo importante de la futura carga de morbilidad relacionada con el tabaquismo, siendo mayor en los países de ingresos más altos (2). Si no se intervienen estos factores de riesgo, se aumentarán las muertes a nivel global en un 17% en los próximos 10 años (11).

Tabla 1
PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ECNT POR REGIONES Y POR NIVEL DE INGRESOS

	Prevalencia de la hiperglucemia en ayunas en adultos de 25 o más años (%)		Prevalencia de la tensión arterial alta en adultos de 25 o más años (%)		Obesidad en adultos de 20 o más años (%)		Prevalencia de consumo de cualquier producto de tabaco fumado entre adultos de 15 o más años (%)		Prevalencia de consumo actual de tabaco en adolescentes de entre 13 y 15 años (%)	
AÑO/PERIODO	2008		2008		2008		2009		2005-2010	
SEXO	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Mundial	9,8	9,2	29,2	24,8	10,0	14,0	36	8	18	11
POR GRUPOS DE PAISES SEGÚN REGION										
Región de África	8,3	9,2	38,1	35,5	5,3	11,1	17	3	20	13
Región de las Américas	11,5	9,9	26,3	19,7	23,5	29,7	26	16	23	21
Región de Asia Sudoriental	9,9	9,8	25,4	24,2	1,7	3,7	33	4	17	9
Región de Europa	9,6	8,0	33,1	25,6	20,4	23,1	41	22	20	15
Región del Mediterráneo Oriental	11,0	11,6	30,7	29,1	13,0	24,5	30	5	21	8
Región del Pacífico Occidental	9,2	8,6	28,7	23,7	5,1	6,8	51	4	10	6
POR GRUPO DE PAISES SEGÚN INGRESO										
Ingresos bajos	8,2	8,4	32,9	29,9	2,6	5,1	30	4	16	11
Ingresos medianos bajos	9,8	9,8	28,7	26,0	4,7	8,4	39	4	17	8
Ingresos medianos altos	10,4	10,3	35,3	28,3	19,5	28,9	37	15	26	22
Ingresos altos	10,0	7,1	24,8	17,4	21,8	21,6	32	19	17	13

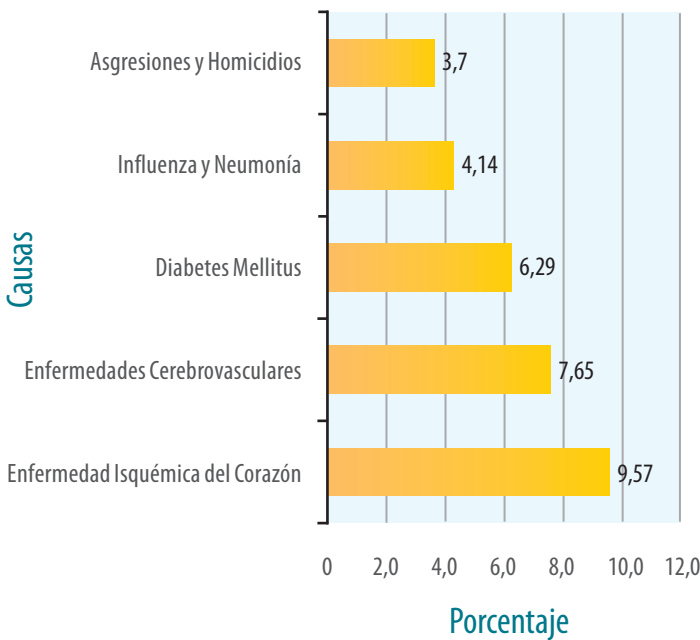
Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales, OMS. 2012.

Por otra parte la prevalencia de inactividad física aumenta conforme aumenta el nivel de ingreso. Los países de ingresos altos presentan el doble de la prevalencia de inactividad física registrada en los países de ingresos bajos, tanto en hombres como en mujeres, con un 41% en hombres y un 48% en mujeres en los países de altos ingresos, en comparación con el 18% en hombres y el 21% en mujeres en los países de bajos ingresos (1).

Respecto a la situación en la región de las Américas, según el informe Salud en las Américas 2012, se calcula que alrededor de 250 millones de personas padecen alguna ECNT. En 2007,

3,9 millones de personas murieron por ECNT, 37% menores de 70 años, y, de acuerdo con los datos del Observatorio Regional de Salud de la OMS/OPS (12) dentro de las cinco primeras causas de muertes en la región se encuentran ECNT como enfermedad isquémica del corazón con un 9,57%, enfermedades cerebrovasculares con un 7,65% y diabetes mellitus con un 6,29%, ocupando los tres primeros lugares. (Ver Gráfico 3)

Gráfico 3
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LAS AMÉRICAS. 2008.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Observatorio Regional de Salud OPS/OMS 2012.
Disponible en: http://ais.paho.org/hip/viz/mort_causasprincipales_lt_oms.asp

Hay que tener en cuenta que, según el perfil epidemiológico de la región, como lo muestra el informe de Prioridades para la salud cardiovascular en las Américas 2011, un alto porcentaje de la población adulta de menos de 70 años de edad está en riesgo de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años: hasta un 41% de los hombres y el 18% de las mujeres en países con tasas muy bajas de mortalidad adulta e infantil (por ejemplo, Canadá, Cuba y los Estados Unidos), hasta el 25% de los hombres y el 17% de las mujeres en los países con tasas bajas de mortalidad adulta e infantil (Argentina, Barbados y Chile), y hasta un 8% de los hombres y el 6% de las mujeres en los países con tasas muy altas de mortalidad adulta e infantil (Bolivia y Ecuador) (13).

Entre 2000 y 2007, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la región disminuyó 19% (de 207,8 a 167,9 por 100.000 habitantes -tasas ajustadas en 2007-) con un comporta-

miento diferenciado por subregiones: en América del Norte el descenso fue de 25% (de 192,3 a 144,2) y en el Caribe no latino, 14% (de 296,4 a 254,9). En América Latina, a su vez, entre 2000 y 2009 la reducción también fue de 14% (de 229,9 a 191,4 por 100.000 habitantes). Si bien, las reducciones observadas en América del Norte y América Latina fueron lineales y estadísticamente significativas, en el Caribe no latino, el descenso fue estadísticamente significativo pero no lineal (14). Adicionalmente, la diabetes causa en la región alrededor de 242.000 muertes anuales, de las cuales 22.000 (8%) se estima que son evitables, considerando que ocurrieron en personas menores de 50 años de edad. El comportamiento de la mortalidad entre países es diferente. Mientras la tasa de diabetes tiende a descender en algunos países (Canadá, Estados Unidos y Argentina), en otros como Cuba, Ecuador, El Salvador y México, la tendencia es ascendente. Se proyecta que el número de personas con diabetes en las Américas se incrementará de 62,8 millones en 2011 a más de 91 millones en 2030 (14).

De hecho en el Informe Global de la OMS 2009, la región de América Latina y el Caribe para el 2004, ya concentraba la mayor carga por ECNT (62,1%); seguida por enfermedades transmisibles y lesiones. Las primeras 10 causas fueron responsables de 35,5% del total de AVISA¹. Dentro de los padecimientos de relevancia estuvieron la enfermedad isquémica del corazón, problemas asociados al consumo de alcohol, enfermedades cerebrovasculares y diabetes, además de depresión, violencia y accidentes de tránsito (15). Se estima que esta carga crónica se incrementará como resultado del envejecimiento de la población y de la disminución relativa de la proporción de enfermedades transmisibles. Se prevé que los casos de diabetes, enfermedad isquémica del corazón y la mortalidad por accidentes cerebrovasculares se tripliquen en América Latina y el Caribe durante las próximas dos décadas (6).

Sumado al perfil epidemiológico de las ECNT, el perfil demográfico reviste una particular importancia, teniendo en cuenta que en la región, para el año 2006 ya vivían cerca de 100 millones de personas mayores de 60 años. Para el 2020 se espera que esta cifra se duplique y más de la mitad de ellos vivirán en América Latina y el Caribe. El 69% de quienes nacen en América del Norte y el 50% de quienes nacen en América Latina y el Caribe vivirán más allá de los 80 años. Por primera vez en la historia de la humanidad, cuatro generaciones estarán vivas al mismo tiempo. Todo ello contribuye a la construcción de un importante capital social. Si bien estas tendencias son sin duda un reflejo de los principales éxitos de la salud pública alcanzados en el último siglo, el envejecimiento acarrea un aumento en las enfermedades crónicas y las discapacidades (14).

En la actualidad, la situación de las ECNT en la región es bastante compleja, porque alrededor de 40% de las muertes se producen prematuramente, justo en el momento de mayor productividad de la vida, cuando el impacto económico y social es más sustantivo, porque la tasa de discapacidad resultante es una carga demasiado pesada, y tienen un impacto catastrófico en la economía de los gobiernos y de las familias por el gasto derivado de los tratamientos y la pérdida de años de vida potencial y de productividad causadas por muertes prematuras y discapacidad. Estas enfermedades contrarrestan los esfuerzos de la lucha contra la pobreza y

1. AVISA: Años de vida saludable perdidos.

contribuyen a profundizar las inequidades en salud (13).De hecho, por ejemplo el 30% de las muertes prematuras por enfermedades cardiovasculares ocurre en el quintil más pobre, mientras que sólo el 13% corresponde al quintil más rico (14).

Atender estos factores de riesgo como causas proximales de las ECNT, reviste gran relevancia porque resuelve en parte la carga de enfermedad y muerte. Sin embargo, su sostenibilidad depende de factores causales intermedios y distales, que demandan intervenciones multi e intersectoriales que modifiquen en el mediano y largo plazo la génesis de las causas proximales mencionadas. Estas “causas de las causas” son esencialmente de naturaleza estructural y solo podrán ser alteradas en la medida en que se modifiquen e innoven las políticas que determinan las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, de forma tal que se puedan reducir de manera progresiva y efectiva aquellas inequidades evitables que afectan de manera injusta a la salud individual y colectiva, indistintamente de la composición étnica, preferencia sexual, creencias o filiaciones políticas (14).

COMPORTAMIENTO A NIVEL NACIONAL

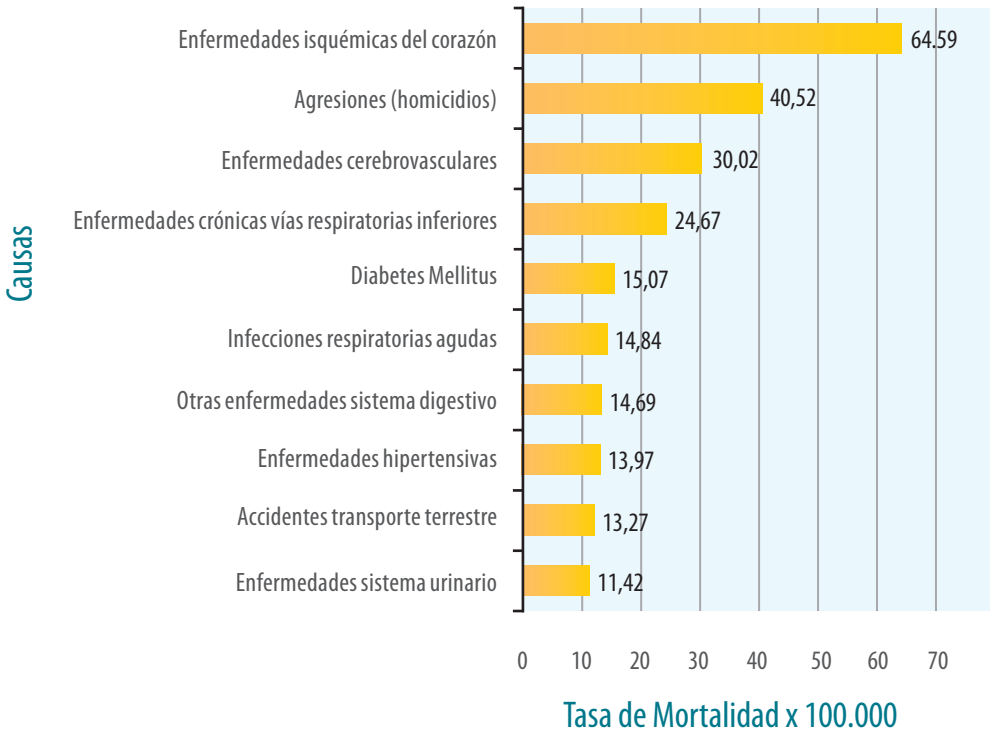
EN EL PAÍS, SEGÚN EL INFORME SALUD EN LAS AMÉRICAS 2012, se observa un incremento de la carga de morbi mortalidad por ECNT, especialmente cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias y diabetes. La prevalencia de hipertensión arterial en adultos fue 8,8% y de 3,5% para diabetes. Las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de muerte en la población general (enfermedad isquémica 83,7 muertes por 100.000 habitantes, y enfermedad cerebrovascular 42,6). En los adultos de 30 a 64 años las enfermedades cardiovasculares ocuparon los primeros lugares junto con las causas traumáticas. En adultos mayores predominan las ECNT (14).

Como se puede observar en el *Gráfico 4*, dentro de las diez primeras causas de mortalidad en el país durante el año 2010, se encuentran ECNT como la enfermedad isquémica del corazón, con una tasa de 64,59 por 100.000 habitantes, siendo esta la primera causa de mortalidad en el país. Le sigue en tercer lugar la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares con una tasa de 30,02 por 100.000 habitantes, la mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias con una tasa de 24,67 por 100.000 habitantes y la mortalidad por diabetes mellitus con una tasa de 15,07 por 100.000 habitantes entre otras causas, según lo calculado por Así Vamos en Salud (16).

Por otra parte, según el último estudio de carga de la enfermedad realizado en el país, la morbilidad por ECNT representa la mayoría de la carga según AVISA, con un 76%, 81% en mujeres y 72% en hombres. En hombres la predominancia de la pérdida de años saludables por discapacidad por ECNT tiene un peso del 84,4%. Entre las mujeres, la pérdida de años saludables por discapacidad tiene un peso de 83,9%. En total para ambos sexos se pierde el 84,2% de los AVISA atribuibles a ECNT por años vividos con discapacidad (17).

A continuación se presentara el comportamiento de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y de la mortalidad por diabetes mellitus.

Gráfico 4
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN COLOMBIA, AÑO 2010



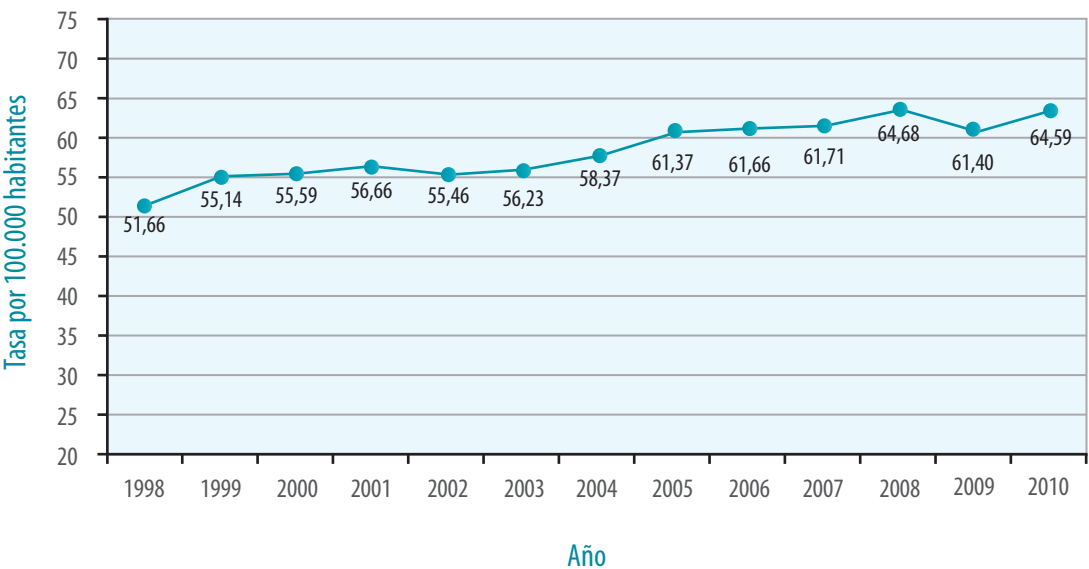
Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas vitales-Proyecciones de población. DANE, 2010.

Tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón

Las enfermedades isquémicas del corazón, además de que representan la primera causa de muerte en Colombia desde el año 2005, tienen una tendencia al aumento, pasando de 51,66 muertes por 100.000 habitantes en 1998 a 63,59 en el año 2010; presentando en el año 2008 la tasa más alta en los últimos 10 años con 64,68 muertes por cada 100.000 habitantes, según lo observado por Así Vamos en Salud (*Ver Gráfico 5*) (16).

Gráfico 5

TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN
POR 100.000 HABITANTES. 1998-2010.

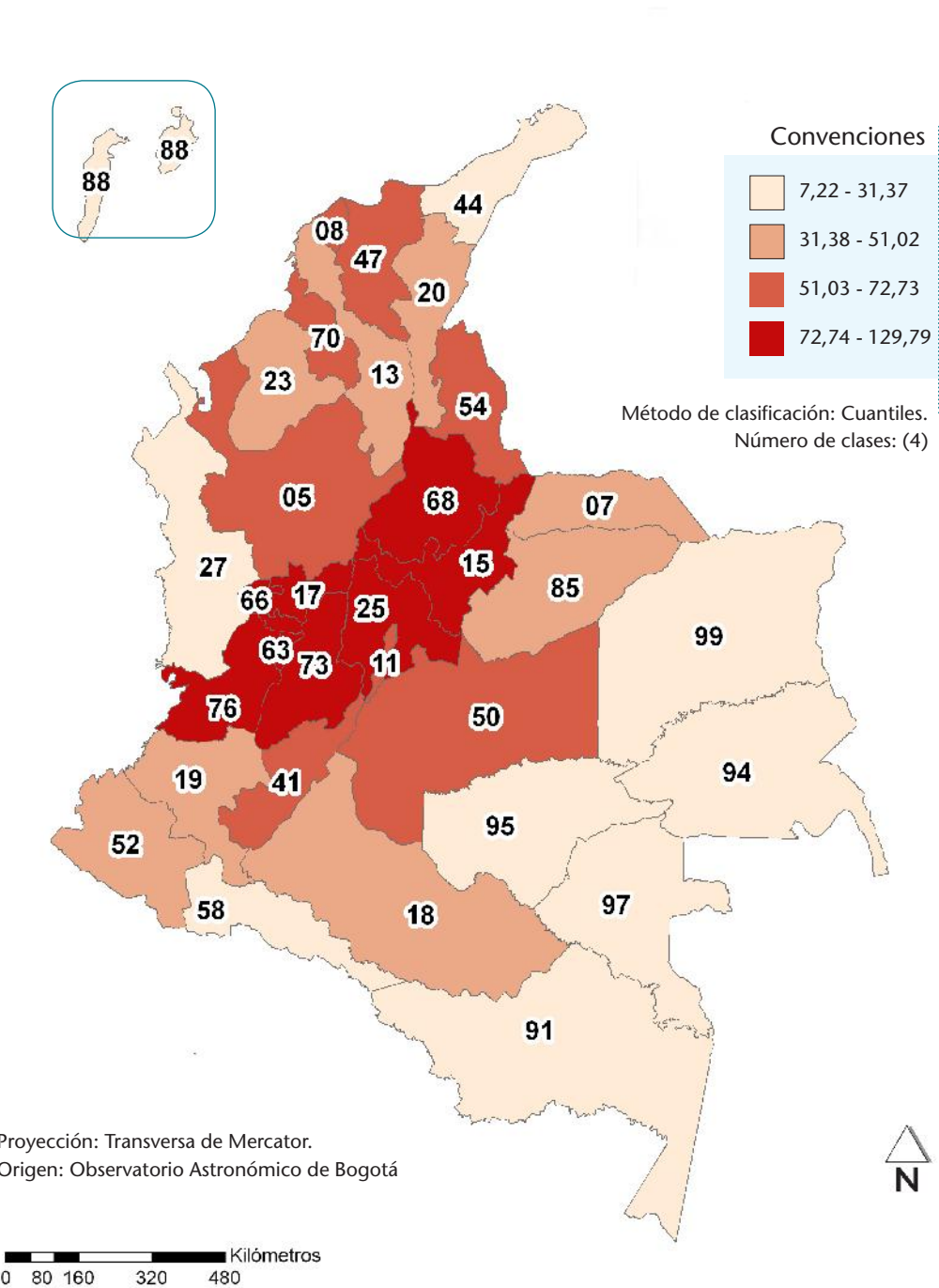


Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas vitales y Proyecciones de Población-DANE. 1998-2010.

A nivel regional, el comportamiento del indicador para el año 2010 presentaba diferenciales por departamentos; encontrándose departamentos como Tolima, Caldas, Quindío y Risaralda, con tasas de mortalidad por encima de 100 muertes por 100.000 habitantes; mientras que departamentos como Putumayo, Guainía, Amazonas y Vaupés presentaban tasas inferiores a 20 muertes por 100.000 habitantes. Gran parte de la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón se concentra en la región central. Por el contrario, las tasas mas bajas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón se presentan en las regiones de la Orinoquia y la Amazonía, como se puede observar en el *Mapa 1*.

MAPA 1

Tasa de Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón
por 100.000 habitantes por departamento. 2010.

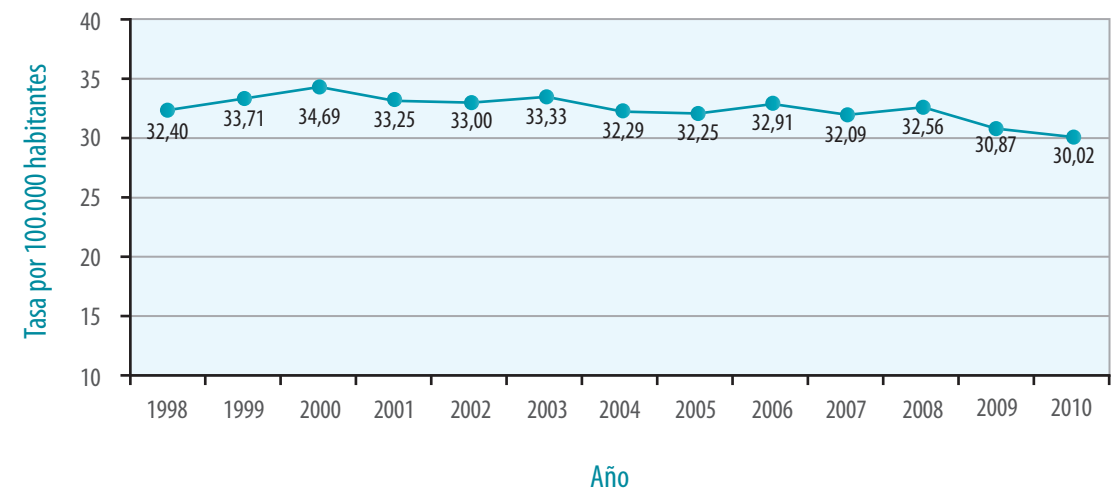


Fuente: Estadísticas vitales y Proyecciones de población DANE, 2010.

Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares

Según lo observado por Así Vamos en Salud, en Colombia, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad, siendo para el año 2010 la tercera causa de mortalidad con una tasa de 30,02 muertes por 100.000 habitantes. Como se puede observar en el *Gráfico 6*, la tendencia se mantiene estable, ya que en el período 1998-2010, la tasa se ha mantenido entre 30 y 32 muertes por 100.000 habitantes (16).

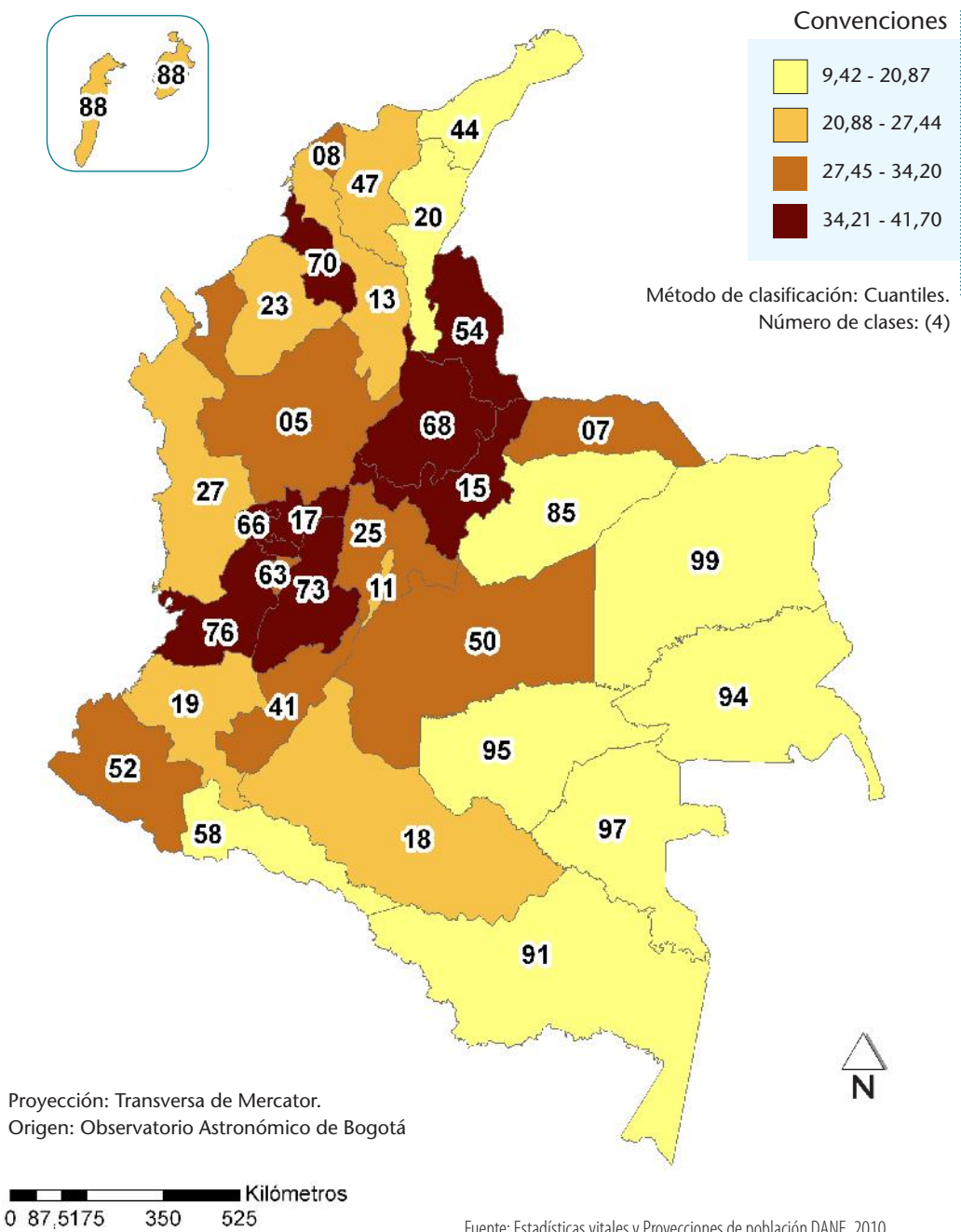
Gráfico 6
TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES
POR 100.000 HABITANTES. 1998-2010.



Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas vitales y Proyecciones de Población-DANE. 1998-2010.

A nivel regional, los departamentos que presentan mayores tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares son Valle del Cauca, Risaralda y Boyacá, presentando tasas por encima de 40 muertes por 100.000 habitantes. Por otra parte departamentos como Vichada, La Guajira, Amazonas, Vaupés, Guaviare, Putumayo y Casanare presentan tasas por debajo de 20 muertes por 100.000 habitantes. Se presenta una distribución regional similar al observado con la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, ya que hay una concentración de altas tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en la región Central, y por el contrario, se observan las tasas más bajas en las regiones de Orinoquia y Amazonía, como se puede ver en el *Mapa 2*.

MAPA 2
Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares
por 100.000 habitantes por departamento. 2010.

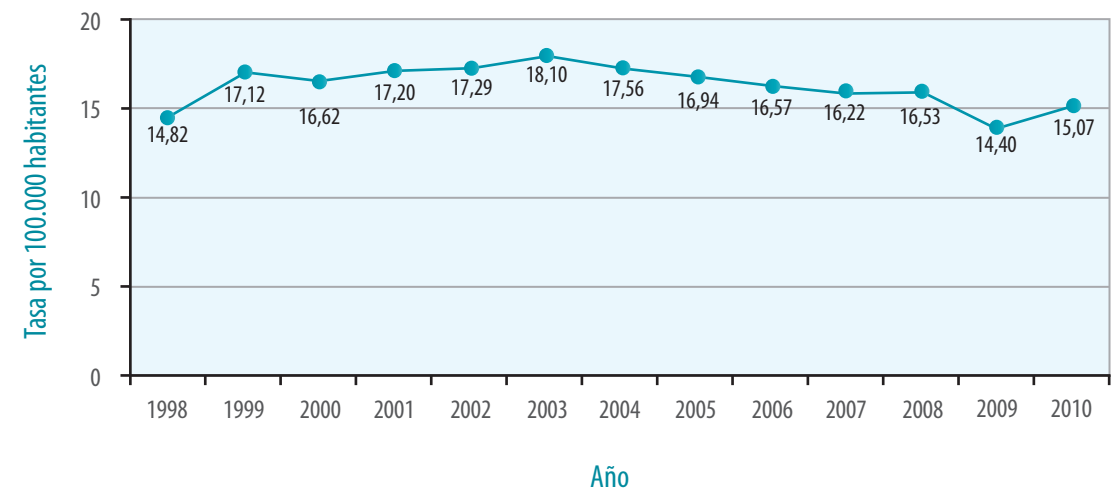


Tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus

De acuerdo con los datos del programa Así Vamos en Salud, durante el 2010 en Colombia murieron 6.859 personas a causa de esta enfermedad para una tasa de 15.07 muertes por cada 100.000 habitantes, ocupando la quinta causa de muerte en el país. Durante el período 1998-2010, no se han presentado cambios significativos en el comportamiento de este indicador (Ver Gráfico 7) (16). Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2010, menos del 1% de las muertes ocurrieron en menores de 15 años, intervalo en el cual las muertes por diabetes de tipo I es más frecuente, único tipo de diabetes que no es prevenible mediante la modificación de hábitos alimentarios y la realización de actividad física (18).

Gráfico 7

TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS
POR 100.000 HABITANTES. 1998-2010.

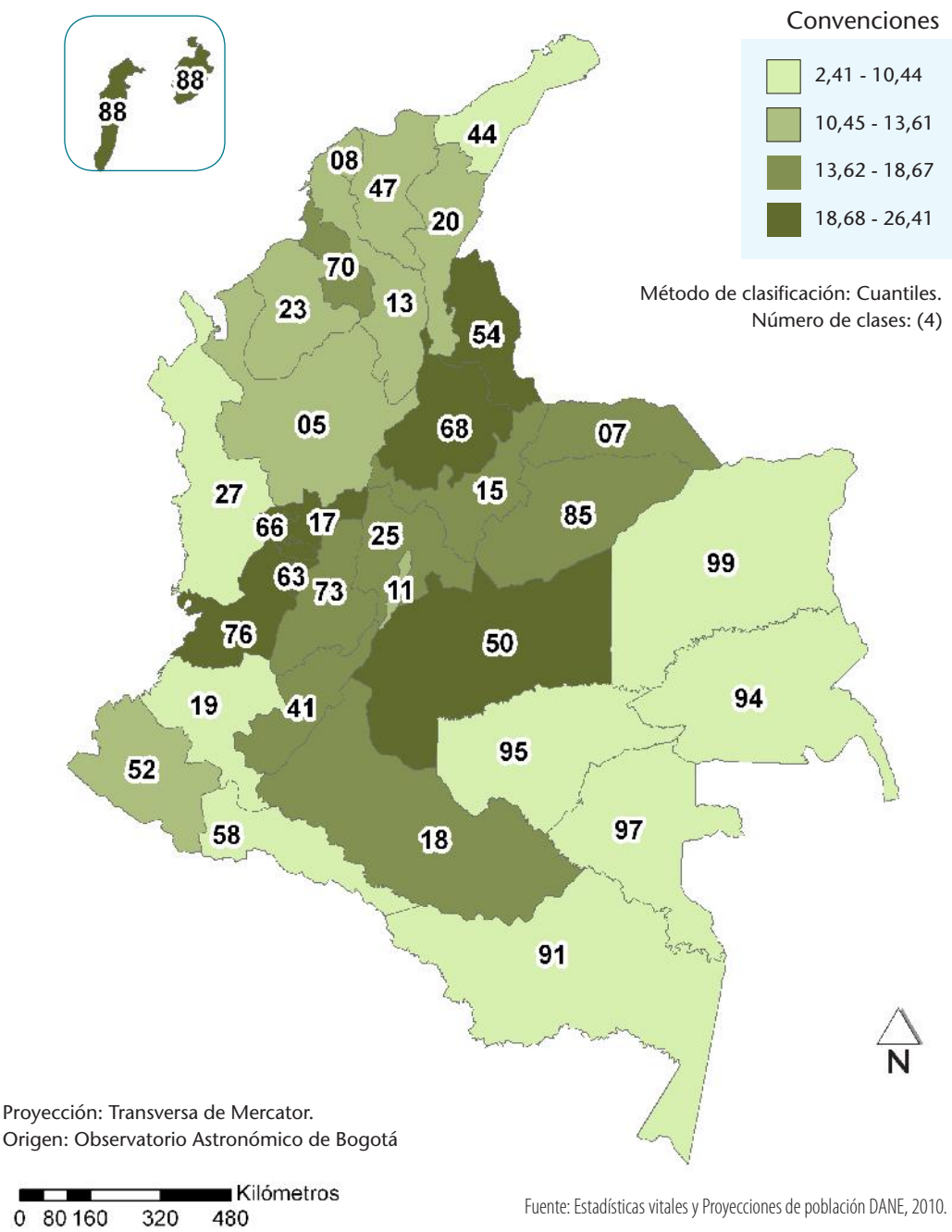


Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas vitales y Proyecciones de Población-DANE. 1998-2010.

A nivel departamental, Meta, Risaralda, Norte de Santander, Quindío, Santander, San Andrés, Valle del Cauca y Caldas presentan tasas superiores a las 20 muertes por 100.000 habitantes. Por otra parte Vaupés, Vichada y La Guajira presentan tasas inferiores a las 5 muertes por 100.000 habitantes, como se puede observar en el Mapa 3.

MAPA 3

Tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus
por 100.000 habitantes por departamento. 2010.



Según el Informe Regional de cobertura efectiva 2010, el porcentaje a nivel nacional de pacientes diabéticos controlados va de 9.82% para personas entre los 18 y los 29 años, al 30% en los sujetos de 50 a 69 años (19). Cifras preocupantes si se tiene en cuenta que la diabetes no controlada conlleva a complicaciones graves como amputaciones y que se encuentra dentro de las primeras causas de enfermedades como la falla renal, la ceguera y las enfermedades cardiovasculares (20).

Asimismo, llama la atención que *factores de riesgo* tanto para enfermedades cardiovasculares como para diabetes presenten altas prevalencias. También llama la atención el bajo porcentaje de práctica de hábitos saludables ya que así como la obesidad y el sobrepeso se presenta en el 51.1% de la población colombiana, la actividad física solo está presente en 1 de cada 3 colombianos (18).

Sobre la *práctica de actividad física* o de ejercicio durante el tiempo libre, según la Encuesta Nacional de Salud ENS 2007, se encontró lo siguiente: mientras que solo el 14% la población entre 12 y 69 años realiza regularmente ejercicio o actividad física ligera en su tiempo libre; el porcentaje de inactividad física en el tiempo libre es del 68% en este mismo grupo de edad (21). A su vez, según datos de la OPS, la prevalencia de actividad física baja en adultos es del 79%, y en adolescentes es de 84,9% (22).

Respecto al *consumo de tabaco*, la ENS encontró que el 35,2% de la población ha consumido tabaco alguna vez en su vida, el 18,1% ha fumado como mínimo 100 cigarrillos en su vida y el 12,1% manifestó haber consumido en los últimos 30 días previos a la encuesta (21). Por otra parte, según datos de la OPS la prevalencia de fumadores adultos de tabaco es de 12,8%, con una prevalencia mayor en hombres (19,5%) frente a 7,4% en mujeres. La prevalencia de fumadores es más alta en adolescentes, con 20,1%, sin una diferencia significativa por sexo (20,2% en hombres vs. 20,1 en mujeres (22). Según los resultados del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población escolar 2011, de los estudiantes entre 11 y 18 años encuestados, 24,3% declararon haber consumido tabaco/cigarrillo alguna vez en su vida, siendo la cifra superior en los hombres, con casi 28%, frente a las mujeres con 21% (23). Según la ENS, las regiones donde se encontraron las mayores prevalencias de uso de cigarrillo son Medellín y Área Metropolitana, Risaralda, Vaupés, Bogotá, Caldas, Resto de Antioquia, Tolima, Quindío, Nariño y Chocó (21).

A su vez, frente al *consumo de alcohol*, según la ENS, más del 80% de la población mayor de 20 años ha consumido alguna vez en la vida alcohol. Un tercio lo hizo en los últimos 30 días de aplicada la encuesta, y uno de cada cinco colombianos había tomado intensamente alcohol en los quince días previos a la encuesta. El consumo de los últimos 30 días y el consumo intenso se dan principalmente en los jóvenes de 20 a 24 años, momento en el cual empieza a disminuir con la edad. Según esta misma encuesta, Caldas, Meta, Medellín y el Área Metropolitana tienen las mayores proporciones de posible dependencia alcohólica. Si se comparan los 10 primeros departamentos con dependencia y los 10 primeros con prevalencia de consumo en los últimos 30 días, 4 departamentos presentan las dos situaciones: Tolima, Guaviare, Meta y Chocó (21). En el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar entre 11 y 18 años, se encontró que dos de cada tres escolares representados en el estudio declararon haber

consumido alguna bebida alcohólica en su vida (como vino, cerveza, aguardiente, ron, whisky u otros), siendo la cerveza la de mayor uso (23).

Además la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN encontró que la problemática de *sobrepeso* o pre obesidad y *obesidad* en la población entre 18 a 64 años ha incrementado en forma significativa en el país en el último quinquenio (18). A su vez, según datos de la OPS, la prevalencia de sobrepeso en adultos es de 32,3% y de obesidad es de 13,7%. El sobrepeso en niños menores de 5 años es de 4,2% (22). Además los adultos con sobrepeso u obesidad y con obesidad abdominal reportaron una menor prevalencia de cumplir recomendaciones de actividad física durante su tiempo libre que aquellos que tienen un IMC normal (18).

En cuanto a las *prácticas de alimentación*, según los resultados de la ENSIN, tan sólo 1 de cada 5 colombianos consume alimentos integrales y sólo la cuarta parte de la población que lo consume, lo hace diariamente. Esta condición sumada a la baja proporción de consumo de frutas, hortalizas y verduras, configura una alimentación con un limitado aporte en fibra, además del alto consumo de alimentos calóricos (alimentos fritos por ejemplo) (18). De hecho, la prevalencia de consumo de frutas y verduras en adolescentes es de 15,5%, según la OPS (22).

Finalmente estos factores de riesgo se ven reflejados en el patrón de morbilidad por ECNT, tal y como lo presentan los resultados tanto de la ENS, como de la ENDS. Por ejemplo, en la ENS, en una sub muestra de la población adulta entre 18 y 69 años, se presentaron los siguientes resultados: con diagnóstico de *Hipertensión arterial*, el 23%. El 85% de los que mostraron cifras compatibles con hipertensión arterial reportó haber sido diagnosticado como hipertenso en dos o más consultas médicas. *Hiper glucemia en ayunas*, el 2%. El 38% de los que presentaron hiper glucemia reportó haber sido diagnosticado como diabético. Con *sobrepeso*, el 32%. Con *obesidad*, el 14% (21). También se determinó en la misma sub muestra de población el porcentaje de personas con niveles de colesterol total alto (8%) (21).

Según la OPS, la prevalencia de adultos con *diabetes mellitus* es de 2,6%, con una prevalencia de 3,2% en hombres y de 2,1% en mujeres. En cuanto a la prevalencia de adultos con *tensión arterial elevada* y/o tomando medicación, esta es del 22,8%, con una prevalencia de 27,8% en hombres y de 19,1% en mujeres (22).

A su vez, según los resultados de la ENDS, dentro de las ECNT diagnosticadas a los adultos mayores (personas de 60 años y más) se encuentra la *hipertensión arterial* en el 45%, *enfermedades del corazón* en el 16%, y *diabetes* en el 11%. De estas, las que aparecen diagnosticadas más tempranamente (alrededor de los 60 años) son la hipertensión arterial y la diabetes. Donde más han diagnosticado hipertensión arterial a los adultos mayores es en Arauca, Chocó, Valle, Huila y Antioquia, y donde menos en Amazonas y Vaupés. Las enfermedades del corazón han sido diagnosticadas en mayor proporción en Casanare y Risaralda. La diabetes es más frecuente en Guainía y Risaralda (24).

Dado el aumento en el patrón de morbi mortalidad por ECNT en el país según los datos presentados, estos se constituyen en un gran soporte a la decisión tomada en el país de declarar la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a esta como una prioridad de salud pública (18),

por sus consecuencias no solo en la calidad de vida y salud de la población, sino en las repercusiones que, para el sistema de salud representa la atención de estas enfermedades, siendo en muchos casos, prevenibles a partir de la práctica de hábitos de vida saludable. Por tanto se hace un llamado a la promoción de estos hábitos a edades tempranas, dado que tanto las ECNT como sus factores de riesgo asociados están afectando cada vez más a los grupos más jóvenes de la población.

En ese sentido se destaca la importancia de continuar y evaluar la efectividad a nivel escolar de la prevención y de la promoción de hábitos saludables que a su vez lleven a la disminución del tiempo excesivo dedicado a actividades sedentarias (como ver TV o jugar con videojuegos) y del consumo de alimentos ricos en azúcares y grasas asociado con este tipo de actividades (18)

También se hace necesario que se continúen promoviendo políticas multisectoriales que estimulen la prevención basada en la autogestión y el autocuidado responsable del individuo desde la concepción de envejecimiento saludable, práctica que debe ser transversal a todas las etapas de ciclo vital. No obstante, para llegar a un envejecimiento saludable, basado en programas de autogestión y de autocuidado se requieren acciones e inversiones bien definidas y planificadas a lo largo de la vida de los individuos, un enfoque que hasta el momento en general no ha recibido la debida atención (14).

Otras intervenciones deben estar encaminadas a asegurar la cobertura universal en educación, ya que es un factor protector en la prevención de mortalidad por ECNT en personas mayores, además de conferir beneficios sustanciales en la salud de las próximas generaciones. Esto acompañado de intervenciones dirigidas a mitigar la vulnerabilidad social y económica, además del acceso a la atención médica efectiva en la vejez (25) y de la disponibilidad de medicamentos esenciales para el tratamiento de las ECNT (14).

COMPONENTE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Las crecientes tendencias en la prevalencia y en los costos del tratamiento forzarán a los países a deliberar y a tomar decisiones difíciles frente a estrategias que permitan hacer frente a las ECNT de manera sostenible. En todos los países, pero particularmente en aquellos que aún enfrentan los mayores retos en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), tales estrategias deberán primero reconocer a las ECNT como prioridad en salud pública, que permita su abordaje integral desde la prevención y desde la disponibilidad de tratamientos costo-efectivos, teniendo en cuenta además la sostenibilidad fiscal del sistema de salud. En particular, la prevención funciona bien cuando esta aliada con el liderazgo tanto político como de la comunidad en general. Además, la adaptación de los sistemas de salud puede hacer progresos reales en la contención de las ECNT y puede ayudar a mitigar su impacto de forma más asequible (7). Es por ello que el manejo de las ECNT requiere de un gran compromiso y liderazgo de los gobiernos, pero dentro del contexto de acciones transectoriales. Desafortunadamente hay poca capacidad institucional para hacer frente a las ECNT y a su vez las capacidades de la OMS son limitadas para poder dar asistencia a los países en este frente (9).

Para comprometer a los gobiernos a asumir las ECNT como prioridad en salud pública y a su vez establezca mediadas de prevención y de tratamiento como acciones de política pública; dentro del marco de la Organización Mundial de la Salud se han establecido algunos acuerdos que permiten el despliegue de estas acciones en el nivel nacional. Algunos de estos acuerdos son: El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud OMS para el control del tabaco (2003), la Estrategia global de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud (2004), el Plan de acción de la OMS para la Estrategia global de prevención y control de ECNT (2008) y la Resolución de la OMS sobre la prevención y control de ECNT (2010) (3).

Entre las intervenciones clave incorporadas en estos acuerdos están las acciones de política pública en materia de prevención primaria tales como el control del tabaco (impuestos, regulación de la publicidad, y la prohibición de fumar), reglamentación del alcohol (impuestos, regulación de la publicidad, restricciones de compra), promoción de dieta saludable (reducción del consumo de sal y reemplazo de grasas trans en alimentos), intervenciones de salud pública (promoción de dieta saludable, intervenciones de salud pública (promoción de una alimentación saludable, promoción de la actividad física en la comunidad, entre otros), y las intervenciones de atención primaria (orientación relativa a consumo de tabaco y alcohol, terapia multimedicamentos para el control de factores de riesgo, detección y tratamiento tempranos), todo esto articulado con sistemas de atención primaria en salud y a través de redes integradas de servicios de salud (6).

Existe evidencia que sugiere que más de la mitad de la carga de ECNT puede ser prevenible a través de algunas intervenciones clave de promoción de la salud y prevención de la enfermedad basadas en la evidencia para abordar tales factores (7,8). En la Tabla 2 se encuentran las intervenciones clave que hacen parte de las recomendaciones de política pública avaladas por la OMS.

Tabla 2
EJEMPLOS DE INTERVENCIONES CLAVE PARA HACER FRENTE A LAS ECNT.

Factor de riesgo/Enfermedad	Ejemplo de intervención
Uso de tabaco	Implementación del Marco de la Organización Mundial de la Salud OMS para el control del tabaco.
	Aumento del impuesto al tabaco.
	Prohibición respecto a la publicidad, la promoción y el patrocinio del consumo de tabaco.
	Prohibición respecto del consumo de tabaco en lugares públicos y protección a las personas del humo del cigarrillo. (Espacios libres de humo).
	Ofrecer ayuda para dejar de fumar y advertir acerca de los riesgos de fumar.

Exceso de consumo de sal en la dieta	Regulación de los límites de concentración de la sal en alimentos procesados y semi procesados.
	Reducción de los niveles de sal a través de acciones voluntarias por parte de la industria de alimentos.
	Promoción de sustitutos de la sal bajos en sodio.
	Implementación de campañas de información y de comunicación que adviertan del daño del consumo de sal en exceso.
Consumo de alcohol	Incremento en los impuestos.
	Prohibición de la publicidad.
	Restricciones en la venta al por menor de bebidas alcohólicas.
Dietas poco saludables, inactividad física y obesidad	Reducción en el consumo de sal en los alimentos.
	Reemplazo del consumo de grasas trans por grasas poli insaturadas.
	Sensibilización del público a través de los medios masivos de comunicación sobre temas como práctica de actividad física y alimentación saludable.
	Introducción de impuestos por producción de alimentos poco saludables.
	Provisión de subsidios para la producción de alimentos saludables.
	Promoción del etiquetado de alimentos.
	Restricciones de comercialización de alimentos poco saludables.
Riesgo cardiovascular y Diabetes	Asesoría y terapia multi droga para personas con alto riesgo de ataques cardíacos y accidente cerebrovascular (incluyendo aquellos con ECV establecida).
	Facilitar el acceso y la promoción de combinaciones de medicamentos para individuos con alto riesgo de ECNT.
Cáncer	Vacunación contra la Hepatitis B para prevención del cáncer de hígado.
	Detección y tratamiento de lesiones pre cancerosas para la prevención del cáncer cervical.
Contaminación ambiental	Subsidiar y promover el uso de estufas que utilicen combustibles más limpios.
	Reducción de emisiones contaminantes nocivas de los vehículos en las ciudades a través de mayor tecnología y uso más frecuente del transporte masivo.
	Reducción de la exposición a químicos y desechos agroindustriales al garantizar agua potable para el riego y la gestión del uso de plaguicidas en los cultivos.

Fuentes: *The Growing Danger of Non-communicable Diseases. Acting Now to Reverse Course.* Conference Edition. The World Bank. Human Development Network. September 2011, y, *From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low-and Middle Income Countries.* World Economic Forum and World Health Organization, 2011.

Resultado de esto es que en varios países se han implementado con éxito algunas de estas intervenciones. En India, por ejemplo, se promueve y subsidia el uso de estufas que funcionan con combustibles más limpios, para así disminuir los riesgos de enfermedades respiratorias. En Bogotá, se han construido ciclo rutas y se llevan a cabo ciclo vías los días domingo, acompañadas de programas de ejercicio que atraen a más de un millón de personas y de ciclistas cada semana. Por su parte, en Nueva York, el alcalde, en un trabajo conjunto con el sector salud y la industria hotelera de la ciudad, redujo el consumo de tabaco y el uso de grasas trans, dando como resultado que la proporción de restaurantes que utilizan grasas trans descendió de 50% a menos de 2% en el lapso de 2 años, mientras que el porcentaje de fumadores pasó de 21,5% a 15,8% durante el mismo período (7).

Para que efectivamente se den este tipo de acciones se requiere, no solo de la voluntad política, sino de la asignación de recursos acorde con la magnitud del problema; por lo que, el papel que tiene la sociedad civil es vital para generar esta movilización. Otro aspecto importante para el éxito de las intervenciones para la prevención y el manejo de las ECNT tiene que ver con los objetivos prioritarios respecto a las ECNT, puesto que deben integrarse en los planes nacionales de salud, requiriendo además del fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y de los sistemas de información en salud (9).

En ese sentido, el *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos”* reconoce la importancia, medición y seguimiento de los factores y determinantes que contribuyan a la prevención y control de las ECNT y el mantenimiento de los logros. Por ello dentro de las estrategias que contempla para la reducción de las ECNT está la consolidación de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y la consolidación del Sistema de Atención Integral al consumo de sustancias psicoactivas (Integra-SPA) cuya propuesta se encuentra en etapa de validación. Además como antecedente se tiene la Ley antitabaco (Ley 1335 de 2009) con el propósito de prevenir el consumo de tabaco en la población colombiana.

En este plan de desarrollo también está contemplada la implementación del Plan Decenal de actividad física teniendo en cuenta el Plan Decenal del deporte, la recreación, la educación física y la actividad física para el desarrollo humano, la convivencia y la paz 2009-2019 formulado por parte del Ministerio de Cultura y de Coldeportes. Si bien el plan de desarrollo cuenta con metas específicas frente a intervención de escenarios deportivos y de condiciones mínimas para el desarrollo de actividades deportivas y recreativas entre otras metas sectoriales; estas son muy puntuales y se quedan cortas para la magnitud del problema del sedentarismo e inactividad física. Lo que pone en evidencia el vacío de una política pública que articule acciones intersectoriales y que sea la carta de navegación en materia de promoción del deporte y de la actividad física que sea sostenible en el tiempo.

Respecto a la promoción de la alimentación saludable se debe aprovechar la normatividad existente en el país como la Política de seguridad alimentaria, la Ley de Obesidad² (o Ley 1355 de 2009 cuya reglamentación está contemplada dentro del plan de desarrollo), las Guías alimentarias para la población colombiana, para fortalecer las intervenciones desde los diferentes sectores, organizaciones no gubernamentales, y sector privado, a fin de mejorar los estilos de vida saludables relacionados con el consumo de dietas saludables, realización de actividad física

regular y mejorar el estado nutricional y de salud de la población a lo largo de toda la vida. Todo esto con el propósito de lograr reducir en forma significativa la prevalencia de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo (18).

Aunque desde el plan se busca desarrollar una política para lograr un envejecimiento sano y una vejez activa, se debe encaminar este propósito más hacia la consolidación y avances de la Política Nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019, esto sumado a la meta del plan de llevar a cabo una encuesta de Vejez y Envejecimiento, esperando que los resultados de esta permitan visibilizar no solo la situación particular de este grupo poblacional sino que presente los retos y desafíos que imponen tanto el cambio demográfico como los estilos de vida en el proceso de envejecimiento, como elementos orientadores de la política pública.

Dentro del fortalecimiento institucional del sistema de salud, el plan tiene como meta el desarrollo y fortalecimiento en la vigilancia en salud como eventos de notificación obligatoria como las ECNT (26). Como avance en este aspecto, el Instituto Nacional de Salud a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública tiene incorporado un módulo de seguimiento a enfermedades crónicas, y, en particular se destaca la búsqueda activa institucional de morbilidad atendida de ECNT.

Adicionalmente, dentro de la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se incluyó una dimensión de vida saludable y condiciones crónicas, cuyá construcción ha sido participativa y con enfoque diferencial, que brindará a cada región los insumos para la formulación de políticas, planes y proyectos para dar respuesta diferenciada a la situación de ECNT en cada territorio.

Aunque se ha avanzado en el reconocimiento de las ECNT como prioridad en salud pública y se han establecido acciones de política pública para el manejo de esta problemática acorde con las recomendaciones de la OMS, hace falta una apuesta más integral y transectorial, en donde la prevención y el manejo de las ECNT sea un componente transversal a otras políticas. El compromiso no solo debe recaer en el Ministerio de Salud y Protección Social, debe ser un compromiso de diferentes actores y sectores cuyas acciones pueden impactar positivamente los determinantes sociales relacionados con las ECNT.

2. Define tanto a la obesidad como a las ECNT asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención, que prioriza las intervenciones en el consumo de alimentos, dada su relación con la obesidad y con las ECNT.

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles. ; 2011.
2. Organización Mundial de la Salud OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales. ; 2012.
3. World Health Organization WHO. Global status report on noncommunicable diseases. ; 2010.
4. World Health Organization. Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. ; 2009.
5. World Health Organization-WHO. A draft comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva; 2012.
6. Macinko J, Dourado I, Guanais F. Enfermedades Crónicas, Atención Primaria y Desempeño de los Sistemas de Salud. Diagnóstico, herramientas e intervenciones. Documento de debate. Banco Interamericano de Desarrollo BID; 2011.
7. World Bank. The Growing Danger of Non-Communicable Diseases. Acting Now to Reverse Course. ; 2011.
8. World Economic Forum-World Health Organization. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low and Middle-Income Countries. ; 2011.
9. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Ezzati M, Bhala N, Amuyunzu-Nyamongo M, et al. Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. Comment. The Lancet. 2012 October; 380.
10. Graham H. Health inequalities across changes in disease. In Graham H. Unequal Lives: Health and Socio-Economic Inequalities. Buckingham, GBR: Open University Press; 2007. p. 82-95.
11. Chand S. Silent Killer, Economic Opportunity: Rethinking Non-Communicable Disease. Briefing Paper. Centre on Global Health Security; 2012.
12. Pan American Health Organization. Regional Health Observatory. [Online].; 2012 [cited 2012 junio 22. Available from: http://ais.paho.org/hiph/viz/mort_causasprincipales_lt_oms.asp.
13. Pan American Health Organization PAHO. Priorities for cardiovascular health in the Americas. Key messages for policymakers. ; 2011.
14. Organización Panamericana de la Salud OPS. Salud en las Américas. Panorama nacional y perfiles de países. ; 2012.
15. Dantés HG, Castro MV, Franco-Marina F, Bedregal P, Rodríguez García J, Espinoza A, et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. Salud Pública Mex. 2011; 53(supl 2).
16. Así Vamos en Salud. Indicadores Estado de Salud. ; 2012.
17. Acosta N, Peñaloza E, Rodríguez J. Carga de Enfermedad Colombia 2005: Resultados Alcanzados. Documento Técnico. ; 2008.
18. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 - ENSIN Bogotá; 2010.

19. Observatorios de la Salud para América Latina y el Caribe. Informe Regional de Cobertura Efectiva. Bogotá; 2010. Report No.: 978-958-96648-5-8.
20. World Health Organization. Fact sheet N°312: Diabetes. [Online].; 2011 [cited 2011 Marzo 5. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
21. Arenas J, Rodriguez J, Peñaloza E, Gómez LC, Botiva Y, Ruiz F. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados nacionales Bogotá, D.C: Javegraf; 2009.
22. Organización Panamericana de la Salud OPS. Perfiles de país. Enfermedades no transmisibles. ; 2012.
23. Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar. Colombia. ; 2011.
24. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ; 2010.
25. Ferri C, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Llibre-Rodriguez J, Salas A, et al. Socioeconomic Factors and All Cause and Cause-Specific Mortality among Older People in Latin-America, India, and China: A Population Based Cohort Study. PLoS Med. 2012 February; 9(2).
26. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos”. ; 2010.
27. Editorial.. Health and Wealth in the Americas. The Lancet. 2009 October; 374.
28. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos de Situación de Salud en las Américas. ; 2009.
29. International Diabetes Federation. A call to action on Diabetes Brussels; 2010.
30. Organización Mundial de la Salud. STOP the global epidemic of chronic disease. a practical guide to successful advocacy Vita-Finzi L, editor. Switzerland: World Health Organization; 2006.
31. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Encuesta Nacional de Situación Nutricional. ; 2010.

5 Como Vamos en la Reducción del Embarazo Adolescente

SEGÚN LO MENCIONA EL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA por su sigla en inglés), la Fuerza de Tarea sobre Educación e Igualdad entre los Géneros del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas recomienda el seguimiento al indicador de la Tasa de fecundidad en adolescentes como una forma de centrarse en el acceso a servicios de salud reproductiva, y como una forma de ayudar a monitorear el avance hacia el logro de mejores tasas de salud infantil y materna. Por ende, este indicador se incluyó dentro del seguimiento a la Meta de Salud Reproductiva (Lograr para 2015 el acceso universal a la salud reproductiva), que hace parte del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna (1,2). A su vez, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y su Programa de Acción establecido en El Cairo en 1994 tiene un agenda en común con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) frente a temas de población y de salud reproductiva como el empoderamiento de las mujeres y la garantía del acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, siendo prioridad tanto para el logro de los ODM y de las metas del Programa de Acción de la CIPD. En ese sentido el embarazo en adolescentes es un tema transversal a ODM como (1):

ODM 2: Alcanzar la educación primaria universal: Familias con menos niños, y con mayor diferencia de edad entre ellos, tienen la posibilidad de invertir más en la educación de cada niño. Esto tiene un beneficio especial para las niñas, cuya educación dentro de la familia es considerada menos prioritaria que la de los niños. Además, las niñas que tienen acceso a anti-conceptivos tienen menos probabilidad de quedar embarazadas y desertar del colegio.

ODM 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres: Decidir si se pretende tener hijos o no y controlar cuándo tenerlos es un aspecto crítico del empoderamiento de las mujeres. Las mujeres que pueden planear el tiempo y el número de nacimientos tienen mayores oportunidades de trabajo, de educación y de participación social fuera del hogar.

ODM 4: Reducir la mortalidad infantil: El cuidado prenatal y la capacidad para evitar nacimientos de alto riesgo (por ejemplo: los de mujeres muy jóvenes y los que tienen intervalos inter-genésicos muy cortos) ayudan a prevenir la muerte infantil y de niños. Es muy probable que los niños que pertenecen a familias numerosas tengan una reducida atención de salud y que los niños no deseados sean más proclives a morir que los que sí son deseados.

ODM 5: Mejorar la salud materna: Prevenir embarazos no deseados y de alto riesgo y proveer atención médica durante el embarazo, el parto y el período post-parto salvan las vidas de mujeres.

La tasa de fecundidad en adolescentes tiene relevancia por las repercusiones que tiene un embarazo a edades muy tempranas tanto para las madres como para los niños. Según la evidencia revisada por el UNFPA, la fecundidad adolescente está relacionada con la mortalidad durante la niñez, en parte porque los cuerpos de las madres adolescentes jóvenes (de menos de 16 o 17 años de edad) a menudo todavía no han madurado por completo: una adolescente embarazada que todavía está creciendo puede estar compitiendo por nutrientes con el feto (1). Las mujeres adolescentes tienen menos probabilidades de proveer un cuidado adecuado para sus lactantes y niños, ya que a menudo carecen de la madurez, la educación y los recursos para hacerlo. Además, los niños nacidos de madres muy jóvenes tienen más probabilidades de ser prematuros, tener un bajo peso al nacer y padecer complicaciones al momento del parto, particularmente si la madre tiene menos de 15 años. Estas relaciones mantienen su fuerza incluso al controlar factores como el ingreso y la educación (1).

De la misma forma, los nacimientos entre adolescentes tienen probabilidades de ser primeros nacimientos, que siempre conllevan un riesgo más alto que los nacimientos subsecuentes. Sin embargo, evidencia de varios estudios sugiere que la asociación entre mayores riesgos de mortalidad durante la niñez y la edad materna joven persiste incluso cuando el orden de nacimiento y el estatus socioeconómico se mantienen constantes (1). Las adolescentes más jóvenes son las que corren mayores riesgos de complicaciones y muerte resultantes del embarazo, en comparación con las mujeres adultas. También en comparación con las adultas, las madres jóvenes tienen probabilidades de dos a cinco veces mayores de morir en el parto; el riesgo de defunción derivada de la maternidad llega a su máximo entre las niñas que dan a luz antes de cumplir 15 años (3).

CONTEXTO GLOBAL Y REGIONAL

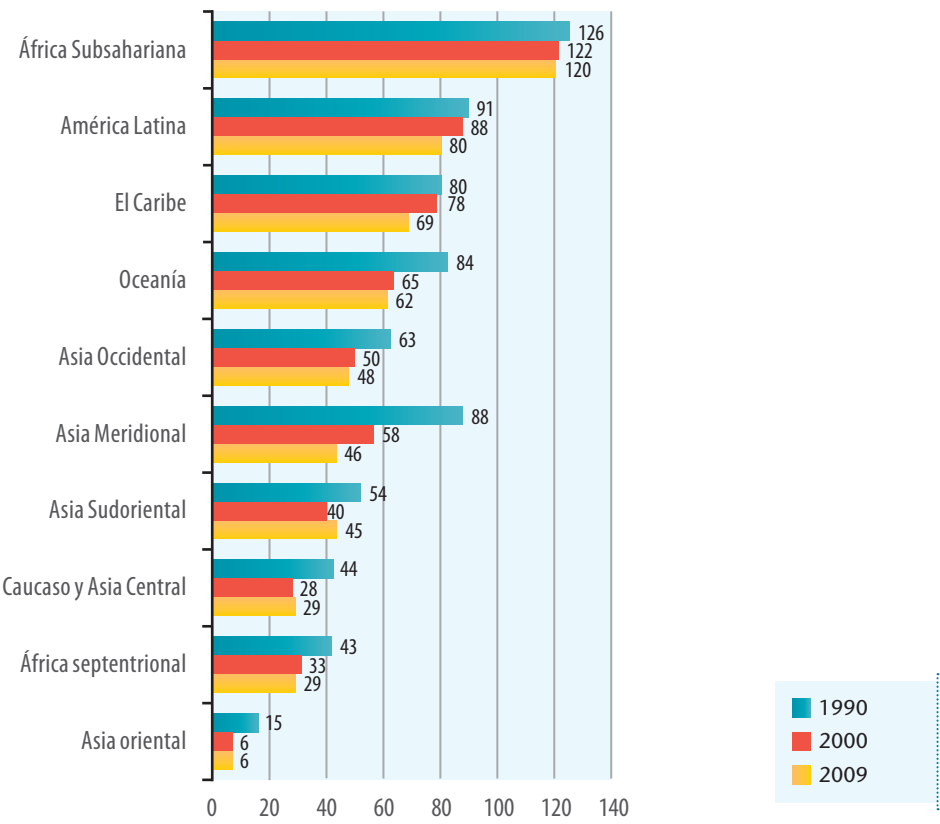
SEGÚN EL ÚLTIMO INFORME DE AVANCES EN LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO 2012, aunque entre 1990 y 2000 disminuyó la cantidad de nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años en todas las regiones en desarrollo, desde entonces en la mayoría de las regiones el descenso se ha ralentizado o incluso se ha revertido (4). Adicionalmente, según datos del UNFPA 2012, casi un 95% de los nacimientos de madres adolescentes ocurren en países en desarrollo y, en esos países, un 90% de los nacimientos en que las madres son adolescentes de 15 a 19 años de edad ocurren dentro del matrimonio, a pesar de que el matrimonio precoz (matrimonio antes de cumplir 18 años de edad) infringe los derechos humanos de la niña, la cual tiene también derecho a ser protegida contra las prácticas tradicionales nocivas (establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño). Pero esas situaciones siguen siendo demasiado comunes, particularmente en países de África y del Asia meridional, donde aproximadamente la mitad de todas las niñas están casadas antes de cumplir los 18 años (3).

Aun cuando se considera que un 75% de todos los alumbramientos de madres adolescentes son “deseados”, tal y como lo presenta el UNFPA, tales intenciones pueden estar bajo fuertes

influencias provenientes de presiones sociales y normas culturales, por ejemplo, que una mujer ha de probar cuanto antes del matrimonio que es fecunda ante su marido y la familia de este. En el caso de niñas solteras, es mucho más probable que el embarazo sea no deseado y que termine en aborto (3).

Por regiones, según el informe de avances en los ODM, la región de África subsahariana continua presentando la tasa más alta de nacimientos entre adolescentes (120 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes), con cambios apenas perceptibles desde 1990. En América Latina y el Caribe la tasa de partos de adolescentes también permanece alta, y solo recientemente ha empezado a disminuir (*Ver Gráfico 1*) (4).

Gráfico 1
CANTIDAD DE NACIMIENTOS POR CADA 1.000
MUJERES DE 15 A 19 AÑOS 1990, 2000 Y 2009.



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2012. ONU.

La adolescencia es una década central de la vida, cuando la pobreza y las desigualdades suelen transferirse a la siguiente generación, según lo reportado en el Informe Estado Mundial de la Infancia, 2011. La transmisión intergeneracional de la pobreza se manifiesta con mayor claridad entre las niñas adolescentes. La desventaja educativa impide a los adolescentes más pobres y marginados continuar su educación en la escuela secundaria, y los expone a ser víctimas de abusos contra su protección –especialmente a las niñas (por la discriminación basada en el género)– como el matrimonio precoz, la iniciación sexual temprana, la violencia, el trabajo en el servicio doméstico, disminuyendo así las posibilidades de desarrollar plenamente sus capacidades (5).

En ese orden de ideas, el informe de avance de los ODM también afirma que las disparidades de género en la enseñanza secundaria y que limitan el acceso a la educación por parte de las mujeres, emergen de la discriminación basada en el género que existe en la familia y en la sociedad en general. Como la enseñanza secundaria es más costosa que la enseñanza primaria, esta situación lleva a la familia a racionar los recursos entre sus hijos. En los lugares donde la educación de las niñas esta menos valorada o donde se percibe que generará un retorno menor, los padres suelen favorecer más a los hijos que a las hijas. El matrimonio a edad temprana también actúa de barrera para el avance hacia una enseñanza secundaria (4).

De hecho, según este mismo informe, en todo el mundo en el año 2010 había 71 millones de adolescentes (en general, entre 12 y 15 años) que no asistían a la escuela. No obstante, las diferencias son todavía mayores entre los jóvenes de los hogares más ricos y los de los más pobres y entre los de las áreas urbanas y los de las rurales. Los jóvenes que no asisten a la escuela suelen tener oportunidades limitadas de desarrollar o mantener sus niveles de instrucción, lo cual restringe sus opciones en la vida y acentúa sus desventajas para enfrentar el futuro (4).

En la *Tabla 1* se pueden observar las disparidades por regiones respecto a la tasa de fecundidad por nivel de riqueza, así como el porcentaje de niñas en edad escolar secundaria que han abandonado la escuela, según algunos datos presentados en el último informe del UNFPA, Estado de la población mundial, 2012. En general, las mayores tasas de fecundidad se presentan en el quintil más pobre de la población, siendo más altas en las regiones de África subsahariana y América Latina y el Caribe. A su vez el porcentaje de niñas que han abandonado la escuela es más alto en África subsahariana y en Asia meridional. Llama la atención el porcentaje en América Latina y el Caribe, ya que si bien esta región presenta una alta tasa de fecundidad en adolescentes, por el contrario el porcentaje de niñas que han abandonado la escuela es bajo en comparación con las otras regiones.

Tabla 1

Disparidades en las tasas de fecundidad en la adolescencia:
importancia de la educación y del ingreso del hogar.

Tasas de fecundidad por edades (nacimientos por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años), desglosadas por quintil de ingresos y por región.

Región	Promedio regional	Quintil más pobre	Quintil más rico	Proporción de tasas de fecundidad entre quintil pobre/quintil rico	% de niñas en edad escolar secundaria (primer nivel) que abandonaron la escuela
Asia oriental	42,4	75,6	17,6	4,3	10,0
Europa central y oriental, Asia central	52,7	7,0	31,3	2,3	9,6 4,9*
América Latina y el Caribe	95,7	169,5	39,2	4,3	5,5
Oriente Medio y África Septentrional	57,8	68,2	35,1	1,9	19,5
Asia meridional	107,0	142,0	57,9	2,5	27,3**
África subsahariana	129,7	168,1	75,4	2,2	36,8
Promedio de todos los países	103,0	142,5	56,6	2,5	18,3

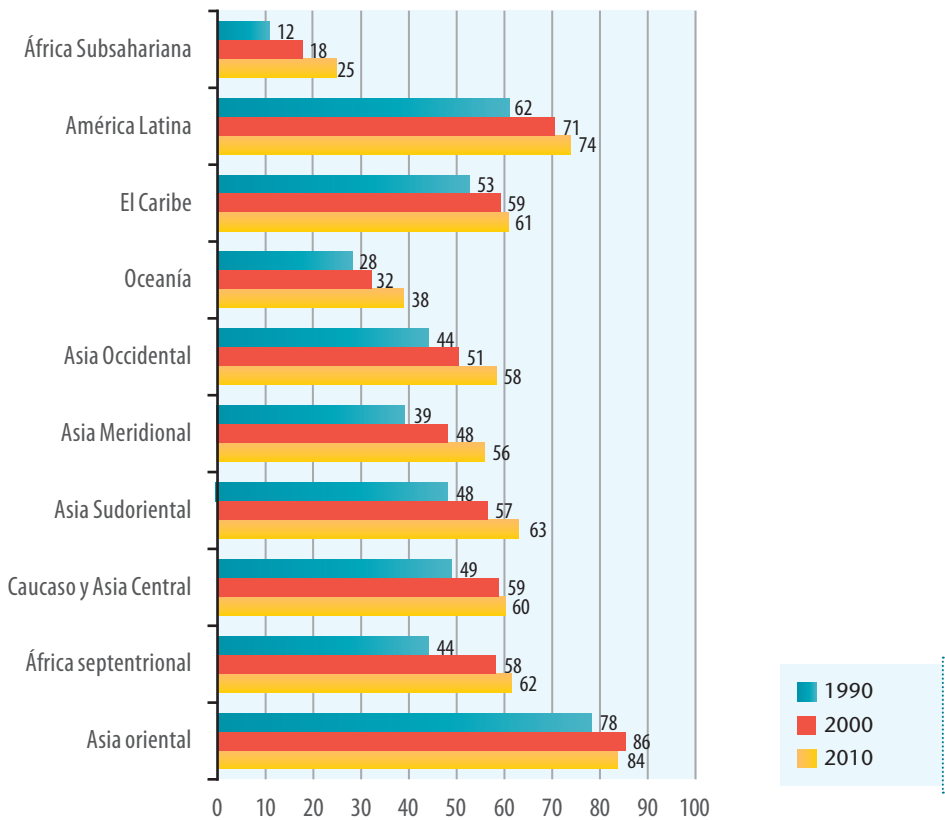
* Los datos sobre educación se indican diferenciados para cada región.
** Incluye Asia meridional y occidental.

Fuente: Estado de la población mundial 2012: Sí a la opción, no al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. UNFPA, 2012.

Estas disparidades en el aumento de las tasas de natalidad entre las niñas educadas y las carentes de educación reflejan un aumento similar de la brecha en la utilización de anticonceptivos, tal y como lo presenta el UNFPA en su último informe. Mientras el uso de anticonceptivos por las adolescentes educadas aumenta, no sucede lo mismo con las adolescentes carentes de educación. El nivel de educación también se relaciona con la postergación del matrimonio, con el uso más eficaz de los anticonceptivos, así como con la toma de decisiones sobre cuestiones de reproducción, además de tener conciencia de los costos socioeconómicos de la procreación no deseada, favoreciendo a las jóvenes mejor educadas (3). A su vez según el informe de avance de los ODM, el mayor acceso a métodos anticonceptivos seguros, asequibles y eficaces ha permitido más opciones y posibilidades de tomar decisiones responsables en temas de reproducción. En muchas regiones el uso de métodos anticonceptivos tuvo un gran incremento durante la década de 1990, pero en las décadas siguientes se ha estancado (Ver Gráfico 2) (4).

Gráfico 2

PROPORCIÓN DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE USAN ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, CASADAS O EN RELACIÓN DE PAREJA 1990, 2000 Y 2010.

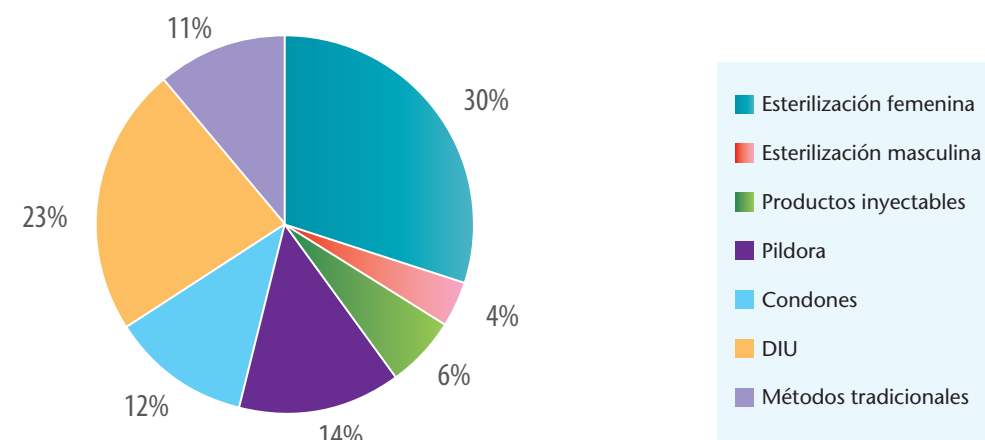


Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2012. ONU.

En 2010, en todas las regiones (salvo África subsahariana y Oceanía) más de la mitad de las mujeres de 15 a 49 años que estaban casadas o que vivían en una relación de pareja utilizaban algún tipo de método anticonceptivo (4). A escala mundial, tal y como lo presenta el UNFPA, casi una de cada tres mujeres que utilizan anticoncepción depende de la esterilización femenina. Casi una de cada cuatro utiliza un dispositivo intrauterino. Más de una de cada diez utiliza un método tradicional, predominantemente el retiro y el ritmo. Los métodos femeninos de planificación de la familia se utilizan con una frecuencia mayor que los métodos masculinos (Ver Gráfico 3) (3).

Gráfico 3

USO MUNDIAL DE ANTICONCEPTIVOS, DESAGREGADO POR MÉTODO.



Fuente: Estado de la población mundial 2012: *Sí a la opción, no al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo*. UNFPA, 2012.
(Con base en datos tomados de la World Contraceptive Data Sheet. Naciones Unidas, 2011)

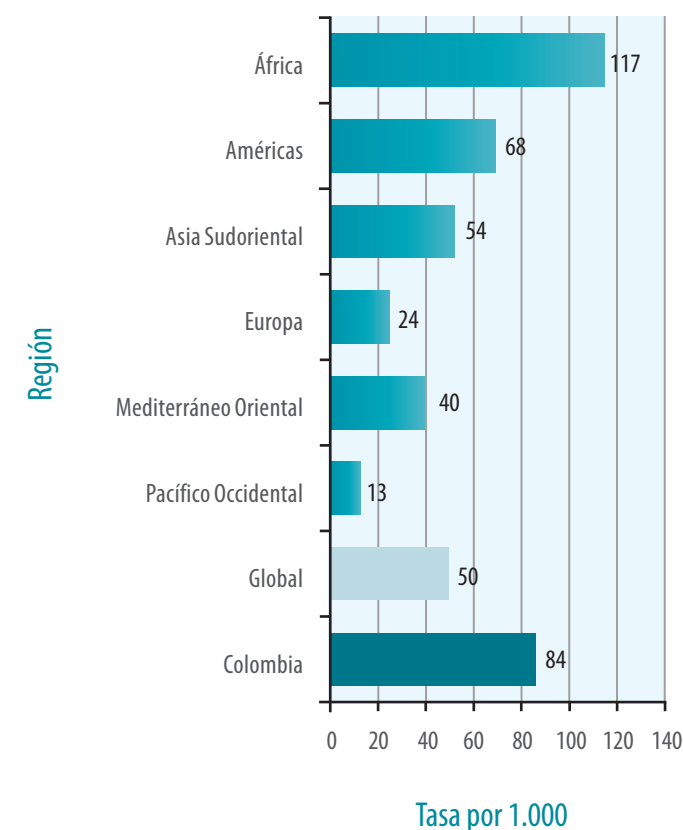
Adicionalmente, la necesidad no satisfecha de planificación familiar (expresada como la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años, casadas o que viven en relación de pareja que desean demorar o evitar el embarazo pero no usan ningún método anticonceptivo) ha disminuido lentamente con el paso del tiempo. La tasa de avance en las regiones en desarrollo se ha ralentizado entre 2000 y 2010, lo cual indica que existe un potencial de expansión de los programas de planificación familiar (4). En ese orden de ideas, las medidas de planificación de la familia en beneficio de los jóvenes pueden contribuir a prevenir las principales causas de defunción de niñas de 15 a 19 años de edad: complicaciones del embarazo, del parto y del aborto realizado en condiciones inadecuadas (3).

Por otra parte, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) señaló la prioridad de desarrollar nuevos métodos de regulación de la fecundidad para hombres. Instó a los países a tratar especialmente de promover la participación del hombre y su responsabilidad en la planificación de la familia, puesto que hay pocas opciones en materia de anticonceptivos masculinos, la utilización por los hombres de métodos de planificación familiar ha sido inferior a la esperada, y a menudo no se ofrece a los hombres acceso a la mayoría de las fuentes de información y servicios de salud reproductiva; favoreciendo así la idea de que la planificación es responsabilidad solo de la mujer (3).

Respecto al comportamiento del embarazo adolescente a nivel regional, en América Latina y el Caribe no se observa una tendencia sistemática a la baja desde 1990 como en otras regiones y no ha disminuido al ritmo de la fecundidad adulta; con el agravante que la mayoría de estos embarazos no son planeados (6). Según los datos presentados en el informe Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012, para el período 2005-2010, la región presenta la segunda tasa de fecundidad en adolescentes (en promedio 68 nacimientos por 1.000), solo por debajo de la tasa presentada para África subsahariana, y por encima del promedio global (50 por 1.000). En este contexto, Colombia presentó una tasa promedio por encima del promedio global y de la región de las Américas (Ver Gráfico 4) (7).

Gráfico 4

TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES DE 15 A 19
AÑOS POR 1.000, POR REGIONES 2005-2010.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Informe *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, OMS, 2012.

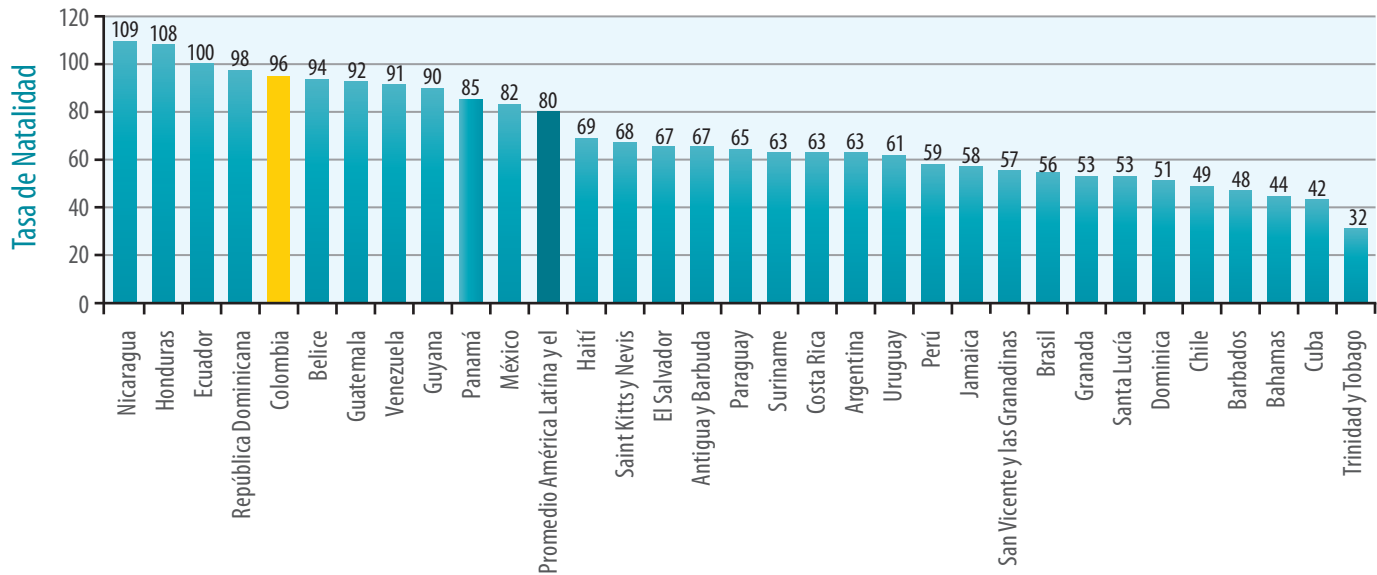
Esta tendencia se mantiene para el año 2010, ya que según el informe de avance de los ODM, en América Latina y el Caribe la tasa de fecundidad en adolescentes asciende a 80 nacimientos, mientras que en el mundo se registra un promedio de 55 nacimientos en mujeres adolescentes por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, siendo esta región la segunda a nivel mundial que presenta la mayor tasa de embarazos adolescentes, antecedida tan sólo por África en esta clasificación (4).

Sin embargo, al interior de la región este indicador presenta una gran heterogeneidad. Los datos presentados por el Informe Regional de Desarrollo Humano 2010 para el período 2005-2006, muestran por ejemplo, que mientras que en Nicaragua se producen alrededor de 109 nacimientos anuales por cada mil mujeres adolescentes, Trinidad y Tobago presenta una tasa muy baja siendo de tan solo 32 por cada mil mujeres adolescentes. Colombia a su vez presenta una tasa de 96 por 1.000, por encima del promedio regional (Ver Gráfico 5) (8).

Gráfico 5

TASA DE NATALIDAD EN ADOLESCENTES DE 15 A 19

AÑOS DE EDAD POR PAÍS Y PROMEDIO PARA LA REGIÓN 2005-2006.



Fuente: Informe Regional de Desarrollo Humano, PNUD, 2010. (Con base en datos de la CEPAL, Estadísticas de América Latina y el Caribe CEPALSTAT).

Además, en países como Ecuador, Honduras y Nicaragua, con tasas de nacimientos en la adolescencia superiores a 100 por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años de edad, estas tasas de embarazo y de procreación son mucho mayores para los grupos indígenas, que tienden a estar en posición desventajosa en materia socioeconómica y educativa (3,9).

Por tanto, la fecundidad adolescente en la región leída a la luz de los promedios regionales y nacionales mostrados en varios informes, presenta valores mucho más altos de los que cabría esperar. Estos promedios ocultan inequidades significativas entre y dentro de los países (6), puesto que el embarazo adolescente también está ligado a la fuerte estratificación por niveles socioeconómicos que caracteriza a la región (8), ya que históricamente la fecundidad adolescente ha estado asociada con la pobreza y es considerada como uno de los elementos que integran el

“círculo intergeneracional de la pobreza”, tal y como lo menciona el Informe Regional de Desarrollo Humano, 2010. Según este mismo informe, la problemática del embarazo adolescente es importante, entre otras cuestiones, porque puede tener consecuencias negativas en términos de la pobreza y la exclusión social. En este sentido, se ha observado que las madres adolescentes en muchos casos presentan menor escolaridad, menores ingresos y mayor dependencia respecto de la asistencia provista por los programas sociales que aquellas mujeres que retrasan el momento de la maternidad (8).

Eso sin contar que los niños de madres adolescentes tienen en promedio menor peso al nacer que los hijos de las madres que tenían entre 30 y 39 años de edad en el momento del parto (las reducciones en el peso oscilan desde un 2,6% en República Dominicana hasta un 5% en Honduras) (8). Asimismo, mientras que cada año adicional de edad en el rango entre los 15 y 19 años aumenta en un 9% las probabilidades de embarazo de las mujeres, cada año de escolaridad que se suma reduce esas probabilidades en un 4%. Por su parte, el uso de métodos anticonceptivos disminuye en más de un 20% la probabilidad de las mujeres de tener un embarazo en la adolescencia (8).

Por tanto, hacer frente a la meta de fecundidad es una dimensión esencial de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe, según informe de la CEPAL (9), más aún cuando el uso de anticonceptivos por parte de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) en algunos países aún es bajo y las diferencias por nivel educativo y entre las áreas rurales y urbanas son notables. Entonces, cerrar la brecha entre la demanda y la oferta de métodos anticonceptivos es un reto pendiente en la región, particularmente con relación al uso de anticonceptivos modernos (9).

Tal y como concluyen varios informes, cualquier avance en el acceso a la salud reproductiva en América Latina y el Caribe no podrá lograrse sin abordar las disparidades sociales y económicas, sin mejorar el acceso a la educación y a los servicios de salud reproductiva entre los adolescentes, y sin asegurar la inclusión de los hombres en las estrategias de salud reproductiva (2). Además si se pretende alcanzar el acceso universal a la salud reproductiva en América Latina y el Caribe debe tomarse en cuenta el contexto cultural de la fecundidad. Por otra parte, tanto las disparidades socioeconómicas como la fecundidad adolescente y la exclusión de los hombres deben ser abordadas integralmente para lograr la meta ODM de acceso universal a la salud reproductiva (2), pero es preciso considerar que la planificación de la familia es un componente de estrategias más amplias de inversión en el capital humano, particularmente en las mujeres (3).

COMPORTAMIENTO A NIVEL NACIONAL

EN EL CASO DE COLOMBIA, A PARTIR DE LAS ENCUESTAS DE DEMOGRAFÍA y salud se identifica un comportamiento variable en la fecundidad adolescente presentando una tasa de 70 nacimientos por mil en 1990, de 85 nacimientos por mil en 2000, 90 nacimientos por mil en 2005 (10) y de 84 nacimientos por mil en 2010, sin presentarse grandes cambios en las tasas durante este tiempo. Esta tendencia llama la atención, puesto que se da a pesar de ciertos cambios positivos en algunos de los factores determinantes socioeconómicos en los ámbitos individual y contextual, como son una mayor permanencia en el sistema educativo, el aumento de la escolaridad y

una mayor participación laboral de la mujer, una mayor disponibilidad y acceso a métodos de planificación familiar, un mayor grado de urbanización y cambios favorables en los conceptos y valores acerca de la maternidad y la familia (11).

El aumento de la tasa de fecundidad adolescente y la disminución de la fecundidad total hacen que la primera contribuya cada vez más a la segunda. Se puede afirmar que la maternidad a edades más tempranas está contribuyendo de manera considerable al crecimiento de la población. Hace 30 años la tasa de fecundidad adolescente representaba el 7% de la fecundidad total, el 12% en 1990, y para el 2005 ya representaba el 19% de la fecundidad total (12).

Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la *adolescencia temprana* (de los 10 a los 14 años) y la *adolescencia tardía* (de los 15 a los 19 años) (5), tomando a su vez el comportamiento de la tasa específica de fecundidad para estos dos grupos.

Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años:

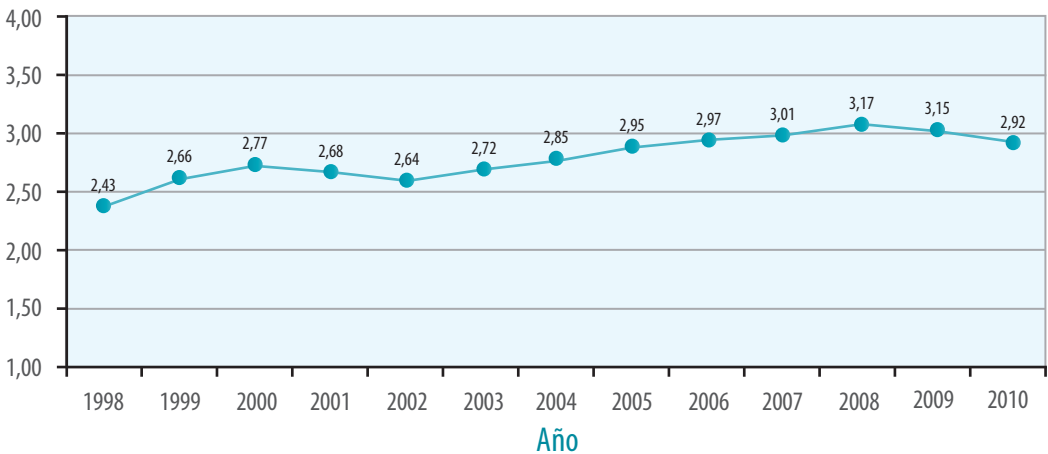
Hablar de tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años es como hablar de la maternidad en las niñas, una mujer entre los 10 y 14 años apenas inicia la etapa de desarrollo y cambios hormonales que la llevarán en el futuro a adquirir la madurez física, fisiológica y psicológica para ser madre. Estos embarazos se dan durante la *adolescencia temprana*, siendo esta una etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los niños cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual (5).

Según la UNICEF, la adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos (entre estas el asumir una maternidad/paternidad a edades tempranas) y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad (5).

A pesar de las implicaciones que conlleva la maternidad a tan temprana edad, en Colombia se presentaron 6.315 nacimientos de niños en madres que aún no habían cumplido los 15 años de edad; alcanzando una tasa específica de fecundidad de 2,92 nacimientos por 1.000 mujeres de 10 a 14 años. Cabe anotar que esta tasa ha presentado una tendencia ascendente durante el período 2009-2008, presentando su máxima cifra en el 2008 (3,17 nacimientos por mil), año desde el cual ha venido en descenso como se puede observar en el *Gráfico 6*.

Gráfico 6

TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 10 A 14 AÑOS 1998-2010.

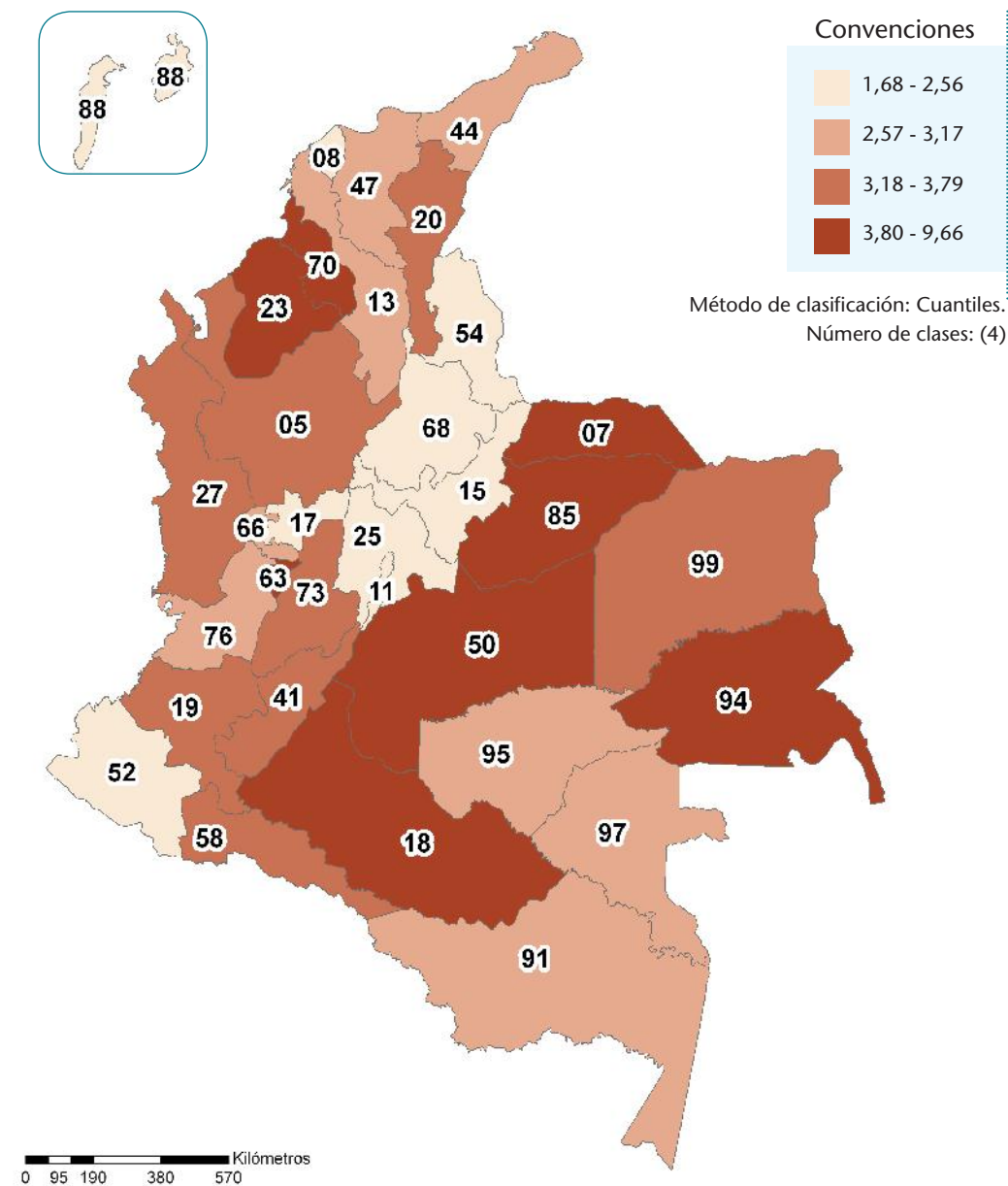


Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas vitales y Proyecciones de Población-DANE. 1998-2010.

Para el año 2010, las tasas más altas de fecundidad en este grupo de edad las presentaron los departamentos de Guainía, Casanare, Caquetá y Arauca, con tasas por encima de 5 nacimientos por 1.000; duplicando y triplicando incluso las tasas más bajas presentadas en Bogotá, Boyacá, San Andrés y Atlántico, con una tasa promedio de 1 nacimiento por cada 1.000. Una mujer de Guainía entre los 10 y 14 años, por ejemplo, tiene casi cinco veces más posibilidades de quedar embarazada que una mujer de la misma edad de Bogotá, como se observa en el *Mapa 1*.

Mapa 1

TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD DE 10 A 14 AÑOS
POR 1.000 MUJERES POR DEPARTAMENTO. 2010.



Proyección: Transversa de Mercator.

Origen: Observatorio Astronómico de Bogotá

Fuente: Estadísticas vitales y Proyecciones de población DANE, 2010.

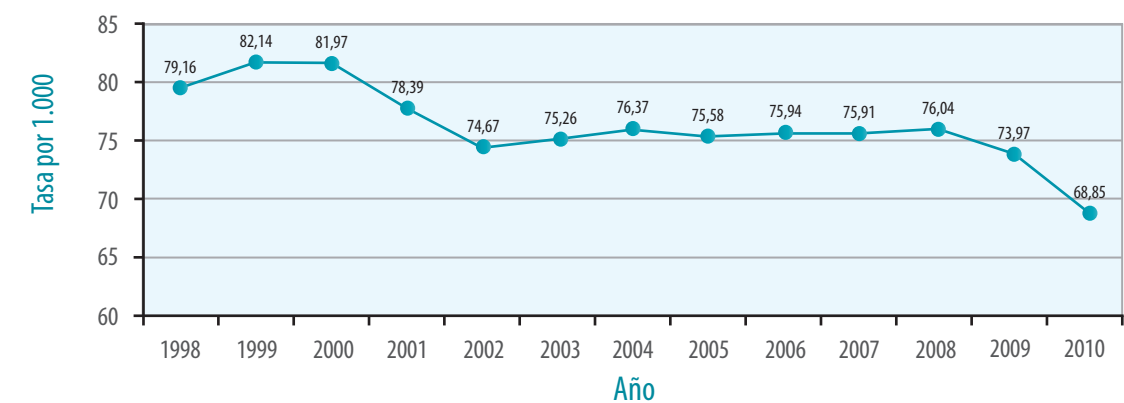
Tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años

Estos embarazos se presentan en la *adolescencia tardía*, etapa en la cual usualmente ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”- declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. El fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esa temprana fase temeraria para prolongarse incluso en la edad adulta (5). En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo el abuso y la discriminación basados en el género magnifican estos riesgos. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea (5).

En Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010, una de cada cinco mujeres en esta etapa ha estado alguna vez embarazada, el 16% ya son madres y 4% están esperando su primer hijo. Estos indicadores son similares a los estimados en el 2000, 15% y 4% respectivamente (13). A su vez, según los datos de Así Vamos en Salud, aunque la tendencia en el comportamiento de la tasa de fecundidad es descendente, aún sigue siendo alta. Para el 2010 se encontraba en 68,85 nacimientos por 1.000 mujeres en este grupo de edad, como se observa en el *Gráfico 7*.

Gráfico 7

TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS 1998-2010.

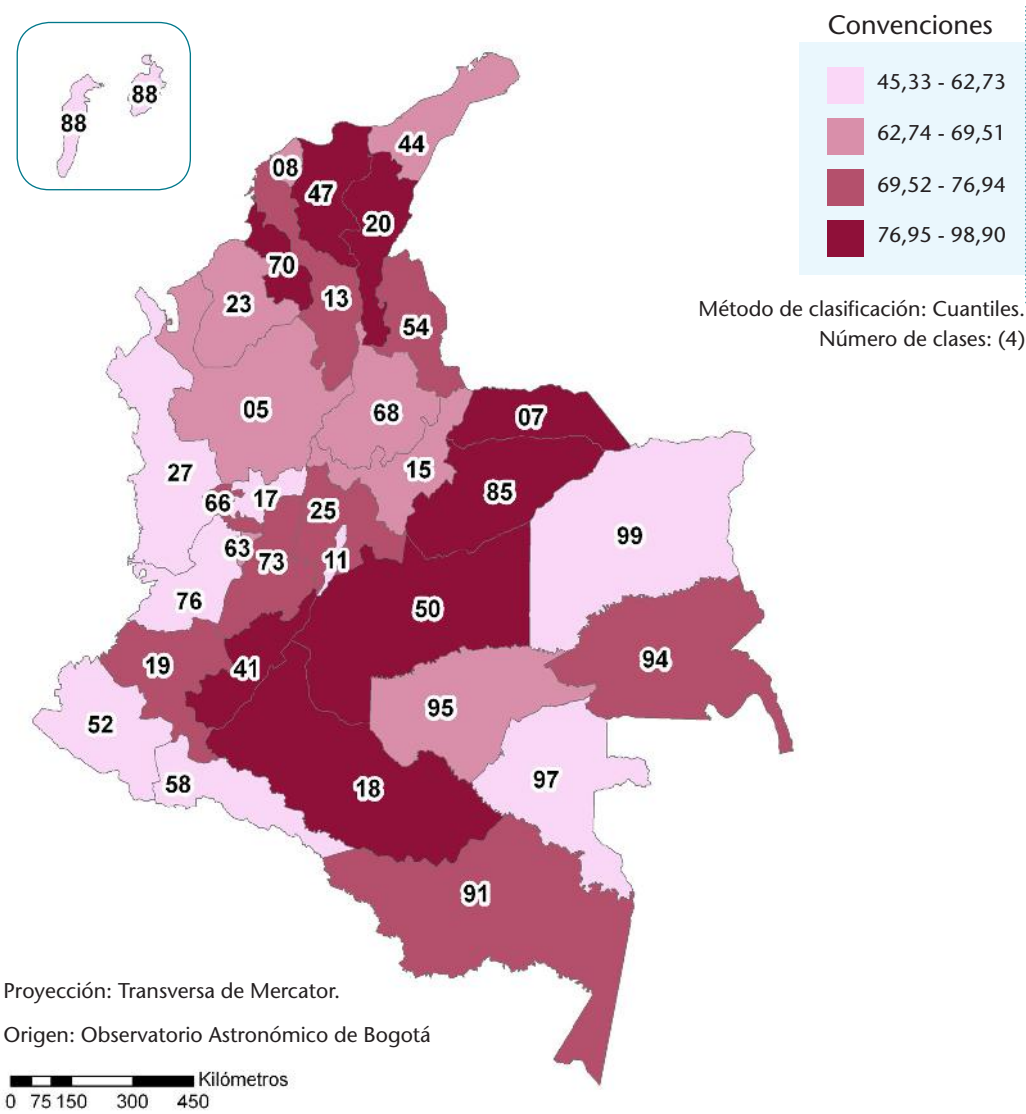


Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas vitales y Proyecciones de Población-DANE. 1998-2010.

Las mayores tasas de fecundidad específica de 15 a 19 años se encuentran en los departamentos de Arauca, Casanare, Caquetá, Cesar, Huila, Magdalena y Meta con tasas de fertilidad específicas por encima de 80 nacimientos por 1.000 mujeres entre los 15 y 19 años. Las tasas más bajas de fecundidad están en los departamentos de San Andrés, Chocó, Vaupés, Vichada y Valle del Cauca, con tasas por debajo de 60 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años. Una mujer de Arauca entre los 15 y 19 años tiene casi 2,8 veces más posibilidades de quedar embarazada que una mujer de la misma edad de San Andrés. (Ver Mapa 2).

Mapa 2

TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD DE 10 A 14 AÑOS
POR 1.000 MUJERES POR DEPARTAMENTO. 2010.



Fuente: Estadísticas vitales y Proyecciones de población DANE, 2010.

En general, según los resultados de la ENDS 2010, los mayores porcentajes de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas están en las regiones de Orinoquía y Amazonía, Pacífico y Caribe. A su vez el mayor porcentaje de adolescentes en embarazo de su primer hijo está en las regiones Caribe, Bogotá y en la Orinoquía-Amazonía (13).

También los datos de la ENDS muestran que aunque la tasa de fecundidad tanto en las zonas urbanas como en las rurales ha disminuido respecto al año 2005, la brecha entre las dos aún persiste. La tasa de fecundidad adolescente en la zona urbana para el 2010 fue de 73 nacimientos por mil, mientras que en la zona rural fue de 122 nacimientos por mil (13).

Las desigualdades socioeconómicas también influyen en la maternidad adolescente, tal y como lo evidencian Flórez y Soto, 2006. Las adolescentes menos educadas o de menor nivel socioeconómico están más expuestas al riesgo de embarazo a causa de un inicio más temprano de las relaciones sexuales. No obstante, la proporción de fecundidad no deseada tiende a aumentar con el nivel socioeconómico de las adolescentes, lo que refleja la importancia de los factores contextuales y la falta de oportunidades sociales y económicas alternativas a la maternidad para las más pobres (12). En el estrato bajo la deserción escolar y la pobreza son, en la mayoría de los casos, condiciones previas y no consecuencia del embarazo en adolescentes. Sin embargo, en una proporción considerable de las adolescentes pobres se interrumpe la trayectoria educativa y se refuerza de ese modo el círculo vicioso de la pobreza (12).

A su vez Bernal y Camacho 2012, presentan un cuadro comparativo del porcentaje de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años embarazadas o que ya han sido madres por quintil de riqueza desde 1995 hasta 2010. En la Tabla 2 se observa que la tasa ha ido aumentando desde 1995 con un ligero descenso entre el 2005 y el 2010, ubicándose en 21 de cada 100 adolescentes en este último año. Se observa además una tendencia diferencial de la tasa por quintil de ingreso. En todos los años, la tasa de embarazo adolescente de las más pobres supera por un factor de tres o más la tasa de embarazo adolescente de las más ricas (14).

Tabla 2

Adolescentes embarazadas o que son madres 1995-2010

Quintil	1995	2000	2005	2010
1	27%	33%	32%	30%
2	27%	29%	27%	29%
3	22%	23%	24%	22%
4	17%	11%	16%	14%
5	7%	9%	12%	9%
Total	17%	20%	22%	21%

Fuente: Bernal y Camacho 2012. (Con base en ENDS, 2010)

Estos datos son preocupantes, ya que según evidencia revisada por Bernal y Camacho 2012, el embarazo adolescente puede generar una trampa de pobreza que perpetúa las condiciones de vulnerabilidad de las jóvenes más pobres del país, así como tener consecuencias negativas sobre la madre adolescente como son un menor nivel de escolaridad, una probabilidad menor en 19% de participar en el mercado laboral, un mayor número de hijos y una probabilidad mayor de casarse más de una vez (14). Según este mismo documento, en la ENDS 2010, se reporta que de las adolescentes embarazadas del quintil de riqueza más bajo, cerca de 39% corresponden a embarazos deseados, mientras que esta fracción apenas llega al 28% en el quintil más alto de riqueza. Estas cifras indican que ésta no es necesariamente una decisión de vida de las jóvenes y que hay espacio para la implementación de políticas adecuadas para evitar el 60% y 70% de casos no deseados (14).

Los datos de edad al nacimiento del primer hijo también son preocupantes. La edad al nacimiento del primer hijo incrementa a lo largo de la distribución del ingreso, siendo de 18 años en el quintil de riqueza más bajo y cerca de 25 años en el quintil de riqueza más alto, como se observa en la *Tabla 3* (14).

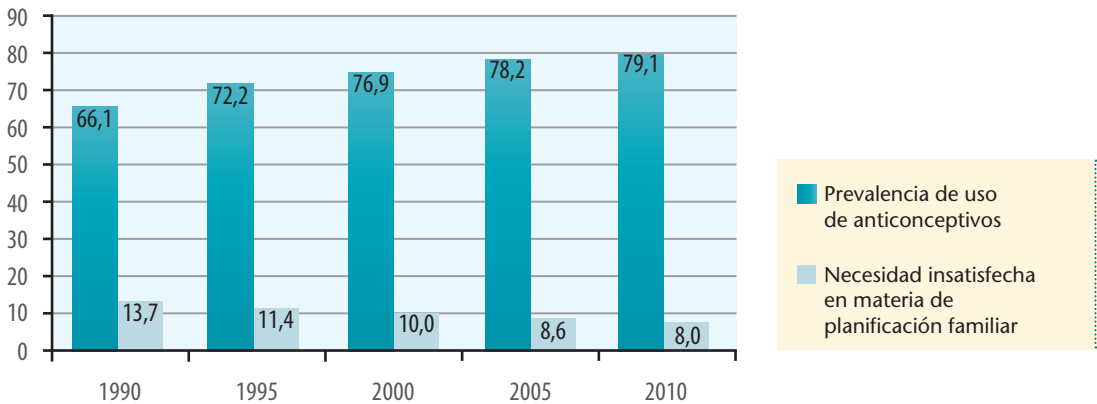
Tabla 3
Edad al momento del primer embarazo

Estrato	Media
0	18,32
1	19,00
2	20,10
3	21,54
4	23,59
5	23,19
6	25,15

Fuente: Bernal y Camacho 2012. (Con base en ENDS, 2010)

Al mismo tiempo, la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar es mayor entre estas jóvenes, debido a un menor acceso a la información adecuada y a la posibilidad de uso apropiado de los métodos (12) y, a pesar que el uso de métodos de planificación familiar se está volviendo casi universal en Colombia, según los datos de la ENDS; y que entre todas las mujeres encuestadas, el 85% ha usado alguna vez en su vida un método anticonceptivo; siendo los métodos más utilizados el condón y la píldora (13). Este dato es similar a la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres casadas de 15 a 49 años reportada por la CEPAL, que para el año 2010 era de 79,1%, cifra que ha aumentado desde 1990. A su vez, la necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar para el mismo año era de 8%, la cual ha venido disminuyendo en el mismo período como se observa en el *Gráfico 8*.

Gráfico 8
PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS Y NECESIDAD INSATISFECHA EN MATERIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. COLOMBIA 1990-2010.



Fuente: Elaboración propia con base en datos estadísticos de CEPAL, Estadísticas de América Latina y el Caribe CEPALSTAT. Disponibles en: <http://websie.edac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas&idioma=i>. Consultado el 20 de diciembre de 2012.

Sin embargo, al observar los resultados de uso de anticoncepción de la ENDS 2010 por grupos de edad, el menor porcentaje de mujeres sexualmente activas que alguna vez han utilizado anticoncepción se encuentra en el grupo de 15 a 19 años con un 47,8% (cualquier método), y este porcentaje disminuye a 46,1% al indagar por el uso de métodos modernos (13). En este grupo de edad el **método más utilizado es el condón con 39,6% de las mujeres, y el menos utilizado es la esterilización femenina con el 0,3% de las mujeres** (13).

En términos generales y como ya ha mostrado la evidencia, cuando las mujeres tienen sus hijos muy temprano, se vuelve más costoso terminar el proceso de acumulación de capital humano a través de la educación formal y por ende sus oportunidades laborales y salariales son mucho más limitadas que aquellas disponibles para las mujeres que posponen la maternidad para el momento en que finalizan su proceso educativo. Esto tiene repercusiones sobre la distribución del ingreso y la perpetuación de la pobreza y la movilidad social (14), siendo además un obstáculo para el desarrollo de las mujeres, dadas las trayectorias de desarrollo diferenciales en función del género (15).

COMPONENTE DE POLÍTICAS PÚBLICAS:

LA UNICEF HACE EL LLAMADO A QUE SE DEBE CONCEDER MÁS IMPORTANCIA a la atención, la protección y la promoción de la autonomía de los adolescentes y, en particular, de las adolescentes, lo cual se logra no solo con facilitar el acceso a métodos de planificación familiar. Com-

prende además el acceso a una educación de calidad que sea sensible a las necesidades de los adolescentes para dotarlos de los conocimientos, las aptitudes y la confianza en sí mismos que requieren para poder afrontar los problemas de nuestro tiempo (5). Todo esto acompañado de un sistema de protección social que tenga en cuenta las necesidades de los adolescentes, como un mecanismo para garantizar que los sectores más pobres y marginados de la población reciban el apoyo suficiente para satisfacer sus necesidades básicas (5).

En ese sentido, aspectos como el acceso y la permanencia en la educación formal, el acceso a una atención médica de calidad, la participación en la toma de decisiones, y la protección contra la violencia, la explotación y el abuso; son fundamentales para habilitar a los adolescentes a fin de que desarrollen todo su potencial y su autonomía. (5). La evidencia muestra que este tipo de inversión aumenta la probabilidad de que los adolescentes sean un día económicamente independientes, tomen decisiones sobre relaciones sexuales con conocimiento de causa, participen en los asuntos comunitarios y cívicos y estén mejor equipados para obtener un empleo productivo que les ayude a poner fin al ciclo de la pobreza. Como adultos, estarán también mejor preparados para gestionar los desafíos globales que enfrenta su generación. (5)

También cobran particular importancia los programas de promoción con enfoque de género con un énfasis claro en el cambio de rol de las mujeres (14); puesto que resulta prioritario reducir estas diferencias de género pero sin desconocer el rol de los hombres; ya que los esfuerzos para corregir las desigualdades a través de proyectos dirigidos solamente a las mujeres, puede resultar contraproducente si los hombres no son informados e involucrados en estos procesos (15).

Sin dejar de reconocer el carácter multidimensional del embarazo adolescente, el componente de educación sexual adquiere una gran dimensión en particular y se constituye en uno de los principales mecanismos de prevención, en la medida en que contribuye al desarrollo de las competencias que los jóvenes requieren para tomar decisiones autónomas acerca de los comportamientos que inciden sobre la salud sexual y reproductiva. Algunas estrategias para la prevención del embarazo que se han implementado a nivel internacional proponen que debe centrarse en la educación en salud sexual y reproductiva, paternidad y maternidad responsable, valores, autoestima, habilidades para la vida, entre otros aspectos (16).

En ese sentido, se debe partir del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como elemento constitutivo de los derechos humanos, teniendo como objetivo mejorar la salud sexual y reproductiva, la promoción de su ejercicio y la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, a través de dos grandes líneas de acción: la primera, encaminada a afectar los *determinantes próximos*¹, es decir, aquellos que afectan el riesgo de embarazo; y la segunda busca incidir en los *determinantes socioeconómicos y contextuales*², que son aquellos factores que afectan los determinantes próximos (16).

1. Inicio de las relaciones sexuales, unión/matrimonio, uso de planificación familiar, aborto e infertilidad postparto.

2. Se dan en dos niveles: *Contextual y Hogar/Individual*. **Nivel Contextual:** Factores de la Comunidad como nivel educativo promedio, participación laboral, edad promedio a la unión, etc. y *Factores Culturales* como valores, normas sociales, percepciones, entre otros. **Nivel Hogar/Individual:** Características del individuo como nivel educativo, empleo, estatus, entre otros. *Características del Hogar* como jefatura femenina, estructura del hogar, nivel socioeconómico, etc.

Dentro de los antecedentes de política pública para abordar el componente de salud y derechos sexuales y reproductivos en Colombia se destacan los siguientes hitos: la *Constitución Política de Colombia de 1991* por la relación de estos derechos con algunos derechos fundamentales promulgados en esta Constitución; la expedición de la *Ley 100 de 1993* que incorpora acciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva centradas en áreas como la planificación familiar, la atención médica dentro del núcleo materno-infantil y la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); y la *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2007*, la cual parte de la premisa de que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, tal y como se establece en la IV Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, compromiso reafirmado en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995 (17), definiendo además al Estado como garante de que los individuos alcancen su nivel más alto de salud sexual y reproductiva (16).

Además el país ha firmado todos los tratados y acuerdos internacionales relacionados con este derecho, lo que permite entender por qué varias cuestiones relacionadas con derechos sexuales y reproductivos en Colombia están en sintonía con estas discusiones internacionales (17). Dentro de los desarrollos normativos que dan cuenta de ello se destacan: la inclusión de los métodos anticonceptivos hormonales y el condón masculino dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) (Acuerdo 380 de 2006); la autorización de la interrupción voluntaria del embarazo, en los casos en que la concepción haya sido producto de una violación, cuando existan malformaciones en el feto incompatibles con la vida o cuando el embarazo ponga en peligro la vida de la madre (Sentencia C-355 de 2006) (18)y, en el año 2009 afirmó la legalidad de los anticonceptivos de emergencia y aseguró el acceso a ellos (Sentencia T-388 de 2009) (3).

Lo anterior establece una serie de acciones que apuntan a la reducción del embarazo adolescente, acompañado además de las acciones que se desarrollen en el cuatrienio 2010-2014 contempladas para la reducción del embarazo adolescente en el marco el *Plan Nacional de Desarrollo "Prosperidad para todos"* donde se establecen metas relacionadas con la reducción del embarazo adolescente y en avance para el logro del ODM 5, como son: la meta de reducción de embarazos en mujeres de 15 a 19 años a menos del 15% en 2014, la meta de aumento en la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población adolescente (15 a 19 años) a un 63,3% en 2014, y la meta de aumento en la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población sexualmente activa a 74% en 2014.

Dentro de los avances se tiene la implementación del *Modelo de servicios de salud amigables y para adolescentes y jóvenes*, facilitando así el acceso y la atención integral de la población joven y adolescente, en el marco de los derechos de la salud, la salud sexual y la salud reproductiva. Tienen como propósito reducir las barreras de acceso a servicios integrales de salud y de salud sexual y reproductiva a este grupo poblacional, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población (19), buscando además superar las barreras generacionales, culturales y de género, con el objeto de fomentar el diálogo sincero entre los adolescentes y el personal, que debe ser idóneo para ofrecer tratamiento y asesoramiento (5). Según datos del Ministerio de Salud, entre 2007 y 2011 se han implementado 850 servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes de 10 a 29 años, en 695 municipios del país, con

un 61% de cobertura, pasando de ser una estrategia focalizada en algunos municipios a ser un programa nacional con respaldo y reconocimiento internacional (19).

Además en el 2012 se presenta el *Documento Conpes 147*, que pone a consideración los lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Dentro de la estrategia propuesta se busca atender variables asociadas al fenómeno como la violencia intrafamiliar, el mal uso del tiempo libre, la falta de oportunidades y la baja calidad de la educación sexual. También enfatiza en los proyectos de vida de niños y jóvenes, en la permanencia escolar, en la culminación del ciclo educativo y el logro de familias funcionales más allá de enfoques biológicos. Adicionalmente, en 2012, el Ministerio ha invertido en acciones de prevención del embarazo adolescente \$5.760 millones de pesos (20).

A su vez, dentro de la formulación del Plan Decenal de Salud Pública, una de las dimensiones prioritarias es la de Salud Sexual y Reproductiva, donde, a través de una construcción participativa, se han establecido las prioridades territoriales en materia de derechos sexuales y reproductivos en cada una de las regiones desde un enfoque diferencial, en particular los relacionados con la prevención del embarazo adolescente; con la reducción de muertes que se generan como consecuencia del embarazo, parto o puerperio; con la prevención del aborto inseguro; con el garantizar el acceso universal a la prevención y tratamiento integral de las Infecciones de Transmisión Sexual y del VIH/Sida y con la prevención de las violencias de género y Sexual, entre otras; apuntando a la disminución de uno de los intolerables evitables: el embarazo no deseado y en adolescentes, especialmente el embarazo en menores de 14 años (20).

Uno de los retos para el logro de las metas propuestas desde el gobierno es poder dar respuesta a los determinantes sociales del embarazo adolescente, al fortalecimiento de la acción intersectorial y a la atención primaria en salud, con el fin de crear condiciones que promuevan y garanticen el bienestar de adolescentes y jóvenes en cada una de las regiones (20). Otro reto es el mejoramiento de la información sobre este grupo de edad, ya que la disponibilidad de información sobre los adolescentes, en particular en el grupo de 10 a 14 años, es relativamente escasa, y más aún teniendo en cuenta el aumento de casos de embarazo adolescente. Además hay un considerable número de esferas, tales como la salud mental de los adolescentes, la discapacidad y los indicadores de calidad para la educación secundaria, en las que simplemente no hay datos en cantidad suficiente (5), que permita un abordaje integral de los determinantes sociales del embarazo adolescente.

Referencias Bibliográficas

1. UNFPA IPEA. Contribuciones potenciales a la agenda de los ODM a partir de la perspectiva de la CIPD: resumen e implicaciones programáticas. Documento de investigación 5. ; 2007.
2. Jimenez M, Aliaga L, Vignoli J. Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva. Serie Población y Desarrollo. ; 2011.
3. UNFPA. Estado de la población mundial 2012: Sí a la opción, no al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. ; 2012.
4. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2012. ; 2012.
5. UNICEF. La adolescencia: Una época de oportunidades. Informe Estado mundial de la infancia 2011. ; 2011.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. www.eclac.cl. [Online].; 2010 [cited 2012 Diciembre 20. Available from: http://www.eclac.cl/MDG/noticias/paginas/2/40012/ODM_5.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Organización Mundial de la Salud; 2012.
8. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. ; 2010.
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. <http://www.eclac.cl>. [Online].; 2010 [cited 2012 Diciembre 20. Available from: http://www.eclac.cl/MDG/noticias/paginas/3/39983/ODM5_HOJA_SALUDMATERNA.pdf.
10. Flórez CE. Fecundidad adolescente: diferenciales sociales y geográficos, 2005. Revista de la información básica. Revista virtual.Revista del Centro Andino de Altos Estudios CANDANE. ; 4(2).
11. Flórez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(6).
12. Flórez CE, Soto V. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. Notas de población. CEPAL. 2006;(83).
13. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá.; 2010.
14. Bernal R, Camacho A. La política de primera infancia en el contexto de la equidad y movilidad social en Colombia. Documentos CEDE. 2012 octubre;(33).
15. Henao J, González C, Vargas E. Fecundidad adolescente, género y desarrollo. Evidencias de la investigación. Territorios. 2007 enero-julio;(16-17).
16. Flórez CE, Soto V. Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política Planeación DND, editor.; 2007.

17. Secretaría Distrital de Salud. Propuesta de lineamientos de la política distrital de sexualidad de Bogotá 2012-2022. ; 2012.
18. UNFPA. UNFPA Colombia. [Online]. [cited 2012 12 20. Available from: <http://www.unfpa.org.co/menuSup.php?id=5>.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. [Online].; 2012 [cited 2012 diciembre 21. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Estrategias-de-salud-sexual-y-reproductiva-en-adolescentes.aspx>.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. [Online].; 2012 [cited 2012 diciembre 21. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ministro-de-Salud-hace-reflexiones-sobre-embarazo-adolescente.aspx>.
21. Bryce J, Arifeen Se, Pariyo G. Reducing child mortality: can public health deliver? Lancet. 2003 July 12;(362): p. 159–64.
22. UNICEF. La niñez colombiana en Cifras. Bogota;; 2002.
23. DANE. Estadísticas Vitales. [Online]. [cited 2010 Junio 30. Available from: www.dane.gov.co.
24. Victora CG, Wagstaff A, Armstrong J. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. Lancet. 2003 July 19;(362): p. 233–41.
25. CEPAL. CEPAL-CEPALSTAT. [Online].; 2012 [cited 2012 diciembre 20. Available from: <http://www.eclac.org/estadisticas/default.asp?idioma=IN>. x

6 Como Vamos con la Discapacidad

PARA ENTENDER EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD EN LA ACTUALIDAD, es necesario ver la forma en que este ha evolucionado a lo largo del tiempo. Inicialmente la discapacidad tenía consideraciones mitológicas o religiosas, puesto que era considerada como castigo divino. Posteriormente en los siglos XIX y XX, los desarrollos científicos y médicos sentaron las bases para la comprensión de las bases biológicas y médicas, asociando las alteraciones en las estructuras y en la función corporal con diferentes condiciones de salud (1). Luego, durante las décadas de 1960-1970 hubo un cuestionamiento a las visiones médicas e individualistas de la discapacidad, lo que dio paso al desarrollo de aproximaciones sociales más enfocadas en las barreras sociales y en la discriminación que enfrentan las personas con discapacidad (1).

Esta transición que implicó pasar de una perspectiva individual y médica a una perspectiva estructural y social, ha sido el viraje desde un modelo médico a un modelo social. Aunque el modelo médico y el modelo social a menudo se presentan como dicotómicos, la discapacidad debería verse como algo que no es ni puramente médico ni puramente social: las personas con discapacidad a menudo pueden experimentar problemas que derivan de su condición de salud. Se necesita un enfoque equilibrado que le de el peso adecuado a los distintos aspectos de la discapacidad (2).

Como aspecto central a este cambio, se destaca el trabajo hecho por los movimientos de personas con discapacidad que iniciaron en Norteamérica y en Europa en la década de 1960 desde donde se extendió a todo el mundo. El propósito de la movilización de estas organizaciones fue el de lograr total participación e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1). De hecho, estos movimientos jugaron un papel fundamental en el desarrollo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD, permitiendo que los derechos humanos generales tengan un enfoque diferencial para las personas con discapacidad, y aclarando además la legislación internacional existente referente a la discapacidad. El mensaje esencial de la CDPD es que las personas con discapacidad no deben ser consideradas objetos que se deban manejar, sino sujetos que merecen idéntico respeto y goce de los derechos humanos (2).

En la actualidad las definiciones más recientes acerca de la discapacidad vienen de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la discapacidad y la salud CIF, y de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD. La CIF establece que la discapa-

cidad es un término que incluye alteraciones, limitación en las actividades y restricciones en la participación, las cuales son resultado de la interacción entre la persona con una condición de salud determinada y factores ambientales; así como de factores personales como el género o la edad. Por su parte, la CDPD establece que la discapacidad es un concepto en evolución y es resultado de la interacción entre personas con alteraciones y con barreras ambientales y actitudinales que obstaculizan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás personas (1).

En consecuencia, para abordar la noción de discapacidad es preciso situarse en una perspectiva más ecológica, que implica comprender la discapacidad como el fruto de las interacciones entre las condiciones individuales de la persona y las características del entorno físico y social. Vista así la discapacidad es la falta de armonía entre la persona y su ambiente, en la que ambos elementos, entorno y persona, son responsables de realizar esfuerzos para atenuarla o compensarla (3). Desde esta perspectiva se rompe la lógica sectorial con la que históricamente se ha pretendido dar respuesta a las problemáticas derivadas de la discapacidad, es decir, aquella según la cual los asuntos de la población con discapacidad son responsabilidad exclusiva del sector salud y se resuelven bajo los parámetros de la visión biomédica clásica. Por el contrario, el llamado mundial de hoy es a definir competencias sectoriales, actuar bajo los principios de justicia, complementariedad y corresponsabilidad intersectorial, favorecer la organización y participación social de estos colectivos desde la perspectiva de la promoción de los derechos humanos y de la generación de oportunidades en cantidad y calidad suficientes para favorecer el desarrollo de las potencialidades humanas y propiciar su inclusión social. (3)

CONTEXTO GLOBAL Y REGIONAL

SEGÚN DATOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS, aproximadamente el 10% de la población mundial tiene alguna discapacidad (1). Son cerca de 1 billón de personas alrededor del mundo que vive con una o más alteraciones físicas, sensoriales (ceguera/sordera), intelectuales y de salud mental (2); y de estas, aproximadamente el 80% vive en países en desarrollo, donde solamente el 5-15% de las personas con discapacidad tienen acceso a ayudas técnicas. Alrededor del 15-20% de las personas más pobres del mundo tienen alguna discapacidad (1). A nivel global, las principales causas de discapacidad incluyen enfermedades crónicas (como diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer), lesiones (como consecuencia de lesiones externas por caídas, accidentes de tránsito, conflictos armados y minas antipersonales), problemas de salud mental, defectos congénitos, malnutrición, VIH/Sida y otras enfermedades transmisibles. Aunque es muy difícil saber con exactitud el número total de personas con discapacidad en el mundo, se calcula que el número va en aumento debido a factores como el crecimiento de la población y el incremento en la prevalencia de condiciones de salud crónicas, el envejecimiento de la población; entre otros factores (2).

Se evidencia una dificultad frente a las estimaciones de la prevalencia puesto que los datos de las encuestas y los censos nacionales no se pueden comparar directamente con las estimaciones de la Carga Mundial de Morbilidad o de la Encuesta Mundial de Salud, porque los países no

usan un método homogéneo para formular las definiciones de discapacidad y las preguntas de las encuestas. En 2004, último año del que se disponen de datos de encuestas y estimaciones de carga de morbilidad, los resultados de la Encuesta Mundial de Salud y el estudio Carga Mundial de Morbilidad, que se basan en métodos y supuestos de medición muy diferentes, incluyen estimaciones de la prevalencia mundial en la población adulta del 15,6% y el 19,4%, respectivamente. En la Encuesta Mundial de Salud, la prevalencia de adultos con dificultades muy significativas de funcionamiento se sitúa en el 2,2%, mientras que los datos del estudio Carga Mundial de Morbilidad indican que el 3,8% de la población adulta tiene una discapacidad grave, el equivalente a la discapacidad asociada a condiciones tales como tetraplejía, depresión grave o ceguera. Sobre la base de las estimaciones de la población de 2010, 6900 millones de habitantes, con 5040 millones de adultos de 15 años o más y 1860 millones de personas menores de 15 años; y de las estimaciones de la prevalencia de la discapacidad de 2004 (Encuesta Mundial de Salud y Carga Mundial de Morbilidad), entre 785 millones (15,6%) y 975 millones (19,4%) de personas de 15 años o más viven con alguna discapacidad. De esa cifra, entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) sufren dificultades significativas de funcionamiento. Cuando se incluye a los niños, se estima que más de 1000 millones de personas (cerca del 15% de la población mundial) viven con una discapacidad (2).

Los datos correspondientes a 2004 del estudio Carga Mundial de Morbilidad, cuyo análisis se llevó a cabo para el Informe mundial sobre la discapacidad en 2011 permite estimar que el 15,3% de la población mundial (unos 978 millones de personas de la población total, estimada en 6400 millones en 2004) tenía una discapacidad moderada o grave, mientras que el 2,9% (alrededor de 185 millones de personas) experimentaba una discapacidad grave, como se puede observar en la *Tabla 1 (2)*:

Tabla 1

Prevalencia estimada de la discapacidad moderada y grave, por región, género y edad, sobre la base de las estimaciones del estudio Carga Mundial de Morbilidad, 2004.

Prevalencia de discapacidad por regiones								
Género/Grupo etario	Porcentaje							
	A Nivel Mundial	Países de ingresos altos	Países de ingreso bajo y mediano, región de la OMS					
			África	Las Américas	Asia sudo-oriental	Europa	Mediterráneo oriental	Pacífico occidental
Discapacidad grave								
Hombres								
0-14 años	0,7	0,4	1,2	0,7	0,7	0,9	0,9	0,5
15-59 años	2,6	2,2	3,3	2,6	2,7	2,8	2,9	2,4
≥ 60 años	9,8	7,9	15,7	9,2	11,9	7,3	11,8	9,8
Mujeres								
0-14 años	0,7	0,4	1,2	0,6	0,7	0,8	0,8	0,5

15-59 años	2,8	2,5	3,3	2,6	3,1	2,7	3,0	2,4
≥ 60 años	10,5	9,0	17,9	9,2	13,2	7,2	13,0	10,3
Total	2,9	3,2	3,1	2,6	2,9	3,0	2,8	2,7
Discapacidad moderada y grave								
Hombres								
0-14 años	5,2	2,9	6,4	4,6	5,3	4,4	5,3	5,4
15-59 años	14,2	12,3	16,4	14,3	14,8	14,9	13,7	14,0
≥ 60 años	45,9	36,1	52,1	45,1	57,5	41,9	53,1	46,4
Mujeres								
0-14 años	5,0	2,8	6,5	4,3	5,2	4,0	5,2	5,2
15-59 años	15,7	12,6	21,6	14,9	18,0	13,7	17,3	13,3
≥ 60 años	46,3	37,4	54,3	43,6	60,1	41,1	54,4	47,0
Total	15,3	15,4	15,3	14,1	16,0	16,4	14,0	15,0

Nota: La discapacidad grave abarca los tipos VI y VII, mientras que la discapacidad moderada y grave abarca los tipos III y superiores.

Fuente: Informe mundial sobre la discapacidad. Banco Mundial, 2011.

En general, las prevalencias más altas de discapacidad se presentan en los grupos de 60 años y más, y esa misma tendencia se observa en todas las regiones. Las estimaciones de la prevalencia de la discapacidad moderada y grave, incluidas en el estudio Carga Mundial de Morbilidad son 11% más elevadas para las mujeres que para los hombres, lo que obedece a que las prevalencias específicas de la edad son levemente más elevadas en las mujeres y también a que el número de adultas mayores de la población es mayor al de adultos mayores (2).

Conforme lo concluye el Informe Mundial sobre Discapacidad, la discapacidad varía en consonancia con una compleja combinación de factores entre ellos la edad, el género, la etapa de la vida, la exposición a riesgos ambientales, la situación socioeconómica, la cultura y la disponibilidad de recursos, que en todos los casos difieren marcadamente de un lugar a otro. El aumento de las tasas de discapacidad, en muchos lugares, está asociado con el aumento de las condiciones de salud crónicas (diabetes, enfermedades cerebrovasculares, trastornos mentales, cáncer y enfermedades respiratorias) y con las lesiones. El envejecimiento de la población mundial también tiene influencia en las tendencias de la discapacidad, debido a que el riesgo de discapacidad es más elevado en los grupos de mayor edad (2).

Además de lo anterior, el entorno tiene un gran efecto en la prevalencia y la magnitud de la discapacidad y en las desventajas que afrontan las personas con discapacidad. Los resultados sociales y económicos de las personas con discapacidad y los hogares con discapacidad son más pobres que los de las personas sin discapacidad. En todas las situaciones, las personas con discapacidad y sus familias suelen incurrir en gastos adicionales para lograr un nivel de vida equivalente al de las personas sin discapacidad (2).

El informe El futuro de las personas con discapacidad en el mundo, 2003, señala que además de la sistemática discriminación, y de las barreras sociales, educativas y laborales existentes, hay tres factores que elevan el riesgo de vulnerabilidad social de las personas con discapacidad como son el bajo nivel de ingresos relacionado con las insuficiencias del sistema de protección social y de las dificultades para el acceso al empleo; los gastos adicionales relacionados con la discapacidad; y las barreras que implican la marginalización o la exclusión de servicios o actividades sociales (4).

Es clara la relación que existe entre el nivel de educación y de formación con la exclusión. Una vez más la zona en la que se vive, la accesibilidad a las infraestructuras circundantes, las prioridades en las políticas locales, regionales y nacionales, son factores externos que decidirán si una persona con discapacidad va a poder recibir una educación realmente inclusiva, con todas las ventajas que ello conlleva, o por el contrario, será excluida del sistema educativo, con la reducción de oportunidades que esto supone para las personas con discapacidad (4). Por lo general, es menos probable que los niños con discapacidad asistan a la escuela, y cuando tienen la posibilidad de hacerlo, las tasas de permanencia y promoción son más bajas. Tanto en los niños como en los adultos, las correlaciones entre el logro de escasos resultados educativos y el hecho de tener una discapacidad son con frecuencia más estrechas que las correlaciones entre el logro de escasos resultados educativos y otras características como el género, el hecho de residir en zonas rurales y un bajo nivel socioeconómico; lo que va limitando su participación en la vida social y económica (2).

De hecho, la Organización Internacional del Trabajo OIT, señala que en el mundo del trabajo, las personas con discapacidad son afectadas por patrones de discriminación como las altas tasas de desempleo, los prejuicios sobre su productividad y la falta de acceso al lugar de trabajo. En suma, las personas con discapacidad con frecuencia enfrentan situaciones de pobreza y desempleo. Su exclusión social priva a las sociedades de entre 1,37 y 1,94 trillones de dólares en pérdidas anuales del PIB. Cerca del 80% de todas las personas con discapacidad vive en las zonas rurales de los países en vías de desarrollo y tienen poco o ningún acceso a los servicios que requieren. Adicionalmente, en el mundo del trabajo las personas con discapacidad están relegadas a trabajos de bajo nivel y pocos ingresos, con escasa seguridad social y legal, o están segregados del mercado primario del trabajo. Muchos están subempleados. Esto afecta su autoestima, y muchos se resignan y deciden abandonar sus intentos. Sin embargo, la experiencia demuestra que cuando encuentran trabajos que corresponden a sus capacidades, habilidades e intereses, pueden hacer aportes importantes en el lugar de trabajo. Por estas razones, proveer de trabajo decente a las personas con discapacidad tiene un sentido social y también económico (5).

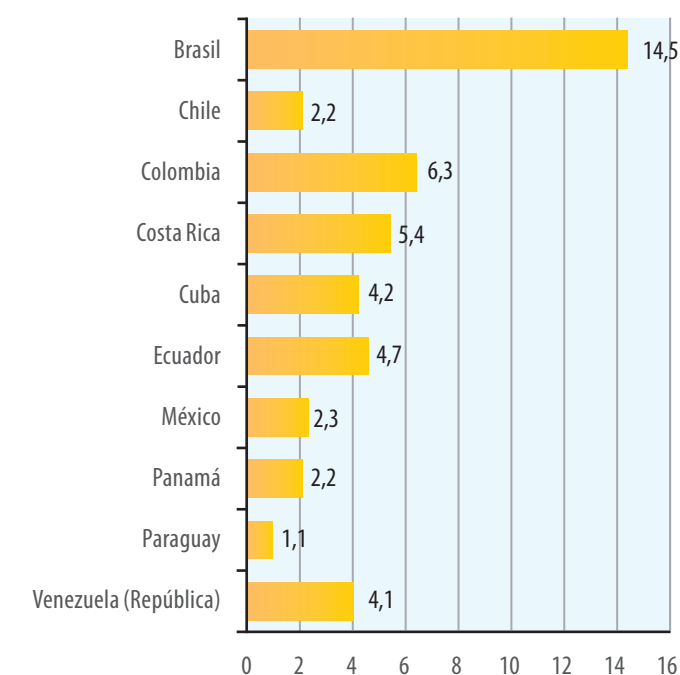
Ya dentro del contexto regional, según el Informe Salud en las Américas, 2012, en América Latina y el Caribe viven entre 140 y 150 millones de personas con discapacidad, limitando así sus capacidades y su calidad de vida. Este número va en aumento debido al crecimiento demográfico, al envejecimiento de la población, y al incremento de las enfermedades crónicas, además de accidentes, desastres y otros hechos violentos, hábitos alimentarios y abuso de sustancias. La ceguera e impedimento visual son una discapacidad frecuentemente relacionada con la pobreza y la marginalidad. Se estima que en zonas rurales hasta 88% de los casos de ceguera son curables, como es el caso de la catarata no operada (6).

A su vez, el último informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, 2012, presenta los resultados de una exploración de la información disponible de la ronda de los censos de 2000 y 2010 sobre la situación de las personas con discapacidad, aunque los datos disponibles son poco comparables entre países, pues las estimaciones varían según el grado de severidad de las deficiencias consideradas en las preguntas de los distintos instrumentos de medición, sean censos, encuestas de hogares o encuestas especializadas, por lo que no es posible trazar un mapa preciso de la discapacidad en la región (7).

Por ejemplo, los censos de la ronda 2000 en América Latina incluyeron preguntas relacionadas con la discapacidad, algunos con el enfoque de deficiencias severas (alteraciones en el cuerpo), como es el caso de Venezuela, México y Chile; otros con una combinación entre deficiencias severas y limitaciones, como es el caso de Ecuador y; el caso de Brasil y Colombia desde el enfoque de limitaciones, enfoque recomendado por la Organización de Naciones Unidas para su captación a través de los censos de población. Los resultados del censo en los casos anteriores fueron los siguientes: Venezuela (4,1%), México (2,3 %) y Chile (2,2%), Ecuador (4,7%); Brasil (14,5%) y Colombia (6,3%). En general, el porcentaje de población con deficiencia o limitación en algunos países de América Latina varía entre el 1% y el 14% (8,9) como se puede observar en el *Gráfico 1*:

Gráfico 1

PREVALENCIAS DE DISCAPACIDAD ESTIMADAS A PARTIR DE CENSOS
DE LA DÉCADA DE 2000 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Fuente: Schkolnik, S. América Latina, la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas. En: Notas de población No. 92. CEPAL, 2011.

En los países que ya realizaron los censos de la última ronda, la prevalencia varía desde un 5,1% en México hasta un 23,9% en Brasil, mientras que en el Caribe el rango se extiende desde un 2,9% en las Bahamas hasta un 6,9% en Aruba. Esto indica la necesidad de fortalecer los procesos de armonización de la medición de modo de tener información regional comparable, tal y como lo recomienda la CEPAL en su último informe. De todas maneras es posible estimar que en la actualidad, alrededor del 12% de la población de América Latina y el Caribe viviría al menos con una discapacidad, lo que involucraría aproximadamente a 66 millones de personas. Además se prevé que esta proporción se incrementaría debido al envejecimiento de la población y a cambios en los estilos de vida. Esto permite prever una presión creciente sobre el cuidado en los hogares, sobre las redes disponibles y los limitados recursos y servicios que el Estado destina a estos fines (7).

Según este último informe de la CEPAL, en más de la mitad de los países de la región, las mujeres presentan prevalencias más altas de discapacidad frente a los hombres, particularmente a partir de los 60 años. Ello podría obedecer al hecho de que la mayor esperanza de vida de las mujeres aumenta la posibilidad de tener una discapacidad generada por un accidente o una enfermedad crónica; además que en esta etapa de la vida viven en un contexto de mayor vulnerabilidad económica, lo que potencia aún más el riesgo de que cualquier deficiencia de salud se transforme en discapacidad, debido a la falta de recursos que les impide costear servicios de apoyo y las ayudas técnicas necesarias para aminorar el impacto de las limitaciones o deficiencias adquiridas con la edad (7). Además de las mujeres, los grupos de población que presentan mayor vulnerabilidad económica y social también presentan tasas más altas de discapacidad: las personas mayores, los habitantes de las zonas rurales, los pueblos indígenas y afrodescendiente, y las personas con menores ingresos. Estos grupos sufren una mayor incidencia de personas con discapacidad (o de mayor intensidad en la discapacidad) por falta de atención oportuna y por no contar con los recursos o el acceso a los servicios pertinentes (7).

Adicionalmente y sumado al contexto de vulnerabilidad de la población con discapacidad, tanto el acceso al sistema educativo como a actividades económicas dependen en gran parte del tipo de discapacidad. Por ejemplo frente al acceso al sistema educativo, quienes tienen mayores obstáculos para completar años de estudios son las personas con dificultad para hablar, aprender y relacionarse con los demás (discapacidad psíquica) y aquellas con pérdida de capacidad de autocuidado (7). De hecho, al comparar la población infantil con discapacidad estimada, con la cantidad de niños inscritos en el sistema educativo, solo entre el 20% y 30% de niños con discapacidad asisten a la escuela (10). En muchos países de la región la cobertura y extensión de los programas de educación integradora son limitadas, debido a la escasez de recursos para su provisión. De ahí que las cifras sobre asistencia escolar de las personas con discapacidad sean un indicio de una realidad compleja, y para la que los datos disponibles pueden no ser los más apropiados (10).

Respecto a las actividades económicas, aquellas personas con deficiencias cognitivas y mentales, destreza deficiente o poca capacidad de autocuidado, son quienes enfrentan mayores dificultades a la hora de incorporarse a la fuerza laboral (7). En la región, alrededor del 70% de las personas con discapacidad están desempleadas o excluidas de la fuerza laboral. Entre los facto-

res que inciden en esta situación están la falta de capacitación, la inaccesibilidad de los lugares de trabajo, la falta de transporte accesible, y los constantes problemas económicos que afectan la región. Esto sin contar la resistencia de las empresas a contratar personas con discapacidad, a pesar que la legislación de varios de los países latinoamericanos contempla incentivos para quienes lo hagan, y también cuotas mínimas en el caso de los empleos públicos (10).

Por toda esta situación se hace necesario avanzar en la expansión de programas que garanticen el acceso a una educación inclusiva, además de la inclusión laboral y la cobertura de seguridad social a las personas con discapacidad. Por otra parte, como la gran mayoría de las personas con discapacidad reciben cuidado y apoyo por parte de sus familias, esto pone de manifiesto la necesidad de expandir programas que ofrecen apoyo a los cuidadores de personas con discapacidad, y de programas de servicios de cuidado domiciliarios y de apoyo a la vida independiente; con lo que se busca potenciar las capacidades y mejorar la autonomía de las personas con discapacidad (7).

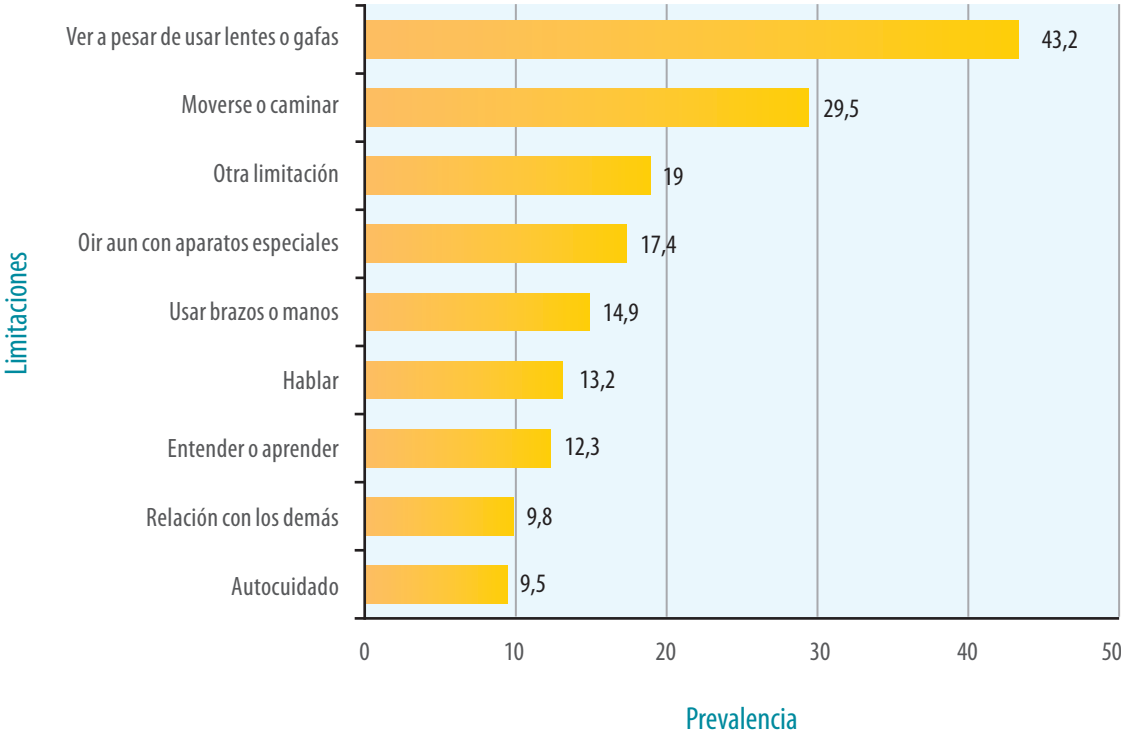
COMPORTAMIENTO A NIVEL NACIONAL

CON EL PROPÓSITO DE IDENTIFICAR LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN de discapacidad, el Censo DANE 2005 incluyó una pregunta en el formulario básico con el enfoque conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud CIF, desde las limitaciones como las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una limitación en la actividad abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud (8).

En Colombia, según los resultados del Censo DANE 2005, de las 2.765.491 personas con discapacidad, con una prevalencia de 6,3%, es mayor la prevalencia en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%), así como es mayor la prevalencia en la población adulta. El 71,2% del total de población con limitaciones, presentó una limitación, el 14,5% dos limitaciones, el 5,7% tres limitaciones y el 8,7% más de tres limitaciones. De acuerdo al tipo de limitación, el 43,2% presenta limitaciones para ver a pesar de utilizar gafas o lentes, el 29,5% presenta limitaciones para moverse o caminar, el 19% presenta otro tipo de limitación, el 17,4% tiene limitaciones para oír aún con aparatos especiales, el 14,9% presenta limitación al usar brazos o manos, el 13,2% presenta limitaciones al hablar, el 12,3% tiene limitaciones al aprender o entender, el 9,8% para relacionarse con los demás y el 9,5% para el autocuidado (Ver *Gráfico 2*) (11).

Gráfico 2

PREVALENCIA DE LIMITACIONES PERMANENTES. CENSO DANE, 2005.

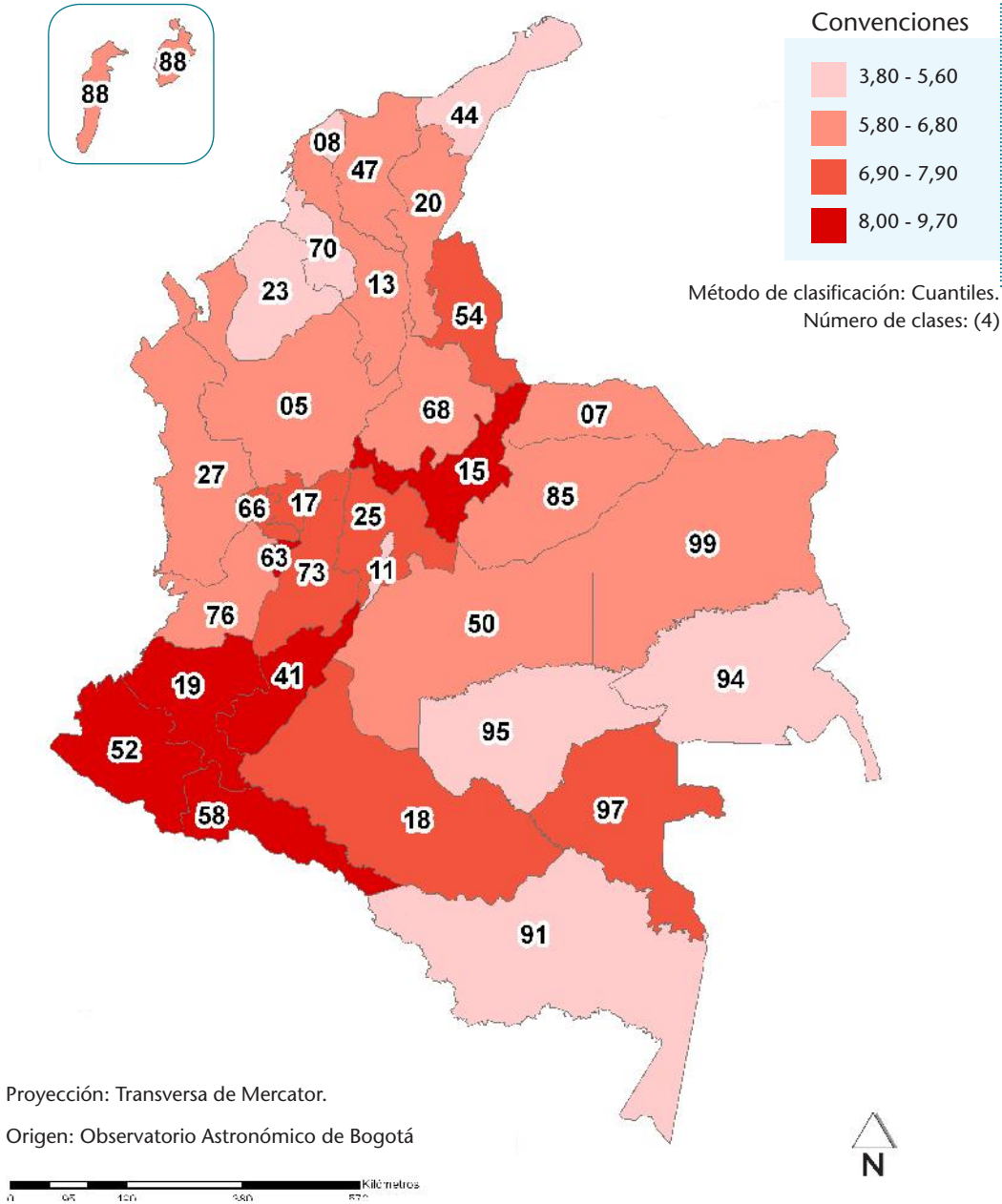


Fuente: Censo DANE, 2005.

Por departamentos, las mayores prevalencias de discapacidad se encontraron en Cauca con 9,7%, Nariño con 9,3%, Boyacá con 8,8%, Huila con 8,7%, Quindío con 8,0%, Tolima con 7,9% y Putumayo con 8,1%. Los departamentos con menores prevalencias fueron Magdalena con 5,6%, Guainía, Sucre y Córdoba con 5,4%, Atlántico con 5,1%, Bogotá, D.C. con 5%, Guaviare con 4,9%, Amazonas con 4,1% y La Guajira con 3,8%; como se observa en el *Mapa 1*:

Mapa 1

PREVALENCIA DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD. CENSO DANE, 2005.



Ffuente: Censo DANE, 2005.

En cuanto a la ubicación geográfica de las personas con discapacidad, la distribución en cabeceras municipales y sector rural es la siguiente: 75% en cabeceras y 24% en el resto. Ahora bien, la proporción de personas con discapacidad respecto de la población en general es mayor en el sector rural que en las cabeceras. De acuerdo con las cifras del Censo 2005, porcentualmente la distribución geográfica es la siguiente: De las personas que viven en cabeceras municipales el 5,8% corresponde a personas con limitaciones permanentes y de las personas que viven en el resto del territorio el 8,02% corresponde a este grupo de personas (12).

A partir del año 2002 se inició el Registro para la Localización y Caracterización de Población con Discapacidad RLCPD. Debido al alto porcentaje de personas que reportaron tener otra limitación permanente diferente a las señaladas en el cuestionario del Censo 2005, demostró que la pregunta y las opciones presentadas no eran adecuadas y no lograron captar la situación de discapacidad de muchas personas. Por esa razón, el RLCPD incorporó y modificó el enfoque y tipo de alteraciones permanentes que pueden tener las personas con discapacidad. El registro cambia el enfoque de la investigación, concentrándose no en limitaciones permanentes sino en alteraciones permanentes en funciones o estructuras corporales y, en dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas (12).

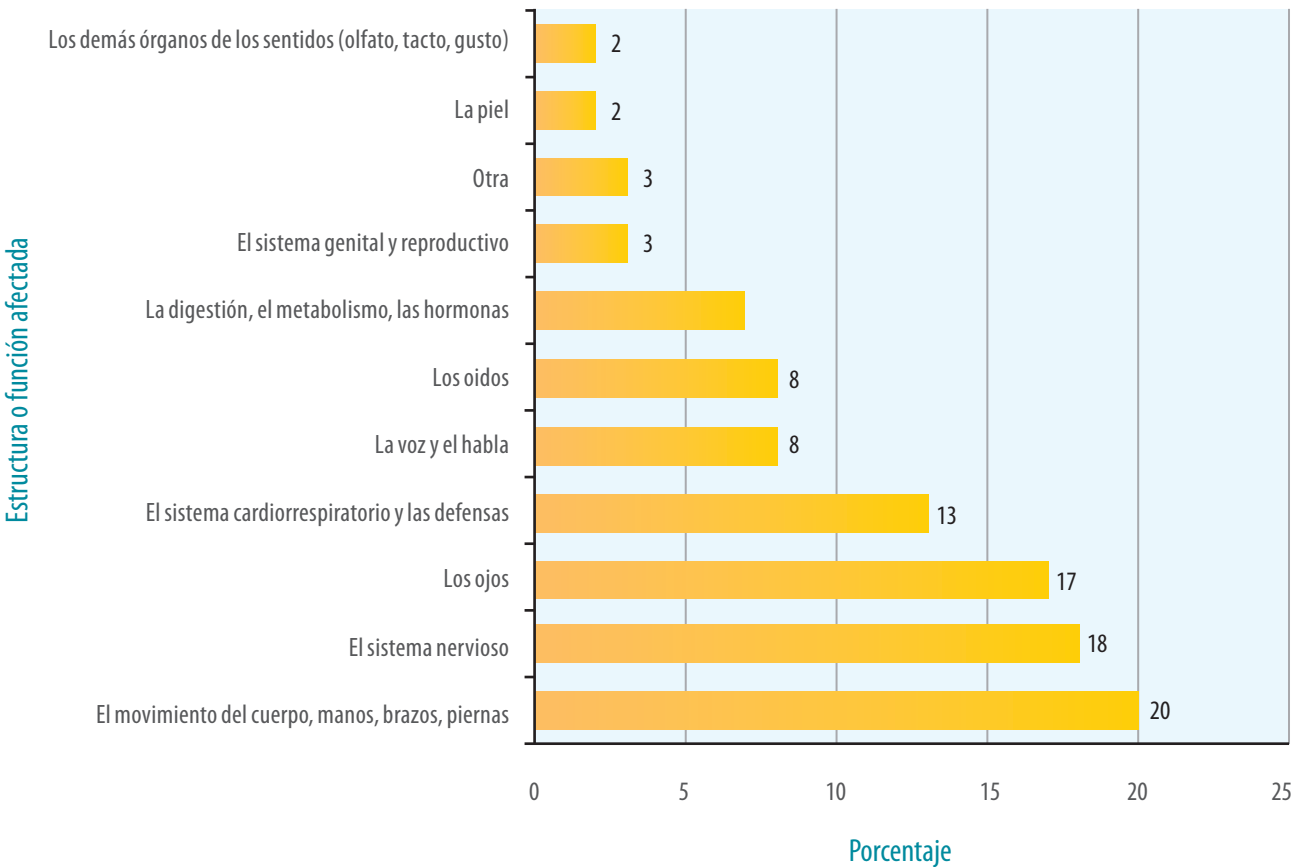
En ese sentido, el RLCPD se acerca a la definición de la discapacidad desde un enfoque social, entendiéndola no como una enfermedad o limitación del individuo, sino como la interacción entre las deficiencias o diversidades funcionales de una persona y las barreras o limitaciones que impone determinado entorno social. Es así como en el registro se cuestiona por las alteraciones y las dificultades para el desarrollo de las actividades cotidianas y no sólo por las limitaciones en estructuras o funciones corporales (12).

Para el 2010, último año en que este registro estuvo a cargo del DANE, se contaba con un total de 857.132 personas con registro en todo el país, lo que equivale al 30,99% del total de la población identificada en el Censo 2005. De acuerdo con la distribución por sexo, el 47% son hombres y el 53% son mujeres. De este total de personas caracterizadas, el 73% cuenta con afiliación a salud. Por área de residencia el 73% de la población con registro vive en cabecera municipal, el 18% en zona rural y el 9% en centro poblado. A su vez, según los últimos datos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social, entidad que está a cargo del registro en la actualidad, a octubre de 2012, 882.232 colombianos se han inscrito en el RLCPD.

Del total de personas caracterizadas hasta marzo de 2010 se reportaron un total de 2.018.078 alteraciones, y, teniendo en cuenta que una persona puede estar contestando afirmativamente una o más opciones puede implicar que una persona en promedio puede presentar 2 alteraciones. De acuerdo al tipo de estructuras o funciones corporales más afectadas el 20% corresponden a alteraciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos o piernas, el 18% corresponden a alteraciones del sistema nervioso, el 17% a alteraciones de los ojos, el 13% a alteraciones del sistema cardiorrespiratorio y las defensas. El 32% restante está distribuido entre alteraciones de los oídos con 8%, los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto) con 2%, la voz y el habla con 8%, alteraciones de la digestión, metabolismo y las hormonas con 7%, alteraciones del sistema genital y reproductivo con 3%, alteraciones de la piel con 2%), y otro tipo de alteraciones con un 3%, como se puede ver en el *Gráfico 3*:

Gráfico 3

DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRUCTURAS O FUNCIONES CORPORALES AFECTADAS. RLCPD, 2010.



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Población con Discapacidad. DANE, 2010.

Según el RLCPD, 2010, el grupo de edad más afectado por la discapacidad es el de 60 a 80 años que constituye el 29% del total de la población, especialmente las mujeres (16%) y vale la pena resaltar un pico en el número de personas con discapacidad en el grupo de 10 a 14 años (6%), en el que existe una prevalencia mayor de discapacidad en los hombres. Los picos o concentraciones poblacionales en los grupos de 10 a 14 y de 60 a 80 años son un rasgo específico de la población con discapacidad, puesto que no se presenta el mismo comportamiento en la población colombiana en general según la información del Censo 2005, en la que el número de personas decrece a medida que transcurren los años. Así en lo que respecta al grupo de personas entre 60 y 80 años de edad, este constituye tan sólo el 8% de toda la población colombiana, por el contrario son el 29% de las personas con discapacidad según el RLCPD, tal y como lo presenta el informe de DeJusticia, 2011 (12).

En cuanto al origen de la discapacidad, la mayoría de personas registradas (35%) no conoce la causa de la diversidad funcional que tiene. Dentro de las personas que sí la conocen, atribuyen la diversidad principalmente, a enfermedad general (28%), accidente (11%) y alteración genética hereditaria (10%). En relación con el conflicto armado como causa, tan sólo el 0,4% de las personas registradas lo identifican como el origen de su discapacidad y dentro de los instrumentos violentos, el arma de fuego es el más utilizado (61%), por encima de las bombas (13%) y minas antipersona (15%). La determinación del origen de la discapacidad es fundamental en el momento de definir políticas y programas de prevención adecuados. Sin embargo, es uno de los aspectos más difíciles de identificar, como lo demuestran las cifras. La mayoría de personas que se encuentran en situación de discapacidad no conocen la causa de la misma, lo que dificulta la definición de estrategias para su abordaje integral (12).

En cuanto a las condiciones específicas de vivienda, alimentación, salud, educación y trabajo, el informe de DeJusticia, 2011, con base en datos del Censo DANE 2005, resalta los siguientes aspectos: las condiciones de vivienda de esta población están marcadas por su ubicación en los estratos socioeconómicos más bajos (especialmente el 1) y las personas con discapacidad que padecen hambre son casi el doble del resto de la población que se encuentra en esa situación. Así mismo, en comparación con el total de la población, las personas con discapacidad se encuentran por debajo en el acceso a los servicios de salud, educación y en la inserción al mercado laboral. En cuanto a salud, casi la tercera parte de este grupo no se encuentra afiliada al sistema de seguridad social, cuando la cobertura a nivel nacional se acerca al 100%. Adicionalmente, un porcentaje importante de esta población quiere o necesita acceder a servicios de rehabilitación, sin embargo no puede hacerlo por falta de dinero, lejanía de la institución o falta de compañía. Sin lugar a dudas, esta falta de acceso a los servicios de rehabilitación, en especial y al servicio de salud, en general, acrecienta la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas con discapacidad (12).

En lo que respecta a la educación, según este mismo informe, más de la mitad de las personas con discapacidad que se encuentran en edad escolar (5 a 24 años) no asisten a una institución educativa y quienes lo hacen se ubican predominantemente en los primeros niveles. A medida que transcurren los años y aumentan los niveles es menor la inserción escolar de las personas con discapacidad y, como lo demuestran las cifras, aumenta la brecha educativa. Esta es entonces, una población con menores niveles de asistencia y formación educativa y en especial medida lo son las personas con discapacidad mental y sensorial (específicamente alteraciones en la voz y el habla) (12).

Finalmente, en relación con el acceso al trabajo los datos presentados por DeJusticia demuestran que, un porcentaje mínimo de las personas con discapacidad se encuentra trabajando y el grueso de la población presenta una discapacidad permanentemente para trabajar sin obtener una pensión que compense su exclusión del mercado laboral. En este aspecto se debe resaltar que la situación de las personas con discapacidad mental y sensorial es aún más preocupante, puesto que el porcentaje de personas trabajando es menor y el de personas sin pensión por encontrarse incapacitados es mayor. Así, es un hecho sobre el que se debe llamar la atención que, estos dos grupos de personas con discapacidad son los que presentan mayores niveles de exclusión educativa y laboral. Este escenario con sus variaciones según el sexo, la edad o la diversidad

funcional de la personas con discapacidad, es evidencia de la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas con discapacidad en Colombia, como consecuencia de la exclusión en el acceso a los servicios de salud, educación y del mercado laboral y la desventaja frente al resto de la población (12).

Aun así, la información suministrada por el Censo 2005 y el RLCPD no es ni exhaustiva, ni suficiente, por lo que, el registro y caracterización de esta población es un proceso inacabado y se ubica dentro de las tareas prioritarias y deudas del Estado colombiano a las personas con discapacidad (12).

COMPONENTE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

DESDE UNA PERSPECTIVA DE POLÍTICA PÚBLICA, el objetivo prioritario debe ser la inclusión y la participación plena de esta población en todos los ámbitos de la sociedad, en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD. Esta inclusión debe partir del respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones teniendo en cuenta además todos y cada uno de los ámbitos y dimensiones del desarrollo tanto individual como colectivo (12). Además, al reconocer a la persona con discapacidad como un ser biopsicosocial, se le está reconociendo dentro de un entorno social y cultural único. La interrelación entre estos cuatro ejes (biológico, psicológico, social y entorno) permite, desde un enfoque integral, considerar el proyecto de vida de la persona con discapacidad y su relacionamiento con el entorno tanto físico como social en todo el proceso. Facilita además, el reconocimiento de la familia y la comunidad como soporte fundamental para liderar la propuesta de vida de la persona con discapacidad, mediante información y soporte permanente. La corresponsabilidad que tienen el Estado, la familia y la comunidad, permite su articulación con las leyes y normas existentes (13). De este modo, la discapacidad no es un asunto de responsabilidad exclusiva del individuo y/o su familia sino que pasa a ser una situación socialmente problemática y multidimensional, con fuertes implicaciones políticas, económicas, sociales y culturales (3).

Aunque los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM no hacen una mención explícita sobre la discapacidad, en noviembre de 2009 la Sexagésima cuarta Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una resolución acerca de la necesidad de integrar la discapacidad en los ODM hacia 2015 (1), dada la ausencia de la población con discapacidad en los ODM, y dadas las dificultades de acceso equitativo a recursos como la educación, el empleo, el sistema de salud, y a sistemas de apoyo social y legal, cuyo resultado son altas tasas de pobreza que afectan aún más a las personas con discapacidad (14). Por lo tanto se recomienda “instar a los gobiernos a que lleven a cabo encuestas sobre la situación de las personas con discapacidad en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y con obstáculos específicos para esas personas que impidan su consecución” (10).

La OIT a su vez hace el llamado a que en un clima de incertidumbre económica y política, la protección de los miembros más vulnerables de la sociedad cobra mayor importancia, entonces

si se quieren alcanzar los ODM se requieren programas de acción sostenibles para la promoción del empleo, el desarrollo rural y la reducción de la pobreza que generen trabajo productivo y decente para las personas con discapacidad. Los aportes de las personas con discapacidad generarán además beneficios económicos y sociales a los países y reducirán los costos asociados a su exclusión (5).

En ese sentido, el gobierno debe garantizar tanto la inclusión social como el acceso a los servicios de las personas con discapacidad, a partir de la formulación e implementación de políticas incluyentes y de la reglamentación de la prestación y financiación de servicios para este grupo poblacional desde un enfoque de derechos. Además, según lo presenta el Informe Mundial de Discapacidad, 2011, esta inclusión debe ser el resultado de la promulgación de leyes, de modificaciones en la política, del fortalecimiento de capacidades o de los avances tecnológicos que permitan contar, entre otros, con los siguientes elementos (2):

- Diseño accesible en el ambiente construido por el hombre y en el transporte.
- Señalización que ayude a las personas con deficiencias sensoriales.
- Servicios de salud, rehabilitación, educación y apoyo más accesibles.
- Más oportunidades laborales y de empleo para las personas con discapacidad.

En los países de ingresos medios y bajos, sería conveniente respaldar la prestación de servicios a través de organizaciones de la sociedad civil, que pueden ampliar la cobertura y diversidad de los servicios. Los programas de Rehabilitación Basada en Comunidad RBC han conseguido que los servicios puedan llegar a las zonas más pobres y vulnerables, a través de la promoción de la colaboración entre las familias y los distintos tipos de organización social y comunitaria, incluidas las organizaciones de personas con discapacidad, para ofrecer apoyo a las familias mediante diversos sistemas y servicios. Entre los planteamientos orientados a las familias que pueden resultar útiles se incluye también el desarrollo de las comunidades de atención y las redes sociales de apoyo (2). En situaciones de bajos ingresos, los programas de RBC pueden ofrecer capacitación a las personas con discapacidad y a sus familias para que gestionen sus propias necesidades de apoyo y establezcan vínculos con grupos de autoayuda para recibir información y asesoría (2).

Esta perspectiva ampliada de la condición de discapacidad permite que la respuesta desde el Estado y desde la sociedad sea integradora a partir del diseño de políticas públicas diferenciales de carácter incluyente con esta población. Entonces los retos a asumir para poder avanzar en la respuesta social para este grupo poblacional tienen que ver además con la homologación de criterios que permitan mayor unidad en la información que de cuenta de la situación en distintos niveles (global, regional) para que posibilite un mayor entendimiento de la complejidad de la situación de este grupo y que pueda lograr una visión integral que recoja los cambios a través del tiempo; ya que si bien la información no es la respuesta, sí es un instrumento para empezar a abordar la compleja situación de esta población (9).

Todo lo anterior demandará recursos, capacitación de personal, la decisión de abrir espacios para la participación de las propias personas con discapacidad y sus organizaciones, esfuerzos de coordinación entre las diferentes áreas y organismos del Estado vinculados con el tema y la voluntad política para canalizar todas estas energías. Pero aún esta confluencia de factores no

asegura la consecución de estos propósitos, y menos aún de las metas más amplias para cuyo logro, la disponibilidad y el uso de esta información son solo una herramienta (10). Como la definición de discapacidad abarca desde pequeñas dificultades en el funcionamiento hasta grandes impactos en la vida de una persona; cada vez es mayor el número de países que optan por un método continuo de medición, en el que las estimaciones de la prevalencia de la discapacidad y el funcionamiento se derivan de la evaluación de los niveles de discapacidad en múltiples dominios (2).

Por otra parte, en Colombia los avances institucionales y normativos para avanzar en la garantía de derechos e inclusión social de las personas con discapacidad, están dados por la propuesta de Política Pública Nacional de Discapacidad, la cual fue puesta a consideración de la ciudadanía, en especial de las organizaciones de y para personas con discapacidad, y luego de este proceso de consulta fue aprobada como documento oficial a mediados de 2004, como CONPES Social 80. El documento estableció como propósito de esta política nacional “crear condiciones que permitan a las personas, familias y comunidad en riesgo y en condición de discapacidad, un mejor goce o ejercicio de los derechos, deberes y libertades que les asisten”. Los principios guía de la política son la igualdad, la solidaridad y la corresponsabilidad, la descentralización y la participación social, la equidad y la organización institucional (12).

La Política Pública Nacional de Discapacidad se plasmó luego en el Plan Nacional de Intervención en Discapacidad: Plan de Acción 2005-2007, destinado a prevenir la incidencia de la discapacidad y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias y su acceso efectivo a los bienes y servicios sociales mediante la coordinación y articulación de las acciones gubernamentales que se implementan desde cada sector y las entidades del orden nacional comprometidas con el tema (12).

También está la creación del Consejo Nacional de Discapacidad en el 2010, como dependencia del Ministerio de la Protección Social en ese entonces, cuyo propósito es la coordinación, planificación, concertación, adopción y evaluación de las políticas públicas generales y sectoriales para el sector de la discapacidad (10). En el 2012, a través de la Resolución 3317 del Ministerio de Salud y Protección Social se reglamenta la elección y funcionamiento de los comités territoriales de discapacidad como instancia de articulación de las políticas, planes, programas y proyectos para esta población a nivel territorial.

Si bien el marco institucional esta dado para lograr la plena inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad, aún se requiere de un trabajo importante del Estado. Esta población se encuentra en una situación de vulnerabilidad tal, que ha sido excluida de casi todos los ámbitos de la sociedad. Esta inclusión debe cumplir con los parámetros mínimos determinados por la CDPD: se deben incluir a todas las personas con discapacidad, por lo que un primer paso es saber quiénes y cuántos son e incluirlas en todos los ámbitos de la sociedad, prestando especial cuidado a la educación y al trabajo, dos dimensiones en los que la exclusión y vulnerabilidad es visible, partiendo del reconocimiento del enfoque social de la discapacidad (12). Por lo cual se debe avanzar en los procesos de identificación y de registro de la población, en el mejoramiento de los procesos de captura de la información para poder agilizar este proceso de registro y con la disponibilidad de esta información para su consulta por parte del público en general, ya que

parte del diseño de las respuestas integrales depende del saber cuántas personas se encuentran en esta condición.

Este primer punto presenta algunas dificultades desde la misma información disponible, ya que el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 tiene una meta a 2014 de alcanzar los dos millones de personas en condición de discapacidad en el registro, partiendo de una línea de base de 967.297 personas registradas a 2010, cuando el DANE reportaba para ese entonces un total de 857.132 personas con registro. Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social (entidad que a partir de 2010 está encargada de este registro) a octubre de 2012 se contaba con un total de 882.232 personas incluidas en este registro, lo que pone de manifiesto dificultades en los sistemas de registro y de información.

Por otra parte, el proceso de reformulación e implementación de la política pública de discapacidad que se está llevando a cabo en las diferentes regiones debe superar la perspectiva de manejo del riesgo, incorporando estrategias de Rehabilitación Basada en Comunidad como elemento constitutivo de promoción de los derechos y de la inclusión social de las personas con discapacidad, favoreciendo así su autonomía y posibilitando su plena participación en diversos ámbitos de la vida cotidiana; promoviendo a su vez la generación de oportunidades para el desarrollo de las potencialidades de este grupo poblacional.

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Towards Community-based Inclusive Development. ; 2010.
2. OMS-BM. Informe Mundial sobre la Discapacidad. ; 2011.
3. Universidad del Rosario-Secretaría Distrital de Salud. Implementación de la política sectorial en salud para la prevención y el manejo de la discapacidad en Bogotá. [Online].; 2007 [cited 2012 septiembre 24. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Discapacitados/RBC/DOCUMENTO%20SINTESIS%20DIPLOMADO%202007.pdf>.
4. García RdL. El futuro de las personas con discapacidad en el mundo. Desarrollo humano y discapacidad. Informe al Club de Roma. ; 2003.
5. Organización Internacional del Trabajo OIT. Datos sobre discapacidad en el mundo del trabajo. ; 2007.
6. OPS-OMS. Salud en las Américas: Informe de 2012. ; 2012.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina. Documento Informativo. ; 2012.
8. DANE. Actualización Resultados sobre limitaciones permanentes. ; 2005.
9. Schkolnik S. América Latina, la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas. Notas de Población, CEPAL. 2011;(92).

10. Stang MF. Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. Serie Población y Desarrollo CEPAL. 2011;(103).
11. DANE. Censo. ; 2005.
12. DeJusticia. Las personas con discapacidad en Colombia. Una mirada a la luz de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. ; 2011.
13. DANE. Información Estadística de la Discapacidad. Bogotá; 2004.
14. United Nations. Disability and the Millenium Development Goals. A Review of the MDG Process and Strategies for Inclusion of Disability Issues in Millenium Development Goal Efforts. ; 2011.
15. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud Ginebra; 2001. x

Anexo 1

Código DANE por departamentos

Código DANE	Departamento
5	Antioquia
7	Arauca
8	Atlántico
11	Bogotá, D.C.
13	Bolívar
15	Boyacá
17	Caldas
18	Caquetá
19	Cauca
20	Cesar
23	Córdoba
25	Cundinamarca
27	Chocó
41	Huila
44	La Guajira
47	Magdalena
50	Meta
52	Nariño
54	Norte de Santander
58	Putumayo
63	Quindio
66	Risaralda
68	Santander
70	Sucre
73	Tolima
76	Valle del Cauca
85	Casanare
88	San Andrés y Providencia
91	Amazonas
94	Guainía
95	Guaviare
97	Vaupés
99	Vichada

**Análisis comparativo de la Percepción
Ciudadana Frente al Componente de Salud
de las Encuestas de Percepción Ciudadana en
siete ciudades de la Red Cómo Vamos 2012**

Introducción

Con el fin de procurar una ciudadanía más informada de sus derechos, más responsable con sus deberes y más participativa, desde hace 15 años se viene consolidando un ejercicio ciudadano que de manera periódica y sistemática realiza un monitoreo a los cambios en la calidad de vida de varias ciudades del país.

Se trata de la Red Colombiana de Ciudades Cómo Vamos, que integra bajo una identidad común e intereses compartidos los programas Cómo Vamos de diez capitales, los cuales buscan contribuir a la cualificación del debate público y a la toma de decisiones de actores estratégicos sobre la calidad de vida en el país, especialmente en las ciudades donde tienen presencia.

El Programa Cómo Vamos se inició en Bogotá y fue una iniciativa original de la Fundación Corona, El Tiempo Casa Editorial y la Cámara de Comercio de Bogotá, a la que se sumó recientemente la Universidad Javeriana. Entre sus tareas está realizar anualmente una encuesta de percepción ciudadana para evaluar los avances o retrocesos en la calidad de vida y ejecutar durante el año diferentes actividades que le permitan hacer seguimiento a los planes de desarrollo de la administración distrital.

Hoy nueve ciudades (Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Ibagué, Medellín, Manizales, Pereira, Valledupar) siguen los pasos de Bogotá en esta importante dinámica.

En mesas de trabajo organizadas por los Cómo Vamos participan expertos, representantes de organizaciones sociales, directivos distritales y ciudadanos del común, quienes reflexionan sobre la información recogida por el programa y propician procesos de rendición de cuentas de la administración local, ya que le solicitan información relacionada con la gestión de las autoridades locales en temas claves que inciden en la calidad de vida de los ciudadanos.

En el caso concreto de la encuesta se ha contado en estos años con el apoyo de Ipsos- Napoleón Franco, firma de profesionales expertos en investigación social que da voz a los ciudadanos y consumidores, de manera que la sociedad y el mercado puedan atender mejor sus necesidades. Con esta organización, la Red de Ciudades Cómo Vamos ha construido una relación de largo plazo que ha permitido con éxito tomar la temperatura a la percepción ciudadana.

El Programa Así Vamos en Salud se sumó a esta iniciativa a través del análisis comparativo del capítulo Salud. Es decir, de los elementos y las variables trascendentales de las Encuestas de Percepción Ciudadana realizadas durante el 2012 en Barranquilla, Bogotá, Manizales, Cali, Pereira, Cartagena y Medellín, por considerar esta información como un insumo fundamental frente al ejercicio de seguimiento del sector salud y a su vez, por ser información de interés general para los diferentes públicos que hacen parte del programa.

A continuación se describe la Ficha Técnica de la Encuesta de Percepción Ciudadana Cómo Vamos 2012:

Todas las encuestas realizadas por	Ipsos Napoleón Franco, inscrito ante el Consejo Nacional Electoral.
Encomendado y financiado por	Programas: Barranquilla Como Vamos, Bogotá Cómo Vamos, Cali Cómo Vamos, Cartagena Cómo Vamos, Manizales Como Vamos, Medellín Como Vamos y Pereira Como Vamos.
Tipo de la muestra	En cada una de las ciudades se realizó muestreo estratificado, multietápico. Marco de áreas cartográfico con la conglomeración de hogares en secciones cartográficas, a partir de la información del último censo de población y vivienda 2005 con sus correspondientes proyecciones al 2012.
Grupo objetivo	Hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, niveles socio económicos alto (estratos 6 y 5), medio (estrato 4 y 3) y bajo (estrato 2 y 1) y rural (únicamente en Cartagena) residentes en las diferentes zonas/localidades en las que se dividen las respectivas ciudades.
Tamaño de la muestra	8193 encuestas en las siete ciudades desagregadas de la siguiente forma: Barranquilla: 1209; Bogotá: 1500; Cali: 1208; Cartagena: 1001; Manizales: 750; Medellín: 1525 y Pereira: 1000.
Técnica de recolección de datos	Entrevista personal cara a cara en hogares con aplicación de un cuestionario estructurado.
Área/Cubrimiento	Barranquilla: 5 localidades; Bogotá: 19 Localidades urbanas, agrupadas en 6 zonas; Cali: 22 comunas, agrupadas en 5 zonas; Cartagena: 15 Unidades de Gobierno, agrupadas en 4 zonas-incluye área rural-; Manizales: 11 comunas urbanas, agrupadas en 3 zonas; Medellín: 16 comunas urbanas, agrupadas en 6 zonas; Pereira: 19 Comunas, agrupadas en 4 zonas.
Tema o temas a los que se refiere	Indicadores del clima de opinión en la ciudad; Opinión de la ciudadanía sobre el rumbo de las cosas en la ciudad; Identificar indicadores clave que permitan medir los niveles de satisfacción así como las opiniones sobre el cumplimiento de los puntos básicos del Plan de Desarrollo de cada uno de los alcaldes en las siete ciudades.
Candidatos o personajes por los que se indagó	Elsa Noguera, Alcaldesa de Barranquilla; Gustavo Petro Urrego, Alcalde de Bogotá; Rodrigo Guerrero, Alcalde de Cali; Campo Elías Terán Dix, Alcalde de Cartagena; Jorge Eduardo Rojas Giraldo, Alcalde de Manizales; Aníbal Gaviria, Alcalde de Medellín y Enrique Vásquez Zuleta, Alcalde de Pereira.
Preguntas concretas que se formularon	Ver cuestionarios anexos disponibles en cada encuesta.

Fecha de realización de trabajo de campo	Barranquilla: Del 12 de octubre al 27 de octubre de 2012; Bogotá: Del 4 al 25 de Agosto de 2012; Cali: Del 6 de octubre al 5 de noviembre de 2012; Cartagena: Del 31 de Julio al 21 de Agosto de 2012; Manizales: Del 09 de agosto al 29 de agosto de 2012; Medellín: Del 12 de julio al 29 de julio de 2012 y Pereira: Del 28 de septiembre al 21 de octubre de 2012.
Margen de error observado	Barranquilla: 2,8% para el total de la muestra, con 95% de confianza; Bogotá: 3,5% para el total de la muestra, con 95% de confianza; Cali: 2,8% para el total de la muestra, con 95% de confianza; Cartagena: 3,2% para el total de la muestra, con 95% de confianza; Manizales: 3,6% para el total de la muestra, con 95% de confianza; Medellín: 2,5% para el total de la muestra, con 95% de confianza y Pereira: 3,1% para el total de la muestra, con 95% de confianza.
Ponderación	Por zonas/localidades, edad y sexo.

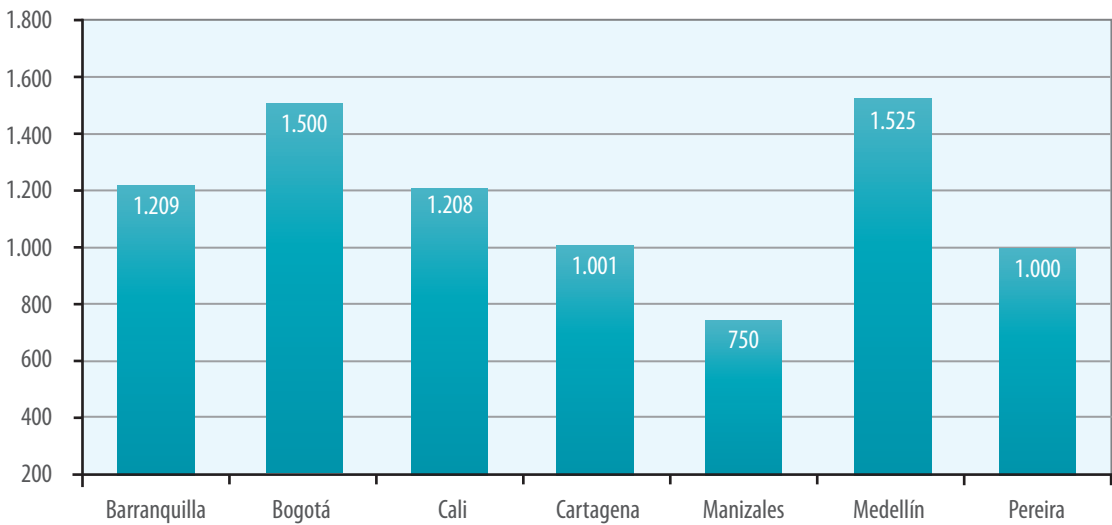
Fuente: Encuesta de percepción ciudadana. Programa Como Vamos. Ipsos-Napoleón Franco. 2012.

Tamaño de la Muestra

Un total de 8.193 personas fueron entrevistadas cara a cara en sus hogares en siete ciudades de Colombia. Para cada ciudad el tamaño de la muestra fue diferente según el número de habitantes de cada una de las ciudades seleccionadas. En el *Gráfico 1*, se presenta el tamaño de la muestra por ciudad.

Gráfico 1

TAMAÑO DE LA MUESTRA ENCUESTA DE PERCEPCIÓN CIUDADANA CÓMO VAMOS 2012.



Fuente: Programa Como Vamos. Ipsos-Napoleón Franco. 2012.

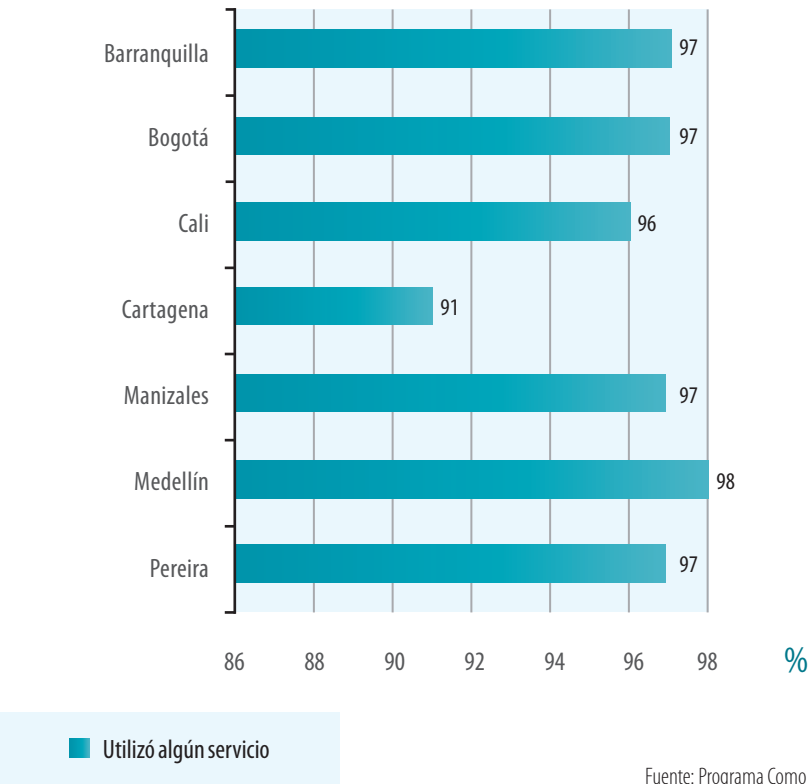
Utilización de los Servicios de Salud

La salud, además de ser considerada una obligación del Estado, hace parte de los determinantes esenciales para permitir el desarrollo de las capacidades del ser humano y lograr una óptima calidad de vida. Los seres humanos tienen el deber de proteger su salud y buscar los mecanismos necesarios para optimizar los recursos que están a su disposición. En el *Gráfico 2* se puede observar que un alto porcentaje de las personas que estuvieron enfermas en el año 2012, es decir, más del 90 % utilizaron los servicios de salud de una entidad de salud pública o privada, del régimen contributivo o subsidiado.

Solamente entre el 2% y el 9% de las personas que estando enfermas o que requerían de algún servicio de salud no lo utilizaron. Esto puede estar influenciado por las continuas quejas de los usuarios del sistema por la atención o simplemente porque no consideran importante acudir al médico y prefieren esperar la evolución de la enfermedad o sintomatología.

Gráfico 2

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE UTILIZARON LOS SERVICIOS DE SALUD DE CUALQUIER ENTIDAD EN EL AÑO 2012

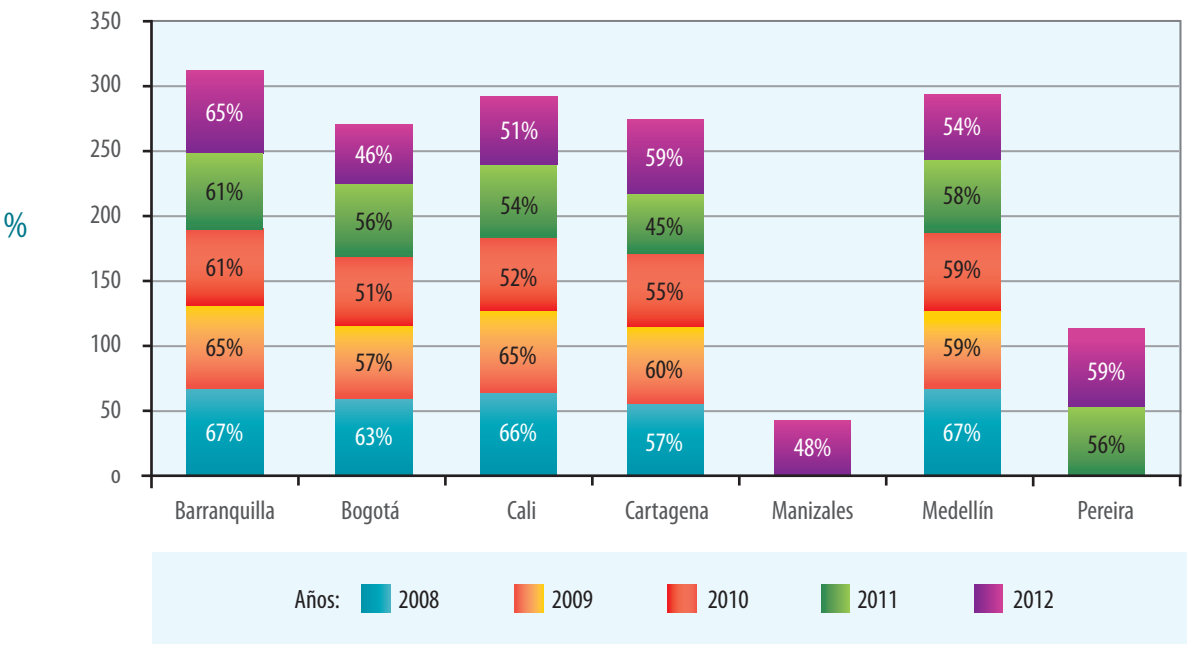


Fuente: Programa Como Vamos. Ipsos-Napoleón Franco. 2012.

Satisfacción con los Servicios de Salud

El *Gráfico 3* muestra que las opiniones de los usuarios están divididas en relación con la satisfacción en los servicios de salud. Mientras Bogotá, Cali y Medellín, que representan las principales ciudades del país, reflejan el deterioro en la satisfacción de los ciudadanos; en las ciudades de Barranquilla, Pereira y Cartagena se da una tendencia positiva en el aumento en la satisfacción con los servicios de salud.

Gráfico 3
COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN
DE LOS SERVICIOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.



Fuente: Programa Como Vamos. Ipsos-Napoleón Franco. 2012.

La disminución en la satisfacción, que se ve al analizar los últimos cinco años, puede estar relacionada con problemas de calidad, demoras en la asignación de citas y exceso de trámites para validación de órdenes médicas, que con reiteración manifiestan los usuarios del sistema y que a su vez son el resultado del deterioro en la prestación y administración de los servicios por el afán de tener resultados económicos antes que resultados en salud.

El Estado ha reducido de manera importante sus responsabilidades y su rectoría sobre el sistema, y ha creado un modelo de servicio que no termina de convencer a los pacientes porque les limita sus derechos reales y les hace cada vez más difícil el acceso a los niveles básicos de atención y -aún más- a los de mayor complejidad.

Por último, pero no menos importante, es el impacto que ha tenido el fraude, la corrupción y la ilegalidad del sector salud.

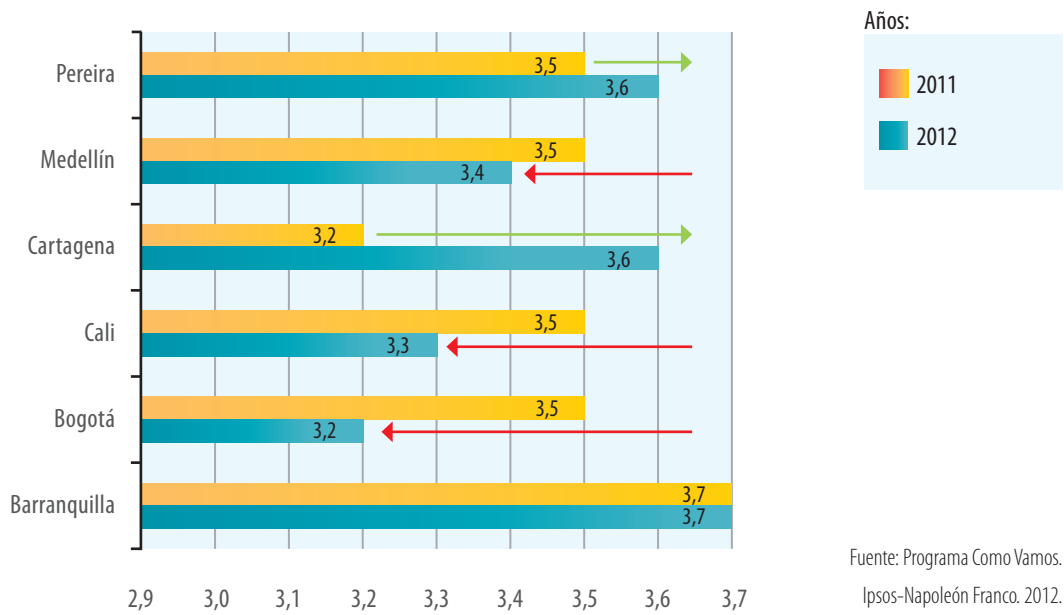
Como lo muestra el *Gráfico 3* Bogotá en el 2012 pierde 10 puntos porcentuales respecto al 2011, ubicándola en el promedio más bajo de las siete ciudades con las que se realiza el comparativo, seguida por Medellín, que baja 4 puntos, y Cali, que disminuye 3.

Manizales, cuya primera medición de la satisfacción de los servicios fue en el año 2012, está mostrando apenas un 48 % de satisfacción. Esta cifra seguramente es el resultado de que una cuarta parte de los encuestados (25 %) manifiesta que tuvieron que esperar más de 30 días para la consecución de citas médicas, según lo reportado en la encuesta.

En cuanto al aumento en la satisfacción, que se percibe en Barranquilla, Cartagena y Pereira, es posible que el resultado esté relacionado con la gestión más eficiente en el manejo de los recursos para garantizar servicios de salud prestados con calidad, oportunidad y continuidad.

En el *Gráfico 4* se puede observar también el comparativo del promedio de satisfacción para el año 2011 - 2012. Con relación a la ciudad de Cartagena, el promedio de satisfacción pasa de 3,2 a 3,6; siendo el promedio que muestra mejor tendencia entre los dos últimos años.

Gráfico 4
PROMEDIO DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD.
COMPARATIVO 2011-2012.



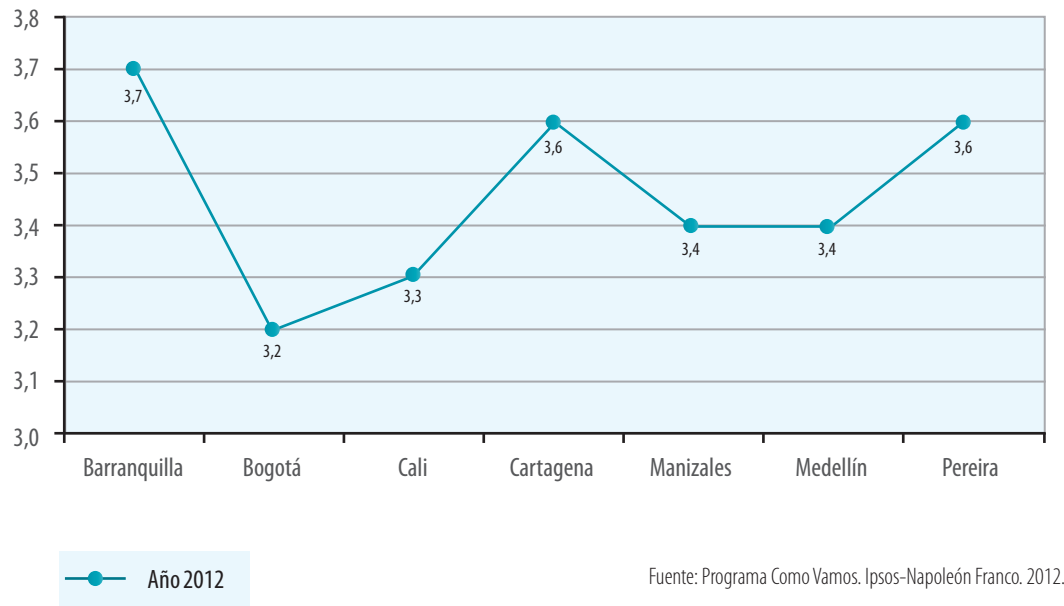
Fuente: Programa Como Vamos. Ipsos-Napoleón Franco. 2012.

Temas como demoras en la consecución de las citas, dificultades para lograr la entrega completa de los medicamentos formulados, tratamientos costosos o no cubiertos por el POS, se traducen en una ciudadanía inconforme que, aunque con cobertura, no tiene el acceso garantizado a los servicios que satisfagan sus necesidades médicas. Los usuarios también perciben la crisis financiera de muchas entidades prestadoras, (públicas o privadas) y consideran que no se ha dado un manejo adecuado desde lo administrativo, lo que finalmente refleja la calificación baja que se da al tema de satisfacción de los servicios de salud.

Adicionalmente, este promedio obtenido de dicha encuesta tal como se puede observar en el *Gráfico 5*, da la posibilidad de hacer una reflexión sobre el modelo de salud y pensar o concluir que el modelo es inadecuado para garantizar el derecho a la salud, para atender digna, científica y oportunamente las enfermedades, y para crear mejores condiciones de vida y tranquilidad a los colombianos.

Gráfico 5

PROMEDIO DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL AÑO 2012.



Oportunidad y Accesibilidad

El sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia define dentro de sus principios la oportunidad y la accesibilidad. Esto hace referencia a la puesta al alcance de las personas y las comunidades, de manera oportuna, sin barreras físicas, geográficas, administrativas, de información o económicas, ni discriminación de ninguna índole, de los bienes, servicios y condiciones que contribuyen al goce de una vida sana. Cuando se habla de esto, se hace referencia a que los

servicios deben ser prestados en el tiempo adecuado, justo, en el momento y en las condiciones necesarias.

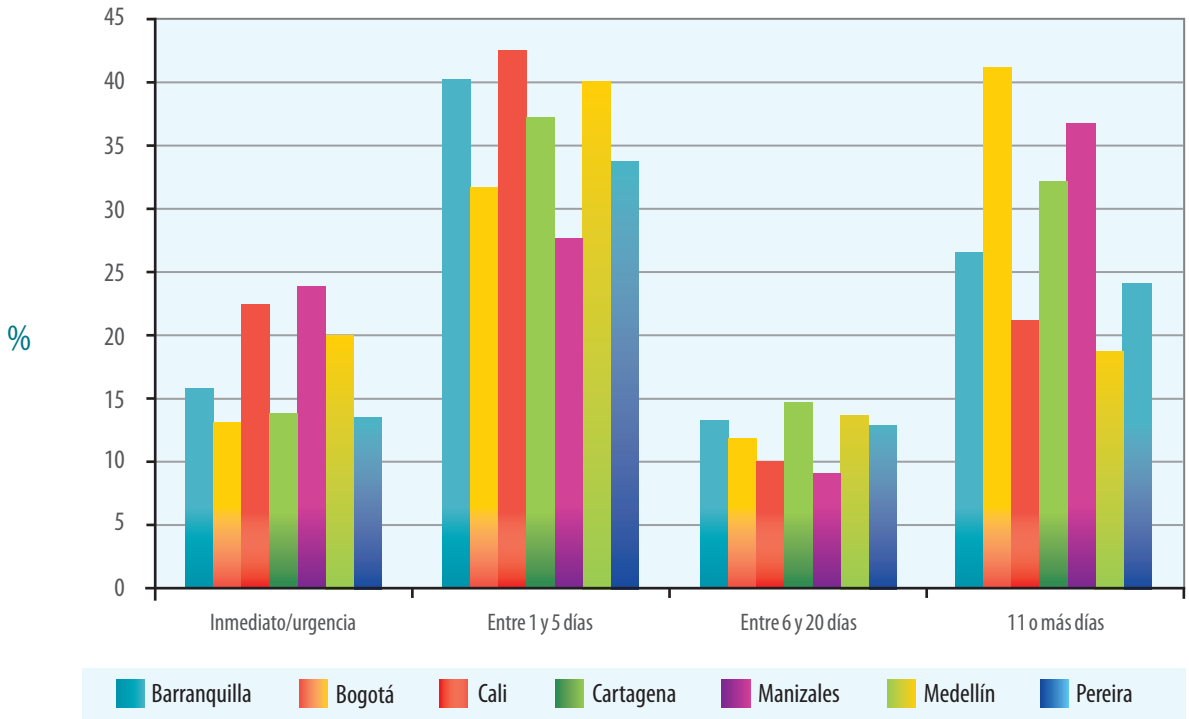
En ese sentido, los días transcurridos entre la solicitud de la cita y el momento del servicio es un indicador que permite establecer la oportunidad en la atención en salud cuando es requerida por los usuarios del sistema, y por la que se indagó en esta encuesta en las diferentes ciudades.

El *Gráfico 6* muestra este aspecto que es de alta sensibilidad a la hora de calificar los servicios de salud. Si bien se pueden encontrar algunos avances de forma aislada, este es un asunto en el que las ciudades siguen teniendo muchas oportunidades para mejorar.

Respecto a la atención inmediata o de urgencias, Pereira, Manizales y Cali reportaron un mayor porcentaje de dicha atención. En las ciudades que en un mayor porcentaje se asignaron citas entre 1 y 5 días después de su solicitud fueron Cali, Barranquilla y Medellín. Por el contrario, ciudades como Bogotá, Manizales y Pereira presentan los mayores porcentajes respecto a la asignación de citas con 11 días o más..

Gráfico 6

DÍAS TRANSCURRIDOS ENTRE EL MOMENTO DE PEDIR LA CITA Y EL MOMENTO DEL SERVICIO. 2012.



Fuente: Programa Como Vamos. Ipsos-Napoleón Franco. 2012.

Siendo un tema de alta recordación entre los usuarios del sistema de salud, llama la atención que Medellín sea la única ciudad donde el 5% de los encuestados respondiera a esta pregunta que no recordaban el número de días transcurridos para la asignación de la cita.

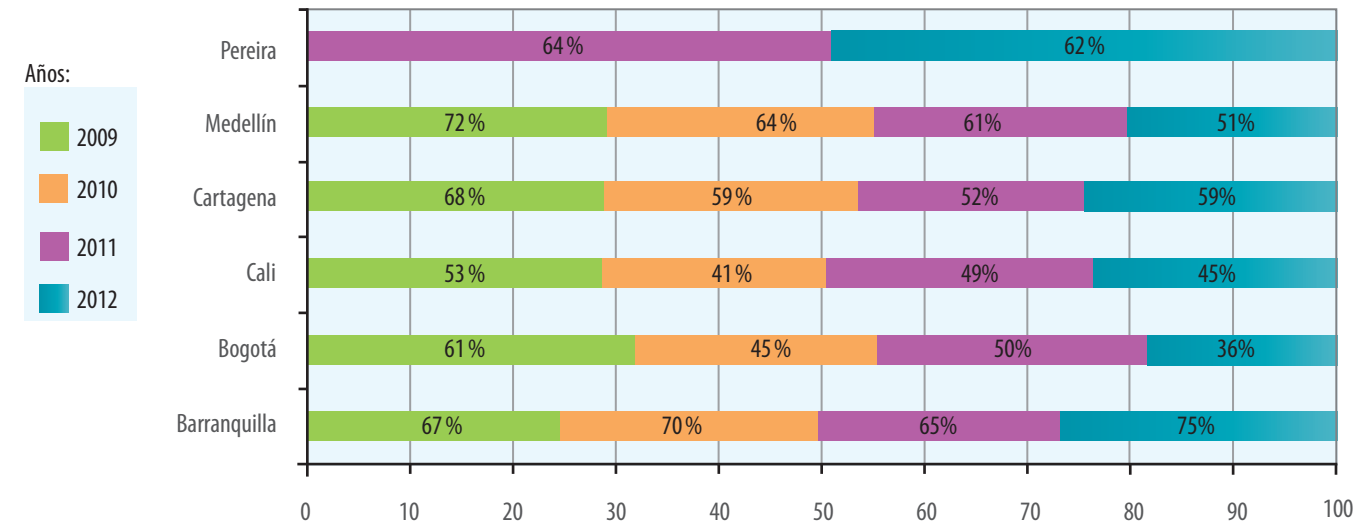
Garantía del Derecho a la Salud

El derecho a la salud se ha ganado un espacio importante por la vía jurisprudencial. Durante estos años, la Corte Constitucional ha protegido el derecho a la salud a través de la acción de tutela por tres vías. La primera, estableciendo su relación con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana (previa consideración de la salud como derecho económico, social y cultural); la segunda, reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde quien presenta la tutela es un sujeto de especial protección (niños y niñas, adulto mayor, sujetos en condición de discapacidad, etc.), y la tercera afirmando que es fundamental el derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico. Por tanto desde la Ley 100 de 1993, los colombianos han visto la tutela como su principal aliada para reclamar sus derechos ante los distintos actores de salud¹.

El Gráfico 7 muestra que durante el período 2009-2012, en el que se han hecho cuatro mediciones, los ciudadanos de algunas de las principales metrópolis del país consideran que no se les está garantizando el derecho a la salud.

Gráfico 7

EVOLUCIÓN DE LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS



Fuente: Programa Como Vamos. Ipsos-Napoleón Franco. 2012.

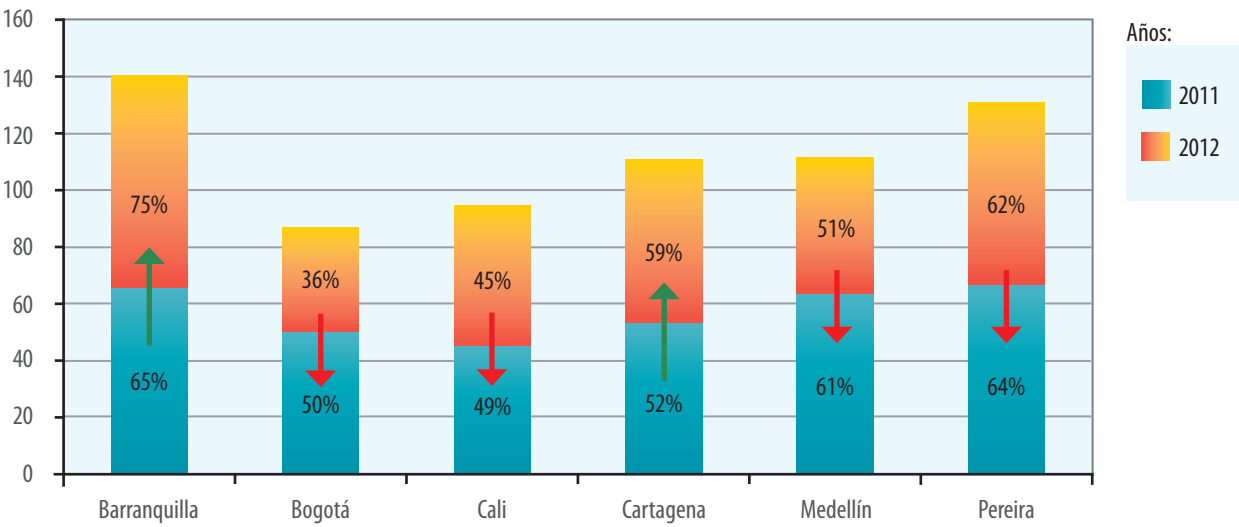
1. La Tutela y el derecho a la salud 2011. Defensoría del Pueblo, 2012.

Barranquilla es la única ciudad que presenta una evolución favorable en este tema, ya que pasa de 67 % en el 2009 al 75 % para el 2012. En Bogotá, en cambio, se pierden 25 puntos porcentuales desde el 2009, solo el 36 % de los residentes en la capital del país consideran que sí se está garantizando el derecho a la salud.

A la pregunta: ¿Usted siente que en su ciudad se le está garantizando el derecho a la salud?, se resalta la evolución que ha presentado la ciudad de Barranquilla en el período 2011 -2012 como se puede ver en el Gráfico 8. Aumenta diez puntos en relación con el año 2011, pasando de 65 % a 75 %. Cartagena igualmente muestra una tendencia positiva. Los ciudadanos encuestados consideran que SÍ se está garantizando este derecho, razón por la cual mejora en 7 puntos. Esto probablemente está relacionado con el piloto de la Unificación del Plan Obligatorio de Salud POS que se llevó a cabo en estas dos ciudades. Con este piloto el Gobierno adoptó una serie de medidas para dar equidad en la atención y servicios, la obtención de la información certera y la aclaración de ‘zonas grises’, entre otras. “La unificación de los Planes de Beneficios en Barranquilla ha sido un proceso exitoso en cuanto se refiere a los impactos positivos recibidos por la población en materia de salud, en oportunidad, en calidad y en calidez del servicio”, aseguró el alcalde de Barranquilla, Alejandro Char Chaljub, a la Cámara de Representantes en junio del año pasado.

Gráfico 8

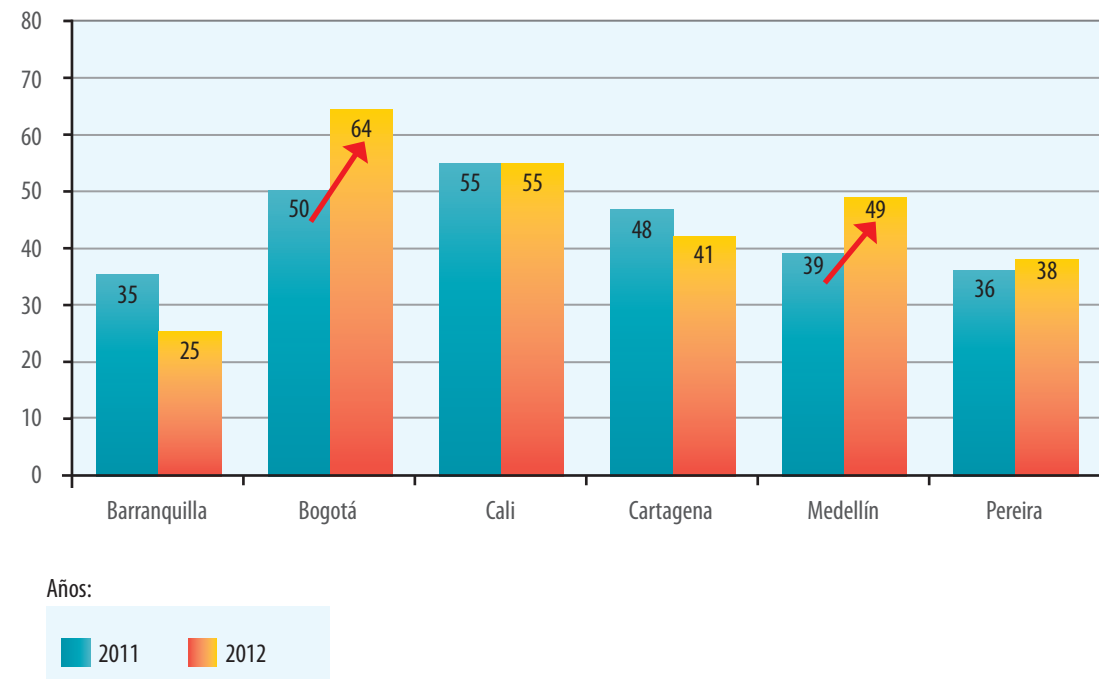
COMPARATIVO DE LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD 2011-2012.



Fuente: Programa Como Vamos. Ipsos-Napoleón Franco. 2012.

Por el contrario, tal como se observa en el *Gráfico 9*, es preocupante el comportamiento en el período 2011-2012 frente a la NO garantía del derecho a la salud en ciudades como Bogotá y Medellín. En Bogotá, la evolución de esta respuesta ha sido muy crítica, ya que cinco de cada diez bogotanos que consideraban que NO se les garantizaba el derecho a la salud en el 2011, pasó a seis ciudadanos que opinan lo mismo en el 2012. Esto puede ser el reflejo de la falta de rectoría por parte del Estado en materia de salud, sumado a la crisis de la red hospitalaria y a que de ocho EPS que funcionaban en el Régimen Subsidiado hoy solo quedan cinco, con lo cual se ha debilitado el sector público en salud. Por su parte, Medellín refleja una tendencia a la baja de diez puntos, pasando de 61 % al 51 %, relacionado posiblemente con las dificultades para el acceso a los servicios de salud, la disminución de la confianza con las instituciones de salud y la percepción de que no se respeta el derecho a la salud. No es ajeno este resultado a lo que se ha visto en Colombia en materia de derechos.

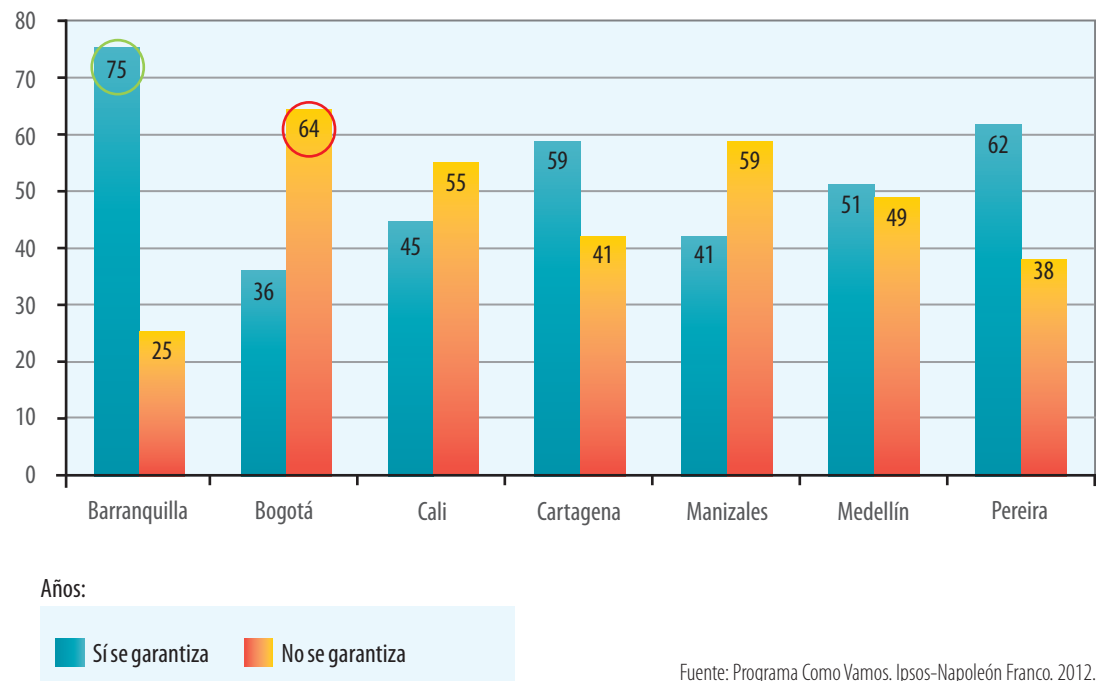
Gráfico 9
COMPARATIVO DE LA NO GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD 2011-2012.



Fuente: Programa Como Vamos. Ipsos-Napoleón Franco. 2012.

Específicamente en materia de derecho a la salud, en el *Gráfico 10* se pueden observar los contrastes que refleja en el país el tema de inequidades o desigualdades en salud, ya que el 75 % de los barranquilleros siente que SÍ se le garantiza el derecho a la salud, mientras que en la ciudad de Bogotá, para el 64 % de sus habitantes NO se les está garantizando el derecho a la salud

Gráfico 10
COMPARATIVO DE LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD, 2012.



Fuente: Programa Como Vamos. Ipsos-Napoleón Franco. 2012.

Una vez concluido este ejercicio de análisis de las tendencias dadas en los resultados de las siete ciudades revisadas, el programa Así Vamos en Salud considera que es tarea de universidades, gobernantes, actores del sector salud, expertos en materia de derecho, asociaciones, gremios, entes de control y toda la comunidad en general buscar la manera de hacer las cosas diferentes. Todos tenemos la misión de asumir responsabilidades con tenacidad, gestionar con transparencia y con honestidad los recursos disponibles para la salud, enfrentar retos y ser copartícipes de un proceso de cambio que la sociedad colombiana necesita. En términos generales, hay que actuar y trabajar motivados por los intereses colectivos de todo el país. Ese es, precisamente, nuestro propósito.

Anexo No. 2

Relación Socios

Red Colombiana de Ciudades Como Vamos

Programa	Socios
Barranquilla Cómo Vamos	Fundación Promigas, Cámara de Comercio de Barranquilla, Universidad del Norte, El Heraldó, Fundación Corona, Casa Editorial El Tiempo, Cámara de Comercio de Bogotá.
Bogotá Cómo Vamos	Fundación Corona, Casa Editorial El Tiempo, Pontificia Universidad Javeriana, Cámara de Comercio de Bogotá.
Cali Cómo Vamos	Cámara de Comercio de Cali, El País, Universidad Autónoma de Occidente, Fundación AlvarAlice, Cámara de Comercio de Bogotá, Casa Editorial El Tiempo, Fundación Corona.
Cartagena Cómo Vamos	ANDI, Cámara de Comercio de Cartagena, El Universal, Funcicar, Universidad Tecnológica de Bolívar, Comfamiliar, Cámara de Comercio de Bogotá, Casa Editorial El Tiempo, Fundación Corona.
Manizales Cómo Vamos	Confamiliares, Universidad de Caldas, Comité Intergremial de Caldas, Cámara de Comercio de Manizales, La Patria, ANDI, Cámara de Comercio de Bogotá, Casa Editorial El Tiempo, Fundación Corona, Pontificia Universidad Javeriana, Fundación Luker.
Medellín Cómo Vamos	Proantioquia, Universidad EAFIT, Fundación Corona, COMFAMA, Comfenalco, Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, El Colombiano, Cámara de Comercio de Bogotá, Casa Editorial El Tiempo.
Pereira Cómo Vamos	Cámara de Comercio de Pereira, Universidad Tecnológica de Pereira, Comfamiliar, Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad Libre, Fundación Universitaria del Área Andina, La Tarde, Universidad EAFIT, Universidad Católica de Pereira, Fundación Corona, Cámara de Comercio de Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Casa Editorial El Tiempo.

Foro año 2012
“El Sistema de Salud busca su rumbo”

Palabras de Bienvenida

MARIA ELENA OSORIO

COORDINADORA PROGRAMA ASÍ VAMOS EN SALUD

RECIBAN UN AGRADECIMIENTO MUY ESPECIAL por haber aceptado nuestra invitación, en cada uno de ustedes está expreso el compromiso con el sector de la salud y con el país.

Una alianza con trayectoria - En el año 2002, cuando el país estaba en proceso de elecciones presidenciales, las fundaciones Santa Fe de Bogotá y Corona se unieron para motivar a los candidatos a exponer sus propuestas en el sector salud. Encuentros y documentos surgieron de esta labor que mostró la necesidad de hacer seguimiento y acompañamiento al sector, para informar a la sociedad sobre el cumplimiento de las metas del nuevo gobierno.

De esta manera nació Así Vamos en Salud, como un programa de seguimiento al sector salud en Colombia. Las fundaciones gestionaron nuevas alianzas que comprometieron a la Fundación Antonio Restrepo Barco, la Fundación Saldarriaga Concha, la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, la Universidad de Antioquia, la Universidad Icesi y Casa Editorial El Tiempo. El propósito de estos importantes aliados era proveer información sobre el desarrollo del sector tanto a las administraciones gubernamentales como a la ciudadanía, y aportar en la construcción y evaluación de las políticas públicas.

Así Vamos en Salud fue la forma en que se decidió hacer esa tarea. Las fundaciones Éxito y Bolívar Davivienda posteriormente se unieron a la idea de hacer el seguimiento. También se propusieron proveer información sobre el desarrollo del sector a las administraciones gubernamentales y a la ciudadanía, y aportar en la construcción y evaluación de las políticas públicas. Y en la consolidación de esta alianza, utilizan para cumplir sus objetivos la estrategia de convocar estos escenarios.

Hoy los invitamos a plantear un debate constructivo y propositivo, partiendo de las diferencias pero motivados por un mismo objetivo: la salud como un derecho fundamental.

Estamos convencidos de que el país, y muy especialmente el sector, necesitan voces que brinden respeto por cada uno de los actores, que den tranquilidad al ciudadano, pero lo más importante, que se recupere la confianza entre quienes deciden y quienes

tienen que ejecutar las acciones que sean necesarias para salir adelante.

Durante mucho tiempo se ha revisado la situación del sistema de salud, se han diagnosticado aspectos de toda índole, unos de mayor complejidad que otros, se han hecho múltiples análisis de lo que está sucediendo en los diferentes componentes, se ha cuantificado el impacto de las medidas tomadas en su momento. Creemos que ha llegado el momento de tomar decisiones, de encontrar soluciones efectivas. . . es la hora de ACTUAR.

“Los tiempos duros crean héroes.” Dice un proverbio chino, no es fácil, es una tarea larga y dispendiosa que implica compromiso, conocimiento, tenacidad, visión y responsabilidad para saber cuál es el rumbo que debe tener el sistema de salud de los colombianos.

Cito también a Albert Einstein *“Hablar de Crisis es promoverla, y callar en la crisis es exaltar el conformismo. En lugar de esto, trabajemos duro. Acabemos de una vez con la única crisis amenazadora: La tragedia de no querer luchar por superarla.”*

Así Vamos en Salud, invita a no dejar pasar este momento y repensar las prioridades en salud, tales como:

- el cambio en los patrones en salud por el envejecimiento poblacional
- el cambio en los conceptos de salud, descubrimientos de nuevas causalidades, tratamientos para situaciones antes incurables
- necesidades y expectativas de los grupos de interés que pueden exceder los recursos disponibles (necesidades de salud infinitas, nuevas tecnologías, intereses particulares)
- el uso de los recursos salud es de interés público; hacerlo de forma eficiente, donde debe primar el bienestar para la mayoría y su impacto debe ser lo más amplio posible.

Es la oportunidad para:

- Construir un país más equitativo
- Promover el desarrollo social del país y de los derechos fundamentales, muy especialmente en el ámbito de la salud.
- Rediseñar, definir e implementar un modelo de salud de alto impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos que viven en Colombia.
- Liderar planes de acción con intervención en la atención integral de la primera infancia.

Hoy los invitamos a plantear un debate constructivo y propositivo, partiendo de las diferencias pero motivados por un mismo objetivo: *la salud como un derecho fundamental.*

- Incorporar en la agenda de salud pública nacional contenidos sobre discapacidad, rehabilitación, salud mental, envejecimiento y vejez, temas ávidos de monitoreo y seguimiento.
- Lograr el compromiso permanente con la calidad como vía para alcanzar la excelencia en prestación de servicios de salud.
- Analizar problemas concretos de salud pública y buscar soluciones posibles.
- Finalmente, para ser testigos de la transformación social del país, a través del fortalecimiento a proyectos que impactan el desarrollo social y económico en Colombia.

Para terminar. . . Nos motiva poder contribuir con el mejoramiento de la salud de los colombianos a través de la participación de expertos que expondrán en qué dirección se deben canalizar las acciones para que **EL SISTEMA DE SALUD ENCUENTRE SU RUMBO**

Presentación Indicadores de Salud “Una mirada a Las cifras”

MARIA ELENA OSORIO

COORDINADORA PROGRAMA ASÍ VAMOS EN SALUD

UN COMPONENTE DEL PROGRAMA AVS es su portafolio de indicadores, contamos con un total de 71 indicados revisados, analizados y actualizados; desagregados en 4 grupos: Aseguramiento, Estado de Salud, Financiamiento y Servicios de Salud.

El grupo de indicadores cuenta entre sus componentes con una serie de documentos técnicos de referencia que soportan dicha validación o análisis. Podemos citar entonces: a) La definición del indicador, b) Gráfico correspondiente a cada medición, c) Tabla con las cifras que muestran la tendencia en el período de tiempo que se ha hecho dicho seguimiento, d) La ficha técnica construida con base en criterios estandarizados para la validación y consistencia de datos, e) Un documentos de análisis pertinente y f) Mapa de georeferenciación (exclusivo para 15 indicadores seleccionados).

Se hace actualización periódica (anualmente) y de esta forma permite conocer la Situación de Salud en Colombia con Indicadores Básicos.

Vamos a revisar en este foro tan solo 10 indicadores de todo el grupo, estos indicadores están relacionados con los intolerables en salud, con salud pública y con las inequidades del sistema de salud en nuestro país.

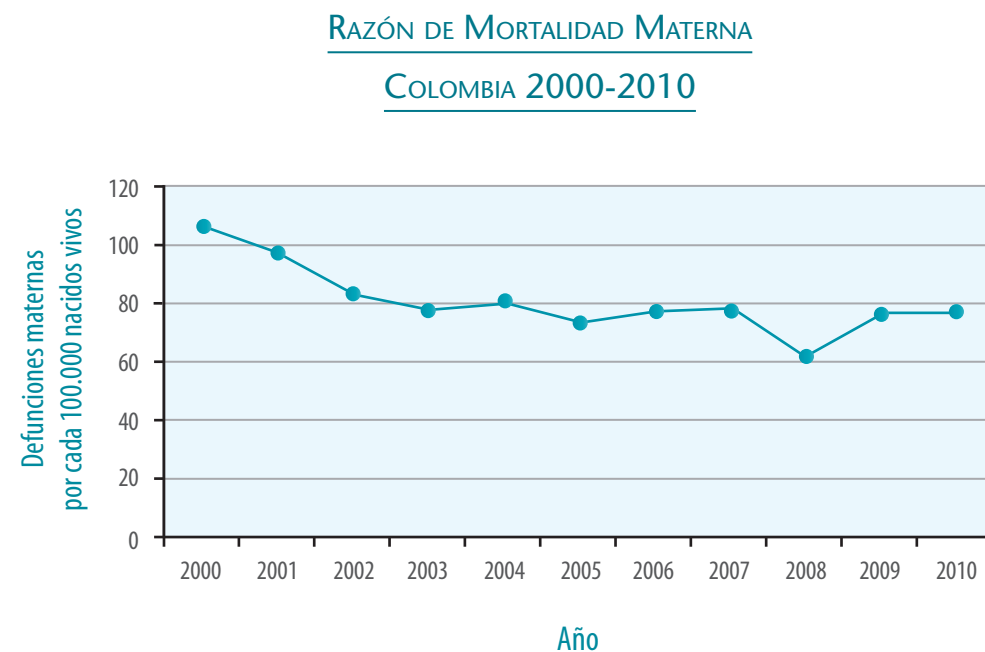
En el país el gobierno, específicamente el Ministerio de salud, definió 20 intolerables en salud que no se pueden permitir. Para ello se ha pedido desde esa cartera a los mandatarios locales información completa, confiable y clara para evitarlos, porque *“la salud no comienza cuando la persona se enferma”* Veamos el comportamiento de algunos de los indicadores que están relacionados con estos llamados intolerables:

Razón de Mortalidad Materna y Perinatal Prevenible:

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio -ODM- consiste en mejorar la salud materna. Para lograrlo, los países se comprometieron a reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna (MM) en tres cuartas

partes, es decir llegar a 48,8 por cada 100.000 nacidos vivos para el 2014. Para el año 2012, la razón de mortalidad materna en Colombia fue de 74,09 por cada 100.000 nacidos vivos, presentando una disminución en el tiempo respecto a la tasa presentada en el año 2000 (84,37). Sin embargo, se ha presentado un incremento durante el período 2009-2010, situación preocupante porque Colombia debería mantener una reducción sostenida para lograr la meta propuesta para el 2014.

El 11% de las muertes son por causas directas, ocasionadas por complicaciones del embarazo y del parto (anestesia, obstrucción del parto y cesárea, entre otras), la mayoría evitables a través del acceso a servicios de salud de buena calidad.



Tasa de Mortalidad Infantil:

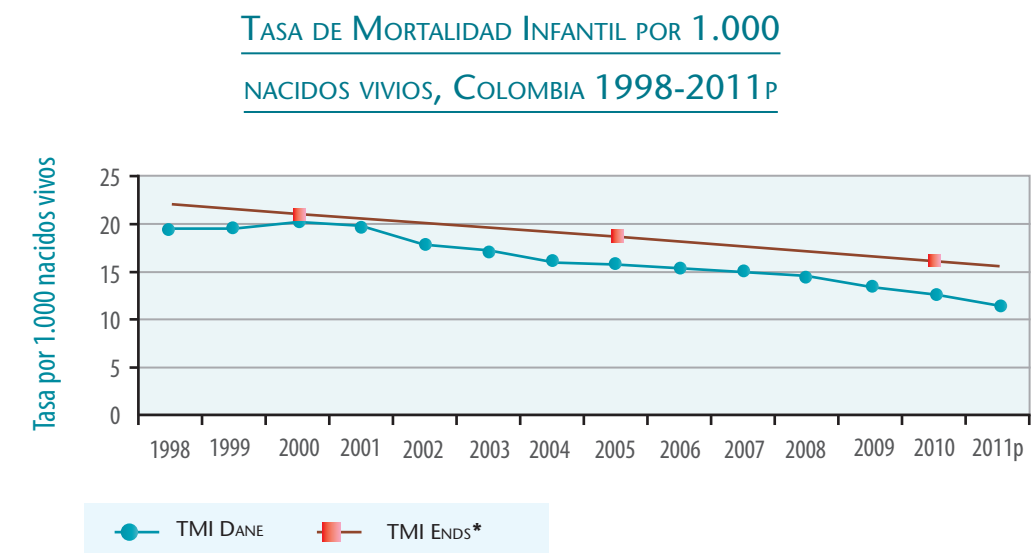
También como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM– se ha contemplado la meta de reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años entre 1990 y 2015.

En ese orden de ideas, la meta sin ajuste sería de 12,2 muertes por mil nacidos vivos, para hacerla comparable con el cálculo de tasas que maneja el programa Así Vamos en Salud (en el año 2010 la tasa de mortalidad infantil fue de 12,76 por mil nacidos vivos).

A pesar de esta tendencia a la baja, Colombia aún se encuentra lejos de alcanzar los niveles de países desarrollados (alrededor de 5 por mil nacidos). Es necesario recalcar

en que la situación departamental es diferente, mayor gravedad son Guainía, Vichada, Chocó, Amazonas y San Andrés con tasas de mortalidad infantil por encima de 20 muertes de menores de un año.

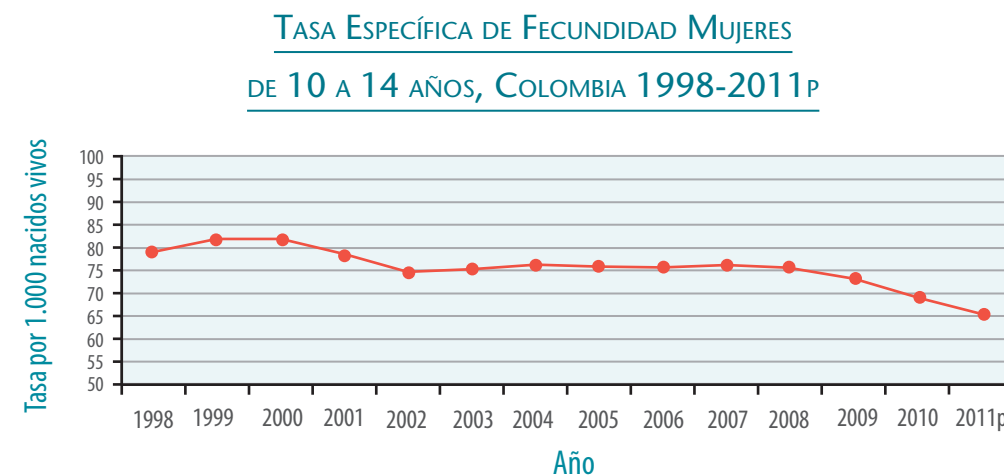
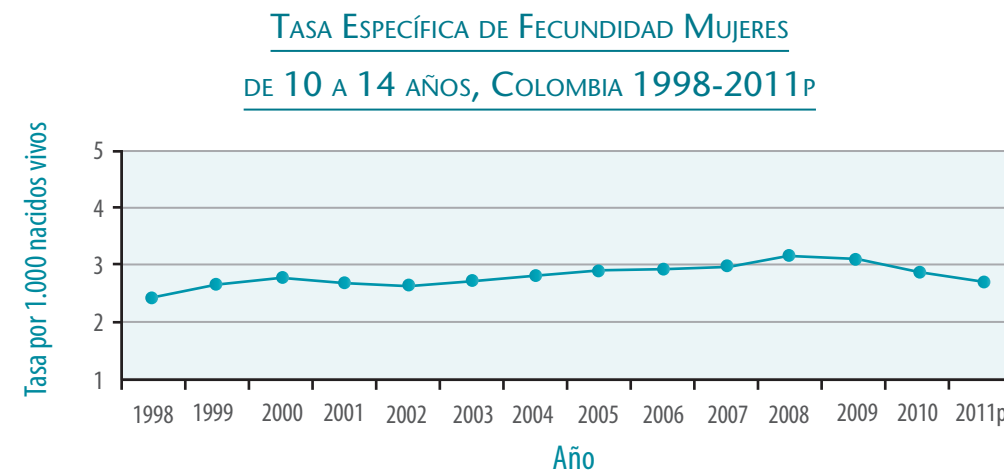
Se busca garantizar que ningún niño, niña o adolescente muera si puede evitarse. Las acciones deben ir dirigidas a intervenir los determinantes próximos, tales como el control prenatal temprano y de calidad, la lactancia materna, la vacunación, el acceso a servicios públicos como agua y alcantarillado, que han demostrado tener un resultado eficaz en el control de la mortalidad infantil.



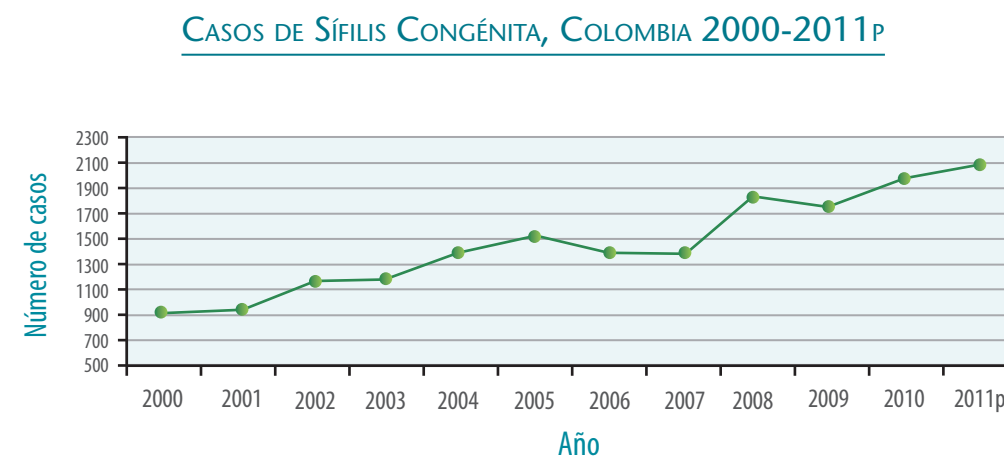
Embarazo no deseado y entre adolescentes:

Hablar de tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años es como hablar de la maternidad en las niñas, una mujer entre los 10 y 14 años apenas inicia la etapa de desarrollo y cambios hormonales que la llevarán en el futuro a adquirir la madurez física, fisiológica y psicológica para ser madre, sin embargo en Colombia para el 2010 nacieron 6.315 niños de madres que aún no habían cumplido los 15 años de edad. Una mujer de Caquetá, por ejemplo, entre los 10 y 14 años tiene casi cinco veces más posibilidades de quedar embarazada que una mujer de la misma edad de Bogotá.

Una de cada cinco adolescentes colombianas entre los 15 y 19 años está embarazada o ha sido madre. En el 2010, se presentaron 147.307 nacidos vivos. Estos casos corresponden al 19,5 por ciento de dicha población. El Gobierno se ha propuesto disminuir la cifra, por lo menos, al 15 por ciento en el 2015. En 1990 el 13 por ciento de las adolescentes quedaban embarazadas, en el 2005 el 21 por ciento y en 2010 el 20 por ciento. Las proporciones de adolescentes que ya son madres disminuyen en Bogotá y en la región central, aumentan en otras regiones sobre todo en la Orinoquía-Amazónica.



Sífilis congénita:



Este es uno de los intolerables del sector salud que afectan a las madres, a las mujeres y a sus hijos, que todos los actores deben tener presente.

La sífilis congénita continua apareciendo tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo, a pesar de la disponibilidad de intervenciones costo efectivas para detectar, tratar y monitorear esta infección prevenible.

Es “intolerable” que durante el 2011, hayan nacido 2.122 niños con sífilis congénita, cuando un sencillo examen de sangre, una serología, hubieran sido suficientes para detectarla.

Para el 2010 la incidencia de sífilis congénita a nivel nacional fue de 3,08 casos de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos (n=2.017 casos), lejos de la meta de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos.

A nivel departamental Chocó es el departamento con la tasa más alta de sífilis congénita 16,08 casos por 1.000 nacidos vivos.

Para poder avanzar en la disminución de la incidencia de sífilis congénita, la OPS sugiere aprovechar la expansión de los programas de prevención de la transmisión vertical del VIH para realizar detección y tratamiento de sífilis de la embarazada.

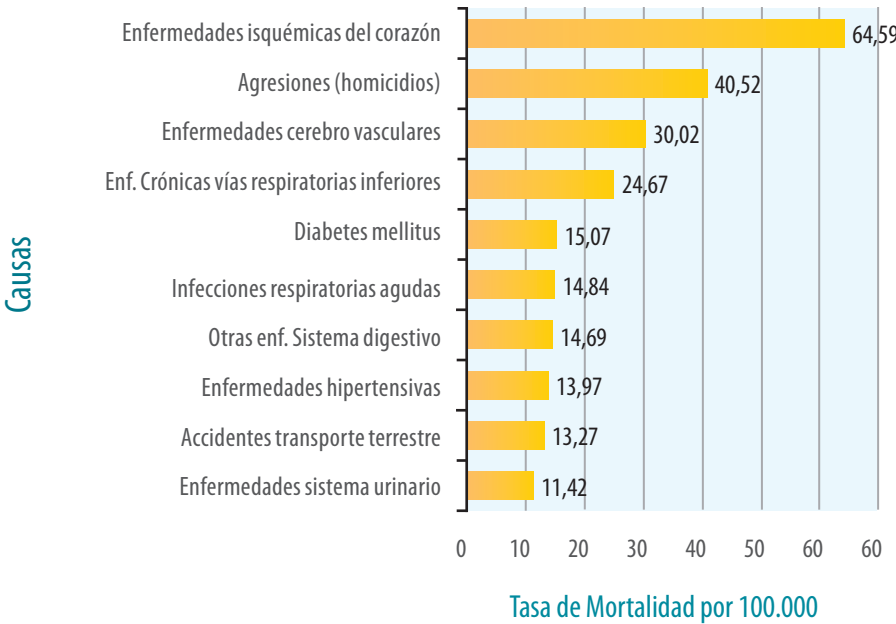
Además, se recomiendan intervenir en determinantes intermedios como el aseguramiento, el acceso y la calidad de la atención en salud, ya que el 90% de los factores que atribuyen riesgo de sífilis congénita están relacionados con estos determinantes. También se recomienda incorporar el indicador de eliminación de la sífilis congénita, como indicadores propios de estos programas.

Primeras causas de mortalidad en Colombia:

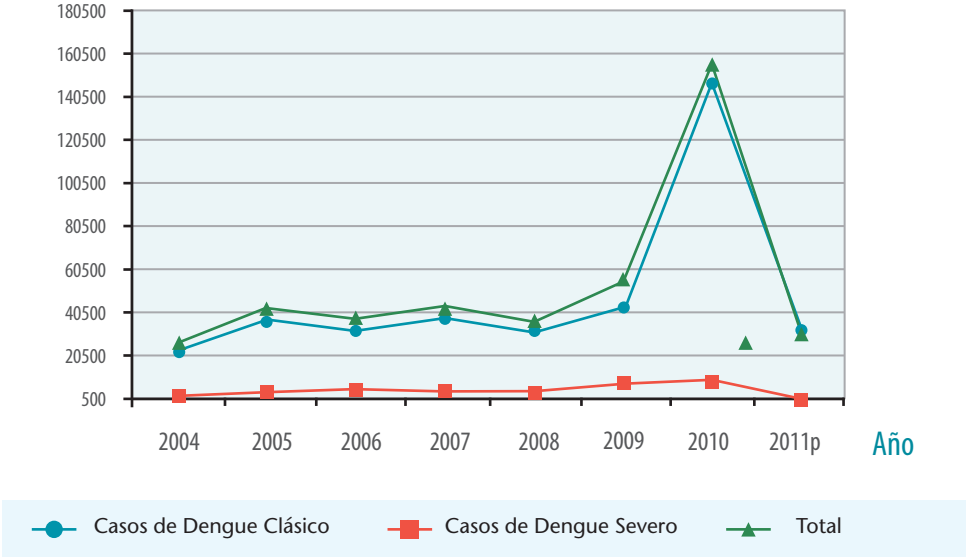
Las enfermedades isquémicas del corazón, constituyen la primera causa de muerte en Colombia desde el año 2005.

Gran parte del aumento de las enfermedades no transmisibles en los países es atribuible a los factores de riesgo modificables, como la inactividad física, la desnutrición en los primeros mil días de la vida y más adelante con una dieta poco saludable (incluyendo excesivo consumo de sal, grasa y azúcar), el consumo de tabaco, el abuso del alcohol y la exposición a la contaminación ambiental; lo que sugiere que *más de la mitad de la carga de enfermedades no transmisibles – ENT- podrían evitarse con una efectiva promoción de la salud y con programas de prevención de las enfermedades que abordan tales factores de riesgo.*

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN COLOMBIA AÑO 2010



CASOS DE DENGUE CLÁSICO Y SEVERO, COLOMBIA 2004-2011p



Casos de dengue y tasa de incidencia de dengue

Este es el pico más alto que se ha reportado en los últimos 10 años. Sin embargo, este pico se ha experimentado en distintas regiones de América Latina como Brasil, Venezuela, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua. La reducción de los casos por dengue hace parte de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Plan Nacional de Salud Pública contempla el control de esta enfermedad y la reducción de las muertes por la misma.

Medida como la alerta epidemiológica decretada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la alerta hospitalaria permiten incrementar los esfuerzos para la prevención de la enfermedad y la adecuada articulación de los servicios de salud para lograr una atención oportuna a las personas con Dengue.

Cobertura acueducto y alcantarillado :

Medio Ambiente				
Región / Años	Cobertura Acueducto		Cobertura Alcantarillado	
	2010	2011	2010	2011
Atlántica (Guajira, Cesar, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Sucre y Córdoba)	77,3	78,1	59,6	52,8
Oriental (Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca y	85,3	82,7	73,6	65,1
Central (Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima, Huila y Caquetá)	86,4	87,7	75,1	73,2
Pacífica (Chocó, Cauca y Nariño)	79,9	76,1	37,7	43,5
Orinoquía-Amazonía (Arauca, Casanare, Vichada, Guainía, Guaviare, Vaupés,	85,2	81,8	87,3	76,3
Antioquia	89,4	90,7	78,4	73,3
Valle del Cauca	95,4	95,1	88,2	90
Bogotá	99,7	99,9	99,3	100
San Andrés	29,9	31,6	28,2	22,7
Total Nacional	87,6	87,3	75,3	72,3

Para Colombia el reto es aumentar el aseguramiento en el régimen contributivo mediante la formalización del empleo.

El acceso al agua potable y saneamiento en Colombia y la calidad de estos servicios ha aumentado significativamente durante la última década. Sin embargo, aún quedan desafíos importantes, incluso una cobertura insuficiente de los servicios, especialmente en zonas rurales y una calidad inadecuada de los servicios de agua y saneamiento.

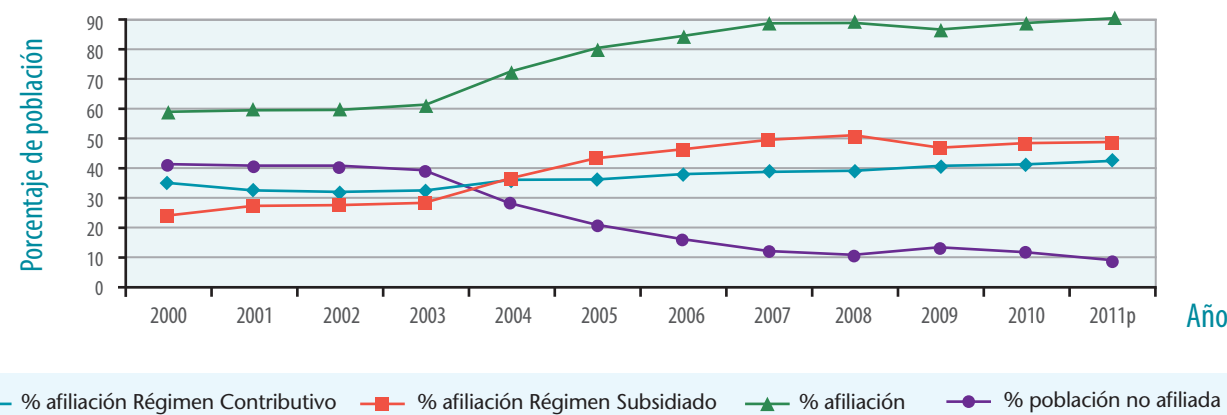
La cobertura de servicios públicos guarda una relación directamente proporcional al tamaño del municipio, la calidad del agua sigue siendo deficitaria en la mayoría de los sistemas pequeños y medianos, principalmente en zonas rurales y urbanas marginales.

Aseguramiento:

Uno de los retos más importantes de los sistemas de salud en el mundo es lograr la cobertura universal. Para Colombia esto significa, entre otros retos, aumentar el aseguramiento en el régimen contributivo mediante la formalización del empleo, y por otro lado, garantizar la financiación del régimen subsidiado con el aumento de los recursos públicos para este propósito. Esta situación lleva a reflexionar sobre los resultados del modelo económico actual y las estrategias implementadas en los últimos 8 años para lograr el crecimiento del empleo formal y con esto el equilibrio financiero del Sistema de Seguridad Social en Salud.

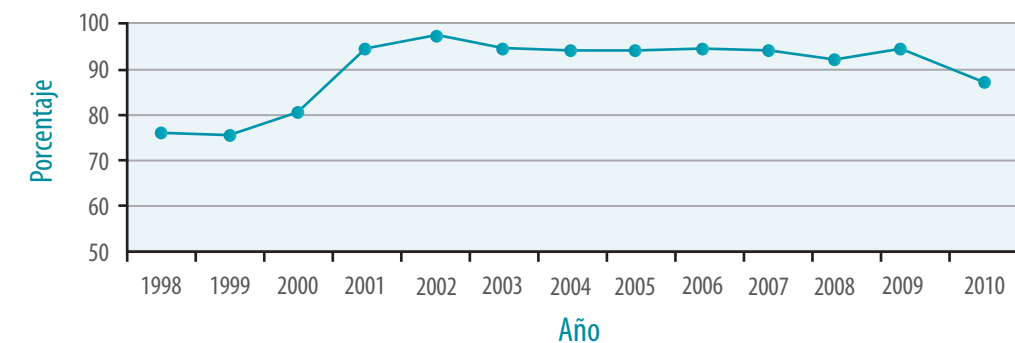
En este sentido, y dada la trascendencia que el modelo de aseguramiento tiene para la salud de toda la población, Así Vamos en Salud, como observatorio de la sociedad civil, hará el seguimiento correspondiente a la evolución en la afiliación a ambos regímenes y fomentará que estos grandes asuntos continúen estando en la agenda pública.

TENDENCIAS DEL ASEGURAMIENTO DE SALUD, COLOMBIA 2000-2011^p



Cobertura de vacunación triple viral en niños de un año:

COBERTURA VACUNACIÓN SARAMPIÓN: TRIPLE VIRAL, COLOMBIA 1998-2010



La Cobertura de Vacunación Triple Viral - vacuna contra el sarampión (generalmente en combinación con rubéola y parotiditis – SRP).

Dadas las graves consecuencias de contraer sarampión, 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 Guaviare, 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.

Prevalencia de bajo peso al nacer:

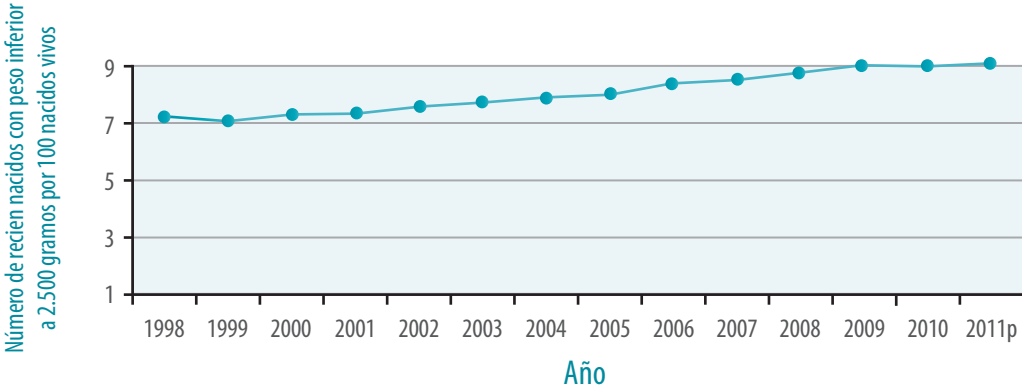
De acuerdo con UNICEF, cada año en el mundo nacen aproximadamente 20 millones de niños con bajo peso (menos de 2,5 kg), lo que corresponde al 14% de todos los nacidos vivos.

La principal actividad preventiva es el adecuado control prenatal, puesto que se pueden detectar a tiempo y prevenir posibles complicaciones tales como la preeclampsia y la ruptura prematura de membranas que llevan también a bajo peso al nacer por parto prematuro.

Políticas sociales encaminadas a aumentar el nivel educativo de la mujer – futuras madres, y a facilitar el uso de los servicios en la gestación y el parto, rompiendo

las barreras económicas y geográficas actualmente existentes, llevarían a mejorar el estado de salud de los niños y a disminuir significativamente las inequidades observadas tanto en mortalidad infantil como en nutrición en la niñez.

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER , COLOMBIA 1998-2011p



“El Sistema de Salud Busca su Rumbo”

DOCTOR ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Gracias por la invitación, a todos los miembros de la Junta Directiva de la Fundación y a todos los promotores de esta iniciativa ASI VAMOS EN SALUD.

La idea es contarles a ustedes lo que estamos haciendo en el Ministerio, y darles una noción de la de multiplicidad de temas con la que estamos lidiando. Les quiero transmitir que estamos “buscando ese rumbo” y que tenemos que empezar a pensaren dos velocidades: cosas que estamos haciendo en el corto plazo que no necesitan cambios legales y una agenda que implica necesariamente algunas reformas legales, algunas de ellas de fondo.

Para hoy he dividido mi presentación en cuatro capítulos. El *primero* tiene que ver con lo que yo llamo flujo de recursos, el tema más urgente de la coyuntura. El *segundo* está relacionado con la descentralización y toca otro problema coyuntural que es la crisis del régimen subsidiado en salud.

El *tercero*, tiene que ver con aspectos más de mediano plazo y allí vamos a hablar de las reformas, tanto de una ley estatutaria como de una reforma ya más al modelo, que nosotros hemos llamado ley ordinaria. El *cuarto* tiene que ver con los aspectos de salud pública.

Hay un *quinto* tema, al que no me voy a referir hoy en día, que tiene que ver con los aspectos que podríamos llamar genéricamente, la política farmacéutica.

Flujo de recursos y saneamiento financiero:

Hay deudas no completamente saneadas, ya que las entidades territoriales tienen deudas acumuladas. Incluso en este punto ya se ha hecho un saneamiento importante, superando el medio billón de pesos. Las entidades territoriales tienen deudas con:

- Las EPS del régimen subsidiado por un valor superior a los cuatrocientos mil millones de pesos, estas son deudas acumuladas, deudas asociadas a fenómenos complejos

de la descentralización, muchas asociadas a captura del Estado, captura de las entidades territoriales que no permitieron que los recursos transferidos por el sistema general de participaciones llegaran a donde tenían que llegar, en este caso, a las EPS del régimen subsidiado.

- Deudas de las entidades territoriales con los hospitales públicos, crecientes sobre todo con los hospitales del segundo y tercer nivel por el tema de atención no POS. Estas son muy grandes en algunas regiones del país, crecientes y complicadas. Tenemos un fenómeno emergente que tiene que ver con la crisis del subsidiado, ya que hay deudas bastante grandes y crecientes, que no han sido saneadas completamente, todas de las EPS del régimen subsidiado con la red pública hospitalaria. Aquí no están incluidos los hospitales privados, donde también hay muchas deudas acumuladas.

Pero estas deudas si uno las mira desde los hospitales, la respuesta es: “superan los dos billones de pesos”, y si nos vamos a las EPS y tratamos de hacer el mismo ejercicio desde el otro lado, están por el lado de un billón de pesos, *aquí hay todavía un ejercicio muy grande de saneamiento y de cuentas claras que es uno de los problemas del sector.*

El problema principal está en unas cuentas por resolver, es decir, glosas que tienen que ver con el no POS, recursos atrancados en el FOSYGA, según el último corte. Estamos hablando de un valor entre uno y dos billones de pesos. Por supuesto eso se transmite hacia abajo y hay deudas muy grandes también de las EPS del régimen contributivo con los hospitales públicos y de los privados que pueden superar, incluso este valor. En la red pública hospitalaria es mucho mayor.

También hay deudas viejas difíciles de pagar, incluso estas deudas son mucho mayores con la red privada del FOSYGA por el tema del SOAT. Cuando existía este límite de los quinientos millones de pesos de las primas, ahí se quedaron unas deudas muy complejas de pagar, aunque se ha tratado de agilizar algunos de esos pagos. Tenemos además, las deudas de los hospitales con los proveedores y los trabajadores que si nos circunscribimos a la red pública hospitalaria puede superar los dos billones de pesos. Aquí se tiene un problema grave, un problema que tiene causas múltiples, no solamente se debe a costos de transacción y errores de diseño del sistema de salud. Se debe también a problemas con la descentralización, siendo aún más complejo; donde lo que está haciendo el sistema de salud es simplemente reflejar otros problemas de diseño, por ejemplo, en la descentralización o con problemas de la organización de la sociedad colombiana. Muchos de estos recursos en el pasado *-no sucede tanto hoy-* fueron capturados por grupos armados.

Para resolver este tema hay que tener entonces cierto orden porque todos los problemas son de una naturaleza distinta. En el Ministerio encontramos estas deudas, y yo me encuentro una declaración o promesa que había hecho el Presidente de la República con fecha precisa de 19 de julio de este año, donde se había hecho una contabilización de las deudas del FOSYGA con las EPS del régimen contributivo, que es donde está uno de los problemas graves del flujo de recursos de ese lado.

¿Qué decía la promesa?, la promesa cuantificaba esas deudas en su momento en 1.4 billones de pesos; y los técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social habían dicho que en un plazo más o menos razonable de dos o tres meses se puede pagar el 55% de esa deuda, es decir, más o menos setecientos mil millones o un valor cercano. Eso dijo el Presidente, vamos a pagar o van a fluir recursos al sistema, en este caso, recursos de esos recobros viejos acumulados en el FOSYGA. Todos conocen la historia de cómo fueron creciendo esos recobros y llegaron a un valor de 2 o 3 billones de pesos, muchos de ellos se glosaron y de esas glosas surgió este valor de 1.4 billones y de la resolución de esas glosas surgían los setecientos mil millones. La idea era que íbamos a ser capaces de resolver el 55% de las glosas y que rápidamente, en cuestión de meses o semanas, iban a fluir recursos al sistema por setecientos mil millones de pesos.

La estrategia estaba soportada en una reglamentación de un artículo que había sido introducido en la ley anti trámites, y estaba basada en una clasificación de esas glosas, donde los auditores habían identificado que eran de tres o cuatro características:

1. Las más fáciles de resolver se llamaban glosas de extemporaneidad y se tenía un decreto para resolver dichas glosas.
2. Unas más difíciles de resolver, llamadas glosas administrativas. Según un informe de KPMG dentro de ese universo de glosas administrativas están: a) Las glosas por liquidación, es decir que viene la glosa y los papeles muestran algo distinto que los registros electrónicos, de esta forma no se sabe que pagar, si lo que dicen los documentos físicos o lo que dicen los registros electrónicos. b) Glosas de integralidad: cuando hay una tutela y el médico o el juez ordena algo que es más o menos amplio y basado en ese dictamen del juez, el médico tratante comienza a ordenarlo todo.
3. En la tercera categoría están incluidas las que se llamaban glosas POS: que son aquellas que tienen que ver con la “zona gris”, donde los auditores definen que no se van a pagar. O bien el FOSYGA no lo paga, o no se ordena el pago porque hace parte del plan de beneficios.

Es así como se empezó a poner en práctica esta estrategia de hacer decretos para lidiar con las tres categorías de glosas, las administrativas, con las glosas POS y con las glosas de extemporaneidad. Nos encontramos rápidamente que las glosas de extemporaneidad se podían pagar, que era más o menos subsanable en el corto plazo, y se pagó un valor superior a los cien mil millones de pesos muy concentrado en la Nueva EPS.

Pero el nivel de complejidad es absoluto, hay radicados de 127 mil glosas, valores glosados cercanos a los sesenta mil millones de pesos, donde no hay información o algo falta de información sobre el CTC. Por esta situación eso no se puede pagar, este tema es insubsanable. En el Ministerio se está revisando como hacer alguna tipología. Una tipología tanto de las glosas administrativas como algún pareto, así como alguna tipología en las glosas POS, y de esta forma decidir rápidamente que es

pagable y que no es pagable, aterrizar estas deudas y decirles a las EPS, en este caso, muchas del régimen contributivo, con absoluta claridad, que tienen que empezar a castigar y no continuar con el problema en el sistema de salud donde nadie castiga las deudas y las deudas viven eternamente en los balances.

Yo como Ministro observo que esos 700 mil millones van a ser muy difíciles de pagar y lo que razonablemente se puede pagar está por los lados de los cuatrocientos mil millones de pesos. Por esto hay que tomar decisiones rápido, sanear estas cuentas y no dejar este espectro de 1.4 billones por ahí flotando en los balances de las EPS y una expectativa irreal de lo que puede efectivamente pagarse.

Si ustedes miran esto se llama deuda, pero en el fondo no es una deuda, es simplemente una conversación pendiente, es un recobro que se hizo, que no se pagó plenamente, y que se glosó por alguna razón. No todas las razones son acertadas, hay muchas equivocadas, pero en el fondo lo que hay aquí es un número enorme de conciliaciones porque lo que hay en disputa son glosas muy difíciles de resolver y que tienen que ver con un problema que se acumuló o se dejó acumular por muchos años pero que básicamente hay que resolverlo cuanto antes y es lo mejor que puede pasar para el sector. Resolverlo no significa que vamos a pagar los 1.4 o 1.6 billones, que eso quede bien claro. Estamos dispuestos, o yo estoy dispuesto a tener las conversaciones necesarias *-con sensatez de todo el mundo-* para ver como resolvemos un problema muy complicado.

En cuanto a las Entidades Territoriales, hay mejores noticias: en el Congreso se está discutiendo un proyecto que lo llamamos inicialmente el Proyecto de Cuentas Maestras. Estas cuentas maestras eran recursos viejos que estaban acumulados en estas cuentas de las entidades territoriales por pagos que no se habían hecho al régimen subsidiado. Este proyecto, más que un proyecto que libere los usos de las cuentas maestras de las entidades territoriales, se ha vuelto más un *proyecto de flujo de recursos* porque encontramos recursos de distinta índole y allí lo que se va a hacer es liberar algunos de esos recursos, y con esos recursos emprender un proceso de saneamiento fiscal en las entidades territoriales para que lleve recursos hacia la red pública hospitalaria.

Tenemos, la verdad sea dicha, un problema creciente con las EPS del régimen subsidiado y esto también transmite un poco la complejidad de los problemas del sector. Existen tres EPS del régimen subsidiado: SELVA SALUD que operó históricamente en el Putumayo pero tiene operación en otras partes del país, SALUD CÓNDOR, que algunos la conocen bien y EMDISALUD. Las intervenciones de estas EPS del subsidiado comienzan desde hace casi dos años, en el año 2010. Algunas de ellas fueron intervenidas para administrar, otras para liquidar, pero ha habido todo tipo de problemas. Problemas tales como la inoperancia de la misma Superintendencia de Salud, y problemas de tutelas artificiales que han impedido que estos procesos lleguen a feliz término y que básicamente se puedan llevar, o que se ejecutoren estas decisiones de liquidar estas EPS. Hoy tenemos en SELVA SALUD y en SALUD CÓNDOR, en el

Lo que se va a hacer es liberar algunos recursos y emprender un proceso de saneamiento fiscal en las entidades territoriales para que lleve recursos hacia la red pública hospitalaria.

El nivel de complejidad es absoluto, hay valores glosados cercanos a los sesenta mil millones de pesos, donde no hay información o algo falta de información sobre el CTC.

Ver que este es un país heterogéneo y que hay cosas que hay que manejarse de manera distinta en diferentes regiones.

sur del país básicamente tutelas que han impedido la liquidación. Al Hospital San José de Popayán por ejemplo, están llegando pacientes para segundo y tercer nivel de SELVA SALUD, el Hospital los debe atender pero SELVA SALUD no va a pagar, entonces ¿qué hace el hospital ante esta situación?

No se ha podido tomar la decisión definitiva de que no se le pueden seguir girando recursos a estas EPS, dada la corrupción, ya que hay jueces que ponen tutelas para impedir el feliz término de nuestro proceso. Por lo tanto, es un tema bastante complicado. Estos no son problemas solamente del sistema de salud, este es un problema del Estado y la Sociedad colombiana, que de alguna manera trascienden lo que nosotros estamos tratando de hacer aquí y yo creo que en la cabeza de todo el mundo debe estar un diagnóstico un poco más matizado a la hora de entender estos problemas. Hay que lidiar con todo tipo de decretos, resoluciones e instructivos, en una maraña legal para tratar de hacer lo que debería hacerse de manera mucho más fácil y expedita. Se tomo la decisión de hacer un giro directo más rápido del que tenemos contemplado para que la plata llegue a los hospitales y no quede atrapada en el agujero negro de estas EPS que están por liquidarse.

El mensaje que quiero dejar es que ya con el decreto *-Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero-* estamos liberando recursos con este proyecto de cuentas maestras y que esos recursos van a llegar a los hospitales públicos y van a llegar en el contexto de planes de saneamiento fiscal y financiero que vamos a poner en marcha en compañía de la división de apoyo fiscal del Ministerio de Hacienda. Las cifras de la red pública hospitalaria del país, muestra que el 41% de los hospitales están en riesgo financiero alto por razones de diversa índole.

Entonces, conclusiones de esta primera parte:

1. Tenemos que resolver el tema de las glosas, de los recobros, tenemos que tomar decisiones rápido y una vez tomadas las decisiones, el sector tiene que sincerarse, sobre todo las EPS del régimen contributivo de cuanto plata efectivamente se les va a pagar y extraer o eliminar esa plata de sus balances.
2. Hay recursos para el saneamiento fiscal, los estamos liberando. No sé si los recursos son suficientes pero creo que se pueden hacer muchas cosas con los recursos que existen y esos recursos deben aplicarse entonces de manera ordenada en el contexto de estos planes de saneamiento fiscal y financiero. Espero en un año, si yo estoy aquí dando una presentación podamos presentar una situación distinta sobre lo que está pasando con el déficit sobre todo en la red pública de hospitales.

Futuro del régimen subsidiado en salud:

Vale la pena reflexionar un poco sobre el origen histórico del régimen subsidiado y lo que pasó. Este tuvo un origen complejo, un origen donde el país, a finales de la década

del 80 y comienzos de la década del 90, decide hacer una descentralización municipalizada y se inventa al mismo tiempo un seguro de salud, un seguro popular para darle un nombre genérico. Si vamos a hablar de un seguro, no debería ser municipalizado, debería estar basado en un alcance regional distinto, en la mancomunación de riesgos.

Si se mira la ley 100 originalmente no estaba hablando de un seguro, se tenía un plan de beneficios menor casi como un voucher. Un voucher que se manejaba en los municipios con unos contratos de administración con las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS-, que no eran aseguradoras; eran programas municipales de voucher en salud con un plan de beneficios limitado administrado por unas ARS que firmaban contrato con los Municipios.

Ese fue el origen, fue un origen complicado, después esto siguió evolucionando y surgió el tema del seguro, fue difícil montar sobre ese origen una concepción de un seguro popular. Además en el camino ocurrieron muchas ineficiencias: una gran fragmentación de EPS porque su origen fue territorial (regional), y vino todo lo que pasó en este país durante las dos décadas anteriores, incluso la captura de estos recursos por grupos armados.

Aquí hay un tema que vale la pena hacer una reflexión histórica pequeña como paréntesis: Los subsidios a la demanda fueron motivados siempre como una forma de evadir cierta captura de rentas por sindicatos estatales bien organizados; así se han pensado generalmente por ejemplo en el sector de educación, y así se pensaron originalmente en el sector salud en Colombia. Lo que pasó en retrospectiva es que la captura de rentas fue más fácil con los subsidios a la demanda que con los subsidios a la oferta.

Al mismo tiempo, en la descentralización, estaban estas otras entidades *-la red pública hospitalaria-* que no se sabía muy bien qué hacer con ellas dentro de este contexto de un seguro popular. Se pensó en un subsidio a la demanda, y que con esto se incentivaba la sana competencia, y al competir se iban a volver eficientes y se iba a dar una transformación plena de subsidios de oferta, a subsidios a la demanda. Que íbamos a tener un sistema perfecto con hospitales públicos eficientes compitiendo por ese subsidio a la demanda que empoderaba a los consumidores, pero esto no resultó ser así. Entonces con este panorama hay cambios importantes que hacer, es una muy difícil convivencia entre ese régimen subsidiado y la red pública de hospitales.

Lo que se tiene que hacer es lo que hemos venido haciendo legalmente, yendo más allá del diagnóstico. Ver que este es un país heterogéneo y que hay cosas que hay que manejarse de manera distinta en diferentes regiones. Por ello estamos contemplando esquemas diferenciales en los nuevos departamentos, en las zonas dispersas. Tenemos por ejemplo en Vichada y Guainía un compromiso para firmar un acuerdo en el próximo mes para tener una administración de la salud en esta región ofertista, es decir, sin aseguramiento, simplemente porque no puede existir. Así mismo puede darse en el Chocó. Hemos concluido que el aseguramiento no puede operar en algunas de las regiones o no debería operar.

Hay un proceso de depuración del régimen subsidiado; estamos buscando también esquemas distintos y experimentar en el régimen subsidiado. Se va a definir el funcionamiento de la EPS Mixta en Antioquia. Esperamos anunciar que la EPS Mixta, que la van a manejar el Departamento de Antioquia, el Municipio de Medellín y Comfama, pueda ser la gran administradora del régimen subsidiado en el Departamento de Antioquia.

Se presenta una situación más compleja en Bogotá. Hemos propuesto para la administración del régimen subsidiado en Bogotá utilizar Capital Salud como una gran EPS pública, que pueda aglutinar casi el 100% de los afiliados al régimen subsidiado en Bogotá; y que desde esta EPS Pública se lleve a cabo lo que se ha pensado en materia de atención primaria en salud, que desde ahí hagan lo que Bogotá no ha hecho en muchos años, que es afiliar a esta EPS a los 400 mil vinculados o población pobre no asegurada, y de alguna manera romper con estas inequidades horizontales tan extrañas que hay en Bogotá. Se puede pensar entonces en construir con base en Capital Salud y así tener una operación mucho más ordenada en Bogotá, para que sea consistente con los planes de atención primaria y otras cosas que se deban y quieran hacer. Desde el Ministerio se está dispuesto a mirar salidas heterodoxas, legalmente.

Hay bastantes problemas y es necesario estudiar con mucho detalle el tema legal, existe preocupación por el tema de capacidad de gestión, es preocupante lo que puede pasar si esos recursos no son administrados con la pulcritud que deberían serlo, pero, por eso queda aquí la posibilidad de que en algunas regiones, sean las secretarías de salud las que manejen el régimen subsidiado.

Se está estudiando también la posibilidad de que con algunos de los buenos afiliados a Gestarsalud exista una fusión de EPS, que también jueguen un papel aquí. Las cajas de compensación también deberían hacerlo. De todas formas, el régimen subsidiado en salud en un año o dos años debería ser muy distinto; debería estar consolidado regionalmente con esquemas que no tienen que ser iguales, no todo tiene que ser uniforme: si la EPS Mixta funciona en Antioquia, si una EPS pública funciona en Bogotá, sea una secretaría de salud que está funcionando en Putumayo para reemplazar a Selva Salud que era pública en todo caso, era del Departamento y de la red pública. . . adelante, pero tiene que ser distinto.

Al mismo tiempo estamos pensando que vamos a introducir cambios en la descentralización en dos sentidos, uno de los cuales ya está pasando. Incluso vamos a introducir una proposición en el proyecto de cuentas maestras en este sentido. Hoy en día por ejemplo con los aportes patronales que les manda el Estado a los hospitales públicos, pero estos tienen que mostrar facturación. Vamos a hacer un cambio que puede ser importante: a los hospitales públicos no se les va a pedir facturación; se les envía el dinero como un subsidio a la oferta puro y más bien se va a empezar a pedirle (no facturas) sino ciertos resultados en salud entre otros. Por lo tanto, vamos a hacer un seguimiento distinto, centrado más en la salud que en mostrar facturación, y, algo tenemos que hacer también con las Empresas Sociales del Estado (ESEs). Estamos pensando cómo se puede hacer una redefinición sensata de estas.

Hay otras cosas que tenemos que hacer rápidamente: la igualación de las unidades de pago por capitación de los regímenes subsidiado y contributivo, lo cual también es una obligación. En la planeación fiscal del Ministerio de Hacienda está en 4 años. Yo creo que la tenemos que hacer más rápido, en 2 años. Esto cuesta, mal contados, entre 2 y 3 billones de pesos, es algo que tiene que hacerse. Creo que el tema de los recursos de la salud en la nación, cuando se dice muchas veces que la plata sobra, yo creo que no sobra, al contrario, faltan recursos para esto.

En el tema de simplificación del que voy a hablar en un minuto, faltan también recursos para sustituir algunas fuentes que han sido muy engorrosas de manejar, en particular, el esfuerzo propio y las rentas cedidas de los municipios. Hoy en día la forma como esto funciona es casi inmanejable porque esas rentas cedidas son bastante variables. Hay que buscar unas fuentes, tal y como se manejan los seguros populares en todas partes del mundo, simplemente financiados con el presupuesto nacional. Inicialmente los esfuerzos propios eran voluntarios, después se volvieron obligatorios y al volverse obligatorio esto se complicó más de la cuenta.

El sistema de salud colombiano es un desorden absoluto, la complejidad que existe aquí no existe en ninguna parte del mundo. Deben definirse reglas de juego claras, para poder ir consolidando unos agentes que funcionen bien dentro del sistema.

Las reformas legales:

Hay 4 o 5 proyectos acumulados en la Comisión Primera del Senado sobre Ley estatutaria en salud. Muy distintos, con énfasis diferentes. Y proyectos que no eran en esencia solamente proyectos de ley estatutaria en salud porque eran proyectos que contemplaban, además de la reglamentación del derecho fundamental a la salud, cambios de fondo en el modelo.

Desde el comienzo se ha planteado la necesidad de separar esta discusión: la discusión sobre ley estatutaria, que es en el fondo una reglamentación del derecho, la que llamamos “discusión sobre el que” (que es el derecho fundamental); de la discusión sobre el modelo, que es la “discusión sobre el cómo”.

Entonces planteamos en el Ministerio dos iniciativas legales:

- Una más constitucional, más filosófica si se quiere; que reglamenta el derecho. Va a tener un énfasis garantista, no va a acabar con la tutela como se ha dicho irresponsablemente en los últimos días, pero que no va a redefinir el modelo o el sistema de salud, y que en el fondo, esa ley estatutaria debería ser compatible o consistente con cualquier sistema de salud. En el fondo pueden entender este proyecto como llevar el espíritu de la sentencia T-760 de 2008 a una ley estatutaria. Lo que se ha venido trabajando tiene un énfasis bastante procedimental: tanto de los procedimientos para lo que no está cubierto como de los procedimientos que tienen que hacerse

Discusión sobre ley estatutaria, la que llamamos “discusión sobre el que” (que es el derecho fundamental) y discusión sobre el modelo, que es la “discusión sobre el cómo”.

cuando se presentan conflictos y tratar que toda la resolución de conflictos en el sistema no sea por vía judicial.

- Y tenemos mientras tanto una ley ordinaria. La ley ordinaria no se comenzara a discutir este año. Lo que pensamos es presentar un proyecto a finales del año, planteando cual va a ser el énfasis fundamental de estas modificaciones de fondo al sistema de salud.

Si se aprueba la reforma tributaria tenemos que hacer cambios a la Ley 100 de 1993. El proyecto de reforma tributaria simplemente dice, aquí estamos creando un impuesto con destinación específica que financiaría SENA, ICBF y SALUD, ahí está creado el impuesto, entonces el Ministerio de Salud tiene que irse a la ley 100 y decir: se va a sustituir esta parte de las contribuciones por este impuesto que viene desde allá.

De esta forma, como está contemplado en la reforma tributaria hoy en día, es que se le quitan la carga de 8,5 a los empleadores, y esos 8,5 puntos que hoy en día están en cabeza de los empleadores para trabajadores con menos de diez salarios mínimos se reemplazarían plenamente por ese impuesto de destinación específica. Esto dejaría por fuera y traería aquí una inequidad horizontal complicada a pensionados y trabajadores independientes que tendrían que seguir pagando la contribución plena y eso para mí es un problema.

Entonces estamos viendo incluso volver a una idea vieja de como se financiaba el seguro social o algo como “paripassu”, es decir, que los empleadores paguen, que los empleadores paguen los 4 puntos que concibe hoy en día el proyecto y que el gobierno ponga otra parte, y que así se conciba el financiamiento por fuentes del régimen contributivo y que estos recursos vayan después a un fondo único con centralización completa del recaudo. Que se acaben las sub cuentas del FOSYGA, que se acabe esta multiplicidad de fuentes en el régimen subsidiado, que se puedan acumular los recursos en un fondo único y una vez tengamos los recursos acumulados.

Entonces viene la gran pregunta: ¿Cuál va a ser el papel de las EPS o cual va a ser el papel de los intermediarios? En los proyectos que hoy en día están acumulados en el congreso hay un cambio en la operación de las EPS donde se dice que van a ser administradoras y se les paga simplemente por administrar. Son compradores de servicios o pagadores inteligentes y se le puede dar también algunos incentivos basados en resultados en salud, se les cambia el nombre y se les da otra concepción. Es una decisión que tenemos que tomar.

Santiago Leve, Vicepresidente del BID, nos hace caer en cuenta de lo siguiente: Las EPS jugaban o deberían jugar un papel importante en la contención de costos, pero la verdad hoy creo que no lo hacen. Globalmente no lo hacen porque en el fondo, con el tema del no POS, se creó un seguro de reembolso paralelo al otro seguro que tenemos. En el fondo, la única contención de costos que puede hacerse es la contención que haga

la sociedad, la democracia y para hacer esa contención de costos tenemos que tener las cuentas claras.

Hoy en día eso no puede hacerse en Colombia porque tenemos la gran confusión, se oyen en el congreso a agentes políticos diciendo aquí sobren diez y veinte billones de pesos, y con esa confusión es imposible tener contención de costos, es imposible hacer algo. Por lo tanto, la simplificación no es solamente un tema operativo, es un tema de transparencia. Ojalá que el sector salud, que está en el centro del debate democrático, lograra decirle a la sociedad claramente cuanta plata hay y lo que se puede hacer. Esta discusión no se ha podido tener en Colombia.

Apenas definamos la pregunta fundamental, entonces, definir como se intermedian o manejan los recursos va a ser difícil. Esta es otra reflexión filosófica o conceptual, pero también es la reflexión sobre las capacidades estatales. Llevamos 20 años haciendo las cosas bien, mal o regular, lo que sea, pero hay capacidades que hemos construido, muchas de esas capacidades también están en las EPS y no las podemos despreciar plenamente. Si las vamos a cambiar también tenemos que ser inteligentes para recoger algunas de esas capacidades, eso es importante y en esto todos tenemos que de alguna manera derribar algunos prejuicios y tratar de dar una discusión sensata sobre qué es lo que queremos hacer como sociedad.

Salud Pública:

Voy a hacer una reflexión de salud pública que a su vez es conceptual o filosófica, y tiene que ver con un indicador con el que se empezó la presentación esta mañana: ustedes lo ven aquí, es el indicador de mortalidad materna, y es un regaño para todos, estamos muy lejos de cumplir las metas de mortalidad materna. Quiero llamar la atención. Este dato del 2008, que yo he empezado a mirar con calma, es un dato que tiene muchas dudas, y lo mejor que puede hacerse de manera sensata, la forma como lo pueden interpretar es que aquí no ha habido cambios desde el año 2004, o que en la última década se estancó. Estos resultados se dan por muchas razones, unas tienen que ver con el sistema general de seguridad social en salud pero otras tienen que ver con el fracaso del Estado Colombiano en muchos ámbitos. La mortalidad materna se estanca y se estanca por allá en un nivel muy alto, pero decir que aquí está la crisis de la salud representada, no es un buen diagnóstico, está basado en un dato precario del año 2008.

Entonces entre todos tenemos que ser capaces y este es el llamado de atención de objetivamente mirar estos datos y no mostrar la “partecita” de la tendencia que nos conviene para hacer diagnósticos sesgados, un poco a nuestro discurso, porque así va a ser muy difícil buscar salidas a este problema.

Efectivamente hay un problema grave y cuando uno comienza a analizar este problema de mortalidad materna y observamos que está aumentando, tenemos que hacer algo. Ver las causas de lo que pasa, mirarlo desde lo territorial: ahora hay dos departa-

mentos que cumplen con las metas de mortalidad materna: Santander y Quindío. Hay unas regiones donde esto ha disminuido, otras donde no. Entonces tenemos una gran diversidad regional, pero tenemos el mismo sistema de salud en todo el país. Es una historia más compleja que decir simplemente que tenemos problemas de mortalidad materna porque tenemos un sistema de salud completamente malo.

Esto nos muestra los retos de salud pública, retos que van mucho más allá del tema de nuestro sistema de salud. El 11% de estas muertes, como se decía ahora, tienen que ver con temas de prestación, pero nos quedan 89% por fuera, y tiene que ver con lo que pasa en los territorios, de la incapacidad de muchas regiones de Colombia de poner en práctica lo que dice la descentralización, fracasos repetidos del Estado colombiano, y de retos que de alguna manera trascienden lo que estamos hablando aquí esta mañana.

Todo esto es complejo y la complejidad no los puede llevar a diagnósticos simplistas de los que estamos llenos. Quiero hacer un llamado a todos a entender la complejidad, todos tienen ideas demasiado facilistas, todo el problema del sistema de salud es el no POS o todo el problema del sistema de salud son las EPS, ojalá la situación fuera tan fácil. Entonces la invitación que hago al final es a entender la complejidad y entre todos construir un diagnóstico matizado de lo que tenemos.

Dejo entonces estos mensajes:

- En flujo de recursos, estamos haciendo lo que se tiene que hacer para poder resolver estas conciliaciones tan complicadas y vamos a tomar decisiones muy rápidamente. Vamos a conseguir recursos importantes para llevar a la red pública hospitalaria que tienen que aplicarse en el contexto de estos planes de saneamiento fiscal y financiero.
- Se van a ver cambios sustanciales en el régimen subsidiado, ojalá en el corto plazo.
- Hay dos importantes reformas en ciernes, sobre todo en la reforma a la ley ordinaria. La ley estatutaria yo creo que va a ser importante para que el país de alguna manera entienda que hay un derecho fundamental, pero que entienda que no solamente basta con enunciarlo.

Y termino con el tema sobre el que he hecho algunas de mis declaraciones públicas, y es que este sector también estuvo excesivamente politizado, y resumo el énfasis con una frase que le dije al Presidente: *“la salud no puede seguir siendo la variable que cuadra la ecuación de la gobernabilidad”*, eso de alguna manera ha llevado a mis conversaciones con el Presidente, y ha llevado a las cosas que yo tengo que hacer a la hora de escoger los funcionarios. Muchas gracias.

“El Sistema de Salud Busca su Rumbo”

PANELISTAS INVITADOS:

DOCTOR ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DOCTORA ELISA CAROLINA TORRENEGRA CABRERA

DIRECTORA EJECUTIVA DE GESTAR SALUD

DOCTOR JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA

DIRECTOR GENERAL DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS DESDE EL 2001.

DOCTOR RAMIRO GUERRERO

DIRECTOR DE PROESA.

DOCTOR GABRIEL CARRASQUILLA

DIRECTOR DEL CENTRO DE ESTUDIOS EN INVESTIGACIÓN EN SALUD CEI DE LA FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ.

MODERADORA DEL PANEL DOCTORA SORAYA MONTOYA

DIRECTORA EJECUTIVA DE LA FUNDACIÓN SILDARRIAGA CONCHA

1. P/ Después de escuchar la intervención del Ministro identifique con argumentos claros y sólidos, los diferentes escenarios viables, recomendaciones y sugerencias que desde su sector puedan contribuir o que piensan que deben hacer para realmente garantizar el derecho a la salud de los colombianos.

R/ Dra. Carmen Elisa Torrenegra: Después de escuchar al Ministro, a quien públicamente quiero felicitar por la claridad y la rapidez con la cual ha llegado a estos diagnósticos. Le quiero decirle una frase y es que *“lo social legitima lo económico, pero lo económico posibilita lo social”*, entonces tranquilo, que lo que usted está haciendo por darle sostenibilidad y liquidez al sector es necesario para lograr los proyectos sociales.

Quiero tocar muy rápidamente el tema del acceso. El acceso a los servicios de salud está dado por dos momentos: uno, el que en nuestro país posibilitó el carnet, que es la cobertura y dos, es la experiencia como tal de la atención. El país puede tener hoy una cobertura numérica tranquilizadora en términos de cobertura universal; pero siempre hemos estado con rezago en el tema de la prestación de los servicios y ahí tenemos problemas; y nosotros desde las EPS (subsidiado), no hemos podido hacer mucho, porque el régimen subsidiado ha estado no sé si excesivamente regulado pretendiendo garantizar la viabilidad de la red pública sin verificar su real capacidad resolutive. La obligación de la EPS es garantizar la experiencia de la atención con calidad y tenemos la obligatoriedad de hacer la contratación con una red, pero en este caso, esta red no necesariamente tiene el modelo de prestación adecuado, estamos hablando en lo hospitalario, de esta forma no se está cumpliendo con el rol asignado. Hay otro aspecto muy importante: para poder garantizar ese tema de acceso a los servicios de salud de manera integral en el subsidiado, recientemente en junio se nos igualó el POS, eso quería decir que nuestros afiliados o sea 22 millones de personas estaban rezagados del acceso a una revisión especializada. Entonces allí hay rezagos históricos en la prestación de la atención que tenemos que entrar a recuperar y yo no sé qué tan rápidamente.

¿Qué vamos a hacer nosotros o que proponemos nosotros? Desde hace rato estamos pensando en proyectos de fusión para dos organizaciones grandes muy solidas. ¿Qué pretendemos ser? Unirnos a la política estatal. Siempre hemos estado comprometidos con una política pública. ¿Qué pretendemos aportar? El cumplimiento de un verdadero rol en la medida en que la reestructuración del subsidiado así lo permita.

Por ley 1122 estaba estipulado el aseguramiento como gestión del riesgo en salud, financiero y coordinación de la red. En esos aspectos que hemos hecho:

En salud no lo hemos podido coordinar por la falta de integralidad y por el tema del modelo de prestación, que no es el mejor.

El riesgo financiero si lo hemos asumido y la muestra es que hay más de tres EPS del régimen subsidiado quebradas porque cuando un POS se sobrepasa en su capacidad tanto en intervenciones como en su costo quien lo asume bajo el modelo actual es la aseguradora.

Desde el rol que se elija por parte del gobierno, pretendemos ser muy buenos operadores en el sentido de mirar mucho la capacidad de la red pública, ese es un tema clave para el país.

Concluyendo, las EPS que puedan quedar en la estructura de nuestra organización, estamos comprometidos con una política pública, pero debe ir de la mano de verdad con ajustes que el modelo permita que realmente se ejerza la función. Hago un llamado a los representantes de los actores para que digamos las cosas como son, digamos las cosas con seriedad, digamos las cosas con confiabilidad y que podamos generar tranquilidad en el país y no terror y miedo de lo que puede pasar con un derecho fundamental que es tan sensible para los colombianos.

R/ Dr. Juan Carlos Giraldo: Comparto el abordaje y los puntos que el señor Ministro trata en su intervención, *“está cogiendo el toro por los cuernos en muchas de las problemáticas tradicionales”*. Sin embargo, me quedan algunas dudas y algunas preocupaciones especialmente en el tema de flujo de recursos. Sí, hay que apagar unos incendios indudablemente, aquí hay un tremendo problema de no movimiento de los recursos, casi que de acaparamiento o especulación con los recursos financieros del sistema por parte de diversos agentes, pero me preocupa en su discurso y quisiéramos que usted lo pudiera incorporar, lo hiciera más explícito. Este es un sistema mixto, tal vez el sistema en Latinoamérica más grande de coexistencia de sector público con sector privado y la mayoría de las soluciones -entendiendo su órbita de competencia como funcionario público-, pero no vemos que se estén reflejando, por lo menos lo que usted nos presenta en este discurso de hoy, que haya unas soluciones que sean igual de esperanzadoras para el sector privado. El asunto de este sistema es y perdonen la redundancia, es sistémico; esto no es un tema del régimen de una enorme crisis del régimen subsidiado, aquí hay una crisis completa y el contributivo no es ajeno a muchas de las dificultades.

Con respecto al asunto de si hay presencia de aseguramiento o no en ciertas regiones del país, el Ministro recoge unas palabras de William Chava en el año 1994, el dijo: “en Colombia hay que tener un sistema dual, y el sistema dual es que en las áreas donde hay competencia debe haber un esquema de aseguramiento, inclusive privado. . . pero las áreas donde no hay esa competencia, que infortunadamente son muchos de los municipios del país, debería mantenerse un esquema puro de oferta, porque lo otro sería una solución absolutamente ineficiente que va a distraer recursos y a generar enormes costos de transacción”.

Con respecto al tema de descentralización, régimen subsidiado, las afirmaciones que hace el Dr. Gaviria son muy duras, yo creo que muchos las grabaron que hay unas pequeñas EPS por todo el país que no lo están haciendo bien, esa es una aceptación muy interesante.

El tema de la igualación de las unidades de pago por capitación, considero que se tomaron a las volandas los resultados de muchos estudios o pruebas pilotos, muy parciales sin maduración completa y técnicamente faltaba algo.

Respondiendo la pregunta: Nosotros con mucho orgullo como red hospitalaria pública y privada de este país, podemos ofrecer muchas de las cosas que ya venimos haciendo y no es que vamos a hacer cosas nuevas desde hoy. La encuesta del ranking de América Economía, es un verdadero orgullo para un país que ha tenido tantas dificultades en los últimos años, especialmente en la prestación del servicio, que podamos aportar 16 de las 40 instituciones mejores en el sector prestador de salud en América Latina. El compromiso nuestro es independientemente del sistema, independientemente del gobierno o de los agentes que existan. Tenemos un compromiso vocacional con una población a la que tenemos que atender y por eso lo que nosotros vamos a seguir haciendo es:

- Romper nuestras fronteras y poder ayudar en la gran expansión o revolución en atención primaria en salud que tiene que hacer este sistema de salud y especialmente en la baja complejidad. Podemos traer o expandir muchas de las tecnologías asistenciales que tenemos para hacer una función de filtro de tamizaje en la baja complejidad de manera que se pueda rescatar la resolutiveidad en la base del sistema.
- Estamos ya trabajando y hay varias pruebas piloto, algunas de ellas promovidas por el gremio nuestro, para dar una fórmula o una respuesta sobre cómo deben funcionar las redes integradas de servicios de salud y sobretodo responder una incógnita que quedó allí en la ley 1438 como hacer para la función de coordinación de la red.
- Vamos a seguir promoviendo todas las iniciativas de seguridad del paciente de calidad promoviendo acreditación. Para este punto hay que hacer un llamado al sector educación: ¿qué vamos a hacer con la figura de hospitales universitarios? Porque hay un círculo vicioso donde no hay hospital universitario, no hay buena competencia, buena formación del recurso humano, no hay resolutiveidad y entonces se empeora todo el espiral de problemas del sistema.
- También estamos dispuesto a tener conversaciones largas sobre cosas como, los pagos por desempeño. En este país, no solo la élite hospitalaria, sino gran parte de los hospitales de este país podrían sentarse a hablar sobre cómo puede haber una mejor remuneración de las instituciones basados en los resultados, entonces más que un compromiso con los gobiernos es un compromiso con la gente, con los pacientes nuestros.

R/ Dr. Ramito Guerrero: Voy a compartir unos tres comentarios sobre las presentaciones anteriores. Hay cierta paradoja que a veces se habla de que sobra plata y a veces habla de que falta plata, yo creo que mas que preguntarse si sobra o falta en el agregado hay que preguntarse dónde sobra y donde falta porque puede haber áreas donde sobre y puede haber áreas donde falta. Pareciera a primera vista que hay muchos recursos invirtiéndose en la alta complejidad y no lo suficiente se está invirtiendo en atención primaria. Creo que si hay que mirar con cuidado las cifras del sector para entender que posiblemente haya áreas donde si sobre y haya áreas donde si falte.

Hay un dato en particular que me ha llamado mucho la atención y es el número de metros cuadrados en construcción de Hospitales. Hoy en día hay 500 mil metros cuadrados en construcción de hospitales en Colombia, hace dos años había 290 mil o sea que en los últimos 2 años se han incrementado cerca de 40%, si uno ve la gráfica es muy empinada y si compara esa gráfica con la de los demás sectores ve que en todos los demás es plano, entonces pese a haber unos problemas de liquidez muy apremiantes y desde luego que son reales, hay mucha gente dispuesta a invertir recursos muy cuantiosos. A priori no pareciera que es un tema de la integración vertical, simplemente hay que señalar que puede haber áreas donde los recursos sobran y donde faltan y no preguntarse en el agregado.

En segundo lugar, más que igualar la unidad de pago por capitación, es mejorar su ajuste por riesgo y su asignación geográfica. Desde luego que es importante igualarla, es decir, los costos de la atención per cápita deberían ajustarse con las diferencias en costos por geografía. Aplicar la misma unidad de pago por capitación en el régimen subsidiado en Bogotá y en una zona alejada posiblemente no sea lo mejor. Las formulas actuales que usa el sistema para ajustar las cápitass por riesgo son susceptibles de mejorarse sustancialmente, las formulas actuales predicen casi entre el 2% más o menos de la varianza en costos de salud y esto se puede subir a 10% .

Sobre la intervención del Ministro, es muy oportuno haber puesto sobre la mesa nuevamente el debate sobre la descentralización. Hay dos tipos de descentralización: La descentralización funcional y la descentralización territorial. Lo que ocurrió en Colombia es que en el régimen subsidiado se sobrepuso la descentralización funcional a la descentralización territorial -de una forma no muy deliberada- porque hubo como dos reformas simultáneas y se reprodujeron toda suerte de redundancias que han durado a lo largo de los años y que apenas están empezando a identificar y resolver.

Termino la intervención refiriéndome a la figura del recobro. La figura del recobro no fue objeto de un diseño deliberado. Es un producto de la historia del sistema, un defecto del diseño original del sistema ya que nunca se previó un mecanismo para financiar las excepciones al plan de beneficios. Es sensato que todo plan de beneficios deba tener excepciones, esto lo saben mejor los médicos que nadie, hay casos atípicos que se desvían de la norma por cualquier cantidad de razones, siempre se ha debido prever que los hubiera. Lo que se debe hacer ahora es un mecanismo equilibrado para su provisión y su financiación, que no pase por el recobro EXPOS que está generando tantos problemas.

De manera que en términos ya de propuestas, y si bien es claro que no represento ningún sector, si acaso la Academia un centro de Estudios Financiado por la Fundación Valle de Lili y la Universidad ICESI, creo que lo que podemos aportar es propuestas sobre diseños de financiación y diseños institucionales que permitan prever, prestar los servicios no POS de una forma radicalmente distinta que no desequilibre el sistema y también que le den los instrumentos financieros que se requerirían detrás de todas las acciones que están pendientes en el país en materia de atención primaria.

R/ Dr. Gabriel Carrasquilla: Bien importante la intervención del señor Ministro con respecto a salud pública porque tocó un punto muy importante que es mirar aspectos conceptuales de la salud pública y creo que hay varios puntos para resaltar entre lo que anotó muy brevemente.

En primer lugar, se refirió a salud pública en toda su intervención sin necesidad de hacer referencia a qué era salud pública, cuando plantea que el país no se puede ver de una manera homogénea sino que Guainía o Vichada o Chocó hay que mirarlo de una manera diferente al Valle, a Antioquia o a Quindío esa es una posición en salud pública muy importante porque las actividades de salud pública en unos departamentos es completamente diferentes a otros y la salud y la situación de salud es diferente en el panorama de Colombia y creo que eso es una cosa que hay que resaltar y bien vale la pena impulsarlo y desarrollarlo como lo propone el Ministro incluyendo esos difíciles aspectos de descentralización.

Con respecto a la descentralización, creo que el problema de Colombia fue que le pasó todo al tiempo, la ley 100 de aseguramiento mas el proceso descentralización y no hubo un buen acompañamiento en los procesos de descentralización, no se aprendió a hacer bien la descentralización en los departamentos y en los Municipios.

Sobre la mortalidad materna, el Ministro en que dice el 11% se debe a los servicios de salud y dónde está el otro 89%, eso es absolutamente cierto, la salud pública es multidisciplinaria, es intersectorial, tiene diferentes aspectos de promoción, de prevención, de participación social, de estilos de vida saludable, de educación que hay que llevarlos y que tiene que liderarlos el sector salud.

También tiene que actuar el sector de agricultura. Las principales causas de mortalidad donde tiene que ver nutrición, donde tiene que ver estilos de vida, donde tiene que ver infraestructura, donde tiene que ver transporte, donde tiene que ver vías de manera que es mucho más amplia y bien vale la pena insistir en que es una aproximación conceptual diferente, para eso hay una propuesta muy interesante y es: *“no hay que hacer política de salud, hay que poner salud en todas las políticas, en las políticas de empleo, en las políticas de desarrollo agrícola, en las políticas de infraestructura, en las políticas de vías, en las políticas de nutrición, creo que esa es la aproximación indicada para la salud pública”*.

Hay otra cosa que no se puede desconocer y que ha sucedido muy particularmente en Colombia, y es que la promoción y prevención, la salud pública, no da ganancias inmediatas pero los réditos vienen mucho mas tarde. De manera que si nosotros invirtiéramos en salud pública con recursos mucho más importantes de asignación estamos pensando en el futuro y no en apagar los incendios locales que es a lo que nuestro sistema se ha dirigido en los últimos 20 años.

2. P/ Ministro, ¿Ya han hablado con toda la parte legal en la forma cómo van a pagar directamente la prestación de los servicios sin una facturación, que dice de eso la Contraloría o qué dice de eso la norma?

R/ Se necesita un cambio legal, es simplemente moverse a un subsidio de la oferta más puro y empezar con el tema de los aportes patronales. Más puro significa que uno puede transferirlo y no necesariamente el hospital tiene que justificar con facturación o con venta de servicios. Como se necesita un cambio legal, estamos introduciendo hoy en día en este proyecto de flujo de recurso una proposición que permita hacer eso.

¿Qué está pasando en buena parte del país? Para ser claramente honesto, estos temas de aportes patronales se están transfiriendo y muchos hospitales no tienen como justificar estos recursos. Es movernos a un paradigma un poco distinto sobre todo para hospitales de primer nivel en el que uno transfiera los recursos, recursos asociados a cómo deben funcionar, incluso imaginarse una tipología, cuales son los recursos que necesita y más bien empezarles a pedir resultados en salud y no facturas. Eso se puede hacer perfectamente y es compatible con modelos que han sido exitosos en otras partes. Yo no creo que la Contralora si se hacen los cambios legales que se necesitan vaya a estar en contra de un cambio como este; por ahora simplemente le facilitaríamos la vida a mucha gente que le llegó los recursos y está simplemente tratando de hacer contabilidad creativa para inventarse unas facturas que no existen.

3. P/ Ministro, ¿Cómo vamos a hacer para que la gente, qué han pensado desde el punto de vista de justicia que las personas no pueden tener derecho a todo, que no todo se puede dar en la prestación de los servicios?

R/ La respuesta a la pregunta es muy difícil. Eso no es un tema solamente para el Ministro de Salud, es un tema para la sociedad. Si uno mira la T760 es muy clara en esto, dice: “el cubrimiento tiene que ser finito, tiene que ser limitado”, pero hay una expectativa para lo contrario, por eso hay que hacer pedagogía compleja, todos los días hay que hacerla y para esa pedagogía lo más importante son las comparaciones internacionales. Hubo un dato que yo no lo conocía con el que me encontré y es una de las metas de gobierno del primer Ministro Británico, David Cameron y es una de las metas de gobierno era bajar el tiempo que se necesita para un reemplazo de cadera a dos años, creo que el promedio eran tres y pico. Hoy en día en Colombia básicamente existe la idea de que las cosas tienen que ser no solamente ilimitadas sino casi inmediatas y muchas veces gratis porque incluso el tema de los copagos para quien tiene capacidad de pago no cuenta con mucha favorabilidad de la opinión pública.

4. P/ Ministro: ¿Cómo vamos a hacer eso? Y dejar ese juego también que es muy válido el control social, ese juego de los medios de comunicación a una cosa que puede tener muchos responsables dentro de una cadena de prestación de servicios, empezando tal vez porque la mamá no llevó a tiempo a un niño a la consulta, porque se demoró en los papeleos una vez entre a la consulta, porque el servicio médico también se demoró para tomar una decisión; porque son muchos los implicados.

R/ Yo me pronuncié sobre esto, y es el tema mediático del momento. Estuve preocupado viendo las noticias donde me encontré con una situación, casi un espectáculo, podría decir macabro, cámaras de televisión de hospital en hospital muchas veces como buitres buscando muertos y de alguna manera alimentando éste espectáculo de la indignación del que viven muchos medios de comunicación eso es complicado pero yo creo que es la sociedad la que tiene que pronunciarse. Los médicos, los prestadores tienen que decir “estamos haciendo bien nuestro trabajo”, ponerlos contra la pared, sobre todo a los prestadores y a los trabajadores de la salud, no es la solución, esto es un llamado a la sensatez.

5. P/ Ministro: ¿Cómo lograr que los ciudadanos tengan voz y sean referente en un proceso de reforma permeado por los intereses económicos?

R/ Hay muchos esquemas de participación que contempla nuestra constitución. ¿Qué he pensado yo? El Ministerio va a presentar una en diciembre de este año. Entre enero y marzo del año entrante, vamos a tener tres meses (antes de que empiecen las sesiones del Congreso) para el para ir por foros por todo el país explicando lo que vamos a hacer, así se contemplan los esquemas de participación, pero también hay que hacer una defensa de la democracia representativa y cómo funcionan las cosas. Vamos a apostarle a la legitimidad de este proceso a través de un debate honesto y para eso los congresistas deben hacer muy bien su papel, es decir que hagan lo que tengan que hacer. Hay muchas personas tratando de aportar buenas ideas, lo que no es conveniente es cuestionar la legitimidad de entrada a lo que se está haciendo, de esta forma perdemos todos.

6. P/ Pregunta desde el Auditorio, Ministro: ¿Por qué quieren mantener las EPS si durante 17 años ha sido un fracaso del sistema?, no queremos intermediación.

R/ Ese es el deseo de toda comunidad. Tenemos que ser capaces de dar este debate con sensatez y si se quiere un poco de pragmatismo Si no hay intermediación ¿eso qué significa? Que vamos a tener entonces un pagador único estatal, y ¿cuáles son los riesgos que eso implica? tenemos que ser capaces de ponderar esos riesgos con los riesgos o problemas del tema actual y evaluar los que eso significa para el funcionamiento del sistema. Un pagador único Estatal podría en un caso pesimista convertirse en una especie de súper CAPRECOM que nadie quiere tener. Hay que dar esta discusión matizadamente y examinar los pros y los contras de las diferentes alternativas, que la verdad sea dicha no son muchas. No simplifiquemos en demasía el asunto porque eso se presta para más frustraciones.

7. P/ Ministro: Gestarsalud tiene en la asociación ocho millones ochocientos mil afiliados de los cuales tienen satisfacción, indicadores de satisfacción con los servicios que se le prestan, el que menos satisfacción tiene es del 85%. ¿Cómo vamos a hacer nosotros para poder legitimar esta percepción, y es que muchas veces es menospreciado por los

organismos de control, incluso por la prensa que solamente coge casos de insatisfacción, claro está válidas, legítimas porque hay insatisfacción. Pero insisto: ¿Cómo se va a hacer para tener en cuenta toda esa satisfacción que hay realmente allá afuera?

R/ La Doctora Elisa señala una especie de paradoja y es que algunas encuestas muestran que los niveles de satisfacción con las EPS son muy distintos a lo que uno esperaría, dado la forma como son presentadas o representadas ante la opinión pública. Hay que tener esa capacidad de objetivamente juzgar nuestros diferentes actores y tener juicios matizados basados en los hechos y acabar un poco con esta pugnacidad del sector. Hay un punto mucho más complejo y es que socialmente la legitimidad de las EPS si es muy baja y ¿Cómo recuperar esa legitimidad? Es muy difícil, se ha sugerido: hay que cambiarles el nombre, hay que buscar otro papel, no es destruyendo como vamos a construir. Hay capacidades construidas allí, que como sociedad tenemos que ser capaces de utilizar en cualquier tipo de reforma o modelo que pensemos hacer.

8. P/ Ministro: ¿Cómo hacer para que las universidades reestructuren la formación en salud pública con el fin de poder fortalecer toda la actividad de salud pública del país?

R/ ¿Qué se puede hacer con las Universidades? Una de las falencias grandes del Estado Colombiano, no solamente en el tema de la salud sino en general, son los proyectos. En el Ministerio hay muchas iniciativas de salud pública en las regiones pero son ideas sueltas, no proyectos concretos. Por lo tanto, algo donde podrían trabajar las universidades y los profesionales de salud pública, es que los profesionales de salud pública aprendan a hacer proyectos y jueguen un papel fundamental en los territorios de Colombia en la formulación de esos proyectos. La verdad no tenemos buenos proyectos de salud pública.

9. P/ Ministro: Mas que una pregunta es un comentario que a usted le sirve en todo lo que viene de aquí para adelante sobre todo con ley estatutaria, yo lo veo en foros internacionales y de pronto se lo he escuchado a usted y a muchos comentaristas, y es que tenemos que ponernos de acuerdo en un método o un camino para aprender a decir “no” y yo ceo que eso, en este país se tiene que complementar con el camino para garantizar el sí. Entonces, en la ley estatutaria, de la cual se va a dar esa gran discusión, no es solamente para ver cuál es la restricción, sino también, como se garantiza lo que ya nosotros estamos teniendo; porque hay un temor muy grande con el respecto al tema de la tutela. Mi recomendación es que usted debería darle la tranquilidad al país porque las leyes estatutarias estableciendo el núcleo fundamental de un derecho a la salud, inmediatamente impacta en el ejercicio de la tutela porque ella solo operará ahí, eso será tutelable lo que queda por fuera no.

R/ Tranquilidad al país, lo digo clara de manera vehemente, no se va a acabar con la tutela, además no lo podemos hacer, es la constitución de Colombia, es un derecho de

los ciudadanos. ¿Quién están pensando acabar con la tutela? Eso solamente tiene un nombre -es demagogia- no vamos a acabar con la tutela.

La ley tendrá dos partes: a) Una parte completamente garantista y es como consolidar ese derecho. b) La otra parte es la construcción legítima de un sí alternativo mediante una especie de procedimiento. Tendremos el articulado y ya podremos dar un debate cuando existe una primera ponencia. El énfasis inicial está en garantizar ese derecho, no simplemente en las negaciones, y reitero no se va a acabar con la tutela.

10. P/ Ministro: Como periodista, me preocupa y pareciera que queda como en el ambiente una sensación de que lo que existe es una crisis mediática y no una crisis del sector porque resulta que ahora son los medios los que potencialmente están desbordando la sensibilidad de la gente. ¿En realidad estamos desbordando desde el punto de vista mediático la sensibilidad de la gente? o ¿si en realidad existe un elemento que socialmente de una u otra forma requeriría un trato y una respuesta distinta desde el plano funcional?

R/ Creo que las dos cosas que no son necesariamente excluyentes, yo lo he reconocido desde el primer día que hay una crisis, y hay una crisis que tiene varias dimensiones, pero eso no es incompatible con decir que en alguna coyuntura específica y en problemas particulares, de pronto, si hemos tenido un cubrimiento mediático que no se compadece con los hechos, o que ha exagerado algunas dimensiones, en particular, con lo que tiene que ver con los prestadores. Si los problemas de salud de Colombia fueran los de la Clínica CAFAM de Bogotá, no tendríamos inconveniente, entonces si ha habido una representación mediática que yo creo que si se aleja en ciertas dimensiones de la realidad.

11. P/ Ministro: Represento la Fundación Restrepo Barco: Una sola reflexión en esta dirección ¿Qué lugar tienen en su agenda las problemáticas del derecho a la salud de niños y niñas de los pueblos indígenas? Lo pregunto porque en 24 meses el registro que tenemos nosotros en la Fundación Restrepo Barco es que cerca de 100 niños indígenas han muerto por desnutrición, obviamente esto tiene que tener algún tipo de corresponsabilidad con las tareas de los mismos resguardos y de las autoridades institucionales que los rigen a ellos, pero obviamente el Ministerio tiene también algunas competencias dentro del sistema nacional de Bienestar Familiar y dentro de todos los problemas que tienen que ver con la nutrición de los niños y niñas en condiciones realmente muy patéticas.

R/ Buena pregunta. Este tema no estuvo en mi presentación, yo he conocido algunos de los problemas, es un tema que no le compete solamente al Ministerio, es un tema de Estado. No sabía esa cifra tan alarmante y lo reconozco aquí con algo de candidez.

La Dra. Soraya Montoya hace una reflexión ahora que se habla del proceso de paz en Colombia y expresa lo siguiente: “es hacer como una zona de distensión en el sector salud, el Ministro fue muy claro en hablar de “matizar todas las posiciones”, estoy de acuerdo completamente con él, aseguro que cada uno de los sectores representados tienen razones válidas, han cometido errores, han hecho mucho y han tenido muchos aciertos; entonces mi invitación primero es ¿porqué no nos damos la oportunidad de confiar y de hacer un tratado de paz en el sector salud de verdad a no desconocer tan categóricamente al otro. Cuando uno desconoce tan categóricamente al otro lo único que hace es potenciar al otro; de verdad, ojalá fuéramos capaces de hacer eso”.

12. P/ Dr. Ramiro Guerrero, hay quienes dicen que se necesitan las EPS. Usted desde su experiencia ¿Cómo cree que va a ser posible ese financiamiento, después de ver todo lo que dijo el señor Ministro Gaviria, cómo piensa usted que va a ser?

R/ Es más sano y constructivo hablar de funciones y antes de personalizarlo digamos en instituciones específicas. Lo que ha hecho el Estado colombiano es delegar la función de compra de los servicios, esa función difícilmente se puede hacer a nivel central. El Estado o el nivel central era el comprador de última instancia de los servicios del SOAT y eso era un desastre cuando le tocaba pagar esas cuentas, de manera que yo creo que esa función es necesaria.

Dicho eso creo que hay que separar el qué del quién, y en mi criterio uno de los artículos más problemáticos de la ley 100 es el artículo 181 donde la ley dice, después de describir la función dice que cualquiera la puede ejercer: una sociedad anónima, una Cooperativa, una Caja, sin detenerse a considerar cual es el DNA institucional y los mecanismos de rendición de cuentas y de gestión pero también de transparencia que deben tener esas entidades; yo creo que ahí hubo ligereza. Hay que considerar en el debate con plena apertura las dos dimensiones: la función y no dejar de lado el quien, sobre todo las propiedades institucionales que debe tener quien quiera que ejerza la función. Yo considero que es una función necesaria y me parece que ha habido grandes defectos de gobernanza o de calidad institucional por parte de muchos de quienes los han ejercido sin entrar pues en una generalización injusta.

13. P/Dr. Juan Carlos Giraldo: Como hemos visto la permanente crítica a la integración vertical, pero cuando se habla de integración vertical, es a las IPS públicas donde si se va a dar esta figura. ¿Desde la Asociación de clínicas y hospitales cuando o como se han referido a ese tipo o que piensan de ese tipo obligatorio de contratación con las IPS públicas?

R/ Nosotros tenemos una postura clara desde siempre. Si fuéramos reduccionista y miráramos cuales son los dos grandes incentivos económicos que han hecho que este sistema no funcione bien en la parte intermedia son: la tenencia del dinero ex ante que se le ha dado a las EPS y la integración vertical que generó enormes conflictos de

interés. Nosotros estamos en contra de la integración vertical entendida como la presencia simultánea en la misma organización empresarial de aseguramiento con prestación, nosotros siempre hemos estado en contra de eso porque al final las decisiones microeconómicas que tenga que tomar ese decisor siempre van a ir orientadas al lucro o a la ganancia o a maximizar los beneficios ¿De quién?, especialmente del asegurador que es el propietario de ese prestador.

Ahora, la integración vertical en lo público es otra cosa, es un establecimiento de una cuota de mercado, cuota de mercado que además, no es irreal porque yo si quisiera ver cuál ha sido toda la inversión de las EPS privadas en los Municipios categoría 5 y 6 con infraestructura, para que hagan patria y puedan abrir infraestructura allá en las regiones donde el Estado no quiere ir, por supuesto que ninguna, por eso se ve las concentraciones de la gran integración vertical en los núcleos urbanos y paradójicamente al lado de donde ya existe infraestructura. Esa es una cuota que busca ¿qué? Asegurar claro, pero se debe buscar ante todo una financiación de un sector hospitalario público, que por defecto es el subsidio a la oferta que nunca se tuvo que haber desmontado en esas regiones porque además no había más con quien trabajar.

Entonces temas centrales integración vertical es el conflicto de interés. Si eso no se hace va a seguir existiendo las dificultades en la libertad de elección y esta consecución de calidad sub optima que es lo que se está presentando acá.

14. P/ Dr. Juan Carlos Giraldo ¿Están de acuerdo con la inversión extranjera privada tanto para la prestación de servicios como para el aseguramiento?

R/ Como representante de este gremio, por supuesto que estamos de acuerdo con que haya inversión en el país y en que haya presencia del sector privado. Si a la inversión; y extranjera, y nacional y privada porque quiero llamar la atención en una cosas ¿Cuál es el sector que más presencia tiene en el sistema de salud? ¿Quiénes son los mayores integrantes del sector? es el sector privado, esos practicantes individuales que tienen un laboratorio, que tienen un consultorio que hacen consulta particular, ese es el gran sector privado. Esto no es un tema de que la inversión privada son las EPS privadas y la inversión pública es el resto, no, yo creo este es un sector mixto de todo, inclusive, hay inversión extranjera y nosotros tenemos planes muy importantes de expansión de exportación de servicios que requieren una interface muy grande con el extranjero.

15. P/ Esta pregunta está relacionada con el ejercicio del médico dentro de todo esto que está pasando. En el año rural, hace varios años cuando no había ley 100, se tenía que ver un paciente cada cuarto de hora, se tenía que diligenciar el reporte con el paciente igual que pasa hoy en las EPS que obligan a ver un paciente cada cuarto de hora. Los que hemos hecho rural sabemos que teníamos que hacer turnos muy seguidos, pero todo esto está relacionado con el ejercicio médico. Entonces la pre-

gunta es: ¿En toda esta parte del servicio médico y de la prestación médica no será también que la institución, el hospital se está convirtiendo en un intermediario?

R/ Dr. Juan Carlos Giraldo: Yo sí creo es que el sistema que se siga en este país debe hacer un cambio profundo en lo que es la capacidad de resolución en la base del sistema. Porque aquí lo que se entendió era que había que hacer una “barrera” y en realidad lo que son las puertas de entrada son “filtros”, es decir, que dejan entrar lo que se requiere y que logran retener lo que se podría retener allí.

¿Por qué no tenemos una mejor capacidad resolutive en la base? Tenemos que repensar y esta es una invitación a todos los colegas a que se definan los límites entre los generalistas y los especialistas. El Médico-Cirujano de antes hacía tres o cuatro cosas básicas y con eso resolvía el pareto de la población en la demanda de servicios y hacia una cantidad de cosas que era un papel social fundamental en la base del sistema, pero todo eso se perdió. En gran medida tiene mucho que ver con el avance de especialidades que reclaman una serie de competencias y se quedan con ellas e impiden que los otros médicos lo hagan, por eso, el sistema empieza a funcionar mal porque allá en la base y en ese hospital de primer nivel o de baja complejidad empezamos nosotros a remitir pacientes a unos niveles que ya de por sí están saturados, principalmente en los grandes núcleos urbanos.

Entonces, en cualquier tipo de discusión del sistema, tiene que pasar por el asunto de hospital universitario, donde formamos la gente, pero aparte de tenerlos bien formados los tiene que dejar actuar, y ahí es donde cabe el tema de las redes y de la atención primaria en salud con un nivel primero vigoroso tanto en hospitales como en profesionales generales o en trabajadores de la salud, es fundamental.

Lo otro, el tema de la intermediación, el país tiene que hacer un acto de contrición, sobre todo el anterior gobierno, cual fue la reforma laboral que se hizo, el tema de la flexibilización laboral y todas las reformas, la reestructuración, modernización, el tema de las cooperativas de trabajo . . . y después sale este gobierno crean una ley y obligan a todos como se dice, de un día para otro toda la gente tiene que estar en modalidades diferentes a las cooperativas y tiene que estar formalizado el empleo ¿y de donde, como se hace eso? ¿Cuál es la transición? Hay que preguntar si los sub especialistas quieren estar en las plantas hospitalarias, ese tipo de cosas nos lleva a crear incentivos perversos que se convirtieron en verdaderas políticas públicas y que nos han devuelto en el avance de lo que es el pleno empleo y el empleo sano en el sistema de salud; por esto, este sistema también tiene que avanzar a una reforma laboral del recurso humano del sector salud.

El tema de lo privado que si se cobran, claro que se cobran y no sé cuáles son los porcentajes exactamente pero en algunas instituciones privadas para que esos médicos puedan practicar allá claro que les cobran, porque y entonces como se financia eso, pero eso es puro tema de medicina privada y eso es lo marginal. Aquí lo interesante es discutir de cómo vamos avanzando en una reforma laboral, de donde vamos a

conseguir los recursos, como vamos a fomentar que se creen los especialistas que necesitamos y cómo vamos a repotenciar la medicina general.

R/ Dr. Gabriel Carrasquilla: Considero que hay un punto muy importante al cual aludió el Ministro con mucha claridad, y es que ahí ha incidido mucho que los hospitales, los hospitales de todos los niveles se convirtieron mas en facturadores que en prestadores, y los hospitales tenían que facturar por ser la famosa ESE Empresa Social del Estado, tenía que facturar y presentar un P y G anualmente, inclusive los públicos, y eso desvirtuó completamente algunas cosas que anteriormente existían y que no tenían porqué acabarlo (ni la ley 100, ni la reforma, ni el aseguramiento ni nada) que eran: a) atención por niveles de complejidad; eso nunca se ha debido acabar, b) la organización en la prestación de los servicios de salud de manera regionalizada y c) el componente de atención primaria en salud que no es cuidado primario sino la estrategia de atención primaria en salud, que también se abandonó, que se trató de revivir muy mal a través de la ley 1438 y que nunca se reglamentó.

16. P/ Doctor Jorge Enrique Vargas de Fundación Corona: ¿Cuáles son los tres elementos claves para que logremos un sistema único de salud donde cualquier ciudadano sea igual a los demás que sería un objetivo fundamental?

R/ Dr. Juan Carlos Giraldo: ¿Qué hay que hacer para que todos sean iguales? Los requisitos básicos y un avance importante cuando el Ministro de Salud con el Ministro de Hacienda decide crear un impuesto específico para financiar el sistema de salud, unos más afortunados con vinculación laboral hacen contribuciones al sistema a través de cotizaciones y otros esperaban la solidaridad del público y aportes del sistema general de participaciones para poder financiar su régimen subsidiado. Además, si ya avanzamos hacia el paquete de beneficios (que debería en teoría ser igual), la financiación entonces también debería ser equitativo o sea igual de acuerdo a las capacidades de cada uno, yo creo que ese paso ya se va a dar. Esto es un tema tridimensional primero la, segundo, cual es el tamaño del paquete que lo cubre y tercero, como se financia. Ya vamos en 92% de cobertura y ya ahora cada ciudadano tiene la entrada al sistema y se acaba de dar el avance a que el plan sea igual; falta es que se de este otro paso con el tema de financiación para que así sea por impuestos generales la situación sea equitativa.

Ahí están los tres elementos, hay que tener financiación, hay que tener un plan de beneficios, pero estamos empecinados en discutir este tema de la legalización del no. Hay que llevar al gobierno y al Congreso a que racionalicemos y garanticemos el sí, el sí tiene que ser primero que el no, pero nosotros entonces lo hacemos al revés y pues claro es lógico que los recursos son limitados, pero yo creo que esa sería una lógica que se debería defender. La estatutaria a mi me sigue generando mucho temor, es mejor tener uno una ley ordinaria que son las avenidas en las que se mueve todo esto, el derecho a

la salud antes que hacer toda esa discusión. Y siendo pragmáticos, que mejor estatutaria que la sentencia 760.

R/Doctor Ramiro Guerrero: Yo celebro la apertura realmente al debate que ha tenido el ministro, ha habilitado un espacio para reflexiones. Hay puntos sobre los roles y las funciones de las que estamos hablando ahora que tienen que ser repensados a fondo. Yo plantearía tres ingredientes para tener en cuenta en esa reflexión: a) la reflexión sobre las funciones, b) La reflexión del quien ejecuta esas funciones y c) La reflexión sobre las propiedades institucionales que tiene que tener las instituciones que ejerzan esas funciones y no desconocer las características del país. Hay problemas que son del país y se expresan en el sistema de salud, nosotros lamentamos en el sistema de salud como si fuera un problema del sector y son problemas más generales que trascienden, hay problemas incluso horizontales de todo el país con el sector justicia ahí hablo de las tutelas que impiden la liquidación de EPS en el régimen subsidiado como ejemplo.

17. P/ Dr. Jorge Enrique Vargas: ¿Qué hay que hacer para recuperar los hospitales públicos en Colombia?, y eso tiene que ver con la primera pregunta porque parte del modelo de inequidad es que unos son para unos y otros son para otros.

R/ Dr. Ramiro Guerrero: Se da un tema que tiene mucho que ver de gobierno, gobernanza, gobernabilidad. ¿Por qué usted le exige a un hospital público resultados positivos cuando usted lo deja desenvolverse en un ambiente donde no hay ningún tipo de eficiencia macroeconómica? El ejemplo es de hoy que estamos revelando el estudio de cartera, cuando usted saca la lista de los 10 principales deudores todos tienen que ver con el Estado o porque son EPS pública como CAPRECOM o porque tienen propiedad accionaria importante como la Nueva EPS o porque son el Departamento de Antioquia o porque es el FOSIGA en la subcuenta CAT o porque son entidades en liquidación, en intervención o en vigilancia especial a cargo del Estado. Entonces esos mismos son los que generan enormes cartera. Cuando se le pregunta a un Gerente de hospital público en una categoría cinco, seis municipio ¿Cuál es su mezcla de clientes? Son los que están quebrados, los que se perdieron, los que ya se están liquidando. . . pero se le exige que tiene que ser eficiente y tiene que tener una mejor gerencia, pero y de donde si no le pagan, además tiene que ser auto sostenibles, pero la sostenibilidad tiene que ser una correlación entre la eficiencia macro del sistema y la eficiencia micro de la institución. En nuestro país se ha avanzado en eficiencia micro y se ha profesionalizado la gerencia hospitalaria, pero con el proceso incorporación de nuevos directores, de hospitales que fue un proceso en la que el gobierno perdió el control, eso no debería volver a suceder, eso debería ser casi como uno de los exámenes del ICFES una prueba nacional, una lista de elegibles y se respeta el orden estricto y punto, para la región, pero no ha sido aquí, aquí se ha dado mucho juego al poder local descentralizado. Los hospitales públicos, claro que pueden ser mejores, pero, pero usted no le puede pedir de lo que no le está dando, no le puede pedir lo que no le da.

R/ Dr. Juan Carlos Giraldo: Lo de los hospitales públicos está asociado a ciertas características del sistema político colombiano que vienen de décadas atrás y que es deseable reformar el país entero y la calidad de sus instituciones. Pero en la toma de decisiones ya específicas sobre el sistema de salud, hay que tener en cuenta esas características y saber cuáles van a ser las líneas de rendición de cuentas que yo creo que se han ido borrando. En el antiguo seguro social había una junta directiva con empresarios y sindicatos que eran los que ponían la plata y se suponía que había una administración que debía rendir cuentas a esos, como la junta directiva de una caja de compensación familiar, rendía cuentas a los aportantes.

Después se introduce la figura en el artículo 181 al que hacía mención donde dice que cualquiera puede ser EPS y entran sociedades anónimas cooperativas limitadas, que no tienen en incorporados los mecanismos internos de gobierno, mecanismos claros de rendición de cuentas que son diferentes a las cuantas que se rinden en una asamblea de accionistas. Las líneas de rendición de cuentas normales del sistema político, el elegido a sus electores, se sobreponen a estas y yo creo que esa dimensión se ha perdido completamente, por eso creo que hay que tenerla en esta reflexión que en buena hora se está dando en el país.

Cerraría con una reflexión sobre la Promoción y Prevención: hay cosas que son inevitablemente, son y deben seguir siendo competencia de los territorios porque son actividades de salud pública que tienen una lógica territorial. Hay además algunas actividades de prevención, quizás secundaria, que posiblemente sean de la competencia del seguro médico, cualquiera que sea la forma que este adopte, y hoy en día en Colombia existe una UPC normal y una UPC de promoción y prevención que tiene un valor simbólico; yo pienso que esas actividades de promoción y prevención -las que sea sensato pensar- son de competencia del seguro médico se deberían costear pero no se deberían entregar por adelantado; es decir, estas actividades en particular se deberían pagar contra entrega y contra resultados.

En la parte curativa, ya de la atención, yo sí creo que sí sigue cabiendo la lógica para que sea pagado contra entrega, y creo que eso en el ordenamiento jurídico vigente sería una forma de darle cuerpo y financiamiento a la atención primaria de la prevención.

Bueno muchas gracias a todos, realmente fue muy interesante, el Programa Así Vamos en Salud agradece la participación y asistencia al foro.

Así Vamos en Salud
se compromete con el seguimiento
al cumplimiento del goce efectivo
del derecho a la salud

EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD, ese es un tema complejo y fundamental en cualquier sociedad que vela por el bienestar de sus ciudadanos, independiente de su raza, religión, ideología política, situación económica o condición social.

Gozar al máximo de un estado de salud que le permita vivir dignamente es un derecho fundamental, individual, colectivo e indispensable de cualquier individuo para poder ejercer los demás derechos humanos.

La pregunta entonces es cómo entender **goce efectivo del derecho a la salud**. ¿Es tener derecho a la atención médica? ¿Es tener derecho a los servicios de salud? Esas son las preguntas que se ha hecho este programa en su misión de hacer seguimiento a las políticas públicas en este sector.

Es claro que el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Por ejemplo ha incorporado elementos determinantes de la salud, como son el acceso a agua potable y a condiciones sanitarias.

También, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (CDESC) intenta una definición cuando propone que: *“El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”* (1).

Sin embargo con esta definición, el llamado al derecho a la salud como un derecho humano no parece arrojar más que un “deber ser” lleno de generalidad (*“el más alto nivel posible de salud”*), que no entrega en absoluto herramientas para hacerlo exigible, en la medida en que el incumplimiento de tal norma por parte de los responsables de garantizar el derecho, tan solo traería como consecuencia una sanción moral y no una sanción legal” (2).

Es así como, en aras de avanzar hacia su objetivo, el programa ha visto la necesidad de adoptar una definición que dé claridad y precisión en este tema. Para ello realizó una revisión detallada y profunda de los planteamientos sobre los Derechos Humanos e invitó a un grupo de expertos en diferentes áreas del sector para analizar en conjunto este tema.

En el primer caso, la garantía jurídica universal que protege a individuos y grupos contra las acciones que pueden afectar sus libertades y la dignidad humana son precisamente los Derechos Humanos. Existen unas características esenciales que dan legitimidad a este concepto. Tales características son (3):

- Están avalados por normas internacionales
- Gozan de protección jurídica.
- Se centran en la dignidad del ser humano
- Son de obligado cumplimiento para los Estados y los agentes estatales
- No pueden ignorarse ni abolirse.
- Son interdependientes y están relacionados entre sí.
- Son universales.

Entonces, para entender más el concepto de la salud como un derecho fundamental es importante retomar otra definición: *“El derecho a la salud incluye libertades y derechos, tanto de carácter individual como colectivo, que van más allá de la atención adecuada y oportuna de las enfermedades e incluye las condiciones y los medios para vivir una vida sana y para el desarrollo de las potencialidades y capacidades humanas, mediante la afectación de los procesos que determinan la salud de las poblaciones”*¹.

Para ello el bloque de constitucionalidad y la Constitución colombiana especifican claramente los componentes esenciales del derecho a la salud, tanto en el plano individual como en el colectivo. Dichos componentes son:

- 2.1 El derecho a la vida, entendido más allá de la integridad física, como las condiciones y medios para el disfrute de una vida digna.
- 2.2 El derecho de las personas y las comunidades a ejercer su libertad y autonomía para controlar su salud y su cuerpo, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, la libertad sexual y genésica, y el derecho colectivo al desarrollo cultural.
- 2.3 El derecho a morir dignamente y aceptar o rechazar procedimientos.
- 2.4 El derecho a la no discriminación racial, étnica, de género o económica en materia de salud.
- 2.5 El derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuados.
- 2.6 El derecho a acceder a agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas.

1. Artículo 152 de la Constitución Política y de los compromisos del Estado colombiano en materia del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

- 2.7 El derecho a acceder a alimentos sanos y la nutrición adecuada.
- 2.8 El derecho a una vivienda digna, adecuada y saludable.
- 2.9 El derecho a condiciones saludables y dignas en el trabajo.
- 2.10 El derecho a un ambiente sano.
- 2.11 El derecho a la educación adecuada y a la información sobre asuntos relacionados con la salud, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva y con enfoque intercultural.
- 2.12 El derecho a acceder a los bienes y servicios de salud que se requieran con necesidad, de carácter preventivo, curativo y de rehabilitación, para una atención integral y oportuna de los daños y de las enfermedades endémicas, epidémicas o profesionales.
- 2.13 El derecho a participar, de manera individual o colectiva, en todo el proceso de adopción e implementación de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud, su seguimiento y evaluación, en los ámbitos institucional, comunitario, local, nacional e internacional.

De esta forma, la Constitución colombiana se encuentra alineada con el CDESC, que decidió aclarar que: “El Comité interpreta *el derecho a la salud... como un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso a agua limpia y potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relativas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva*” (4).

Desde el año 1966, en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, identifica algunas medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena **efectividad del derecho a la salud**, y que son necesarias para lograr:

- a) la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas y
- d) la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de salud.

Adicionalmente, en el año 2000, el CDESC se dio a la tarea de **supervisar** la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptando una **Observación general sobre el derecho a la salud** soportada en cuatro elementos:

Disponibilidad: se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin ningún tipo de discriminación, con accesibilidad física, económica y acceso a la información.

Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Además identificó claramente que el derecho a la salud obliga al Estado a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible, y por eso se establecen para el Estado tres tipos de obligaciones:

- 1. **Respetar:** exige abstenerse de injerir en el **disfrute del derecho a la salud**.
- 2. **Proteger:** requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean el Estado) interfieran en el **disfrute del derecho a la salud**.
- 3. **Cumplir:** requiere adoptar medidas positivas para **dar plena efectividad al derecho a la salud**.

Complementado las obligaciones anteriores, se especifica que el derecho a la salud también comprende obligaciones básicas con el fin de:

- 1. Establecer prioridades tales como atención primaria de salud esencial; alimentación esencial mínima nutritiva; saneamiento; agua limpia potable; medicamentos esenciales.
- 2. Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados (5).

Expertos dan recomendaciones

En cuanto al segundo caso, la consulta a los expertos, Así Vamos en Salud logró con ellos un concepto tentativo del **goce efectivo del derecho a la salud**: *es la satisfacción de las necesidades individuales y colectivas sobre la disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad de los servicios médicos y de los servicios de salud*.

Para darle operatividad al concepto sugirieron dividirlo en dos componentes:

- 1. **Goce del derecho a servicios médicos:** Comprende la disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad de los servicios médicos de diagnóstico, tratamiento, recuperación-rehabilitación.

2. **Goce del derecho a servicios de salud:** Comprende la disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad de los servicios de protección de la salud, promoción individual y colectiva de la salud y prevención de la enfermedad.

En este orden de ideas, los posibles indicadores que permiten un monitoreo y seguimiento del cumplimiento del **goce efectivo del derecho a la salud** estarían orientados a medir los siguientes componentes:

1. Sobre el goce efectivo de servicios médicos.

- Goce de disponibilidad: de diagnóstico, tratamientos, información.
- Goce de acceso: portabilidad, no discriminación (edad, etnia, credo, etc.), acceso a métodos anticonceptivos.
- Goce de aceptabilidad: derecho a muerte digna, consentimiento informado, reglas de ética médica.
- Goce de calidad: oportunidad del servicio, idoneidad profesional, establecimientos con servicios de calidad, inspección, vigilancia y control.

1. Sobre el goce efectivo de servicios de salud

- Goce de disponibilidad: disponibilidad de agua potable.
- Goce de acceso: subsidios a población pobre.
- Goce de calidad: idoneidad profesional, acueductos con servicios de calidad.

Así Vamos en Salud considera que las políticas públicas deben estar concebidas para la protección y el acceso real y efectivo del derecho fundamental a la salud en un contexto de Estado Social de Derecho. Ese es el horizonte con el que se ha impuesto la meta de reflexionar sobre cuáles son los indicadores que permiten de forma inequívoca hacer seguimiento al **goce efectivo del derecho a la salud** y de esta forma incorporarlos dentro del grupo de indicadores a los que hace seguimiento de forma permanente.

Esto es concordante con los mismos lineamientos de la Corte Constitucional en la sentencia T - 760 de 2008, que al respecto señala: “*la faceta prestacional y progresiva de un derecho constitucional permite a su titular exigir judicialmente, por lo menos, la existencia de una política pública, orientada a garantizar el goce efectivo del derecho y que contemple mecanismos de participación de los interesados*”.

Así Vamos en Salud continuará con su propósito de definir y construir algunos indicadores que le permitan hacer este monitoreo, y de esta forma entregar información a la ciudadanía sobre los resultados de dicha medición.

Referencias Bibliográficas:

1. Echeverry O. Navegando en un mar de ambigüedades. Presentación Mesa Goce Efectivo del Derecho a la Salud. Programa Así Vamos en Salud. 2012..
2. Castro C. Introducción Mesa Goce Efectivo del Derecho a la Salud. Programa Así Vamos en Salud. 2012..
3. Sistema de las Naciones Unidas y los Derechos Humanos. Directrices e información para el Sistema de Coordinadores Residentes. 2000..
4. Organización de las Naciones Unidas ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1966..
5. Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. Nota descriptiva No. 323. 2007..

