



APORTES AL BIENESTAR EN LA VEJEZ

2008



APORTES AL BIENESTAR EN LA VEJEZ

2008



Fundacióncorona



CASA EDITORIAL
EL TIEMPO

COMITÉS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA “ASÍ VAMOS EN SALUD”

COMITÉ DIRECTIVO

Roberto Esguerra

Director general de la Fundación Santa Fe de Bogotá.
Director del programa “Así vamos en salud”

Juan Pablo Uribe

Director ejecutivo de la Fundación Santa Fe de Bogotá

Gabriel Carrasquilla

Director del Centro de Estudios e Investigación en Salud (Ceis) de la Fundación Santa Fe de Bogotá

Emilia Ruiz

Directora ejecutiva de la Fundación Corona

Mario Gómez

Director social de la Fundación Antonio Restrepo Barco

Soraya Montoya

Directora ejecutiva de la Fundación Saldarriaga Concha

Hernán Jaramillo

Decano de la Facultad de Economía de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Carlos Castro

Jefe del Centro de Extensión de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

Héctor Ochoa

Decano de la Facultad de Administración de la Universidad Icesi

Ofelia Corradine

Directora de Responsabilidad Social de la Casa Editorial El Tiempo

Carlos Francisco Fernández

Asesor médico de la Casa Editorial El Tiempo

COMITÉ TÉCNICO

Gabriel Carrasquilla

Director del Centro de Estudios e Investigación en Salud (Ceis) de la Fundación Santa Fe de Bogotá

Henry Gallardo

Director de Gestión Integral Corporativa de la Fundación Santa Fe de Bogotá

Juan Carlos Correa

Director de la División de Salud Comunitaria de la Fundación Santa Fe de Bogotá

Elsa Victoria Henao

Jefa del Área de Salud de la Fundación Corona

Margarita Martínez

Coordinadora de proyectos de la Fundación Antonio Restrepo Barco

Carolina Cuevas

Gerente de Inversión Social de la Fundación Saldarriaga Concha

Catalina Latorre

Directora del Departamento de Salud Pública y Gestión en Salud de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Elkin Otálvaro

Asesor de proyectos de la Universidad de Antioquia

Marta Cecilia Jaramillo

Directora del Programa de Salud de la Universidad Icesi

Ángela Constanza Jerez

Editora de Responsabilidad Social de Casa Editorial *El Tiempo*

EQUIPO DE TRABAJO

María Luisa Latorre

Coordinadora de “Así vamos en salud”

Claudia Cobos

Investigadora asistente

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

Documento elaborado por

María Luisa Latorre, coordinadora
Claudia Cobos, investigadora asistente
Híngela Beltrán, pasante de la Universidad de los Andes

Colaboradores en redacción y textos

Ángela Constanza Jerez
Carlos Alberto Díaz
Elkin Otálvaro
Elsa Victoria Henao
Hernán Jaramillo
Juan Carlos Correa
Luis Jorge Hernández
Marta Jaramillo

Presentación

Soraya Montoya

Revisión técnica

Gabriel Carrasquilla

Fotografías

Enviadas por los diferentes proyectos
Casa Editorial El Tiempo: Felipe Caicedo, Javier Nieto y David Osorio

Diseño:

ILC.iNK Lemoine Comunicación

Impresión: INTERGRAFICAS S.A.

ISBN: 978-958-96648-4-1

Bogotá, D.C., Colombia
Febrero de 2009

Contenido

Presentación

Capítulo I. Reseña del proyecto

Capítulo II. Indicadores de seguimiento al sector salud

- Demográficos
- Estado de salud
- Servicios de salud
- Financiamiento
- Aseguramiento
- Medio ambiente

Capítulo III. Así va la salud en Colombia: los últimos quince años del sector

Capítulo IV. Aportes al bienestar en la vejez

Capítulo V. Resumen de actividades “Así vamos en salud”. Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004-2008

Presentación

El aumento progresivo de la población del país, especialmente del grupo de los adultos mayores, representa un desafío para las políticas y los recursos en lo concerniente al desarrollo, la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y la inclusión social. Las principales causas del envejecimiento poblacional en Colombia son el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de la fecundidad, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración.

Los adultos mayores en nuestra nación por el solo hecho de ser ciudadanos, están resguardados jurídicamente por la Constitución en cuanto a los derechos fundamentales, así como por el marco legislativo nacional que incluye normas que los considera, en algunos casos explícitamente, o en otros por extensión, sujetos de derechos especiales.

La Ley 789 de 2002 crea el Sistema de Protección Social, definido como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, en especial los más desprotegidos. Las fuentes de riesgo y niveles considerados por este sistema sirven de base para concretar los lineamientos políticos respecto a vejez y envejecimiento, entendidos como las acciones organizadas por el Estado para hacer frente a las consecuencias económicas, sociales y culturales del proceso de cambio de la población y de los individuos, partiendo de la idea de que la ancianidad puede determinar su vulnerabilidad con base en otras situaciones, tales como discapacidad, abandono y riesgos económicos.

Por otro lado, la Ley Nacional del Plan de Desarrollo 2006-2010 (Ley 1151 de 2007) determina que el Ministerio de la Protección Social debe llevar a cabo el proceso de definición y desarrollo de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. Dicho proceso se ha venido realizando desde el año 2002, con la participación de múltiples grupos de interés, como la academia, la sociedad civil organizada a través de asociaciones de adultos mayores, instituciones prestadoras de servicios sociales y de salud para las personas mayores, instancias del gobierno como los ministerios, los institutos descentralizados, profesionales independientes, investigadores y estudiosos del tema, así como las entidades territoriales del orden municipal, distrital y departamental.

Además de los evidentes esfuerzos que viene realizando el Estado por proteger a las poblaciones vulnerables, sobre todo a los adultos mayores, es innegable cómo desde la misma población, y el sector privado, han surgido un sinnúmero de iniciativas cuyo objetivo es contribuir al desarrollo social y activo de este grupo etario, con estrategias tales como fortalecimientos de sitios adecuados para vivir, incremento de los lazos familiares, desarrollo de actividades lúdicas y culturales, reconocimiento de sus derechos y deberes, mantenimiento de la salud e implementación de macroproyectos, entre otros.

Se espera que por medio de la presente publicación se adquiera la conciencia de que el envejecimiento es un proceso universal e irreversible, que empieza desde el nacimiento y que concluye con la vejez, definida esta como la última etapa del ciclo vital. Así mismo es prioritario entender que la responsabilidad sobre la vejez, y en general sobre toda la población, no es exclusiva del gobierno; es una acción social que tiene como eje fundamental a la familia y al individuo.

Con ASÍ VAMOS EN SALUD, SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD 2008", queremos plasmar también el trabajo realizado en el último año con la presentación de algunos de los indicadores de seguimiento construidos por el programa, con su respectivo análisis, y los aportes de expertos hechos en el Foro Anual de Seguimiento al Sector Salud: "Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años del sector" el pasado quince de diciembre de 2008.

Al final de esta publicación habrá un resumen de las actividades de "Así vamos en salud" en los últimos años, temas sobre los cuales se podrá profundizar en el portal www.asivamosensalud.org



Soraya Montoya

Directora Ejecutiva de la Fundación Saldarriaga Concha

Capítulo I

Reseña del programa

El programa “Así vamos en salud” que le hace un seguimiento al sector salud en Colombia, nació en el año 2001 como el proyecto “Sector salud y candidatos”, con el fin de observar atentamente el curso de las propuestas en el tema de salud de los candidatos a la presidencia de la república. A partir de entonces, se ha consolidado como programa de seguimiento al sector salud en Colombia, con el fin de aportar en la construcción, evaluación y seguimiento de las políticas públicas de salud.

En la actualidad está conformado por ocho socios: las fundaciones Santa Fe de Bogotá, Corona, Saldarriaga Concha y Restrepo Barco; las universidades Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, de Bogotá (facultades de Economía y de Medicina), Universidad de Antioquia (Facultad Nacional de Salud Pública) y Universidad Icesi de Cali (Facultad de Estudios Económicos y Administrativos), y la Casa Editorial El Tiempo, que se han unido con el propósito fundamental de contribuir al mejoramiento de la salud de los colombianos a través del seguimiento, evaluación objetiva y difusión de resultados del sector salud.

“Así vamos en salud” tiene como principales objetivos conseguir información útil para la toma de decisiones y la formulación y desarrollo de políticas públicas en salud; evaluar periódicamente los resultados del sector salud; promover el debate público sobre los problemas del sector salud y sus resultados; posicionar los temas coyunturales y estructurales de relevancia para el sector; promover un debate calificado entre candidatos a algunos cargos públicos de elección popular, difundir sus propuestas y hacer seguimiento a su desarrollo y contribuir a que la ciudadanía esté mejor informada sobre el sector salud.

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, se construyen y actualizan periódicamente 54 indicadores, con sus respectivas series históricas. Los análisis del comportamiento observado en estos indicadores se divulgan mediante boletines virtuales. Para esta publicación hemos escogido 24 de ellos. Los indicadores se han elaborado con base en fuentes oficiales y públicas, pudiéndose obtener información por departamento y, en algunos casos, incluso por municipio.

El programa, en su propósito de incidir sobre la salud de los colombianos y con el fin de buscar estrategias de diversa índole, convocó y participó en el 2008 en mesas de trabajo con los nuevos

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

secretarios de Salud de Cali, Bogotá, Cartagena, Medellín y Barranquilla, aportando a la construcción de los planes de salud territoriales y a las bases para su seguimiento.

Así mismo, en busca del objetivo primordial de aportar para que los colombianos seamos cada día más saludables, hemos invitado en dos oportunidades (mediante convocatorias a las direcciones de salud departamentales y municipales, entidades públicas y privadas) a quienes estén llevando a cabo proyectos exitosos o valiosos, que se puedan reproducir en otras regiones del país. Expertos en los diferentes temas, hacen dos evaluaciones por proyecto, y las que cumplan con los requerimientos se publican para que sirvan de ejemplo en otras regiones del país. En "Así vamos en salud" aparecen diez experiencias valiosas de proyectos que implementaron entidades públicas y privadas, del orden nacional o local, en busca de lograr que la población de adultos mayores de nuestro país tenga mayor bienestar y una mejor calidad de vida.

También se ha procurado crear espacios, a través de mesas de trabajo, paneles y foros, en los cuales los líderes del sector salud analizan y debaten los principales aspectos del sector, y formulan propuestas para avanzar en el cumplimiento de los principios fundamentales del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los resultados de los foros, con sus conclusiones y recomendaciones, se han difundido a través de medios masivos de comunicación, boletines y de nuestro portal web, para que sirvan de insumo en la construcción de políticas públicas y en su evaluación con el fin de incrementar los logros de las metas propuestas y, por ende, de procurar un mejor estado de salud para los colombianos.

Capítulo II

Indicadores de seguimiento al sector salud

A CONTINUACIÓN SE PRESENTA una selección de los indicadores —24 en total— elegidos por el programa “Así vamos en salud” para hacer seguimiento al sector salud en Colombia.

Los indicadores se han seleccionado de un sinnúmero de posibilidades, teniendo como criterios de elección, entre otros, la posibilidad de obtener información pública, consistente, periódica, accesible y, en algunos casos, que pueda compararse internacionalmente. También se han tomado en cuenta los indicadores de salud que están en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de los cuales se presentan los relacionados con la meta propuesta por Colombia para ser cumplida en el 2015.

Este año se continúan construyendo las series históricas que aparecieron en la publicación de 2007, actualizadas con el último dato disponible.

Es importante anotar que en el caso de indicadores contruidos a partir de las Estadísticas Vitales del Dane (obtenidos de los certificados de nacidos vivos y de defunciones), para el año 2006 se ajustaron con la información depurada y actualizada por el Dane, y en el 2007 corresponden a información preliminar, que será objeto de algunos cambios durante el año 2009. Sin embargo, dado que la información es muy valiosa e ilustra el comportamiento de los indicadores —muy cerca del resultado final—, se usó en esta publicación.

Para algunos denominadores se utilizaron las proyecciones de población basadas en el Censo 2005 y publicadas en la página web del Dane.

Sea esta la oportunidad para agradecer a los funcionarios del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (Dane), del Ministerio de la Protección Social, del Instituto Nacional de Salud, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificaciones (Icontec) y de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, por su apoyo para obtener la información.

I. DEMOGRÁFICOS

1. Población y pirámide poblacional para 1985-1990-1995-2000-2005- 2008
2. Esperanza de vida al nacer
3. Diez primeras causas de muerte para Colombia

II. ESTADO DE SALUD

1. Razón de mortalidad materna
2. Tasa de mortalidad infantil
3. Tasa de mortalidad en menores de 5 años
4. Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años
5. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años
6. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años
7. Prevalencia de bajo peso al nacer
8. Mortalidad por tétanos neonatal
9. Índice parasitario anual de malaria
10. Casos de sífilis congénita
11. Incidencia de sífilis congénita

III. SERVICIOS DE SALUD

1. Porcentaje de partos atendidos en instituciones de salud
2. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión: triple viral
3. IPS con acreditación

IV. FINANCIAMIENTO

1. Transferencias de la nación en millones de pesos constantes
2. Transferencias de la nación en millones de pesos corrientes
3. Participación de la cartera de las IPS a 90 días y más

V. ASEGURAMIENTO

1. Porcentaje de población asegurada
2. Porcentaje de población afiliada al régimen contributivo
3. Porcentaje de población afiliada al régimen subsidiado

VI. MEDIO AMBIENTE

1. Cobertura de acueducto y alcantarillado

I. DEMOGRÁFICOS

La información publicada está basada en las proyecciones de población para Colombia a partir del Censo 2005, construidas por el Dane.

En “Así vamos en salud” se presentan tres indicadores que son una muestra de la dinámica poblacional: las pirámides poblacionales, del año 2008 y de los cinco quinquenios anteriores —aunque en la página web del programa están construidas desde el año 1985 hasta la fecha actual—, la esperanza de vida al nacer y una muestra del comportamiento de las diez primeras causas de muerte en Colombia en los últimos años.

1. Población y pirámide poblacional para 1985-1990-1995-2000-2005-2008

Población total 2008: 44.450.260

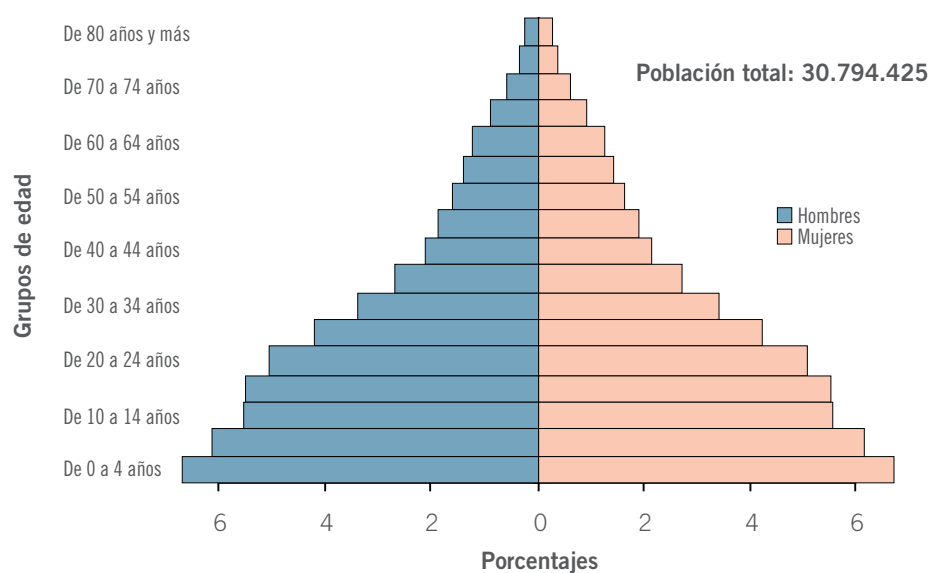
Mujeres: 22.508.063

Hombres: 21.942.197

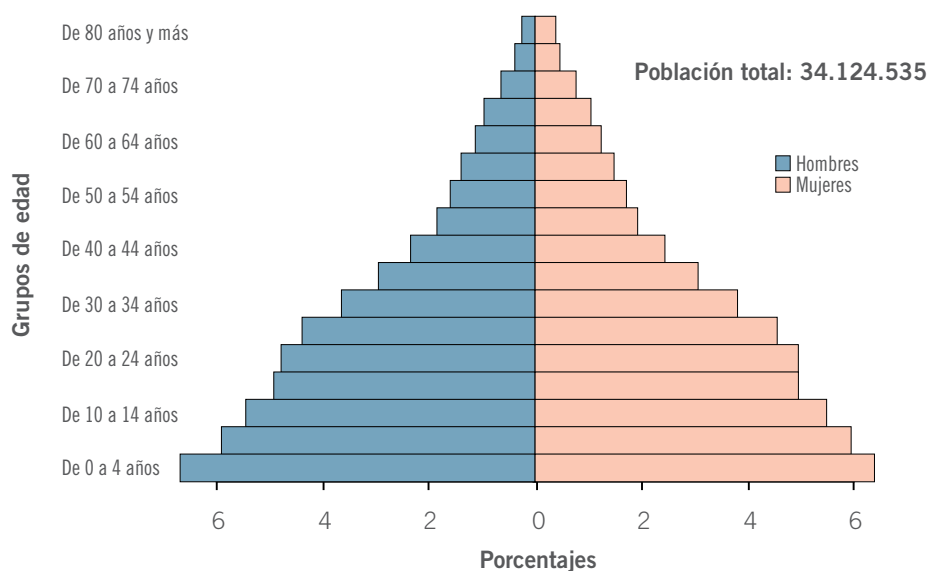
Menores de 15 años: 13.141.100

Mayores de 60 años: 4.151.533

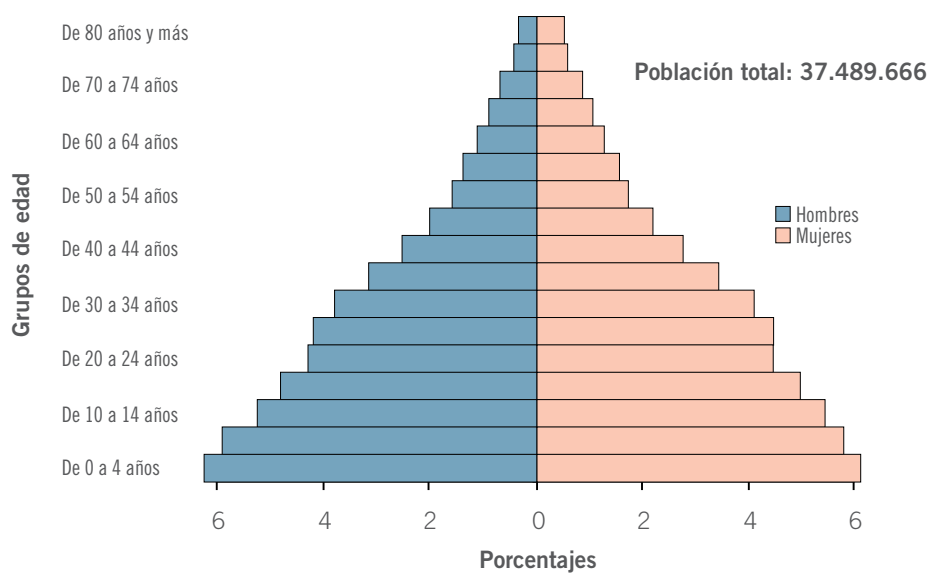
PIRÁMIDE POBLACIONAL COLOMBIA, 1985



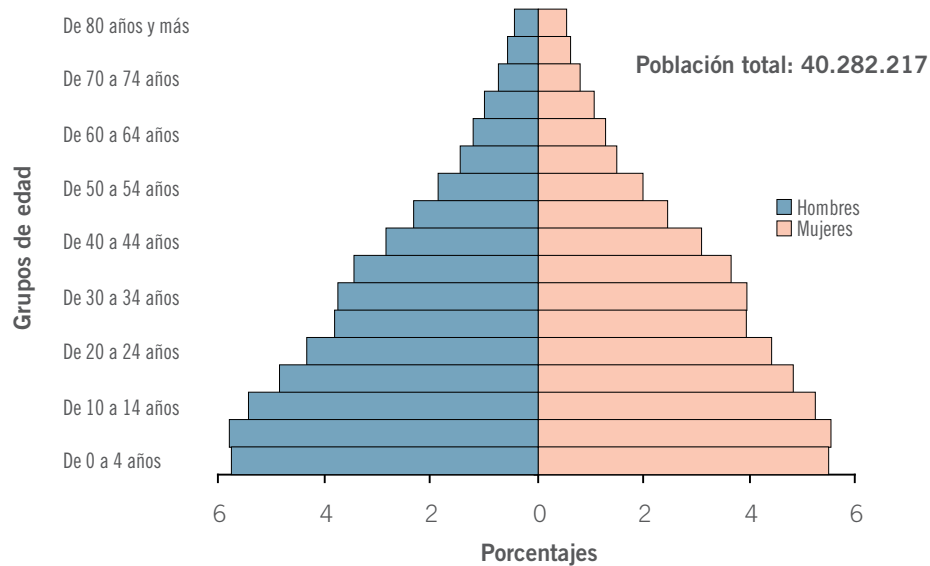
PIRÁMIDE POBLACIONAL COLOMBIA, 1990



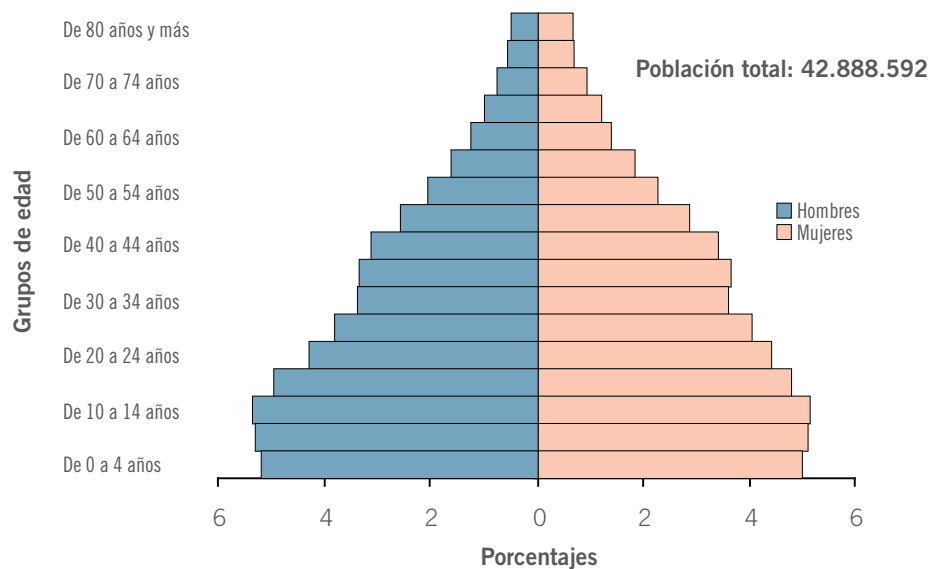
PIRÁMIDE POBLACIONAL COLOMBIA, 1995



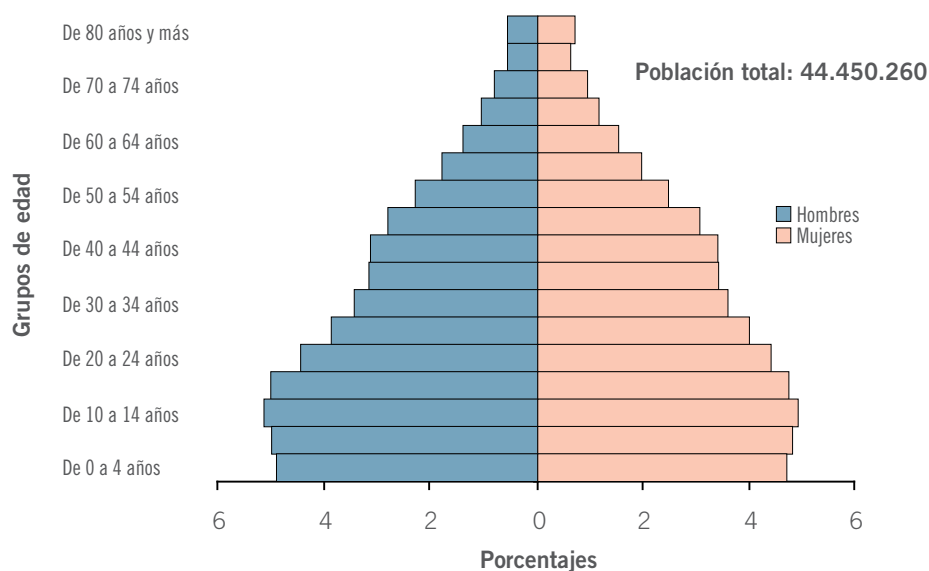
PIRÁMIDE POBLACIONAL COLOMBIA, 2000



PIRÁMIDE POBLACIONAL COLOMBIA, 2005



PIRÁMIDE POBLACIONAL COLOMBIA, 2008



Qué dicen estos datos

LA POBLACIÓN COLOMBIANA ha venido envejeciendo. Hace 10 años de cada 100 habitantes de Colombia, 4 eran mayores de 60 años. Para el año 2008 la situación es la siguiente: por cada 100 personas se encuentran 31 menores de 15 años, 10 adolescentes de 15 a 19 años, 27 mujeres en edad fértil, 23 personas entre mujeres y hombres adultos y 9 personas mayores de 60 años. Esto obedece al fenómeno llamado transición demográfica, mediante el cual ha venido en aumento la población mayor de 60 años o de la tercera edad. En países en vías de desarrollo, como Colombia, la transición demográfica se da por disminución de las tasas de natalidad y mortalidad. La tasa de natalidad para Colombia en el quinquenio 1995-2000 era de 24,21 por 1.000 habitantes y para el quinquenio 2005-2010 proyectado por el Dane es de 19,86 por 1000 habitantes. Esto se evidencia cuando vemos cómo la base de la pirámide poblacional se va reduciendo y su punta se va ensanchando.

2. Esperanza de vida al nacer

ESPERANZA DE VIDA AL NACER TOTAL	
COLOMBIA, QUINQUENIO 2005 - 2010	
DEPARTAMENTO	TOTAL
BOGOTÁ, D.C.	77,08
ATLÁNTICO	74,81
SANTANDER	74,30
BOYACÁ	74,25
SAN ANDRÉS	74,25
SUCRE	74,21
TOTAL COLOMBIA	74,00
CUNDINAMARCA	73,88
BOLÍVAR	73,85
LA GUAJIRA	73,79
VALLE	73,70
ANTIOQUIA	73,41
MAGDALENA	73,41
RISARALDA	73,33
CALDAS	73,24
CÓRDOBA	73,24
QUINDÍO	73,10
NARIÑO	72,88
CESAR	72,71
HUILA	72,53
TOLIMA	72,23
NORTE DE SANTANDER	71,82
PUTUMAYO	70,94
CAUCA	70,84
META	70,63
ARAUCA	69,23
GRUPO AMAZONIA	69,08
CASANARE	69,00
CAQUETÁ	68,32
CHOCÓ	67,80

*Grupo Amazonia: Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada.

Fuente: Datos demográficos, Dane



Qué dicen estos datos

EN COLOMBIA, LAS MUJERES VIVEN MÁS TIEMPO QUE LOS HOMBRES. Una niña que nazca en Colombia entre los años 2005 y 2010 vivirá aproximadamente 77,5 años y un varón 70,6 años. Es decir, la niña vivirá casi siete años más que un varón nacido en este mismo período de tiempo. Una explicación de este fenómeno es la mayor tasa de mortalidad perinatal en varones y la mayor mortalidad en población de varones adulta joven por el complejo trauma violencia.

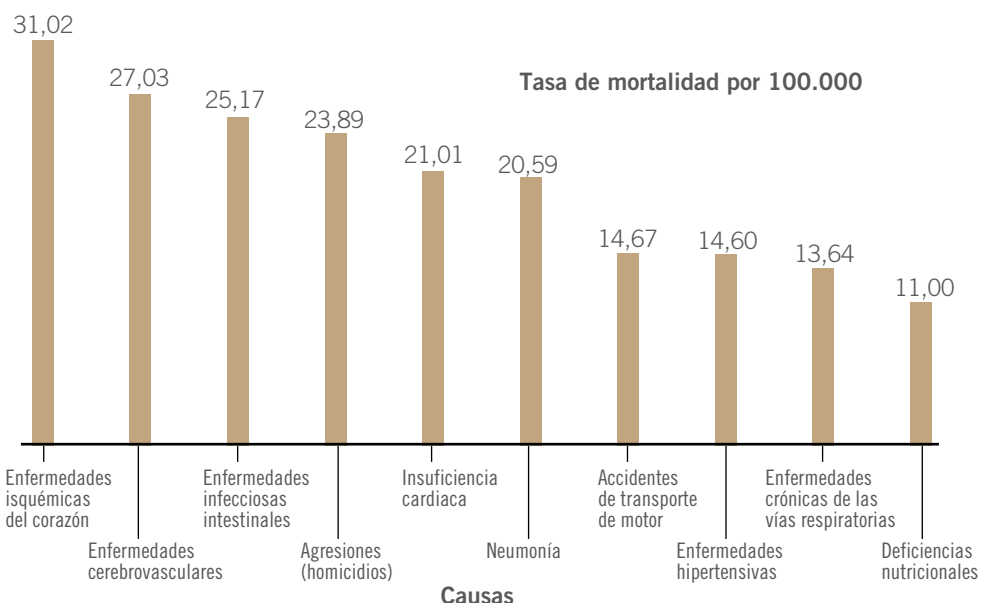
Este indicador refleja el nivel de desarrollo de una población y forma parte del indicador compuesto de Índice de Desarrollo Humano que se maneja a nivel internacional para comparar países o regiones entre sí.

Como país, este indicador ha venido en aumento al pasar de 67,99 en el quinquenio 1985-1990 a 74 años proyectado para el quinquenio 2005-2010. Sin embargo, el promedio de Colombia está por debajo de la esperanza de vida de Estados Unidos, (78,4 años), Costa Rica (78,9 años) y Chile (78,7 años).

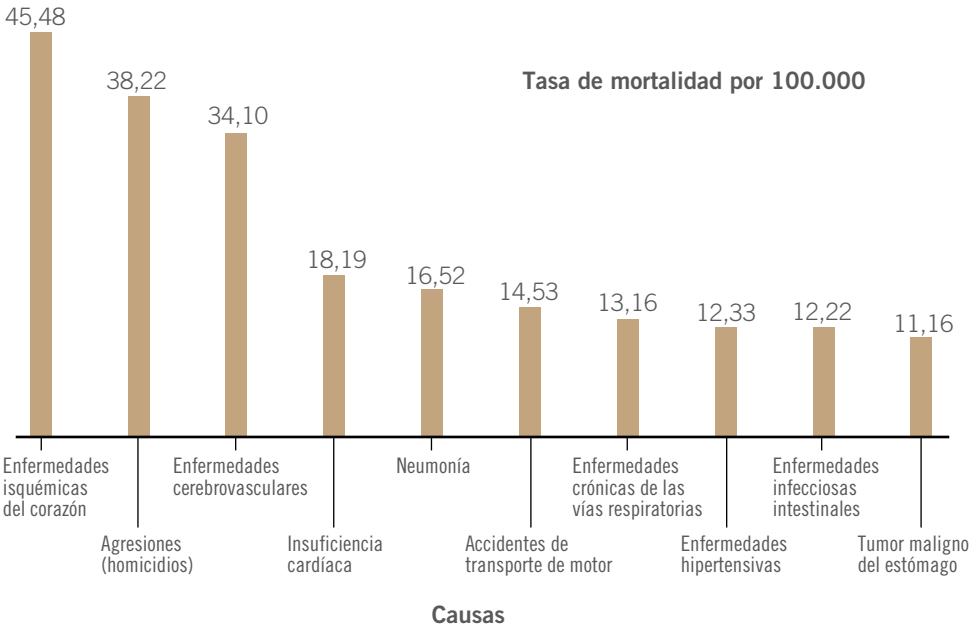
Debe tomarse en cuenta que todos tenemos una esperanza de vida al nacer, correspondiente a nuestro año de nacimiento. Este indicador es un número promedio de años que se espera vivirá un recién nacido. Sin embargo, hay diferenciales por departamentos en Colombia alrededor del promedio nacional; con una esperanza de vida al nacer de 74 años se ubican Bogotá, D.C. y los departamentos de Atlántico, Santander, San Andrés, Antioquia, y con una esperanza de vida al nacer menor de 70 años se ubican los departamentos de Chocó, Arauca, Caquetá, Casanare y Amazonas. Un niño que nazca en el año 2009 en el Chocó (67,8 años) tiene casi diez años de vida menos que un niño que nazca en Bogotá (77 años).

3. Diez primeras causas de muerte para Colombia

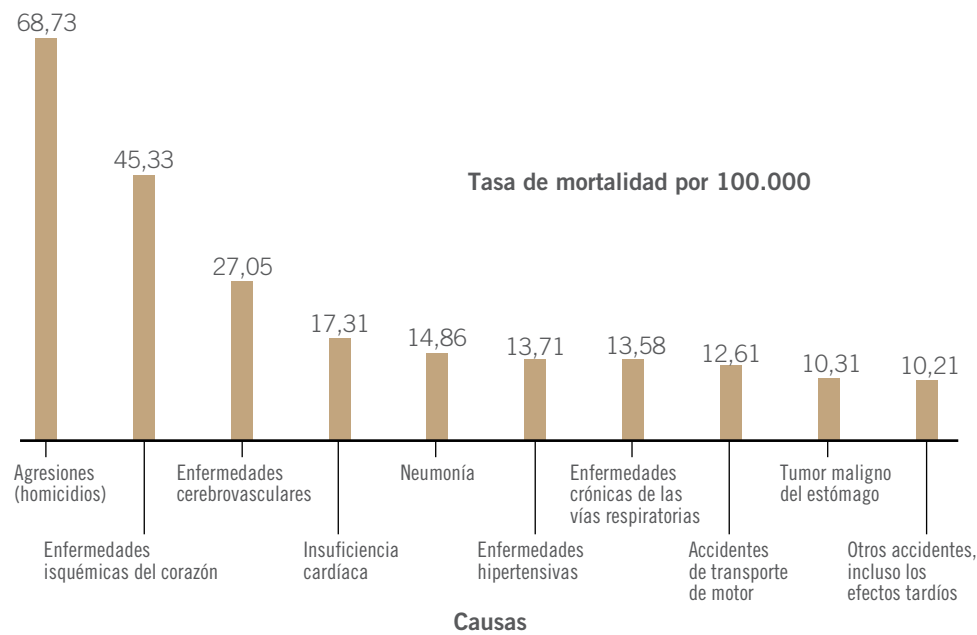
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD COLOMBIA, 1980



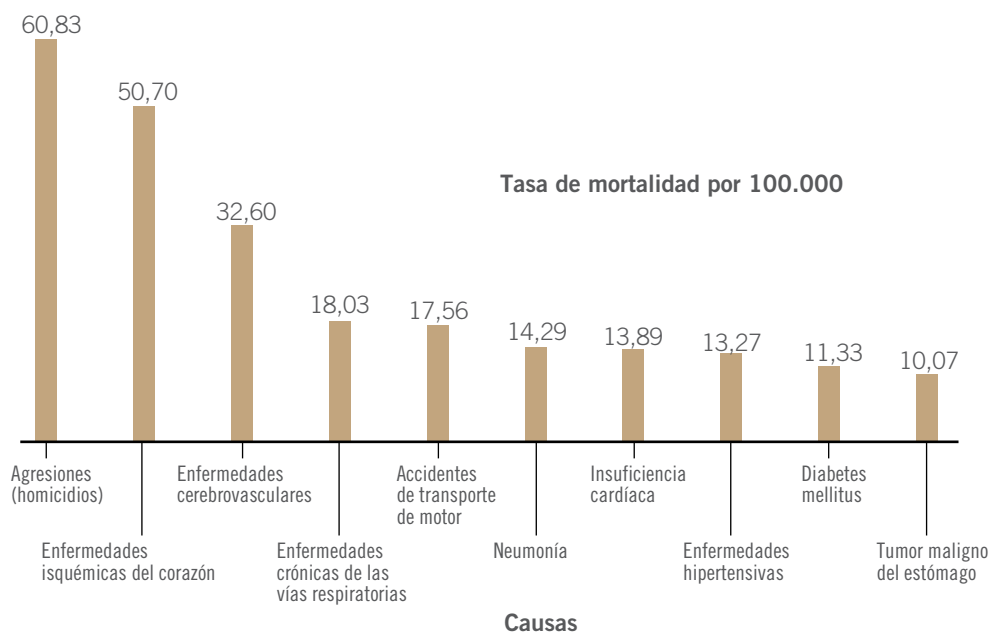
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
COLOMBIA, 1985



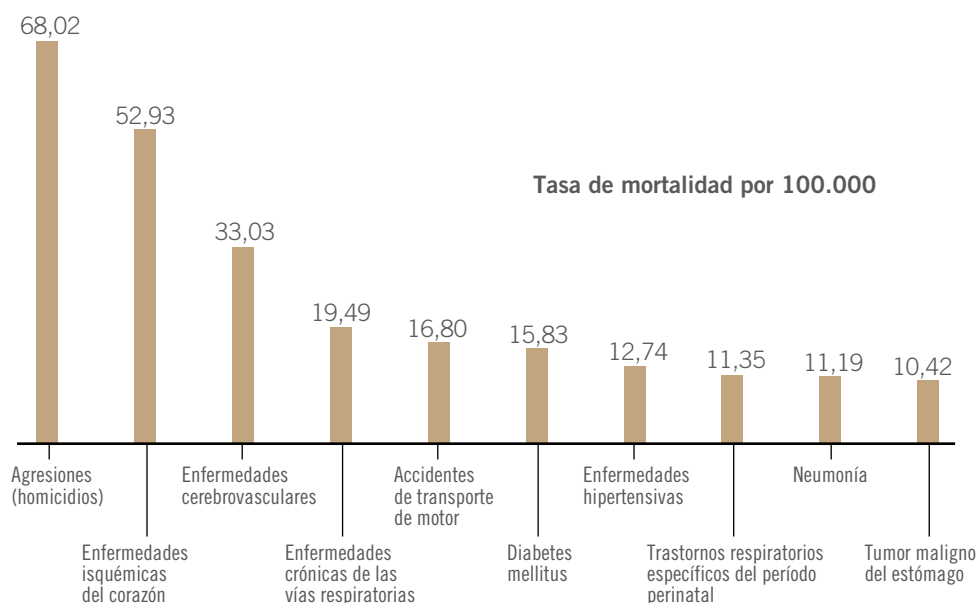
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
COLOMBIA, 1990



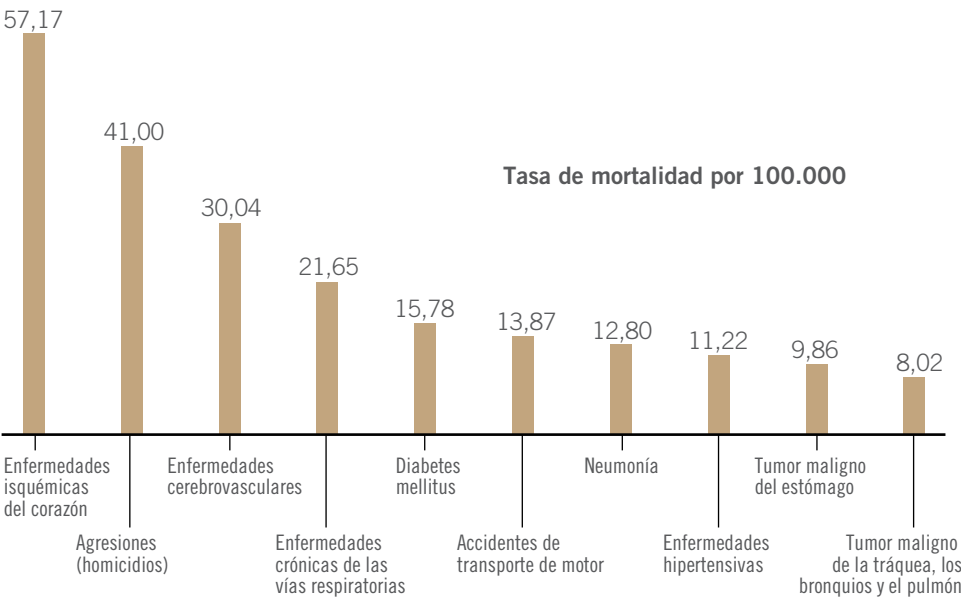
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD COLOMBIA, 1995



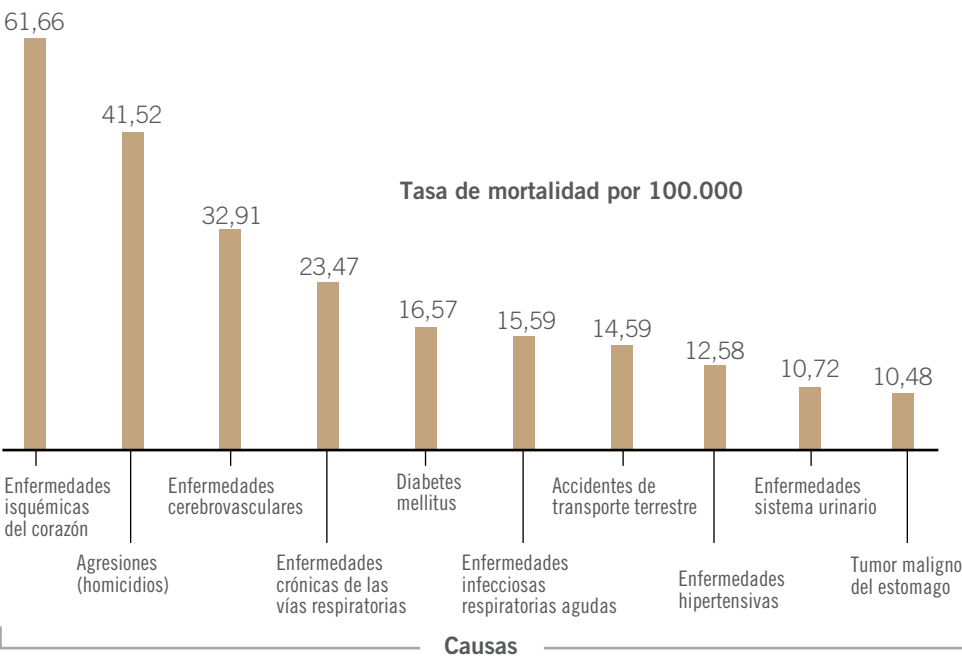
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD COLOMBIA, 2000



PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
COLOMBIA, 2005



PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
COLOMBIA, 2006





Qué dicen estos datos...

EN COLOMBIA SE PRESENTAN mortalidades propias de país desarrollado y de país en vías de desarrollo.

Entre las propias de un país desarrollado, están las crónicas no transmisibles. Entre las primeras causas de mortalidad están la enfermedad cardio y cerebrovascular. El infarto cardiaco (enfermedad isquémica del miocardio) aparece como la primera causa de mortalidad, en especial en población adulta mayor; con todo, se ha venido incrementando como causa de muerte en población menor de 60 años lo cual puede estar relacionado con los cambios en los estilos de vida y condiciones ambientales, como el sedentarismo, el hábito de fumar, los malos hábitos alimentarios y la contaminación ambiental.

Mortalidades propias de un país en vías de desarrollo: el homicidio (agresiones) aparece también entre las primeras cinco causas de muerte y afecta sobre todo a la población económicamente activa. A esta causa se agregan los accidentes de tránsito. En los países desarrollados esta relación es invertida como causa de muerte, es decir, predominan las muertes por accidentes de tránsito sobre los homicidios. Otros eventos propios de un país en vías de desarrollo son las neumonías.

Lo anterior implica que las primeras causas de mortalidad en Colombia demuestran que la carga de enfermedad en Colombia es múltiple. Hay ocurrencia de mortalidades del grupo I, propias de países en vías de desarrollo, tales como las transmisibles, maternas y de la nutrición. Simultáneamente se producen mortalidades del grupo II, constituidas por las enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, cáncer y enfermedades crónicas. Adicionalmente también aparecen las enfermedades propias del grupo III, que son las lesiones por causa externa, tales como lesiones accidentales y las intencionales.

II. ESTADO DE SALUD

Para contribuir al seguimiento del estado de salud de la población colombiana, hemos escogido indicadores que tienen atributos, como validez, confiabilidad, especificidad, sensibilidad y dinamismo, entre otros. Para su construcción contamos con información de fuentes establecidas, como los certificados de defunción y los registros de nacidos vivos, divulgados por el Dane como estadísticas vitales, periódicamente. Los datos de 2007 son preliminares, y en los datos de años pasados, en particular los del 2006, encontrará diferencias con los presentados en nuestra publicación anterior, debido a los ajustes que realiza el Dane a los datos preliminares con los que construimos los indicadores del 2006 el año pasado.

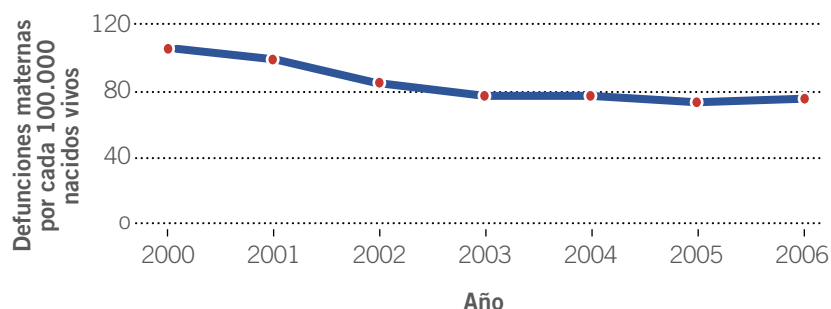
Escogimos once indicadores de salud objetiva de los cuales el país tiene información oportuna y confiable, de los 21 indicadores de estado de salud que el programa construye y actualiza periódicamente y que aparecen en la página web.

Entre los indicadores de estado de salud encontrará los que forman parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y otros que consideramos muy importantes, como las tasas de fecundidad en adolescentes por la tendencia hacia el aumento de los embarazos en este grupo de edad. También presentamos el número de casos de mortalidad por tétanos neonatal y los casos de sífilis congénita, que no deberían continuar presentándose en nuestro país.

1. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA								
Indicador	Año							Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.	104,94	98,58	84,37	77,81	78,69	73,06	75,02	Dane.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA COLOMBIA 2000-2006

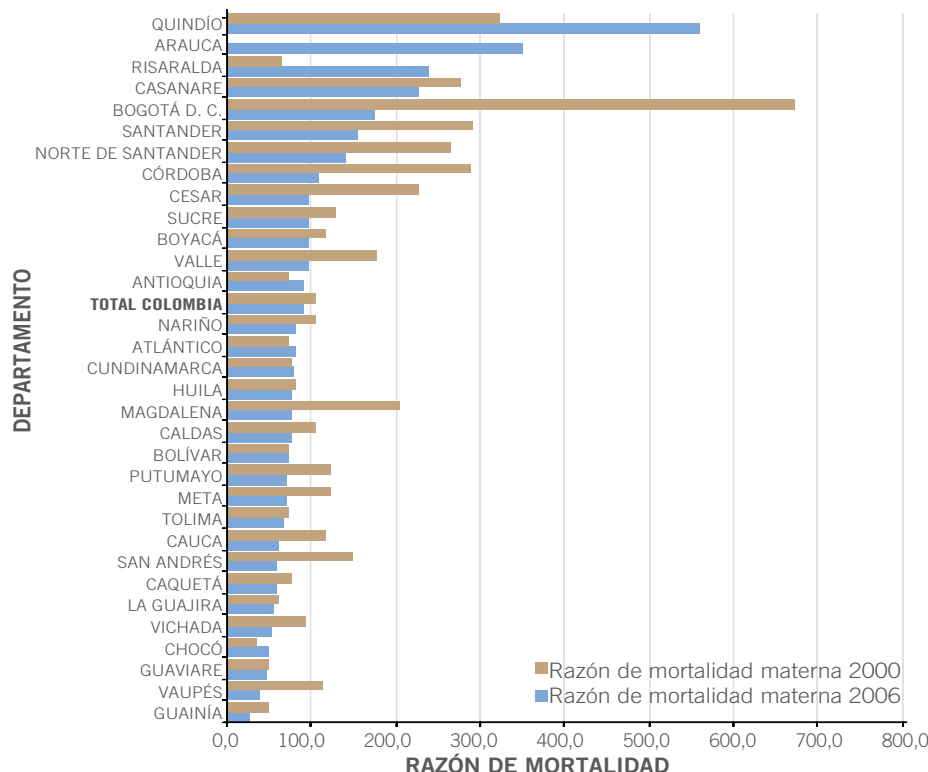
**Meta ODM: 45 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos**

MORTALIDAD MATERNA, FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.	Cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 100.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica, según reportado por la autoridad sanitaria nacional.	Numerador: número de muertes maternas ocurridas en un año. Denominador: total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de medida: por 100.000 nacidos vivos.	Estadísticas vitales, Dane.

El comportamiento de la mortalidad materna a partir del año 2000, año en que la razón de mortalidad estuvo en una cifra de 104 muertes por 100.000 nacidos vivos, con la cual Colombia se ubicaba en el “rango de moderada razón de mortalidad”, según la clasificación de la WHO, Unicef, Unfpa y World Bank¹, ha descendido en un 29% para el año 2006; sin embargo, el mayor impacto en ese descenso se produjo en los años 2002 y 2003, donde la reducción alcanzó un 26%, situándose la razón mortalidad en 77,81 por 100.000 nacidos vivos (27,13 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos menos que en el año 2000). La cifra hallada para el año 2006 aún está lejos de la meta del milenio, que es 45 por 100.000 nacidos vivos para el año 2015, lo que significa que Colombia requiere tener una reducción de 3,3 muertes por 100.000 nacidos vivos anualmente para lograr la meta en el país.

1. Unicef-Progress for Children. A Report Card on Maternal Mortality. N°7, September 2008.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR DEPARTAMENTO 2000-2006



Las cifras en el país no son uniformes. Vemos cómo para el año 2006, con una razón de mortalidad de 75,02 por 100.000 nacidos vivos (mediana de 80,1 y una desviación estándar de 103, 53), el 39% de los departamentos tiene una razón de mortalidad menor que el promedio y sólo tres departamentos están por debajo de la meta del milenio: los departamentos del Quindío con 28,2, Arauca 37,17 y Risaralda con 45,87 muertes por 100.000 nacidos vivos (NV), respectivamente.

Las cifras más altas coinciden también con departamentos donde los niveles de pobreza son mayores y en aquellos donde el número de nacimientos está por debajo de 1.000, con razón de mortalidad mayor de 100 para los departamentos de Caquetá, La Guajira, Vichada, Chocó, Guaviare, Vaupés y Guainía. San Andrés y Providencia presenta también una razón mayor de 100, que corresponde a una muerte materna, debido a que el número de nacimientos es menor de 1.000. Del departamento del Amazonas no hay reporte de muertes maternas en los dos períodos.

En el período 2000 - 2006 el 76% de los departamentos tuvo un descenso en la razón de mortalidad materna, pero preocupa el incremento en ocho departamentos: en Vaupés pasó de 0 muertes a una RMM de 340,04 por 100.000 NV, Guaviare pasó de 64,1 a 240 muertes por 100.000 NV, Guainía tenía 323,10 por 100.000 NV y pasó a 558.66 por 100.000 NV, siendo la RMM más alta para el año 2006, y Casanare, que a pesar de estar muy cerca de la meta de ODM, pasó de ser el departamento que menor RMM tenía en el año 2000 a ocupar el cuarto lugar en el año 2006, con una (1) muerte más en el período. En este primer grupo se encuentran departamentos donde la accesibilidad a los servicios de alta complejidad tiene alguna dificultad, pero también encontramos incremento de la RMM en departamentos donde hay mayor facilidad de acceso a redes integrales de salud, como Bolívar, que tuvo un incremento del 25,5%, pasando de 73,12 a 91,76 muertes por 100.000 NV, Huila aumentó su RMM de 73,37

a 81,06 por 100.000 NV (10,5%), Cundinamarca aumentó el 4,2%, pasando de una RMM de 76,86 a 80,10 muertes por 100.000 NV. En este grupo también se encuentra el departamento de Antioquia, con un incremento del 1%, que pasó de una RMM de 73,64 a 74,36 muertes por 100.000 NV. Todos estos departamentos están aún lejos de alcanzar la meta planteada por los ODM y, por consiguiente requieren tomar medidas que permitan intervenir los problemas de cada uno de ellos.

Tuvieron reducciones de más del 50% los departamentos de Vichada con 74% menos (6 muertes menos), San Andrés (2 muertes menos), Nariño (63%), Córdoba (60,5%), Arauca (67%), Cauca (57%).

El Chocó, a pesar de haber tenido una reducción, continúa con una de las más altas RMM, situándose entre los cuatro departamentos con mayor valor en el país.

Departamentos con similares características geográficas y culturales muestran diferencias grandes. Es el caso de Quindío y Risaralda, que tienen una RMM igual o menor que el ODM, y Caldas, que se ubica por encima de la media nacional con una RMM de 90,74 por 100.000 NV. Lo mismo sucede con Bolívar, Atlántico y Magdalena, que presentan RMM por encima de la media nacional frente a Córdoba, Cesar y Sucre, que están por debajo de la media.

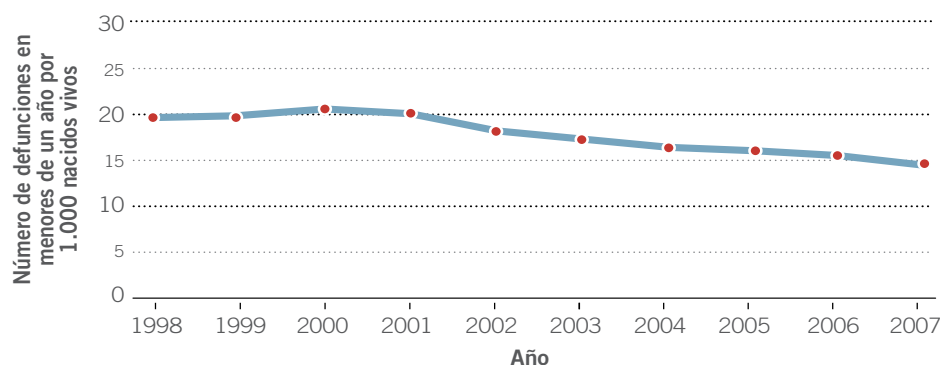
Departamentos con mayor oferta de servicios y redes hospitalarias que incluyen hospitales de alta complejidad, como Valle, Antioquia y Cundinamarca, se encuentran alrededor de la media nacional.

Los datos que se analizan son los de 2006; aún no conocemos qué pasó en el país en los años 2007 y 2008, lo que no permite hacer un análisis más oportuno del problema.

2. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL											
Indicador	Año										Fuente
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos.	19,51	19,59	20,41	19,92	18,05	17,18	16,28	15,91	15,47	14,59	Dane.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL COLOMBIA 1998-2007



Meta: 14 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

MORTALIDAD INFANTIL, FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	Cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos para el mismo año, expresado por 1.000 nacidos vivos. para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	Numerador: número de muertes de niños menores de un año de edad. Denominador: total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de medida: por 1.000 nacidos vivos.	Estadísticas vitales Dane, año 2007 preliminar.



Qué dicen estos datos...

LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, UNO DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO de la cuarta meta propuesta por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es un indicador del grado de desarrollo de un país. Muchas de las defunciones son causadas por situaciones y patologías, prevenibles o evitables, como enfermedades respiratorias, enfermedades infecciosas, deficiencias nutricionales, complicaciones obstétricas, o el síndrome infantil de muerte súbita.

La tasa de mortalidad infantil se compone en buena parte por muertes ocurridas en el período neonatal, comprendido desde el nacimiento hasta el día 28 de vida. Se calcula que en el mundo mueren anualmente cuatro millones de niños durante este periodo, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS); es así como en Colombia, durante el año 2007, ocurrieron 6.245 muertes durante este período, lo que equivale al 62,4% de la mortalidad infantil.

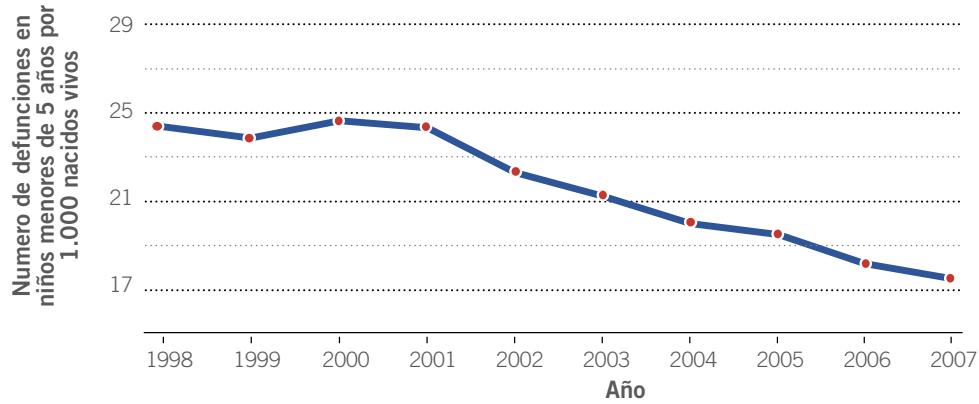
Durante los últimos años, Colombia ha presentado un descenso progresivo en la mortalidad infantil, acercándose en el año 2007 a alcanzar la meta propuesta por los ODM, de 14 defunciones por 1.000 nacidos vivos. A nivel departamental, 13 de los 32 departamentos ya alcanzaron tasas inferiores a la meta propuesta, mientras que otros, como Chocó, Vaupés, Vichada, Amazonas y Guainía, están por encima incluso de la tasa calculada para América Latina y el Caribe, según datos aportados por el Estado Mundial de la Infancia 2009, en el que Colombia ocupa el puesto 111 entre 194 países, de mayor a menor tasa registrada. Otros países de la región con tasas similares son: Perú, Panamá, Argentina y Venezuela.

MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA			
COLOMBIA, AÑO 2007 (PRELIMINAR)			
DEPARTAMENTO	Nacidos vivos	Def. < 1 años	Tasa mort. < 1 año
SUCRE	12.266	120	9,78
SANTANDER	29.947	342	11,42
SAN ANDRÉS	689	8	11,61
VALLE	60.423	736	12,18
ARAUCA	4.592	56	12,20
CASANARE	6.357	82	12,90
ANTIOQUIA	92.355	1.222	13,23
HUILA	20.954	279	13,31
CALDAS	13.142	176	13,39
BOLÍVAR	25.874	350	13,53
BOYACA	19.571	267	13,64
CUNDINAMARCA	37.134	510	13,73
BOGOTÁ, D. C.	117.212	1.621	13,83
ATLÁNTICO	37.174	530	14,26
TOTAL COLOMBIA	685.859	10.005	14,59
TOLIMA	21.988	323	14,69
NARIÑO	21.592	330	15,28
META	15.403	237	15,39
RISARALDA	13.377	207	15,47
QUINDÍO	6.996	111	15,87
NORTE DE SANTANDER	21.325	344	16,13
MAGDALENA	18.013	307	17,04
CÓRDOBA	21.445	366	17,07
PUTUMAYO	4.989	88	17,64
CAUCA	17.115	306	17,88
CESAR	18.157	339	18,67
CAQUETÁ	7.298	146	20,01
GUAVIARE	1.559	33	21,17
LA GUAJIRA	9.667	224	23,17
CHOCÓ	5.576	165	29,59
VAUPES	490	15	30,61
AMAZONAS	1.307	51	39,02
VICHADA	775	31	40,00
GUAINÍA	496	20	40,32

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

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS											
Indicador	Año										Fuente
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos.	24,28	23,75	24,56	24,25	22,23	21,17	19,94	19,42	18,86	17,67	Dane.

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS COLOMBIA 1998-2007



Meta ODM: 17 defunciones en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos

MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS, FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos.	Cociente entre el número de muertes de niños menores de 5 años de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos para el mismo año, expresado por 1.000 nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	Numerador: número de muertes de niños menores de 5 años de edad. Denominador: total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de medida: por 1.000 nacidos vivos.	Estadísticas vitales Dane, año 2007 preliminar



Qué dicen estos datos...

CADA AÑO, COLOMBIA SE ESFUERZA POR MEJORAR el bienestar de los niños menores de 5 años, hallazgo reflejado en el descenso progresivo en los últimos tiempos de la tasa de mortalidad en estos menores por 1.000 nacidos vivos, posicionando dicha población como primordial en los planes nacionales y territoriales de desarrollo, a través de estrategias que buscan incrementar la cobertura de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, mejorar el acceso y calidad de la atención en los servicios materno infantiles, y la nutrición de la población infantil y de las mujeres gestantes y lactantes, entre otros.

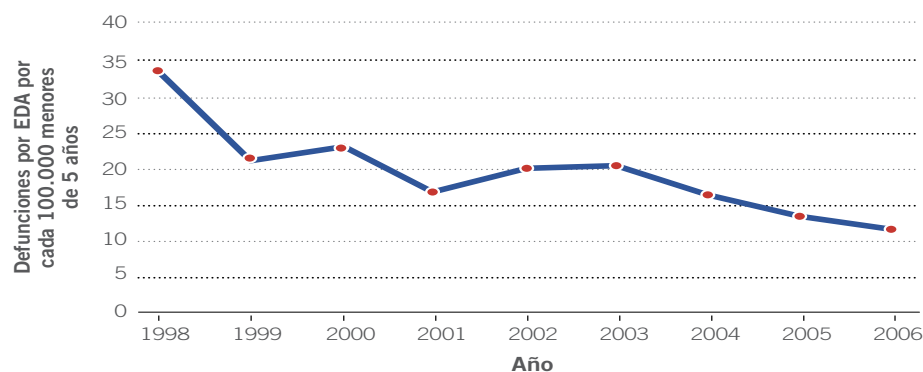
Es así como para el año 2007, a partir de datos preliminares del Dane, se obtiene para Colombia una tasa muy cercana a la meta propuesta por Objetivos de Desarrollo del Milenio de 17 muertes por mil nacidos vivos. Aunque a partir de otros datos, como el Estado Mundial de la Infancia 2009 para este mismo año 2007, Colombia ocupa el puesto 112 de 191 países de mayor a menor tasa, con un valor de 20 defunciones en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos, tasa inferior a la estimada para el mundo (68) y para América Latina y el Caribe (26).

A nivel departamental, las diferencias son bastante amplias: igual que ocurre con la mortalidad en menores de 1 año, 12 de 32 departamentos alcanzaron tasas que superan la meta de ODM. Otros como Vaupés, Guainía y Vichada tienen tasas que se acercan a las estimadas para África septentrional y Oriente Medio por Unicef, para el año 2007. Como es de esperar, los mismos departamentos que ya alcanzaron la meta de ODM para la mortalidad infantil, la han alcanzado para la mortalidad en menores de 5 años, puesto que el grupo de edad con tasas más altas de mortalidad es el de 0 a 28 días. Es así como la mortalidad en el grupo de menores de un año corresponde al 85% del total de muertes en menores de 5 años para Colombia en el año 2007.

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR 1.000 NACIDOS VIVOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA			
COLOMBIA, AÑO 2007 (PRELIMINAR)			
DEPARTAMENTO	Nacidos vivos	Def. < 5 años	Tasa mort. < 5
SUCRE	12.266	146	11,90
SAN ANDRÉS	689	9	13,06
SANTANDER	29.947	416	13,89
VALLE	60.423	891	14,75
ARAUCA	4.592	70	15,24
BOLÍVAR	25.874	405	15,65
BOGOTÁ, D. C.	117.212	1.851	15,79
CASANARE	6.357	101	15,89
ANTIOQUIA	92.355	1.497	16,21
ATLÁNTICO	37.174	606	16,30
CUNDINAMARCA	37.134	616	16,59
HUILA	20.954	353	16,85
CALDAS	13.142	223	16,97
TOTAL COLOMBIA	685.859	12.120	17,67
BOYACÁ	19.571	349	17,83
TOLIMA	21.988	398	18,10
NARIÑO	21.592	397	18,39
QUINDÍO	6.996	129	18,44
RISARALDA	13.377	250	18,69
META	15.403	304	19,74
NORTE DE SANTANDER	21.325	424	19,88
CÓRDOBA	21.445	432	20,14
MAGDALENA	18.013	371	20,60
CESAR	18.157	403	22,20
PUTUMAYO	4.989	117	23,45
CAUCA	17.115	402	23,49
CAQUETÁ	7.298	175	23,98
GUAVIARE	1.559	44	28,22
LA GUAJIRA	9.667	279	28,86
CHOCÓ	5.576	228	40,89
AMAZONAS	1.307	56	42,85
VAUPÉS	490	21	42,86
GUAINÍA	496	27	54,44
VICHADA	775	43	55,48

4. Tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) por 100.000 niños menores de 5 años

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR EDA										
Indicador	Año									Fuente
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Mortalidad por EDA por 100.000 niños menores de 5 años.	33,76	21.78	22.92	16.76	20.19	20.49	16.4	13.38	11.58	Dane.

TASA DE MORTALIDAD POR EDA POR 100.000 MENORES DE 5 AÑOS
COLOMBIA 1998-2006

MORTALIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS - FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Tasa de mortalidad por EDA por 100.000 menores de 5 años.	Cociente entre el número de muertes de niños menores de cinco años cuya causa básica de muerte seleccionada fue una enfermedad infecciosa intestinal y el número total de población menor de 5 años para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica por 100.000 personas de este grupo de edad.	Numerador: número de muertes de niños menores de cinco años cuya causa básica de muerte seleccionada fue una enfermedad infecciosa intestinal. Denominador: total de población menor de 5 años. Unidad de medida: por 100.000.	Dane. Estadísticas vitales y proyecciones de población.



Qué dicen estos datos...

LA TASA DE MORTALIDAD por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es un indicador que señala el número total de niños entre 0 y 5 años –por cada 100.000– que murieron a causa de la enfermedad durante un año, se relaciona íntimamente con la persistencia de condiciones de pobreza y refleja la existencia de deficiencias en la población en materia de calidad de la vivienda, higiene personal, acceso a servicios sanitarios y de agua potable, entre otros factores.

En los últimos años el descenso de la tasa de mortalidad en Colombia por esta causa en menores de 5 años ha sido importante, pasando de 33,76 en 1998 a 11,58 por 100.000 menores de 5 años para el año 2006, lo que equivale a una reducción de la tasa del 65% en 8 años, que está muy de acuerdo con el incremento progresivo en cobertura de servicios de acueducto y alcantarillado.

Sin embargo, para el año 2006 aún persisten departamentos con tasas superiores a 20 defunciones por EDA por 100.000 menores de 5 años, en La Guajira, Cauca, Cesar, Magdalena y el Grupo Amazonas, que incluye Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada. Departamentos que comparten bajas coberturas de acueducto y alcantarillado por habitante, lo que explicaría en parte estas tasas de mortalidad.

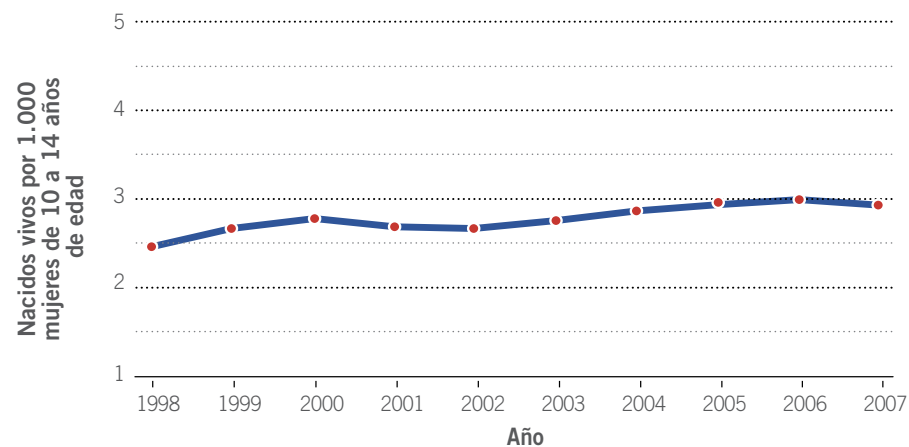
Podrá consultar mayor información sobre este tema en el artículo "Mortalidad por EDA en menores de 5 años", publicado en nuestra página web: www.asivamosensalud.org

TASA DE MORTALIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS, POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA			
COLOMBIA, AÑO 2006			
DEPARTAMENTO	Mortalidad por EDA	Población < 5 años	Tasa mort. EDA < 5 años
CUNDINAMARCA	6	227.596	2,64
BOGOTÁ, D. C.	17	591.486	2,87
BOYACA	4	126.597	3,16
QUINDÍO	2	46.741	4,28
CALDAS	4	85.259	4,69
META	5	86.531	5,78
ARAUCA	2	34.363	5,82
SANTANDER	13	175.875	7,39
VALLE	30	363.753	8,25
ANTIOQUIA	45	518.347	8,68
HUILA	11	113.662	9,68
NORTE DE SANTANDER	14	131.619	10,64
Caquetá	6	54.931	10,92
TOTAL COLOMBIA	496	4.316.261	11,49
CÓRDOBA	21	174.739	12,02
ATLÁNTICO	30	220.576	13,60
TOLIMA	19	136.979	13,87
RISARALDA	11	78.211	14,06
NARIÑO	24	167.847	14,30
PUTUMAYO	6	40.695	14,74
SAN ANDRÉS	1	6.535	15,30
BOLÍVAR	36	209.450	17,19
CHOCÓ	12	66.528	18,04
SUCRE	16	85.449	18,72
CASANARE	7	35.318	19,82
MAGDALENA	33	143.499	23,00
CESAR	28	112.662	24,85
CAUCA	40	135.348	29,55
LA GUAJIRA	35	102.487	34,15
GRUPO AMAZONAS*	18	43.178	41,69

*Grupo Amazonas: Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada.

5. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años por 1.000 mujeres del mismo grupo de edad

TENDENCIAS DE TASA DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 10 A 14 AÑOS:											
Indicador	Año										Fuente
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años de edad por 1.000 mujeres del mismo grupo de edad	2,43	2,66	2,77	2,68	2,64	2,72	2,85	2,95	2,97	2,91	Dane

TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 10 A 14 AÑOS
COLOMBIA 1998-2007

TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES, FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años de edad por 1.000 mujeres del mismo grupo de edad.	Razón entre el número de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años de edad durante un año dado y la población femenina de 10 a 14 años de edad a mitad de año, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un período específico, usualmente multiplicada por 1.000.	Numerador: número de nacidos vivos de madres entre 10 y 14 años. Denominador: total de mujeres entre 10 y 14 años. Unidad de medida: por 1.000.	Dane, Estadísticas vitales y proyecciones de población, año 2007 preliminar..



Qué dicen estos datos...

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 2007 nacieron 6.381 niños de madres que aún no habían cumplido los 15 años de edad, alcanzando una tasa específica de fecundidad de 2,91 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 10 a 14 años.

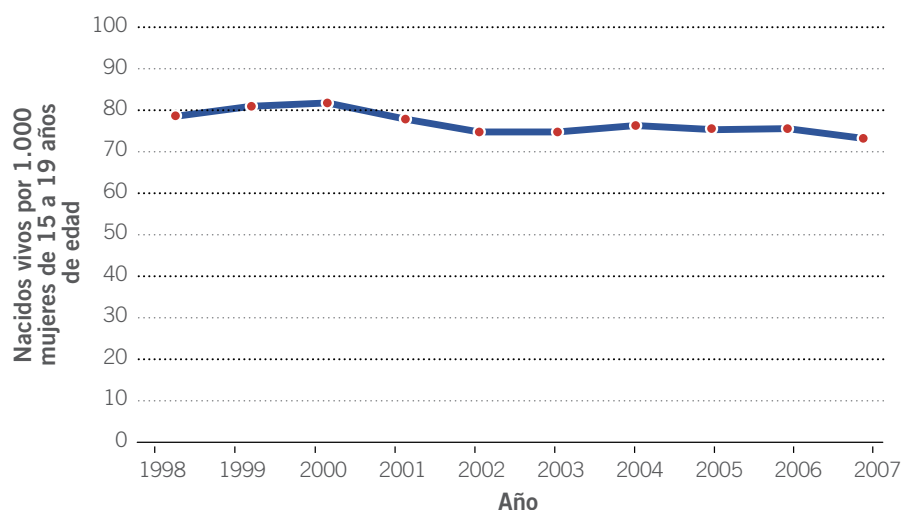
De acuerdo con la gráfica en la que se muestra la tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años en la última década (1998-2007) podemos ver que la tendencia es a aumentar: ha tenido un incremento del 20% en este período, cifra muy preocupante por los riesgos que esto conlleva, principalmente para el desarrollo psicosocial tanto de la madre como del niño.

Para el año 2007, de los 6.381 nacimientos en niñas de 10 a 14 años, el 17% se presentó en el departamento de Antioquia (1.094) y el 10% en el departamento del Valle del Cauca (648). Vale la pena señalar que la tasa de fertilidad en este grupo de edad más baja la tiene la ciudad de Bogotá con 1,39 NV por 1.000 mujeres, equivalente a 1,52 NV menos que el promedio nacional, a pesar de aportar el 8% de los nacimientos del país, por el tamaño de la población. Los departamentos del Valle y Antioquia tienen 0,34 y 1,05 NV x 1.000, respectivamente, más en relación con el promedio nacional. Las tasas de Fecundidad en este grupo de edad (NV por 1000 mujeres de 10 a 14 años) más altas, por encima del departamento de Antioquia, las tienen Huila (3,98), Putumayo (4,20), Grupo Amazonas (4,84) y los departamentos del piedemonte llanero como Casanare (4,74), Meta (5,21), Arauca (5,35), Caquetá (6,74). 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.

6. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por 1.000 mujeres del mismo grupo de edad

TENDENCIA DE LA TASA DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS											
Indicador	Año										Fuente
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad por 1.000 mujeres del mismo grupo de edad.	79,13	82,13	82,03	78,41	74,67	75,25	76,33	75,58	75,93	73,28	Dane.

TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS COLOMBIA 1998-2007



TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES. FICHA TÉCNICA

Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad.	Razón entre el número de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad durante un año dado y la población femenina de 15 a 19 años de edad a mitad de año, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un período específico, usualmente multiplicada por 1.000.	Numerador: número de nacidos vivos de madres entre 15 y 19 años. Denominador: total de mujeres entre 15 y 19 años. Unidad de medida: por 1.000.	Dane, Estadísticas vitales y proyecciones de población, año 2007 preliminar.



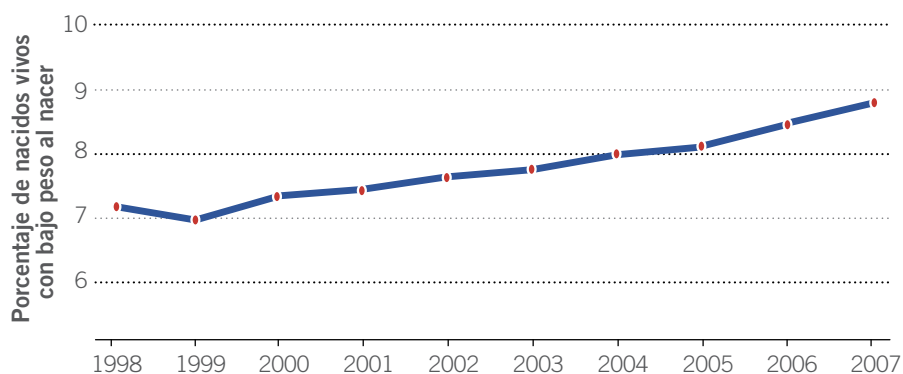
Qué dicen estos datos...

PARA EL GRUPO DE EDAD DE 15 A 19 AÑOS, la tasa de fecundidad para Colombia está en 73,38 NV por 1.000 mujeres en esa edad para el año 2007, según datos preliminares del Dane, mostrando una ligera disminución con respecto al año 2006, que estaba en 75,93. Sin embargo, se aprecian diferencias por departamento: el 15% de los nacimientos ocurre en Antioquia, el 14% en Bogotá y el 9% en el Valle del Cauca; es decir, que casi el 40% de los nacimientos de madres de este grupo de edad está en el Distrito Capital y estos dos departamentos. La tasa de fecundidad mayor está en los mismos departamentos que para el grupo de edad de 10 a 14 años, esto es, en Caquetá, Meta, Casanare, Huila y Arauca, con tasas de fertilidad específicas entre 90,36 y 105,4 NV por 1.000 mujeres entre los 15 y 19 años. Las tasas de fertilidad más bajas están en los departamentos de San Andrés (41,3), La Guajira (49,24) y Chocó (49,92). Una mujer de Arauca entre los 15 y 19 años tiene casi 2,5 veces más posibilidades de quedar embarazada que una mujer de la misma edad de San Andrés.

7. Prevalencia de bajo peso al nacer por 100 nacidos vivos

TENDENCIA DEL BAJO PESO AL NACER											
Indicador	Año										Fuente
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Prevalencia de bajo peso al nacer (RN con peso inferior a 2.500 g) por 100 nacidos vivos.	7,22	7,03	7,33	7,44	7,64	7,75	7,91	8,11	8,44	8,63	Dane.

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER POR 100 NACIDOS VIVOS COLOMBIA, 2000-2006



Meta Cumbre Mundial de la Infancia: menos de 10%

BAJO PESO AL NACER. FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Prevalencia de bajo peso al nacer por 100 nacidos vivos.	Número de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos, medido al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida de peso posnatal haya ocurrido, expresado por 100 nacidos vivos, para un año dado.	Numerador: número de recién nacidos con peso inferior a 2.500 g. Denominador: total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de medida: por 100 nacidos vivos.	Estadísticas vitales Dane, año 2007 preliminar.

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA			
COLOMBIA, AÑO 2007 (PRELIMINAR)			
DEPARTAMENTO	Nacidos vivos	RN con peso inferior 2.500 g	%
CAQUETÁ	7.298	377	5,17
PUTUMAYO	4.989	270	5,41
META	15.403	851	5,52
CASANARE	6.357	352	5,54
ARAUCA	4.592	267	5,81
NORTE DE SANTANDER	21.325	1.241	5,82
TOLIMA	21.988	1.286	5,85
HUILA	20.954	1.281	6,11
MAGDALENA	18.013	1.119	6,21
GUAINÍA	496	31	6,25
CALDAS	13.142	851	6,48
VICHADA	775	51	6,58
SANTANDER	29.947	2.153	7,19
QUINDÍO	6.996	511	7,30
SUCRE	12.266	920	7,50
CESAR	18.157	1.379	7,59
RISARALDA	13.377	1.027	7,68
CÓRDOBA	21.445	1.653	7,71
BOLÍVAR	25.874	2.017	7,80
AMAZONAS	1.307	106	8,11
ATLÁNTICO	37.174	3.042	8,18
CAUCA	17.115	1.407	8,22
NARIÑO	21.592	1.813	8,40
VALLE	60.423	5.180	8,57
TOTAL COLOMBIA	685.859	59.185	8,63
BOYACÁ	19.571	1.715	8,76
LA GUAJIRA	9.667	856	8,85
CHOCÓ	5.576	503	9,02
ANTIOQUIA	92.355	8.363	9,06
GUAVIARE	1.559	142	9,11
CUNDINAMARCA	37.134	3.711	9,99
BOGOTÁ, D. C.	117.212	14.563	12,42
VAUPÉS	490	117	23,88
SAN ANDRÉS	689	179	25,98



Qué dicen estos datos...

HAN AUMENTADO LOS RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO. Hace una década, al menos 7 de cada 100 nacidos vivos en Colombia pesaba menos de 2.500 gramos. En la actualidad (año 2007), esto ocurre en casi 9 de cada 100 nacidos vivos. Entre las causas de este fenómeno están la mayor frecuencia de partos pretérmino, la disminución del período intergenésico y el embarazo en adolescentes.

La prevalencia de bajo peso al nacer de Colombia es similar al promedio de América Latina, pero es superior a la de Chile (5,9%) y Cuba (5,4%).

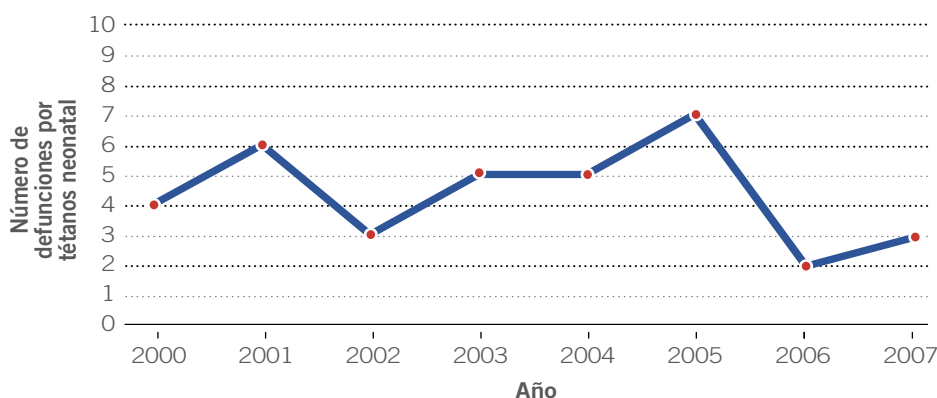
Hay diferenciales por regiones: en Bogotá, Vaupés y San Andrés se encuentran las mayores prevalencias de bajo peso al nacer. Es de anotar que este indicador se construye a partir de los recién nacidos hijos de madres residentes en los respectivos municipio y departamento, por lo cual la información no está afectada por las remisiones de embarazos de alto riesgo.

8. Mortalidad por tétanos neonatal

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR TÉTANOS NEONATAL

Indicador	Año								Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Mortalidad por tétanos neonatal.	4	6	3	5	5	7	2	3	Instituto Nacional de Salud.

MORTALIDAD POR TÉTANOS NEONATAL COLOMBIA, 2000-2007



Meta Cumbre Mundial de la Infancia: cero defunciones por tétanos neonatal

MORTALIDAD POR TÉTANOS NEONATAL. FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Mortalidad por tétanos neonatal.	Número de muertes de niños menores de cuatro semanas cuyos certificados de defunción registran tétanos como causa básica de muerte, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por número de defunciones, reportado por la autoridad sanitaria nacional.	Unidad de medida: defunciones.	Instituto Nacional de Salud.



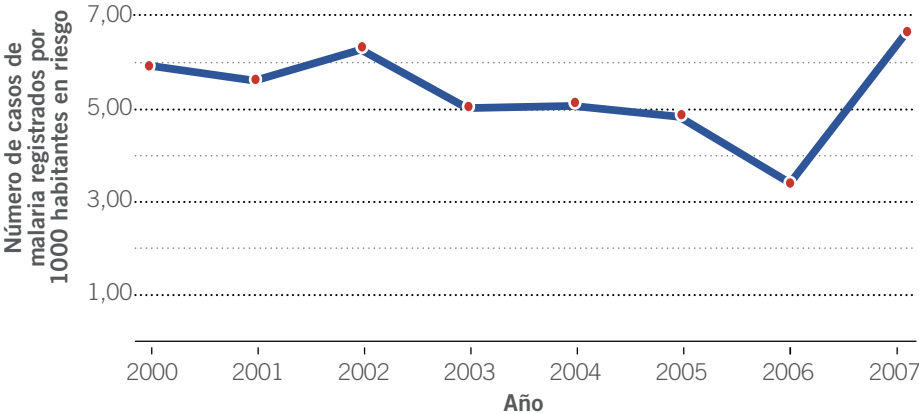
Qué dicen estos datos...

EL TÉTANOS NEONATAL ES UN EVENTO EN ELIMINACIÓN. Esto significa que no se deberían presentar nuevos casos. En los últimos cinco años se han presentado entre 2 y 7 casos anuales de mortalidades de niños o niñas menores de 4 semanas por tétanos neonatal para Colombia. Para la eliminación de esta enfermedad se realiza la vacunación con toxoide tetánico en gestantes.

9. Índice parasitario anual de malaria

TENDENCIA DEL IPA									
Indicador	Año								Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Índice parasitario anual de malaria.	5,9	5,58	6,25	5	5,04	4,8	3,3	6,7	Instituto Nacional de Salud.

ÍNDICE PARASITARIO ANUAL DE MALARIA
COLOMBIA, 2000-2007



Meta ODM: reducir el IPA al 45%. (4,5 por 1.000)

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

ÍNDICE PARASITARIO ANUAL DE MALARIA. FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Índice parasitario anual de malaria.	Expresa la relación de los casos de malaria y la población que vive en zonas de riesgo. Da cuenta de la probabilidad de contraer la enfermedad entre la población en riesgo.	Numerador: número de casos de malaria registradas en un año. Denominador: total de población que vive en áreas de riesgo. Unidad de medida: por 1.000 habitantes en riesgo.	Instituto Nacional de Salud.



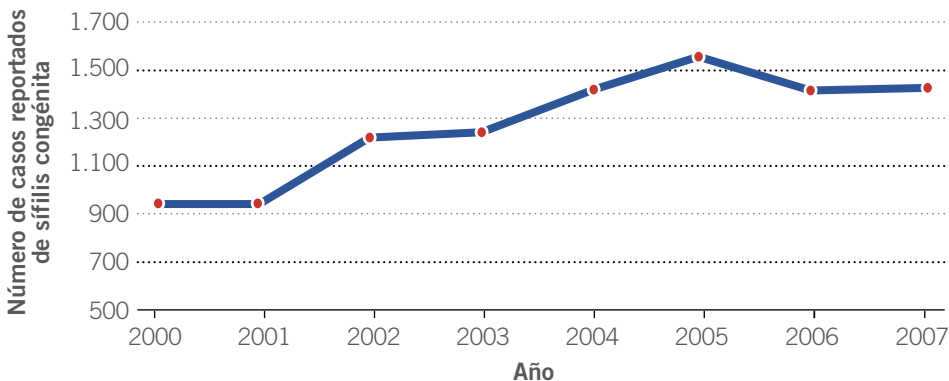
Qué dicen estos datos...

LAS REGIONES CON EL RIESGO MÁS ALTO de transmisión de la malaria en Colombia son la costa del Pacífico, Urabá, río Cauca bajo y río Sinú alto; además, los territorios de Orinoquia y Amazonia. En el año 2000 el índice era de 5,9 casos de malaria por 1.000 habitantes a riesgo y en el año 2007 de 6,7 casos, según datos del Instituto Nacional de Salud. Se considera que hay subregistro en este indicador y los estimativos de la OPS para el año 2007 dan un IPA para Colombia de 19,3 casos por 1000 habitantes a riesgo, por encima del promedio de América Latina, que es de 11 casos por 1.000 habitantes a riesgo.

10. Casos de sífilis congénita

TENDENCIA DE LOS CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA									
Indicador	Año								Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Casos de sífilis congénita.	946	954	1192	1230	1415	1545	1412	1417	Instituto Nacional de Salud.

CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA COLOMBIA, 2000-2007



CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA. FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Casos de sífilis congénita.	Número de casos de sífilis congénita para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, según lo reportado por la autoridad sanitaria nacional.	Unidad de medida: casos.	Instituto Nacional de Salud.



Qué dicen estos datos...

LA SÍFILIS CONGÉNITA se debió eliminar en el año 2000 pero sigue en aumento. Para el año 2007 se presenta una tasa de 2,1 casos de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos en Colombia, en tanto que la meta internacional es estar por debajo de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos. La sífilis congénita es una enfermedad que se debió haber eliminado al comienzo del nuevo milenio, lo que significa que no se presenten más casos nuevos de esta enfermedad. Para una eliminación completa de la sífilis congénita se necesita el tamizaje de las pruebas para sífilis de todas las mujeres gestantes y que abortaron.

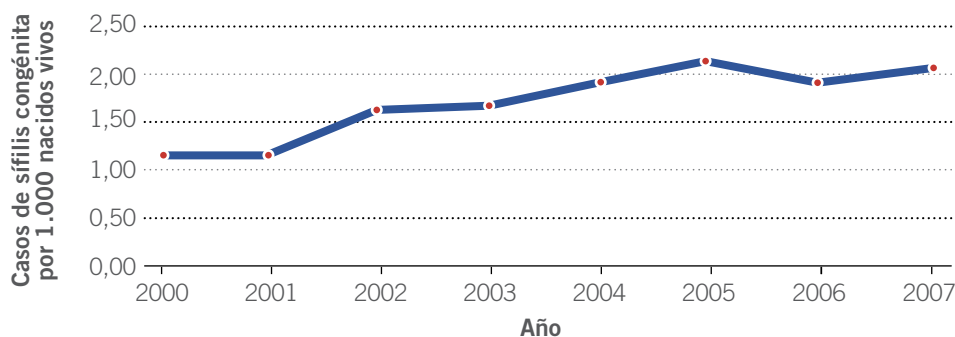
El aumento de los casos de sífilis congénita (1.417 casos) en el año 2007 refleja también un aumento de los casos de sífilis en la madre (sífilis gestacional) y problemas en la calidad del control prenatal.

Se presentan también diferenciales por departamento. Un recién nacido de Guainía o Sucre tienen casi el doble de riesgo de tener sífilis congénita con relación a un recién nacido de Bogotá.

11. Incidencia de sífilis congénita

TENDENCIA DE LA INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA									
Indicador	Año								Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Incidencia de sífilis congénita.	1,26	1,32	1,70	1,73	1,96	2,15	1,98	2,07	Instituto Nacional de Salud.

INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA COLOMBIA, 2000-2007



INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA. FICHA TÉCNICA

Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Incidencia de Sífilis congénita	Número de casos de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, según lo reportado por la autoridad sanitaria nacional.	Numerador: número de casos de sífilis congénita. Denominador: nacidos vivos. Unidad de medida: por 1.000 nacidos vivos.	Instituto Nacional de Salud.

III. SERVICIOS DE SALUD

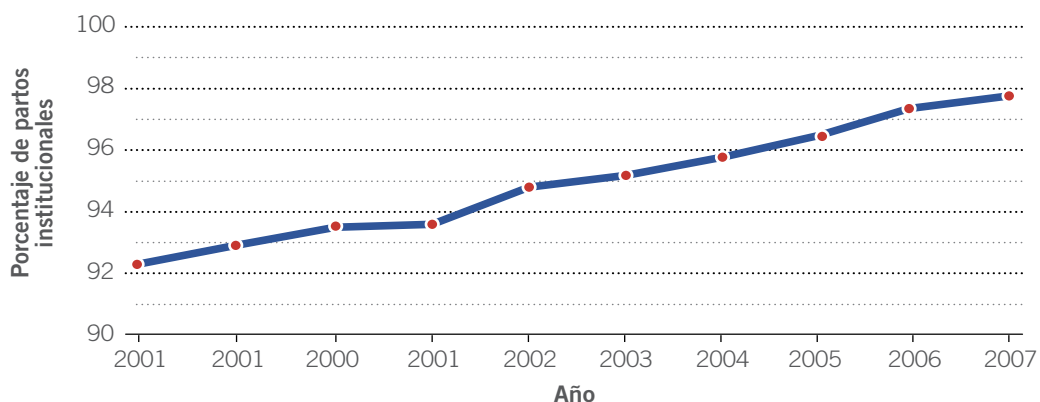
En esta área se analizan diferentes temas en cuanto a acceso, utilización y calidad de los servicios de salud en los últimos años, muy de acuerdo con el seguimiento de indicadores trazadores de la cuarta y quinta metas de Objetivos de Desarrollo del Milenio. Por otra parte, se analiza la situación en lo referente a calidad de la prestación de servicios de salud, a través del seguimiento al sistema único de acreditación en salud.

1. Porcentaje de partos atendidos en instituciones de salud

TENDENCIA DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO

Indicador	Año										Fuente
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Porcentaje de nacidos vivos atendidos en instituciones de salud.	92,67	93,00	93,47	93,58	94,76	95,15	95,73	96,45	88,18	97,85	Dane.

PORCENTAJE DE PARTOS INSTITUCIONALES COLOMBIA, 1998-2007



Meta Objetivos de Desarrollo del Milenio: 95% de partos atendidos en instituciones de salud

NACIMIENTOS EN INSTITUCIONES DE SALUD. FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Porcentaje de nacidos vivos atendidos en instituciones de salud.	Expresa la proporción de nacidos vivos atendidos en una institución de salud en un período determinado, y el acceso de la población al servicio.	Numerador: número de nacimientos (nacidos vivos) atendidos en una institución de salud. Denominador: total de nacidos vivos en el mismo período de tiempo. Unidad de medida: por 100.	Estadísticas vitales Dane, año 2007 preliminar.



Qué dicen estos datos...

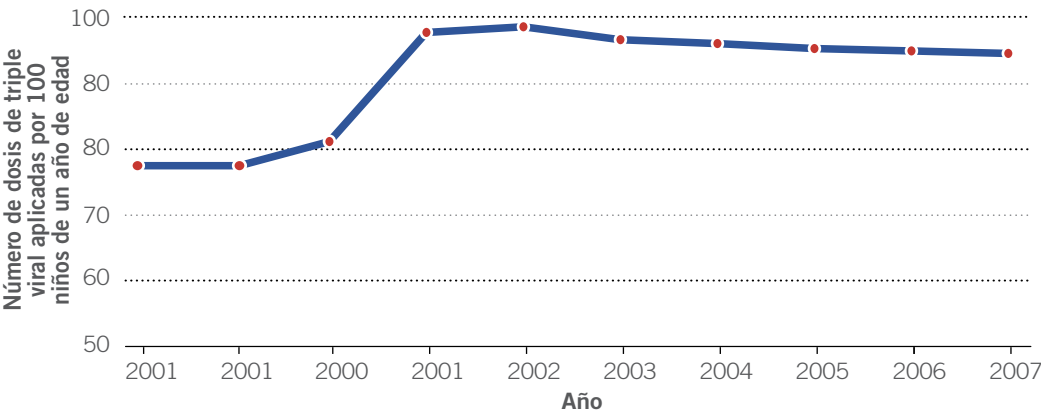
SE MANTIENE ALTO EL NÚMERO DE PARTOS atendidos en instituciones de salud. En los últimos cinco años esta cifra ha estado por encima del 95% en el promedio nacional, pero hay diferenciales por departamentos. Por debajo del 90% de proporción de partos atendidos institucionalmente están Guainía, Vaupés, Amazonas y Arauca. El número de partos atendidos en instituciones de salud para el año 2007 (97,8%) es superior al de América Latina y el Caribe, que estaba en el 87% para este mismo año.

PORCENTAJE DE PARTOS INSTITUCIONALES POR DEPARTAMENTO DE OCURENCIA			
COLOMBIA, AÑO 2007 (PRELIMINAR)			
DEPARTAMENTO	Nacidos vivos	Partos institucionales	Porcentaje
SAN ANDRÉS	660	659	99,85
BOGOTÁ, D.C.	127.703	127.260	99,65
ATLÁNTICO	37.788	37.579	99,45
CÓRDOBA	21.773	21.624	99,32
VALLE	61.903	61.385	99,16
CUNDINAMARCA	27.641	27.352	98,95
QUINDÍO	7.094	7.009	98,80
RISARALDA	13.390	13.206	98,63
MAGDALENA	17.976	17.714	98,54
ANTIOQUIA	92.509	91.098	98,47
SUCRE	12.404	12.192	98,29
NORTE DE SANTANDER	21.320	20.905	98,05
CALDAS	13.350	13.082	97,99
TOTAL COLOMBIA	685.859	671.139	97,85
BOLÍVAR	24.961	24.394	97,73
BOYACÁ	19.563	19.116	97,72
CASANARE	6.207	6.044	97,37
CAQUETÁ	7.265	7.061	97,19
SANTANDER	30.456	29.525	96,94
CESAR	18.213	17.583	96,54
GUAVIARE	1.555	1.494	96,08
LA GUAJIRA	9.476	9.083	95,85
META	15.738	15.077	95,80
TOLIMA	20.971	20.007	95,40
HUILA	21.382	20.344	95,15
NARIÑO	21.645	20.434	94,41
VICHADA	636	596	93,71
CHOCÓ	5.085	4.711	92,65
CAUCA	15.481	14.212	91,80
PUTUMAYO	4.768	4.373	91,72
ARAUCA	4.593	4.114	89,57
GUAINÍA	492	430	87,40
AMAZONAS	1.387	1.183	85,29
VAUPÉS	474	293	61,81

2. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión: triple viral

TENDENCIA DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN CON TRIPLE VIRAL											
Indicador	Año										Fuente
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión: triple viral.	76,74	76,53	81,95	96,21	99,15	95,22	95,23	94,66	95,29	94,57	Ministerio de Protec- ción Social– Mipaisof- Dane.

COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN: TRIPLE VIRAL COLOMBIA 2000-2007



Meta Objetivos de Desarrollo del Milenio: 95% o más

COBERTURA DE VACUNACIÓN POR TRIPLE VIRAL. FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión: triple viral.	Número de niños de un año de edad que han recibido una dosis de vacuna contra el sarampión (generalmente en combinación con rubéola y parotiditis, SRP), expresado como porcentaje de la población de un año de edad a mitad de año, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.	Numerador: total de niños de un año vacunados con triple viral. Denominador: total de población de 1 año. Unidad de medida: por 100.	Ministerio de la Protección Social–Mipaisof-Dane: población



Qué dicen estos datos...

LA COBERTURA DE VACUNACIÓN CON TRIPLE VIRAL EN POBLACIÓN DE 1 AÑO DE EDAD es un trazador para vacunación. En el año 2007 la cobertura promedio para Colombia fue de 94,60%, pero se presentan departamentos que tienen coberturas incluso por debajo del 80%, como Cauca, Chocó, La Guajira, San Andrés y Vichada. Una cobertura debajo del 95% no se considera útil, lo cual quiere decir que se seguirán presentando casos de estas enfermedades que a nivel internacional están en erradicación y eliminación. Sin embargo, la situación es similar a Latinoamérica, donde el promedio de cobertura de esta vacuna para el año 2007 es del 94%.

3. IPS con acreditación

IPS ACREDITADAS									
Indicador	Año								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
IPS acreditadas.	0	0	0	0	0	4	6	3	4*

* Dos instituciones con nueva acreditación, una institución con nuevo ciclo de acreditación y una institución acreditada con excelencia.

NÚMERO DE IPS ACREDITADAS. FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Número de IPS acreditadas.	Número de IPS que han sido acreditadas.	Número de IPS acreditadas. Unidad de medida: número absoluto.	Icontec.

IPS ACREDITADAS	
2008	
Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín (2 de septiembre)	Institución acreditada con excelencia
Clínica de Oftalmología de Cali, sede principal, Santa Mónica y Prado (2 de septiembre)	
Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia (30 de abril)	Nuevo ciclo de acreditación
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, ESE, Bogotá (30 de enero)	
2007	
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá (25 de julio)	
Fundación Valle de Lili, Cali (25 de julio)	
Clínica de Occidente, Bogotá (18 de abril)	

IPS ACREDITADAS
2006
Clínica El Rosario de Medellín. (30 de noviembre)
Hospital San Vicente de Paúl, Santa Rosa Cabal, Caldas. (29 de septiembre)
Centro Médico Imbanaco de Cali S.A. (26 de abril)
Hospital Pablo VI de Bosa, sede Cami (14 de febrero)
Centro Policlínico del Olaya, Bogotá (14 de febrero)
Hospital París Acevedo Fontidueño, sede Hospital Zamora, municipio de Bello (14 de febrero)
2005
Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita en Itagüí. (30 de noviembre)
Hospital General de Medellín (11 de noviembre)
Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín (29 de junio)
Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia (19 de enero)



Qué dicen estos datos...

CON LOS AVANCES DEL PAÍS EN CUANTO A POBLACIÓN ASEGURADA, el desarrollo de la calidad es esencial para mejorar las condiciones de salud de las personas en Colombia y avanzar en equidad.

Los resultados del indicador de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud señalan un grupo de entidades comprometidas con la calidad y que sigue la ruta definida para el país a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y que no solo lograron la acreditación en estos años sino que además se esfuerzan por mantenerla y mejorar su nivel (dos de las que se mencionan en el año 2008). Sin embargo, es preocupante el bajo número de nuevas entidades acreditadas en este año (sólo dos) y la tendencia a disminuir a partir del 2007.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

IV. Financiamiento

1. Transferencias de la nación en millones de pesos constantes

TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN. SALUD, 1994-2007						
MILLONES DE PESOS CONSTANTES 2006						
Período	Subsidios a la demanda	Subsidios a la oferta	Salud pública (PAB)	Total salud	Variación (%)	PIB (%)
1994	1.051.866,62	601.607,42	-	1.653.474,04		0,72
1995	1.151.630,38	917.365,38	-	2.068.995,76	25,10	0,86
1996	1.353.773,65	1.025.489,91	-	2.379.263,55	15,00	0,97
1997	1.452.236,28	1.148.899,69	-	2.601.135,97	9,30	1,02
1998	1.545.238,03	1.238.992,73	-	2.784.230,76	7,00	1,09
1999	1.718.231,71	1.327.093,72	-	3.045.325,43	9,40	1,24
2000	1.479.909,54	1.314.734,80	-	2.794.644,34	-8,20	1,11
2001	1.886.473,50	1.351.133,34	-	3.237.606,84	15,90	1,27
2002	1.679.687,69	1.520.442,17	404.605,26	3.604.735,12	11,30	1,38
2003	1.737.597,01	1.512.196,08	402.410,89	3.652.203,98	1,30	1,35
2004	1.788.281,91	1.497.203,36	398.421,18	3.683.906,45	0,90	1,30
2005	1.859.155,40	1.498.038,45	398.643,40	3.755.837,26	2,00	1,26
2006	1.954.948,97	1.502.785,09	399.914,20	3.857.648,26	2,70	1,12
2007 py	2.236.796,31	1.353.080,92	404.401,90	3.994.279,12	3,50	1,20

2. Transferencias de la nación en millones de pesos corrientes

TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN. SALUD, 1994-2007					
MILLONES DE PESOS CORRIENTES					
Período	Subsidios a la demanda	Subsidios a la oferta	Salud pública (PAB)	Total salud	Variación (%)
1994	310.222,12	177.429,27	-	487.651,51	0,72
1995	403.671,31	321.556,37	-	727.165,92	0,86
1996	554.571,88	420.090,81	-	975.533,74	0,97
1997	695.088,45	549.901,50	-	1.245.552,11	1,02
1998	848.863,94	680.630,58	-	1.529.412,61	1,09
1999	1.063.044,12	821.052,93	-	1.883.591,88	1,24
2000	1.026.516,70	911.945,76	-	1.936.963,18	1,11
2001	1.390.284,42	995.751,93	-	2.392.562,10	1,27
2002	1.317.318,93	1.192.428,37	317.317,42	2.827.064,72	1,38
2003	1.465.940,82	1.275.779,11	339.497,91	3.081.217,84	1,35
2004	1.622.704,73	1.358.577,17	361.531,33	3.342.813,23	1,30
2005	1.778.809,76	1.433.298,92	381.415,55	3.593.524,23	1,26
2006	1.954.948,97	1.502.785,09	399.914,20	3.857.648,26	1,12
2007 py	2.311.070,78	1.398.010,97	417.830,36	4.126.912,11	1,20

 Qué dicen estos datos...

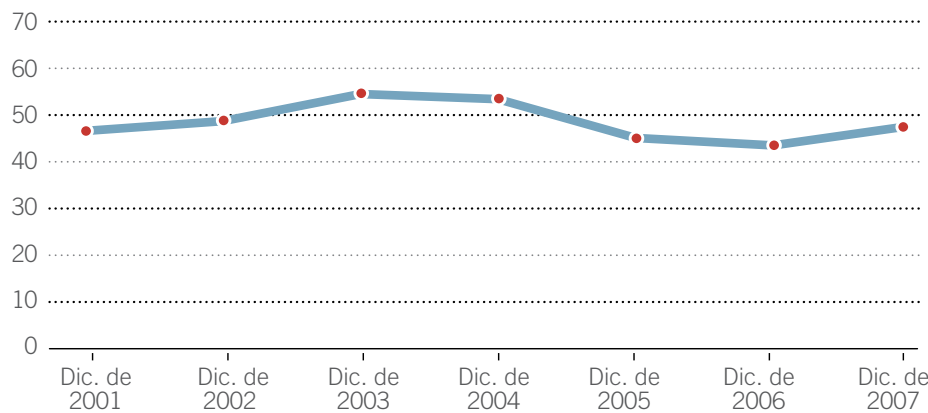
LOS RECURSOS DE TRANSFERENCIAS A SALUD llegaron a representar el 1,38% del PIB en el año 2002, pero a partir de este año la tendencia es al descenso, proyectándose un 1,2 para el año 2007. Se destaca que a partir del año 2002 los recursos para salud pública permanecen prácticamente constantes, lo cual puede implicar menores coberturas en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3. Participación de la cartera de las IPS a 90 días y más

TENDENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LA CARTERA IPS A 90 DÍAS O MÁS										
Indicador	Año									Fuente
	Dic. 2001	Dic. 2002	Dic. 2003	Dic. 2004	Dic. 2005	Jun. 2006	Dic. 2006	Jun. 2007	Dic. 2007	
IPS que reportaron	48	75	103	110	114	116	N/D	121	110	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Cartera reportada (millones de pesos corrientes)	360.896	723.021	1.115.137	1.408.349	1.167.705	1.676.504	N/D	2.009.454	2.307.162	
Cartera reportada a 90 días y más (\$ corrientes)	168.181	352.399	606.932	752.700	526.713	729.300	N/D	890.691	1.122.820	
Cartera promedio por IPS	7.519	9.640	10.827	12.803	10.243	14.453	N/D	16.607	20.974	
Cartera promedio por 90 días y más (\$ corrientes)	3.054	4.699	5.893	6.843	4.620	6.287	N/D	N/D	N/D	
Participación de la cartera a 90 días y más	46,6%	48,7%	54,5%	53,4%	45,1%	43,5%	44,70%	44,30%	48,40%	

N/D: No disponible.

PARTICIPACIÓN DE LA CARTERA DE LAS IPS A 90 DÍAS Y MÁS



Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

CARTERA IPS. FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
IPS que reportaron.	Total de instituciones prestadoras de servicios de salud que reportan información semestralmente a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.	Número de IPS.	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.
Cartera reportada (millones de \$ corrientes).	Total de cartera reportada por las IPS.	Suma de la cartera reportada por las IPS durante un período de tiempo.	
Cartera reportada a 90 días y más (millones de \$ corrientes).	Total de cartera reportada por las IPS a 90 días y más.	Suma de la cartera a 90 días y más reportada por las IPS durante un período de tiempo.	
Cartera promedio por IPS.	Promedio del total de cartera reportada por las IPS.	Suma del total de la cartera / Total de IPS que reportan en un período de tiempo.	
Cartera promedio a 90 días y más (millones de \$ corrientes).	Promedio del total de cartera reportada por las IPS a 90 días o más.	Suma del total de la cartera a 90 días o más / Total de IPS que reportan en un período de tiempo.	
Participación de la cartera a 90 días y más.	Porcentaje de cartera de 90 días o más del total de cartera reportada por las IPS.	Total de cartera de 90 días o más / Total de cartera de IPS.	



Qué dicen estos datos...

EN LOS ÚLTIMOS SIETE AÑOS, según la información reportada por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), la participación de la cartera a 90 días y más presenta un comportamiento similar, con un promedio de 48,77%, siendo el porcentaje más alto presentado en el 2003 y el más bajo en el 2006. El porcentaje para el año 2007, con corte a diciembre, se encuentra en el promedio de los últimos años (48,40%).

Es importante observar que la participación de la cartera de las IPS a 90 días y más ha permanecido alta en los últimos siete años. Alcanzó a estar por encima del 50% los años 2003 y 2004, y luego disminuyó levemente, pero la tendencia de los años 2005 y 2007 es nuevamente al aumento. La cartera vencida expresa un mayor riesgo que pueden tener las IPS de deterioro de la cartera, es decir, de recuperar estos recursos.

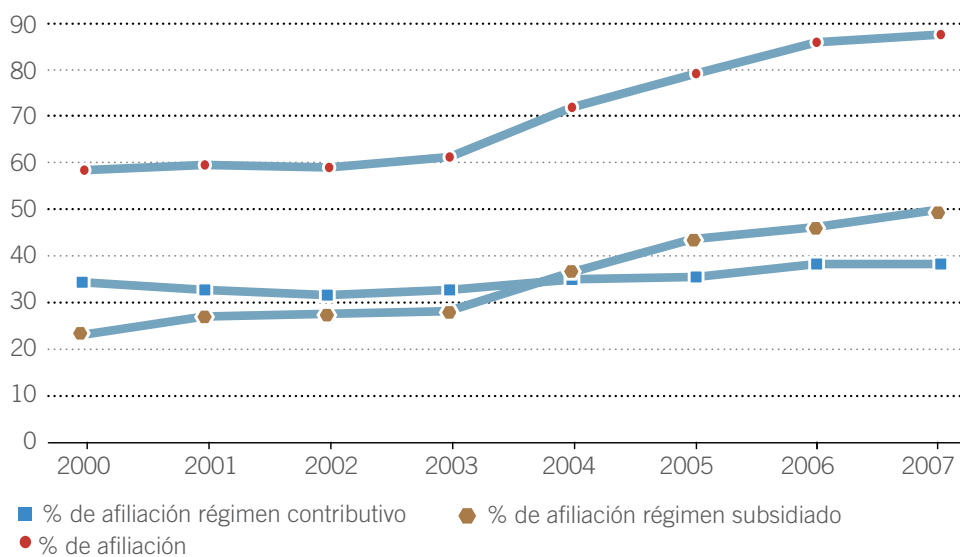
V. ASEGURAMIENTO

Esta área recopila y analiza los datos totales y porcentajes de cobertura de afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado y de la población no asegurada, teniendo en cuenta las proyecciones de población del Dane para Colombia a partir del Censo 2005, con el fin de hacer seguimiento a una de las principales estrategias del SGSSS y la tendencia de progreso hacia alcanzar la meta propuesta en la Ley 1151 de 2007, de aseguramiento universal en Colombia para el año 2010.

1. Porcentaje de población asegurada.
2. Porcentaje de población afiliada al régimen contributivo.
3. Porcentaje de población afiliada al régimen subsidiado.

Indicador	Año								Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
% de cobertura por afiliación al régimen contributivo.	35.23	32.68	31.86	32.99	35.07	36.22	39.10	38.72	Ministerio de la Protección Social-Dane
% de cobertura por afiliación al régimen subsidiado.	23.61	27.13	27.69	28.36	36.71	43.32	46.32	49.19	
Porcentaje de afiliados al SGSSS.	58.84	59.81	59.55	61.35	71.78	79.54	85.42	87.91	

TENDENCIA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD COLOMBIA, 2000-2007



Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008



Qué dicen estos datos...

DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN QUE SE PRESENTA, el régimen subsidiado ha duplicado su cobertura por afiliación en los últimos ocho años, lo cual ha contribuido a que la afiliación al Sistema General de Seguridad Social presente una tendencia positiva, pero este mayor aseguramiento es a expensas del régimen subsidiado, pues la tendencia de afiliación al régimen contributivo se ha incrementado en menor grado.

Este crecimiento del régimen subsidiado ha sido ascendente durante los últimos ocho años, presentando, por ejemplo, un aumento porcentual entre los años 2003-2004 de 8,35% y entre 2004-2005 de 6,61%. Un comportamiento diferente es el que se observa en los años 2006 y 2007, en los cuales, a pesar de un aumento en la afiliación, el crecimiento va en descenso, ya que su aumento fue tan sólo del 3 y 2,87%, respectivamente.

La afiliación al régimen contributivo, como se observa en la gráfica, no ha tenido una tendencia similar a la del régimen subsidiado. El mayor crecimiento se presentó en los años 2004 y 2006, con un incremento con respecto a los años anteriores del 2,98 y 2,88%, respectivamente. En el año 2007 se presentó un crecimiento negativo de -0,38%

Uno de los principales factores que han afectado la afiliación al régimen contributivo podría ser que las personas que han perdido su empleo no tienen la capacidad de realizar los aportes a la seguridad social, con el agravante de que tampoco pueden acceder al régimen subsidiado, pues tienen haberes que les impiden, en la encuesta del Sisben, ser beneficiarios de este régimen.

Esta aseveración cobra más vigencia con el nuevo sistema de pago de la seguridad social, conocido como Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (Pila), el cual exige pagar simultáneamente salud y pensiones. A manera de ilustración es importante, destacar que el salario mínimo para el año 2009 se fijó en \$496.900,00. Por este ingreso hay que cancelar la suma de \$141.617,00, la cual representa el 28,5% de su valor.

VI. MEDIO AMBIENTE

En razón de que una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y debido a su estrecha relación con los desenlaces en salud, se quiso incluir en esta publicación el último dato disponible de la cobertura de acueducto y alcantarillado por habitante tanto a nivel departamental como nacional, obtenido a partir del Censo 2005.

1. Cobertura de acueducto y alcantarillado

PORCENTAJE DE COBERTURA DE ACUEDUCTO POR HABITANTE		PORCENTAJE DE COBERTURA DE ALCANTARILLADO POR HABITANTE	
COLOMBIA, AÑO 2005		COLOMBIA, AÑO 2005	
DEPARTAMENTO	(%)	DEPARTAMENTO	(%)
BOGOTÁ, D.C	98,43	BOGOTÁ D.C	97,60
QUINDÍO	96,70	QUINDÍO	92,21
VALLE	93,83	VALLE	89,36
RISARALDA	92,50	RISARALDA	88,94
ATLÁNTICO	89,44	CALDAS	83,05
CALDAS	87,76	ANTIOQUIA	79,75
ANTIOQUIA	85,68	META	78,82
ARAUCA	84,35	NORTE DE SANTANDER	76,80
SANTANDER	82,99	ATLÁNTICO	75,30
NORTE DE SANTANDER	82,60	SANTANDER	73,13
TOTAL COLOMBIA	82,00	ARAUCA	71,79
CUNDINAMARCA	81,97	TOTAL COLOMBIA	71,21
CESAR	81,16	TOLIMA	69,44
TOLIMA	80,78	CUNDINAMARCA	68,34
HUILA	79,75	HUILA	64,99
BOYACÁ	79,22	CESAR	63,75
META	78,21	CASANARE	62,66
BOLÍVAR	70,87	CAQUETÁ	57,92
CASANARE	70,84	BOYACÁ	55,20
SUCRE	70,82	PUTUMAYO	48,28
NARIÑO	69,62	SUCRE	47,94
MAGDALENA	69,17	NARIÑO	45,58
VAUPÉS	68,99	BOLÍVAR	43,17
CAQUETÁ	68,90	VAUPÉS	42,79
CAUCA	65,06	CAUCA	42,59
CÓRDOBA	53,34	GUAVIARE	40,03
AMAZONAS	51,79	MAGDALENA	38,94
LA GUAJIRA	47,33	AMAZONAS	36,68
SAN ANDRÉS	45,98	LA GUAJIRA	35,55
PUTUMAYO	44,85	CÓRDOBA	21,42
VICHADA	41,31	GUAINÍA	16,52
GUAVIARE	40,10	CHOCÓ	14,42
GUAINÍA	29,83	SAN ANDRÉS	12,54
CHOCÓ	20,43	VICHADA	6,42

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008



Qué dicen estos datos...

DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS, ha sido una prioridad del gobierno nacional, por medio del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, proveer de agua segura y saneamiento a todos los colombianos.

Vista en conjunto, la cobertura de acueducto es del 82%, mientras que la de alcantarillado es del 71%, coberturas éstas que aún tienen mucha oportunidad de mejorar. Al analizar de manera desagregada por departamento, vemos que esta cobertura está por debajo del 50% en siete departamentos entre los cuales se encuentran La Guajira, Guainía, Vichada y el Chocó, con apenas algo más del 20%.

En cuanto a alcantarillado, a pesar de que la cobertura se desarrolla principalmente en centros urbanos, tenemos quince departamentos con coberturas por debajo del 50%, de los cuales Vichada tiene la más baja con apenas un poco más del 6%.

Capítulo III

Foro Año 2008: “Así va la salud en Colombia: los últimos quince años del sector”

EL FORO ANUAL DE ASÍ VAMOS EN SALUD Tuvo por objeto en el 2008 realizar un seguimiento al sector salud, dando una mirada retrospectiva a los acontecimientos en materia de equidad, intermediación, financiación y calidad que se han presentado en Colombia, a raíz de la reforma de la seguridad social, a lo largo de estos quince años.

Los comentaristas que presentaron sus opiniones en los temas señalados fueron los doctores Augusto Galán Sarmiento, en el tema de equidad; Juan Pablo Uribe Restrepo, en el tema de intermediación; Luis Carlos Valenzuela Delgado, en el tema financiero y de gobernabilidad, y Carlos Édgar Rodríguez Hernández, en el tema de calidad.

El viceministro de Salud Carlos Ignacio Cuervo rindió cuentas a los expertos del sector salud asistentes al Foro, en los diferentes temas.

A continuación se presentan las ponencias.

TEXTO DE LA PONENCIA DE AUGUSTO GALÁN SARMIENTO

Equidad: 15 años después de la reforma

Quiero, en primer lugar, agradecer a los organizadores de este foro por invitarme a participar en condición de ponente. Me correspondió en el día de hoy dirigirme a ustedes sobre un tema clave de evaluación del SGSSS en particular y del desarrollo social en general: la equidad.

Permítanme empezar por hacer unas reflexiones generales.

La equidad puede tener diversas definiciones o interpretaciones. En el diccionario aparece que es la “disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece”. Las más técnicas,

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

como la de Starfield, establecen la equidad como la “ausencia de diferencias en salud entre poblaciones determinadas social, demográfica o geográficamente”.

En cuanto a nuestra definición legal en salud, los ámbitos de la equidad determinados explícitamente son: por nivel de ingresos de las personas, por acceso a los servicios de salud y por estado de salud. Sin embargo, es claro que nunca podremos perder de vista que también existe una responsabilidad igual de evitar cualquier forma de discriminación en los ámbitos más amplios por razón de género, raza, origen regional o familiar, religión u opinión política o filosófica.

Cuando pienso en la equidad de nuestro sistema de salud, lo primero que se me viene a la mente es lo que ocurría antes de 1993, cuando existían tantos planes de salud como entidades que ofrecían coberturas en este tipo de atenciones. Más de mil cajas de previsión (Cajanal, la más grande), sin contar al ISS, Ecopetrol, el magisterio, los hospitales y los servicios médicos que administraban muchas empresas públicas. Cada uno tenía un paquete de beneficios para su estrecho grupo poblacional.

Por eso, un primer gran avance en equidad en salud fue tomar la determinación de establecer un solo POS para los ciudadanos. Avanzamos. De cientos, casi miles de planes que existían, pasamos a los seis que tenemos hoy.

Hay otro aspecto que cabe destacar en esta materia: la creación de un fondo común para los recursos financieros, sustentado en la solidaridad, con mecanismos de compensación, y que tiende a operar con una sola lógica financiera para todos los ciudadanos. El fondo ha sido el instrumento de la arquitectura financiera del SGSSS que ha permitido que el gasto en salud se haya tornado más justo. En 1992, alrededor del 55% del gasto total era privado y de bolsillo. Hoy la situación es inversa: más del 80% es público de seguridad social y menos del 10% es gasto de bolsillo².

Por otra parte, los subsidios en salud ahora llegan a los más pobres. En 1992, el quintil más pobre de la población recibía tan sólo el 20% de los subsidios para salud. Hoy en día, ese porcentaje se duplicó: el 41% de los subsidios llega al quintil más pobre y el 82% de éstos a los tres primeros quintiles de la población³.

La cobertura del aseguramiento se ha ampliado aceleradamente. En 1992, sólo el 20% de la población estaba cubierta. En la actualidad, alrededor del 90% de la población está asegurado en salud^{4,5}. La posibilidad de alcanzar la universalidad antes del año 2010 es una realidad cada vez más próxima.

Los logros anteriores han generado un aumento en el acceso a los servicios de salud y un incremento muy importante en materia de equidad. Avances tanto en las zonas más pobres de las grandes ciudades, como en las áreas rurales, destacados por diferentes estudios^{6,7,8}.

En lo referente a uso de los servicios de salud los estudios más reconocidos han demostrado⁹ la tendencia a una baja en las inequidades: probablemente la mayor cobertura en aseguramiento facilitó el uso de servicios profesionales de salud entre los más pobres y las zonas rurales.

1. *Diccionario de la lengua española*, vigesimosegunda edición, 2001.

2. DNP, 2002..

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

4. *Ibid.*

5. Dane, múltiples encuestas.

6. Acosta, Flórez y Cols. *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*. Fundación Corona, DNP, Universidad de los Andes, Universidad del Rosario, 2007.

7. Giedion y cols., *Providing Health Insurance to the Poor: The Colombian Experience*. March 2007

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

9. *Ibid*

La salud reproductiva ha aumentado significativamente en los últimos quince años, durante los cuales ha habido también mejoras de la equidad por zonas, regionales y económicas. La cobertura en vacunación mostró un retroceso inicial que, con el tiempo, se ha corregido y que tuvo que ver claramente con debilidades de gestión del nivel central.

Los avances en equidad han estado relacionados con la reforma al sistema de salud, y en particular con la implementación del RS. La afiliación al RS facilita el uso de los servicios, especialmente entre la población pobre: el RS contribuye a aliviar la inequidad económica en el uso de los servicios

No obstante, en el 2005 se observaban niveles de inequidad importantes tanto a escala zonal, como de región y nivel de riqueza. De acuerdo con el estudio de Acosta y Flórez¹⁰, “De las inequidades en aseguramiento que persisten en el 2005, las de nivel económico son las más agudas, mientras que las de género son las menos marcadas”.

En relación con el estado de salud de la población¹¹, hace más de doce años se empezó a implementar la reforma de salud, y los indicadores del estado de salud parecen haber cambiado muy lentamente. Hay varias posibles explicaciones:

En primer lugar, el estado de salud depende de muchos otros factores, además del aseguramiento, entre los cuales están ingresos, contexto social, condiciones de la vivienda y hogar.

Es probable también, que los indicadores de salud que se han considerado sean de más largo plazo que el tiempo que ha transcurrido desde la reforma. De igual manera, es evidente que tenemos que mejorar aún más la calidad de los servicios para que se generen efectos importantes en el estado de salud.

Por último, los resultados indican que los departamentos de menor nivel de desarrollo son los de menor cobertura en los servicios de salud y los de mayor incidencia de peores estados de salud¹².

Podemos decir, entonces, que en materia de equidad los resultados son agridulces para el sector salud. Hemos tenido avances colectivos muy significativos, en especial relacionados con la justicia en el financiamiento, en la focalización de subsidios y en la ampliación de la cobertura del aseguramiento de la población más pobre, todo lo cual ha permitido un incremento agregado en el acceso a los servicios de salud y al uso de éstos. Las evaluaciones sobre el estado de salud de la población no son concluyentes, entre otras razones por las debilidades en el sistema de información.

Los anteriores logros se encuentran limitados por las reveladoras desigualdades regionales, signadas adicionalmente por otros factores determinantes de la salud que no podemos soslayar.

PROPUESTAS

La reforma en salud es una quinceañera. Nuestro SGSSS se halla en la adolescencia. Como tal tiene las tensiones de quien se descubre *ad portas* de la madurez. El aniversario de los quince años de la reforma en salud, nos encuentra en el momento en que el Gobierno Nacional viene efectuando ajustes al modelo, nacidos de los análisis hechos de las discusiones tenidas y de las decisiones adoptadas en el marco de la expedición de la Ley 1122 de 2007.

10. Acosta, Flórez y Cols. *op.cit.*

11. *Ibid*

12. *Ibid*

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

Pero además la sentencia T-760 ha traído una nueva dinámica, que aunque con seguridad no toma por sorpresa a los máximos responsables del sector, sí le imprime un impulso adicional al empeño por lograr avanzar en la consolidación de un modelo que ha demostrado unos resultados que sorprenden gratamente a los foráneos, pero que en el interior todavía despierta dudas y resquemores.

Es claro que se debe cumplir con el mandato de la sentencia T-760. Sabemos que el gobierno nacional viene trabajando en ese sentido. Pero más allá del cumplimiento de la sentencia, esta es una oportunidad para que, como sociedad, definamos con mayor precisión hasta dónde podemos llegar y qué estamos en capacidad de ofrecer a todos los colombianos en igualdad de condiciones, para alcanzar el máximo disfrute del derecho a la salud que nuestra realidad social y económica nos pueda permitir.

La sentencia T-760 nos ha llevado al momento de sincerarnos como nación en esta materia. El contrato social en salud no es claro. Tiene vacíos e interpretaciones. Debemos refundarlo. Aprovechar los avances que hemos alcanzado a lo largo de estos años; aclararlo de conformidad con las sentencias legales y a los pactos internacionales de los que Colombia forma parte, y corregirlo en la gestión operativa de aquellos puntos que todavía tienen dificultades.

En materia de fortalecer los avances que ha habido en equidad, no creo que exista duda de continuar con el financiamiento del SGSSS a partir de un fondo común y colectivo que se base en la solidaridad.

Me parece que tampoco deben existir dudas en torno a acrecentar dicho fondo con la sumatoria de impuestos a la nómina e impuestos generales de origen central y regional, así *como todos los demás recursos relacionados con la salud*, si lo que se quiere es corregir la inequidad mediante un único paquete integral de servicios de salud financiable, que de manera explícita incluya las atenciones básicas y colectivas, pero que también responda al perfil epidemiológico que confronta el país por razón de la atención de las condiciones médicas más frecuentes y que mayor impacto producen en la salud y en la estabilidad financiera de las familias colombianas.

De igual manera, pienso que la gestión de la descentralización ha de revisarse para que se conozca mejor el impacto que el sistema de salud ha producido sobre las capacidades institucionales a nivel local y para que haya mayor compensación financiera y equidad interregional entre las competencias atribuidas a los municipios y los recursos que tienen para cumplirlas.

El dinero para la salud que les llega a las poblaciones más pobres, por distribución de los recursos exógenos y endógenos de los entes territoriales, podrían tener una asignación más equitativa. Hoy, mientras algunos reciben más dinero del que requieren para cubrir la población pobre de su región, otros no cuentan con los recursos precisos para atender a sus ciudadanos más necesitados.

No existe un mecanismo diseñado para que los excedentes de los unos ayuden a cubrir los faltantes de los otros. La Ley 715 establece unas fórmulas de distribución de los recursos que podrían corregir la situación a largo plazo. Pero debemos resolverla cuanto antes para incrementar la cobertura y la equidad en el régimen subsidiado, sin necesidad de aumentar dineros sino manejando con más eficiencia los existentes¹³.

13. Una alternativa sería establecer un esquema de compensación entre municipios ricos y pobres, a través de la subcuenta de solidaridad del Fosyga. Los recursos de la subcuenta podrán ser priorizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para alcanzar la cobertura universal en salud de los municipios de sexta categoría, luego los de quinta y así sucesivamente, unidos a los del sistema general de participaciones,

La otra parte clave del contrato social en salud, fundamentado en la igualdad, es el POS. En él se hace efectivo y se materializa el derecho a la salud para los pacientes y usuarios mediante el acceso equitativo a su disfrute. Subsisten aún seis planes de salud diferentes en el país. Hay que unificarlos en uno solo.

En la definición del POS no se atendió en la debida forma la carga de enfermedad que el país enfrenta. Es una “lista de mercado” de procedimientos, intervenciones, suministros y medicamentos, alejada de la carta de cuidado integral que debe tener cada enfermedad, desde la prevención hasta la rehabilitación.

El POS se debe reorganizar. Unificar los seis POS que hay requiere definir primero el alcance del derecho a la salud y segundo determinar decisiones trágicas mediante un racionamiento de las prestaciones. El sistema lo necesita para que se eliminen muchas de las dificultades operativas que padece. Pero sobre todo para que el acceso a los servicios se facilite, el derecho a la salud se materialice con mayor equidad y sepamos con claridad cuál es el paquete de servicios que estamos en capacidad de financiar para todos los colombianos. Es claro que no hay plata para todo.

En esa reorganización se debe tener cuidado de no generar incentivos que desestimen la afiliación al régimen contributivo y estimulen el acceso al POS por vía del subsidio de personas que, en realidad, tienen la capacidad de aportar solidariamente al fondo común que financia el SGSSS.

Para finalizar, en estos aspectos de propuestas de avance y mejoramiento de lo que hemos alcanzado, comparto el criterio de quienes señalan que para trabajar la equidad debemos definir unas metas más concretas y precisas. Nos debemos preguntar si éstas se hallan o no dentro del Plan Nacional de Salud Pública, mucho más cuando Colombia suscribió las metas del milenio como un propósito preciso.

Determinar con exactitud, por ejemplo, cuáles son nuestras metas colectivas y a cuántos años, para llevar las tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna, embarazo en adolescentes, grado de nutrición y niveles de cobertura en vacunación, a los estándares de países desarrollados.

Para esto debemos tener presente que el tema de equidad lleva implícito el tema de justicia social, que no siempre va de la mano con la eficiencia económica¹⁴. Por eso debemos determinar con mayor precisión la meta para disminuir la brecha que existe entre regiones. Qué vamos a hacer con el Chocó por ejemplo. ¡Tema de todos!

El propósito de la equidad en el acceso a los servicios de salud es “Proveer la libertad y la igualdad de oportunidades para obtener un adecuado y efectivo servicio de salud”. En lo referente a libertad, un punto muy concreto sobre el que debemos avanzar tiene que ver con una operación del régimen subsidiado igual a la del contributivo, de tal modo que los ciudadanos del subsidiado tengan la posibilidad de escoger libremente su asegurador y tener portabilidad y cobertura nacional del aseguramiento.

Por último, el derecho a la salud no será pleno y equitativo para los ciudadanos si no se alcanzan a satisfacción los otros determinantes sociales de la salud. Se deben mejorar las

14. Ejemplo: para reducir la equidad de la mortalidad materna en Colombia deberíamos invertir muchos más recursos en el Chocó, que es en donde más grave es el problema; sin embargo, dados los problemas estructurales, cualquier recurso que se invierta allí tendrá un retorno menor que si se invirtiera en otro lugar del país. Con todo, es un compromiso de la sociedad porque no quiere admitir que en Colombia haya lugares en los cuales los niños se mueran como si estuvieran en las condiciones de los niños de África.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

condiciones de vida de las personas en cuanto a educación, empleo, vivienda, nutrición, vías, así como eliminar las fuentes que impiden el disfrute de una democracia plena en lo político, lo económico y lo social.

Conclusiones

- » No se pueden desconocer los avances que el país ha logrado de manera colectiva en materia de seguridad social en salud. Hay que aprovecharlos, fortalecerlos y acrecentarlos.
- » La sentencia de la Corte es una oportunidad. Y hay que cumplirla dentro del marco del aseguramiento público en salud. Es una oportunidad para definir el núcleo central del derecho a la salud y los alcances de este último, de tal forma que podamos estabilizar el contrato social y lograr en el sector de la salud el equilibrio entre el bienestar y la autonomía individuales y la justicia social colectiva.
- » Es una oportunidad para que en ese contrato social de la salud se establezcan los compromisos que mejoren la operación del SGSSS en aspectos esenciales como el equilibrio financiero, la cobertura para los verdaderamente pobres y la reestructuración de un POS unificado y progresivo que sea constituido por condiciones médicas para que se estimule la competitividad por resultados en salud, se le agregue valor al sistema y a los usuarios y se fortalezcan los avances que en equidad se han tenido.
- » Hay que tener claro que la organización del SGSSS no es sino uno de los instrumentos para alcanzar el "más alto nivel posible de salud física y mental". Porque paralelo a la organización de servicios de salud se encuentra la necesaria satisfacción de otros determinantes sociales de la salud que son también esenciales para alcanzarlo.

TEXTO DE LA PONENCIA DE JUAN PABLO URIBE R.

Reflexiones sobre la intermediación en salud – quince años después

Introducción.

Trabajo en una entidad privada sin ánimo de lucro, que entre sus compromisos con el sector salud colombiano incluye, desde hace más de 25 años, la gestión de un hospital universitario comprometido con la excelencia, la innovación y la generación de conocimiento. Espero que eso no me deslegitime ante algunos de ustedes para hablar de un tema central para nuestro sector: la intermediación.

Empiezo con una pregunta no propiamente semántica: ¿la palabra "intermediación" es incorrecta en esta agenda? No lo creo. Su uso puede ser adecuado y no necesariamente peyorativo. De aquí se desprende un único argumento central que desarrollaré a continuación

las EPS no son aseguradoras; sólo en una franca función de intermediación que agregue valor al ciudadano estará el rol útil de las EPS en el futuro del sistema.

Desarrollo del argumento central

La incomodidad que en muchos en el sector salud colombiano genera la palabra “intermediación”, y la intensa e interminable discusión que de su uso puede esperarse, son simplemente el reflejo de una preocupante realidad: la persistente y muy grave indefinición, quince años después, del papel de las EPS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Estas entidades, sin duda alguna instrumento clave para el avance de la reforma de 1993 pero nunca un fin en sí mismas del sistema, empezaron como promotoras de salud, pasaron luego a ser administradoras de planes de beneficios, algunos ahora se refieren a ellas como aseguradores, mientras muchos las llaman intermediarias y ya casi todas ellas han optado por ser prestadoras.

¿Por qué toda esta confusión de las propias EPS y de quienes las miran desde afuera? Aquí hay un problema de fondo en el sistema de salud colombiano. Un problema que exige soluciones estructurales con liderazgo y visión sectorial a largo plazo.

Entre tanto, es interesante reflexionar sobre cada uno de estos términos, lo que implica, su valor dentro de un sistema de salud y su evaluación. Hagamos este ejercicio en el mismo orden cronológico en el que se han dado dichos términos.

Promotor: *que promueve o promociona.* En este caso, salud y bienestar. Dicha función, la original del modelo Ley 100, buscaba el desarrollo de una función expresa en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Su evaluación sería simple: determinar la realización estratégica (es decir, intencional y planificada) de acciones sistemáticas y efectivas en promoción y prevención y, más importante, de su impacto sobre individuos y grupos poblacionales en términos de mayor bienestar o preservación de éste.

Es evidente que esta función no se ha dado de manera central y prioritaria en las EPS (en algunas de ellas ni siquiera de modo marginal), por múltiples razones que no discutiré ahora. Pero esta renuncia a la función esencial de promoción de la salud, combinada con la descentralización del país de principios de los noventa, con la desaparición del Ministerio de Salud a principios de esta década y con la pobre ejecución histórica del PAB, ha llevado a resultados subóptimos en salud por todos conocidos.

Administrador: *quien atiende al cuidado y utilización adecuada de unos bienes.* En este caso, de planes de beneficios en salud. Algunas EPS podrán querer clasificarse acá. Pero ¿qué tanto puede una EPS administrar el plan de beneficios cuando éste es definido por un nivel superior (próximamente la Comisión de Regulación en Salud, Cres), actualizado sólo ocasional y marginalmente, interpretado de manera variable por todos, dadas sus amplias zonas grises y redefinido día a día por jueces y Comités Técnico Científicos (CTC) a través de tutelas y recobros?

Asegurador: *persona o entidad que asume el riesgo garantizado en un contrato de seguro.* Acá el tema central es el riesgo asumido. Pero las EPS no son aseguradoras en el sistema colombiano por al menos tres motivos: 1) no tienen en sus manos las responsabilidades del aseguramiento;

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

2) no realizan funciones propias de un asegurador en salud; 3) ¡cada vez más, se parecen a prestadores! Veamos.

1. Las EPS no tienen en sus manos las responsabilidades del aseguramiento. Éstas son intrínsecas o inherentes al diseño mismo del modelo colombiano y se expresan por vía contribuciones obligatorias sobre la nómina, participación en los ingresos de la Nación, solidaridad forzada, definición del POS y de la UPC en manos del ministerio, y –más importante– agregación del riesgo colectivo y de su aseguramiento financiero mediante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Seamos claros: el Fosyga es la expresión del aseguramiento financiero en salud de los colombianos. Por eso nos debe preocupar a todos su pobre desempeño y marcado deterioro.

2. Las EPS no cumplen las funciones de un asegurador en salud. Un verdadero asegurador en salud busca dos objetivos primordiales: a) intervenir sobre los riesgos individuales y colectivos de sus afiliados para reducir la siniestralidad y mejorar su estado de salud, y b) contratar para éstos (sus afiliados) los mejores servicios posibles en cuanto a calidad, seguridad y eficiencia. ¿Quién acaso acá ha recibido intervenciones directas o indirectas por parte de su EPS para reducir sus riesgos en salud? ¿Quién acaso está seguro de que, en esta desenfrenada carrera por reducir el gasto asistencial una vez incurridos los siniestros, su EPS le está garantizando la mejor contratación posible de servicios oportunos, integrales, seguros y de calidad?

Quiero detenerme dos minutos en el tema del control del gasto, a todas luces imperante en nuestro país. Esta es la etapa más primaria y básica de un asegurador. Los aseguradores modernos (incluso en la forma de sistemas nacionales de salud, como el NHS inglés o el sistema canadiense) ya evolucionaron, pasando a ser administradores de redes de servicios (enfocados en medicina basada en la evidencia y guías de manejo médico) y luego llegando a ser verdaderos aliados en la atención en salud, centrados en obtener el mayor bienestar posible para sus asegurados. Hace años entendieron que el costo en salud inexorablemente seguirá creciendo, por múltiples razones. Lo importante, más que luchar contra ello, perjudicando la atención de los ciudadanos, es lograr que sea adecuado, efectivo y eficiente.

Quedados en el tiempo en Colombia en este único interés de reducir costos asistenciales (¡ya van quince años de esta receta!), el papel desempeñado por las EPS no logra ser suficiente para agregar bienestar. Tampoco es sostenible a mediano o largo plazo, como ya se ha demostrado en múltiples países. ¿Por qué? Porque no genera confianza ni permite forjar alianzas duraderas. No contribuye al fortalecimiento institucional ni promueve la inversión y el desarrollo. No se refleja en mejores servicios día a día para los afiliados. Por último, y lo principal, no alcanza para justificar en nuestro país los inmensos costos de transacción financiados a través de un impuesto social cuya destinación específica es, precisamente, el gasto en salud.

3. Por último, ha sido tal el avance de la integración vertical que algunas EPS se parecen ya más a grandes redes asistenciales, autorreferenciadas, donde la función misma de EPS parece secundaria y simplemente necesaria para aportar financiación pública y población cautiva al objetivo prestacional, quedando estas entidades en una evidente posición incómoda para interpretar e implementar su papel de representación de sus asegurados en la compra de los mejores servicios posibles.

Llegamos entonces al término intermediario. **Intermediario:** *que actúa entre dos o más personas o entidades para ponerlas en relación.* En este caso, la EPS intermedia entre ciudadanos asegurados por el sistema y hospitales, clínicas y profesionales dispuestos para servirles, cumpliendo así un papel central

y significativo: asegurar por vía de la contratación una atención integral de la mejor calidad posible para sus afiliados. El tema central detrás de este rol de agencia es el de la información y coordinación, fundamental en salud dadas las marcadas asimetrías presentes. El indicador por excelencia de esta función debe ser el valor agregado para el ciudadano por la EPS en la compra de mejores servicios de salud en comparación con lo que cada uno de nosotros, obrando como compradores individuales, lograríamos adquirir. Acá es donde debe estar el rol futuro de las EPS.

Pero acabemos el análisis de términos. Sólo nos resta el de “**prestador**”. Acá no hay duda alguna. Prestadores en salud existen desde hace siglos. En todos los modelos de sistemas. Y se le debe evaluar en el mundo moderno por su capacidad de entregar servicios de calidad, seguros y eficientes.

Para terminar

Juan Luis Londoño, a finales del 2001 o comienzos del 2002, compartió conmigo una presentación suya que seguramente algunos de ustedes conocieron y recordarán. Mientras preparaba estas notas la encontré. Su título es: “¿Qué sigue después de la Ley 100?”. De él y de ella quiero destacar las siguientes seis reflexiones finales:

1. Antes que todo, antes que cualquier interés particular o rentista, debemos defender como país los principios de la solidaridad y la universalidad en salud. La Corte Constitucional ha ayudado sin duda alguna en esta defensa con su acertada sentencia T-760 de 2008.
2. Por ello, también debemos defender el instrumento que permite hacer efectivos estos principios para todos los ciudadanos: el modelo de *aseguramiento social*. Ojo: aseguramiento social, que no es lo mismo que aseguramiento privado, este último importante y valioso en otras dimensiones del desarrollo sectorial.
3. La importancia de avanzar en una estrategia de *integración funcional* de los servicios. Esta integración funcional siempre se ha podido, se puede y se podrá lograr sin tener que recurrir a la costosa, discutible y muy peligrosa integración vertical. Sólo se requiere de organizaciones serias que creen confianza en relaciones complementarias y de largo plazo. Afortunadamente, en nuestro sector aún persisten ejemplos de integraciones funcionales exitosas que recogen estos criterios.
4. Juan Luis Londoño resaltaba la importancia del “empoderamiento” de la demanda, lo que él llamó la “**libertad social**”, que no es más que la real libre elección por parte de los usuarios. “La libertad genera equidad”, afirmaba Juan Luis. Sin embargo, vaya ironía: hoy en el sector damos libertad de elección a los que pueden pagarla por fuera de la seguridad social (en planes complementarios y prepagos), pero no la garantizamos donde la ley la ordena, en los regímenes subsidiado y contributivo.
5. Su entendimiento de que este modelo colombiano, más que privatizador, era y debe ser el *modelo más intervencionista* del continente, con múltiples herramientas a disposición para corregir las fallas del mercado, las posiciones dominantes y la tendencia a la captura “privatizadora” por parte de grupos rentistas. Sin duda alguna, acá es donde más hemos fallado y seguimos fallando.
6. Juan Luis exponía una preocupación final: “la calidad como eje de la libertad social”. Qué tanto hemos olvidado esto. Garantizar la calidad de los servicios y una real libre elección por

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

parte de los usuarios debería ser el común denominador de todos en el sector. Es precisamente ahí donde las EPS deberían enfocar su esfuerzo: en una real función de representación e intermediación que les agregue valor a los ciudadanos, garantizándoles la contratación y prestación de los mejores servicios de salud posibles.

TEXTO DE LA PONENCIA DE CARLOS ÉDGAR RODRÍGUEZ H.

La calidad de la atención en salud

Voy a hacer cuatro comentarios sobre la calidad de la atención en el sistema de salud, tratando de obviar los comentarios de las presentaciones anteriores en razón del tiempo.

En primer lugar son apreciables desde mi perspectiva dos visiones generales de la calidad de la atención en salud en Colombia:

Por una parte, una visión que señala deterioros en la calidad ofrecida a la población, con problemas especialmente de restricción al uso de los servicios, dificultades para acceder a determinadas prestaciones, excesivas transacciones, problemas de oportunidad, cierto grado de insensibilidad e indolencia general frente a las necesidades de los usuarios y escaso interés en resolver de fondo los problemas, sin que los usuarios tengan que acudir a presiones legales, entre otros aspectos.

Por otra parte, una perspectiva más positiva, que ve desarrollos importantes en materia de mejoramiento de la calidad de la atención, reconoce los esfuerzos hechos en la conformación de un sistema de garantía de calidad y plantea para el sector posibilidades diversas, entre otras la exportación de servicios de salud y la ubicación de nuestro sector como un sector de "clase mundial", tal cual lo han planteado el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, y el DNP, recientemente. Sobre esta segunda perspectiva hay algunas evidencias y antecedentes importantes; por ejemplo, la experiencia de la creación de los *clusters* exportadores en las principales ciudades del país, la intención y algunos desarrollos normativos en materia de zonas francas en salud, la experiencia de exportación de servicios de diferentes clínicas y hospitales del país, que tiene una tradición y que las ubica como instituciones con oferta de alta calidad y posibilidades de competir con sus pares del mundo, con buena calidad y a menor precio.

Entre los problemas principales que tenemos para armonizar estas dos visiones están la dificultad de comparación histórica, la enorme heterogeneidad institucional e incluso geográfica, las deficiencias en materia de indicadores que trasciendan de las medidas de productividad a las de calidad y algunos problemas con la difusión de información, pues en ocasiones lo que trasciende es lo negativo, los errores, las dificultades del sector, y no se reconocen los millones de atenciones exitosas y los avances alcanzados en aplicación de ciencia y tecnología.

El segundo punto es hacer un balance mínimo del desarrollo del sistema obligatorio de garantía de calidad. En este campo se ha avanzado con decretos y resoluciones claves desde el año 1994. Creo que tenemos logros importantes en la definición de requisitos mínimos de entrada, en una concepción de la auditoría para el mejoramiento, en el sistema de información para la calidad (en forma muy incipiente) y en el despegue de la acreditación en salud, como un instrumento importante para demostrar el cumplimiento de requisitos superiores de calidad. En este punto es fundamental trabajar para que haya equilibrio de exigencias en todo sentido: prestadores y aseguradores, sector público, sector privado, regiones, etc. Son importantes los avances en materia de exigencias de habilitación para las EPS, pero es evidente que hay que fortalecer la vigilancia y el control, tanto para prestadores como para aseguradores y desde luego se requieren incentivos para aquellos que cumplan más y mejor con sus compromisos con el sistema.

Creo que en materia de incentivos hay un esfuerzo notable del gobierno, pero los mensajes son todavía insuficientes. En todo caso, es importante que el sector valore más lo que tenemos en Colombia en lo referente a ordenamiento jurídico para la calidad; cuando se revisa este tipo de ordenamiento en otros países de América Latina, es claro que nosotros tenemos unas ventajas y unos avances importantes, que pueden ser útiles en la discusión de la competitividad internacional del sector. También cabe resaltar los esfuerzos voluntarios de las instituciones de salud en la búsqueda de la calidad a través de diversas herramientas, como la certificación en las normas ISO. En todo caso, es bueno que sí se tienen instrumentos específicos en el sector trabajo con ellos.

El tercer tema se relaciona con algunos aspectos técnicos que merecen mención especial; destacaría los desarrollos en materia de seguridad del paciente, la aproximación al enfoque de riesgo desde una perspectiva que involucra el aseguramiento, la conformación de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud y algunos avances de la acreditación en salud. En el tema de seguridad de paciente, creo que hay avances importantes en un tema complejo, la participación en el estudio Ibeas (Iberoamericano de Seguridad de Paciente) puede aportar datos valiosos sobre prevalencia e incidencia, ayudarnos a desarrollar metodologías de abordaje etc. El ministerio ha generado herramientas y aportado elementos útiles. Se requieren definiciones más precisas y, sobre todo, lograr acuerdos para evitar que el reporte del evento adverso y la filosofía de prevención se conviertan en argumento para la glosa y aumento de las transacciones en el sistema. En cuanto al enfoque de riesgo, este es un aspecto clave del enfoque de los sistemas de calidad, que puede ayudar a que las EPS enfoquen mejor su gestión, y en lo relacionado con la unidad de normalización creo que es un espacio vital para la discusión sobre el tipo de estándares que necesita el país; ese espacio debe ser aprovechado y utilizado para proponer mejoras en los estándares. Desde nuestra experiencia como organismo de acreditación en salud, creemos que es posible optimizar los estándares, introducirles una visión más global de la concepción de salud, por ejemplo elementos de promoción y prevención, aspectos de la gestión en salud pública, etc. A la vez, es necesario desarrollar estándares para involucrar a todo tipo de instituciones.

En cuanto a la acreditación en salud, cabe destacar el trabajo que han realizado las instituciones para cumplir exigencias superiores; los estándares y el método de evaluación deben ser exigentes, para ser fieles a la filosofía del sistema. Aunque el número de instituciones es limitado, debe ser claro que solamente obtendrán la acreditación las que hayan logrado la transformación cultural que el sistema propone; entonces, aunque sería deseable que muchas instituciones se acreditaran, es evidente que el crecimiento será lento. El proceso de

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

acreditación internacional ante la ISQUA (Sociedad Internacional de Calidad de Atención en Salud) se encuentra en un fase avanzada, con esto pondremos la acreditación en salud de Colombia en el nivel de los nueve organismos del mundo que tienen este tipo de reconocimientos. Debe tomarse en cuenta que seríamos el primer modelo con esa acreditación en América Latina y que ello nos equipararía a nivel internacional y le daría a nuestro sello el mismo alcance que el de otros organismos que ofrecen este servicio. Lo más importante es que se considere, que la acreditación es un medio, más que un fin, y que se ha ido convirtiendo en un fuerte impulsor del cumplimiento de requisitos obligatorios, que son necesarios si se quiere obtener la acreditación.

Como cuarto punto, y ya para terminar, es fundamental desarrollar mecanismos para lograr la participación activa de los usuarios en el mejoramiento de la calidad; en este aspecto, creo que tenemos que desarrollar mejores estrategias. Hemos construido algunos estándares en materia de promulgación de derechos por parte de las instituciones, pero se necesita fortalecer muchos mecanismos, en especial los relacionados con las posibilidades reales de ejercer el derecho a la libre elección. Algunos esfuerzos de participación activa, por ejemplo en las asociaciones de usuarios, se tiene que fortalecer y realmente escuchar. Un ejemplo interesante puede ser la difusión de información para que los usuarios apoyen a los profesionales de la salud y contribuyan a reducir la incidencia de los eventos adversos.

TRANSCRIPCIÓN DE LA PONENCIA DE LUIS CARLOS VALENZUELA:

Gobernabilidad y financiación del sistema de salud colombiano

Creo francamente, que la reciente sentencia de la Corte Constitucional es una de las medidas económicas más trascendentales que se han tomado en Colombia en los últimos diez años. Los economistas nunca han tenido una buena relación con la Corte Constitucional, porque dicen que la Corte hace política económica y esa no es su función. Yo creo que la Corte Constitucional, y la he defendido siempre en esto, sí hace política económica; muchas veces hace política económica para llenar los vacíos que dejan tanto el ejecutivo como el legislativo, que son enormes. Pero mucho más importante: creo que la Corte Constitucional, más que hacer política económica, defiende una noción de economía que está implícita en la Constitución. La noción del tipo de sociedad que se quiere construir, de la concepción ética de la sociedad que se quiere construir, de qué es lo que está bien, de qué es lo importante, de qué es lo más relevante, está definida en la Constitución. Esa es la función económica de la Constitución: determinar un concepto muy importante en economía que es el de la función de bienestar.

Funciones de bienestar hay todas las que uno quiera: hay funciones de bienestar desde toda la noción Taoísta de negación de posesión, pasando por la noción hedonista de placer, hasta la noción de *Bentham* de acumulación. La Constitución colombiana es muy clara en noción de cual es su posición de bienestar. Su concepción de bienestar es una concepción de equidad, y toda la política económica, cosa que no ocurre la mayor parte de las veces, debería dirigirse a garantizar esa concepción de equidad de la función de bienestar.

Con el mayor respeto, los poderes públicos están bien definidos. Otra vez, la noción de bienestar la define la Constitución. El ejecutivo, con todo lo importante y lo relevante y lo mediático que es, no deja de ser otra cosa que un ejecutor, como su nombre mismo lo dice. La Constitución y los garantes de la Constitución, que desde el punto de vista funcional es la Corte, priman totalmente sobre el ejecutivo.

Salvo que acá se decidiera cambiar la Constitución, Colombia optó por una noción socialdemócrata donde prima una noción de equidad sobre crecimiento y riqueza. Y quienes hemos estado más del lado macro, pues básicamente nos hemos mantenido en esa pelea brutal contra la Constitución, nos molesta la noción de una función de bienestar donde prima la equidad; la mayoría de quienes hemos estado ahí hemos estado asociados a una noción de que nuestra función es la creación de riqueza a través de eficiencia, por lo que la equidad constituye simplemente una resultante posterior de la riqueza.

Creo que lo que hace esta sentencia de la Corte es recordarle al ejecutivo, que el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de la Protección Social, que la función central es esa función de bienestar; que la creación de riqueza y el crecimiento son funciones subordinadas y que el Estado está equivocando completamente el orden. Esa noción con que hemos trabajado los economistas, de que primero generamos riqueza y en algún momento se va a generar esa función de equidad, en esa sentencia se manifiesta que no es así y la orden que le vuelve a dar al ejecutivo es que la prioridad –y la prioridad la vuelve un acto casi inmediato– es la satisfacción de esos derechos fundamentales asociados a la salud.

Me impactó particularmente la forma como muy educadamente la sentencia contesta de manera previa lo que el Ministerio de Hacienda le va a argumentar. La sentencia le dice muchas veces al Ministerio de Hacienda: necesitamos saber que eso es bastante menos absurdo de lo que suena; que la noción de restricción presupuestal no es válida, porque esa es la función esencial del Estado. ¿Por qué no es válida? Porque es la esencial. Y también le dice que si en un momento dado hay necesidad, se restrinja la cobertura del POS en aras también de una función de equidad. Está contestando desde la entrada la sentencia de la Corte que no está jugando al populismo, no está jugando a sacar los recursos de cualquier manera. Pero por ahora vamos a entender qué quiere decir esa función de prioridad.

Otra vez vuelvo atrás porque creo que esto es un tema fundamental: uno no puede confundir ni homologar riqueza con bienestar. El concepto de bienestar está repetido múltiples veces en la Constitución colombiana, mientras que el concepto de riqueza prácticamente no aparece, en ese mismo orden de ideas, la palabra equidad está a lo largo y ancho de la Constitución colombiana, en tanto que la palabra eficiencia aparece, apenas cuatro o cinco veces. Eso no es gratuito, y no voy a entrar en detalles sobre eso, no es gratuito por la base ideológica que tiene la Constitución, que es la base de libertad como justicia de Rawls. No es simplemente un error ni es un acto populista.

Quienes hemos sido educados en materia económica tenemos unos grandes sesgos ideológicos, donde nuestra noción de eficiencia, básicamente, lo que dice es: no se deben hacer juicios de valor entre las personas; el bienestar de unos y de otros no se puede comparar; no tiene mayor valor el incremento de bienestar de una persona “x” o de una persona “y”; eso es una cosa de un precio ideológico brutal, es hacer caso omiso de cualquier noción de equidad. Se parte de un concepto que dice que la noción de eficiencia de los economistas es la noción de neutralidad; la noción de no hacer juicios de valor porque los incrementos o los decrecimientos de utilidad tienen igual valor para cualquier individuo.

Esta sentencia dice en cuatrocientas páginas, para horror de quienes hemos tenido esa educación, dice que eso es una barbaridad inaudita; que la noción de equidad prima; que no

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

hay tal cosa como no comparabilidad en las diferentes nociones de bienestar y, evidentemente, quien menos tiene, el incremento de su bienestar tiene mucho mayor valor para la sociedad. ¿Qué quiere decir eso? Quiere decir que no es simplemente esperar a que haya un excedente económico, con las condiciones actuales, para que finalmente se puedan garantizar esos derechos fundamentales, garantizar esa dignidad asociada a la salud. Quiere decir que es inmediato y no como un excedente en el proceso de creación de riqueza. Estas cosas parecen muy genéricas, pero tienen una importancia muy grande en la formulación de la política económica. Por eso la dificultad del Ministerio de Hacienda de aceptar que esto no tiene características altamente populistas.

Por otro lado, pienso que si no hay una acción del ejecutivo de ordenamiento de esta Sentencia, va a ser completamente catastrófica. Pero no la sentencia, sino la no implementación correcta de la sentencia.

Porque otra parte que es tremenda, porque esa cultura la fuimos adoptando, es que en la Constitución, los derechos negativos, los del no hacer, los que no cuestan, los que no tienen características prestacionales, esos sí son una obligación inmediata. Pero los derechos positivos, los que conllevan la obligación de hacer por parte del gobierno, tienen una gradualidad hasta cuando la situación fiscal o hasta cuando la situación económica bien lo permita. Y ahí llega un poco el punto que para mí es central: el ejercicio, porque la Constitución parece una lista de navidad. Sean serios. Claro que sería fantástico que todo el mundo tuviera vivienda; claro que sería fantástico que todo el mundo tuviera salud; claro que sería fantástico que el nivel de educación fuera mucho más alto del que es; pero tengan un mínimo de sensatez y vean cuáles son las restricciones económicas de este país.

Ojo con eso porque yo creo que esa es la tendencia de hacer los números del Ministerio de Hacienda y así es exactamente como los números no se deben hacer. Porque la tendencia sería decir: yo tomo cuales son mis ingresos tributarios, después resto todas las rentas de destinación específica, le resto el servicio de deuda y ahí me quedan unos recursos libres para efectos de cubrir obligaciones adicionales. Esa no es la manera de hacer las cosas absolutamente para nada.

Y otra cosa que dice la sentencia es: priorice. Y no lo dice sólo la sentencia, sino que está incorporado en la ley de presupuesto. ¿Qué quiere decir priorizar otra vez? Que la primera función del Estado es la garantía de esos derechos fundamentales. Entonces vienen las preguntas: ¿La función del Estado es hacer exploración petrolera o es esa función constitucional de bienestar? Y ¿Por qué si tenemos el tiempo de espera a ese rendimiento que eventualmente podría generar esa ruleta rusa que es la exploración petrolera, pero consideramos una inversión no rentable la inversión en salud? Consideramos que esa generación de bienestar no genera riqueza, pero jugar ruleta con los recursos públicos. Hay una confusión ahí absolutamente brutal.

Entonces lo que está diciendo la sentencia es: cuando yo tengo para aquello que no va a garantizar derechos fundamentales, quiere decir que me sobran los recursos. La Corte Constitucional no tiene que decir como manejar los recursos; esa es función del Estado, de un Estado con restricciones, pero la restricción nace de cuando el recurso no existe. Y es que un Estado que se da el lujo de generar un excedente, de generar una exención de impuestos del 40% de las utilidades a todo el sector productivo –algo más regresivo que eso pocas veces se ha generado en la historia económica de este país– no puede afirmar que no tiene recursos para garantizar otra vez derechos fundamentales. Bien difícil decir que los recursos no existen cuando se destinan completamente a otra función.

A mi juicio la sentencia no se debería ver como una cosa mezquina; por el contrario es importantísima financieramente, pero trasciende con creces esa simple función de cuánto me tienen que pagar; cuánto se puede demorar.

Pero volvamos a esto. Creo que la sentencia está ayudando a una cosa, lo que nunca pasa en un consejo de ministros, donde los ministros del área social siempre están supeditados y parten de la aceptación de un modelo económico un poco raro, porque es un modelo económico negado por la Constitución, donde ellos son otra vez los agentes subordinados.

Por eso pienso que la sentencia le ayuda al ministro de Protección Social a explicarle al ministro de Hacienda que economía es mucho más bienestar que riqueza. Es decir, la economía como ciencia nunca fue un generador de riqueza; la economía como ciencia nace de las cátedras de filosofía moral en Inglaterra a finales del siglo XIX; entonces lo ideal sería que el ministro de la Protección Social recordara ese pequeño hecho. Que las sumas y las restas no se hacen con lo que sobra después de que al Estado se le olvida cuál es su función y adopta otras funciones regresivas.

Creo que el nivel de empoderamiento que le da esta sentencia de la Corte al Ministerio de la Protección Social es totalmente inaudito. Bien utilizado, creo que es el más grande legado que puede dejar este gobierno. Mal utilizado es una catástrofe fiscal y va a terminar debilitando brutal e innecesariamente a la Ley 100. Pero el problema no es la Sentencia, el problema es su implementación. Aquí hay que reconceptualizar, redeterminar mercados, estructura, regulaciones, funciones de bienestar, etcétera.

Es necesario hacer un análisis integral: que el POS no sea esa lista de mercado infinita es una de las cosas que se vienen pidiendo hace diez años. Ojo: hay una responsabilidad enorme del legislativo y del ejecutivo; la sentencia de la Corte puede ser o lo mejor que le ha pasado al sector salud de Colombia o eventualmente lo peor, porque va a generar un enorme desbarajuste fiscal: si no se hace nada, si se sigue trabajando como se viene haciendo, arreglando pequeñas cosas, contestando pequeñas preguntas, uno podría afirmar que la sentencia de la Corte lo que está diciendo es *“todo es válido”*; toda tutela va a pasar; todo costo debe ser asumido; no hay límites en materia de drogas que se puedan usar; no hay absolutamente ninguna restricción; no hay ningún acotamiento. Yo quiero insistir en eso mucho porque eso no lo dice la sentencia. Eso lo dice la negligencia del ejecutivo y el legislativo en actuar en términos de legislación, acotamiento y conceptualización. No soy detractor, lo cual hace que cometa muchos errores. Con buena voluntad, la diferencia conceptual entre la sentencia de la Corte Constitucional y la Ley 1122 es un abismo. Con la Ley 1122 no pueden manejar la sentencia. En un acto de humildad, vuelvan a llevar esa concepción al Congreso porque pocas leyes de regulación más malas he visto en mi vida. Pocas conceptualizaciones más pobres existen y hay un acto de orgullo, pero tienen una sentencia muy buena por un lado, con una normativa regulatoria que confunde el concepto de regulación en sí mismo, y por otro lado que habla de fijación de precios en el concepto de regulación cuya esencia misma es patética.

La multiplicidad estadística, el exceso de soluciones específicas, en este caso, puede generar catástrofes globales. La sentencia está mejor concebida que las contrapartes de la sentencia. Creo que debemos defender la Ley 100. Nos dieron una enorme oportunidad y la puntualidad no es la forma de hacer esto.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

TEXTO DE LA PRESENTACION DE CARLOS IGNACIO CUERVO VICEMINISTRO DE SALUD

ASEGURAMIENTO

El Ministerio de la Protección Social contribuye a crear capital social para generar riqueza y así mejorar la capacidad que tiene el ciudadano para lograr mayores competencias laborales, al igual que una mejor productividad.

El aseguramiento como estrategia de la seguridad social en salud es un legado del fallecido ministro Juan Luis Londoño. Así lo demuestran las percepciones que tiene la comunidad sobre los programas sociales que más tocan los intereses y las oportunidades del tejido social, entre los cuales se destacan el régimen subsidiado, los programas de atención a desplazados y el programa Familias en Acción.

En el aseguramiento a la seguridad social en salud se ha avanzado de manera importante. La focalización se ha venido depurando de tal modo que los asegurados —principalmente en el régimen subsidiado— son los individuos del quintil de más bajos ingresos de la población.

En el año 2008 tuvimos 23,6 millones de afiliados al régimen subsidiado, 17 millones de personas en el régimen contributivo, 2 millones de afiliados a los regímenes especiales, lo que da un total de 42,8 millones de personas con cobertura de seguridad social. Para una población estimada de 44,5 millones de habitantes, persiste el reto de lograr cobertura en salud para aproximadamente 2 millones de individuos que aún no tienen aseguramiento en salud. Para el año 2009 el escenario no es prometedor debido a la crisis económica, por lo que se podría producir un congelamiento en la afiliación al régimen contributivo, lo cual también tiene implicación en la solidaridad con el régimen subsidiado.

El aseguramiento *per se* no garantiza el acceso a los servicios de salud pero sí lo facilita. En las zonas rurales se deben prestar servicios de salud oportunos y de buena calidad, pese a la limitante de las difíciles condiciones geográficas.

El gasto privado en salud, y particularmente el gasto de bolsillo, pasó de tener una participación del 43,7% en 1993, al 7,5% en 2003 (43,7%) con pagos directos de las familias, mostrando una disminución significativa.

En las familias, sobre todo en las más pobres, el aseguramiento tiene un papel de protección al patrimonio. Esto es importante si se toma en cuenta que las patologías de más alto costo son las que más llevan a las familias colombianas a estar por debajo de la línea de pobreza.

SALUD PÚBLICA

En salud pública se puede apreciar, por ejemplo, que la tasa de mortalidad infantil en Colombia es de 15,5 muertes por cada 1.000 nacidos, con una tendencia a la disminución. La razón de mortalidad materna es de 75 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Llama la atención que a pesar de los avances en la cobertura de parto institucional, el cual está por encima del 90%, persistan las deficiencias en la calidad del control prenatal, lo cual se refleja en la ocurrencia de casos de sífilis congénita en recién nacidos de madres que han tenido controles prenatales.

Con el propósito de avanzar en el cumplimiento de la meta de eliminación de sífilis congénita, se han desarrollado procesos de capacitación y fortalecimiento de los actores del SGSSS, y se actualizaron las guías de atención de sífilis congénita y abordaje sindrómico de las ITS, con el fin de estandarizar los procesos de atención de estos eventos.

Las causas de muerte materna continúan siendo hemorragia, sepsis y eclampsia, en tanto que las mayores tasas de mortalidad se presentan especialmente en Guainía (559), Vaupés (349), Guaviare (240), Chocó (227), Vichada (155) y Caquetá (139). Por lo anterior se implementó una estrategia de vigilancia de la morbilidad materna extrema en quince departamentos del país.

En cuanto a la vacunación, se han alcanzado coberturas útiles para la polio y el sarampión; desde el 2002 no se registran casos de sarampión, desde el 2006 no se han notificado casos de rubéola ni de rubéola congénita, y está controlada la fiebre amarilla. Persisten las dificultades en lograr una eficiente red de frío para la conservación de los biológicos en municipios como Buenaventura y Tumaco, por lo cual en el 2008 se invirtieron \$1.200 millones y en el 2009 se invertirán \$5.000 millones para departamentos y municipios con resultados críticos en este sentido.

A pesar de los recortes presupuestales para el sector salud a nivel central, se pretende suministrar vacuna contra el rotavirus para la prevención de la enfermedad diarreica aguda a los 856.000 niños que nacerán en el país. También se proyecta aplicar 350.000 dosis de vacuna contra el neumococo causante de neumonía, meningitis y sepsis en los niños.

Frente al embarazo en adolescentes se tiene como objetivo fortalecer los servicios de salud dirigidos a los adolescentes y jóvenes, mediante la creación de servicios amigables que faciliten el acceso y respondan a las necesidades específicas de éstos. Sin embargo, hay que reconocer que el nivel educativo es uno de los principales factores protectores para prevenir el embarazo en adolescentes, por lo cual se requiere la articulación entre estos dos sectores. De igual manera, se han fortalecido y creado redes sociales de apoyo y colectivos de comunicación en municipios de ocho departamentos del país, los cuales han diseñado y aplicado estrategias dirigidas a la prevención del embarazo en adolescentes y la violencia intrafamiliar y sexual, así como a incentivar su participación en las instancias tomadoras de decisiones en el nivel local.

Se requiere que la adolescente pueda aplazar la maternidad en su proyecto de vida y esto se puede conseguir si se mantiene una afiliación alta al sector educativo, evitando la deserción escolar. Adicionalmente, si se presenta embarazo, se debe realizar un fuerte trabajo para evitar un segundo embarazo.

Para la prevención y atención de la tuberculosis, más que suministrar los medicamentos, se necesita hacer acompañamiento con nuevos modelos de atención a la población de indígenas, particularmente en las comunidades de Santander y en la Sierra Nevada de Santa Marta; en este sentido, se han logrado importantes avances entre el Ministerio de Protección, la OPS y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional.

En enfermedades crónicas, como las cardiovasculares y cerebrales, se viene avanzando en la tarea de involucrar a las aseguradoras en la gestión del riesgo con estrategias tendientes a disminuir el sedentarismo y lograr hábitos de consumo saludables.

En Colombia, acumulados desde 1983 cuando se diagnosticó el primer caso, se han reportado un total de 62.324 casos de infección por VIH/ sida. Mientras tanto, en personas entre 15 y 49 años la prevalencia estimada es de 0,7%, con un número aproximado de 171.504 casos. El Consejo Nacional de Seguridad Social asignó \$3.000 millones para fortalecer la estrategia de reducción perinatal del VIH. Paralelamente, se vienen realizando estudios de prevalencia en diferentes poblaciones, con miras

a focalizar las acciones en las poblaciones más vulnerables, y se fortalecen las estrategias para reducir la sífilis gestacional y congénita.

Después de reconocer que el tabaco es causante del 30% de las enfermedades cardiovasculares, el 90% de casos de cáncer de pulmón y el 30% de otros cánceres, y que la prevalencia de fumadores en adultos es de 13% (ENDS); el Ministerio de la Protección Social reglamentó la prohibición de fumar en áreas interiores, en lugares públicos o de trabajo (Resolución 1956 de 2008), al tiempo que se adelantan proyectos con el Instituto Nacional de Cancerología y varias entidades nacionales, como Coldeportes, para reducir el consumo y fomentar estilos de vida saludable.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, después de oficializada la política en marzo de 2007, el gobierno, con el liderazgo del Ministerio de la Protección Social y el acompañamiento técnico de la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, lanzó a finales de noviembre del año anterior el Plan Nacional 2009-2010, el cual contempla como objetivos estratégicos los siguientes:

- Reducir la vulnerabilidad al consumo de drogas interviniendo de manera integrada los factores macrosociales, microsociales y personales más predictivos del consumo.
- Mitigar el impacto del consumo reduciendo la vulnerabilidad de individuos, familias y comunidades a sufrir riesgos y daños continuos, evitables y prevenibles.
- Reducir el impacto del consumo ofreciendo medios (información, servicios, asistencia y apoyo) oportunos e integrales a individuos, familias y comunidades.
- Crear capacidad para que el país y las entidades territoriales mejoren la calidad y oportunidad de su respuesta frente al consumo y sus consecuencias.

Prestación y red de servicios

Uno de los grandes retos es aumentar el número de especialistas en el país. Algunas especialidades tienen hoy una oferta reducida, lo cual afecta de manera directa la calidad de la prestación de los servicios de salud, sobre todo en algunas regiones del país.

Por otra parte, se busca la consolidación de redes de prestación de servicios de salud, de manera que se garantice una atención integral en salud a la población; para ello se continuará con la política de reestructuración de hospitales públicos, para ajustarlos a necesidades reales de demanda de servicios. A la fecha se han intervenido 201 IPS, las cuales hoy presentan unos muy buenos indicadores de calidad, y sostenibilidad técnica y financiera.

En cuanto a la habilitación y acreditación se evidencia debilidad institucional en las direcciones territoriales para realizar los procesos de acreditación; por ello el Ministerio de la Protección Social llevará a cabo el proyecto con el cual busca brindar Asistencia técnica para mejorar el desempeño respecto a los estándares de acreditación y al componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad a un grupo de 100 IPS, ubicadas en diferentes departamentos del país.

La sentencia T-760 constituye una gran oportunidad para que el país revise el modelo de seguridad social en salud y realice los cambios estructurales requeridos. Es necesario orientar el modelo de salud hacia una atención primaria intensificada, reforzar la inducción de la demanda, la detección temprana y la protección específica. Así mismo, es clave que las aseguradoras se comprometan en una verdadera gestión del riesgo.

Homologar el POS del régimen subsidiado para los 23,6 millones de personas afiliadas al régimen subsidiado, al POS del régimen contributivo, como lo establece la Corte Constitucional, le implica al país una inversión de \$6,5 billones. Esto hace necesario repensar el modelo de salud para Colombia, fortalecer la atención primaria en salud y lograr un manejo cada vez más eficiente de los recursos con que cuenta el sistema.

Capítulo IV

Experiencias valiosas: aportes del sector salud al bienestar en la vejez

Diez experiencias valiosas

“**ASÍ VAMOS EN SALUD**”, además de hacer un seguimiento a los indicadores del sector, por segunda vez se puso en la tarea de evaluar dinámicas desarrolladas en diferentes regiones que buscan mejorar las condiciones de vida de su población.

Teniendo en cuenta el momento coyuntural por el que atraviesa el país, en el cual se le está otorgando gran importancia a la implementación de políticas de atención al adulto mayor, en esta oportunidad se exaltaron experiencias que han alcanzado resultados satisfactorios con respecto a dos temas básicos: la discapacidad y la vejez.

El objetivo es identificar estas experiencias para hacerlas visibles y así poderlas repetir.

Criterios de selección

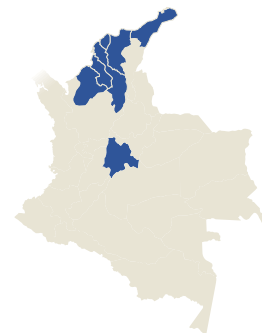
De 21 iniciativas recibidas, se seleccionaron diez, para hacer pública su práctica. El proceso de convocatoria se realizó a través de las secretarías de Salud departamentales y de entidades del sector tanto del área pública como privada.

Como el proyecto está basado en la evaluación de procesos y el evidente impacto que han tenido en la población, estos dos aspectos se tomaron en cuenta en la selección, así como también que el proyecto sirviera de ejemplo en otros lugares y se pudiera reproducir.

Además, se buscó que estuviera acorde con las prioridades de las políticas de salud colombianas y, en lo posible, que permitiera una participación activa de la comunidad y de entidades privadas. Por último se constató que la información diligenciada en el formulario de inscripción tuviera un contenido claro y lógico.

“Así vamos en salud”, como organismo de rendición de cuentas, quiere hacer visibles las dinámicas que marcan la diferencia frente al resto, esos proyectos valiosos que buscan un mayor bienestar para la población colombiana.

Atlántico, Bolívar, Cundinamarca, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre



“De todo corazón” salva vidas

Desde hace cinco años Mutual SER, Empresa Promotora de Salud, en alianza estratégica con laboratorios Pfizer, ayuda a sus afiliados a seguir hábitos de vida saludable, que ayudan a contrarrestar las enfermedades y los factores causantes de riesgo cerebrocardiovascular.

“Vamos, mis niños, a hacer la rutina de ejercicios. Hagamos las filas de siempre: los altos atrás y los pequeños adelante...”

Son las 9:30 de la mañana. Como cada mes, los aplicados alumnos de Marta Correa siguen sus instrucciones. Esta enfermera lleva tres años enseñándoles a llevar una vida saludable para que los efectos de la hipertensión no hagan mella en ellos.

La mayoría son adultos mayores. Los mismos que llegaron al programa “De todo corazón” con el deseo de superar “todos esos males que llegan con la vejez”, como dice Rosa Agudelo, una de las primeras personas en vincularse, quien llegó remitida por el especialista después de padecer una trombosis.

Rosa vive en La Victoria, un barrio en el sur de Bogotá. En su caso va al Sosiego, que le queda más cerca, pero otros pacientes acuden a San Martín o San Francisco.



» El proyecto ayuda a sus afiliados a seguir hábitos de vida saludable, que ayudan a contrarrestar las enfermedades y los factores causantes de riesgo cerebrocardiovascular.

En esos barrios están los grupos que funcionan en la capital; en la costa atlántica, donde comenzó Mutual SER, Empresa Promotora de Salud (EPS) que creó el programa “De todo corazón”, existen diferentes grupos en los 89 municipios de los seis departamentos donde está presente.

“El programa surgió en el 2003, después de analizar todo el componente de perfil epidemiológico de la empresa y la carga de enfermedad que tenían la hipertensión, los infartos, las hemorragias cerebrales y la insuficiencia renal, entre otros, nos dimos cuenta de que impactaba en la morbilidad de nuestros pacientes y en los costos. Fue una alerta en la organización”, recuerda Justo Paz, gerente de servicios de salud de Mutual SER.

Esta situación no era ajena a lo que sucede en el mundo. Las enfermedades y los factores causantes de riesgo cerebrocardiovascular representan altas tasas de morbilidad en la mayoría de los países y, obviamente, motivan mayor demanda en la prestación de servicios de salud, con lo cual se generan elevados costos en su atención.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) afecta aproximadamente al 20% de la población adulta de la mayoría de los países y es la primera causa de morbilidad en este grupo de edad.

Según datos del Dane, la hipertensión ocupó el noveno lugar de las causas de muerte en el país en el 2005, es decir, 2,7% del total de las defunciones por todas las causas. Un año antes, entre los cerca de 700 mil afiliados a Mutual SER (también Empresa Solidaria de Salud, ESS) la hipertensión arterial fue la séptima causa de consulta por el servicio de consulta externa, y las enfermedades cardiocerebrovasculares ocuparon el primer lugar como causa de muerte.

Con dicho panorama, esta EPS y ESS decidió crear un programa que permitiera contrarrestar la situación. "El objetivo era (y sigue siendo) mejorar la calidad de vida de los pacientes con riesgo cerebrocardiovascular, impactando positivamente la morbimortalidad", señala Paz.

LA EXPERIENCIA EN SÍ MISMA

En términos generales, "De todo corazón" tiene cuatro componentes: un programa de formación continuada para los médicos y otro para el usuario y su familia, un componente de atención médica, y uno lúdico-recreativo.

El primero consiste en un programa de educación en cardiología para médicos de atención primaria, clínica de lípidos, entrenamiento guías de atención de la hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias y uso del *software* "Salud administrada". Este componente responde a las necesidades que se han visto en estos años al atender a los afiliados.

Cuando empezó el programa, los ejecutores tuvieron que identificar la población. Para ello revisaron las historias clínicas de los pacientes y realizaron visitas domiciliarias, entre otras tareas. "Teníamos claras las estadísticas: se calcula que de cada 100 personas mayores de 45 años, 20 son hipertensas. Así comenzamos con 10 mil", cuenta Paz.

Todas ellas, al igual que las personas vinculadas actualmente, tienen una atención en salud que incluye una revisión anual con un médico general, exámenes de laboratorio clínico, suministro de medicamento cada vez que lo requieran y consulta con cardiólogo o internista, quien reevalúa el diagnóstico, calcula el riesgo cardiovascular, define el plan de manejo y diligencia en el *software* la historia clínica. Este permite clasificar el riesgo cardiovascular e identificar el grupo de mayor riesgo, al que se le hace seguimiento y manejo estricto.

Por medio de agentes educativos en salud de Mutual SER y padrinos, que son líderes comunitarios, se hace dicho seguimiento. Ellos apoyan las visitas domiciliarias periódicas que efectúan los médicos a los pacientes clasificados como de mayor riesgo cardiovascular, los que presentan eventos cardiovasculares y los inasistentes. En la visita se les informa, orienta y educa, a ellos y a su familia, sobre hábitos de vida saludables, control de factores de riesgo y la importancia de cumplir con el plan de manejo.

Precisamente, en talleres, reuniones de los clubes, jornadas lúdicas y recreativas se enfatiza en la necesidad de hacer ejercicio, no formal, y tener una alimentación y hábitos saludables.

Los clubes, que son muy apreciados por los afiliados, responden a las dinámicas del sitio, son de máximo 40 personas y se reúnen mínimo una vez al mes. Allí realizan talleres, ejercicios dirigidos y actividades lúdicas y recreativas.

LOGROS

Las cifras muestran el reconocimiento que ha ido obteniendo este programa. En el 2004, cuando comenzó, 10.327 personas estaban vinculadas. Al 2007 la cifra alcanzaba las 21.982, es decir, un incremento del 112,9%.

Para esta EPS también ha sido un logro el mantener una cohorte de 5.612 afiliados que han cumplido ininterrumpidamente con las actividades durante los años 2004 a 2007.

Así mismo, es un avance el que año tras año se logre aumentar la proporción de afiliados vinculados al programa. En el 2006 era 61,6% y en el 2007 fue 69,5%.

Así mismo, ha sido un éxito el funcionamiento de los clubes “De todo corazón”. De los 481 existentes a 31 de diciembre de 2007, 322 operan normalmente, equivalente al 67%.

Finalmente, se creó un programa de educación médica continuada en el que se entrenó a 13 especialistas, 120 médicos generales, 75 enfermeras y 100 funcionarios de Mutual SER. Además, se desarrolló un *software* que funciona a través de la web.

A esto se suma el reconocimiento que hizo del programa el Grupo de Investigación de Resultados (Gire) de la Facultad de Medicina de la Universidad del CES de Antioquia, que lo evaluó entre el 2004 -2006. Dicho grupo aseguró que esta es una experiencia pionera en Colombia y América Latina, con resultados positivos documentados. Uno de ellos es el hecho de que entre los afiliados que tenían riesgo cardiovascular modificable,



» Entre los afiliados que tenían riesgo cardiovascular modificable, específicamente en alto riesgo, se disminuyó de 27,5 a 22,8%, diferencia significativa desde el punto de vista estadístico. Durante el mismo período, los pacientes con riesgos latentes pasaron de 46,3 a 51,1%.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

específicamente en alto riesgo, se disminuyó de 27,5% a 22,8%, diferencia significativa desde el punto de vista estadístico. Durante el mismo período, los pacientes con riesgos latentes pasaron de 46,3 por ciento a 51,1 por ciento.

De esos datos no entienden los adultos mayores. Para ellos, los logros del programa se reflejan de otra manera:

“Mi salud se ha mejorado mucho, he salido adelante, antes vivía muy enferma... Lo mejor es que no nos cobran ni un peso, todo nos lo dan: tenemos cardiólogo, un especialista en los riñones... Eso ayuda mucho porque si hay para una droga, no hay para pagar un médico”, agrega doña Rosa Agudelo.

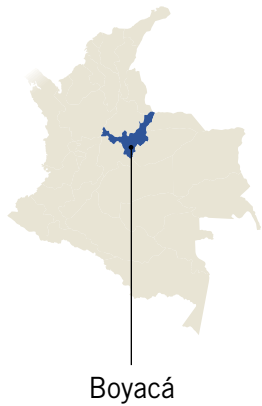
“Yo llegué en estado crítico porque sufrí un ataque cardíaco. Con la terapia y con todo lo que nos han enseñado: la forma de cambiar hábitos, los ejercicios, estoy mucho mejor. Además, los miembros de mi familia, a raíz de lo que vieron en mí, han cambiado sus formas de vida... Lo mejor de estar aquí es tener atención y un direccionamiento, todo eso lo hace sentir a uno vivo y lo hace entender las cosas con más calma”, dice Víctor Manuel Badillo.

“Mi vida desde que estoy aquí ha cambiado. Lo que no me ha dado mi familia lo he recibido aquí. Llegué pesando 69 kilos y ahora estoy en 50 kilos. Me mejoraron de la úlcera, los riñones, el brazo... Lo más terrible de llegar a la vejez es enfermarse, estar solo y no tener el cariño de las personas que uno cree que nunca lo van a abandonar. El doctor y todas las personas que trabajan por nosotros son mi familia, mis padrecitos”, señala Adelina Caro.

DIFICULTADES Y DESACIERTOS

A pesar de sus logros, Mutual SER reconoce algunas debilidades –que a su vez son oportunidades de mejora– que impiden realizar el programa como está planeado:

- » Alrededor del 55% de la población vinculada es anciana, de 65 o más años, con dificultades para la movilización. Además es analfabeta y muchas de estas personas viven solas, no tienen quién los cuide o los lleve a sus consultas y reuniones.
- » Los afiliados vinculados al programa están dispersos en el ámbito urbano y rural de los 89 municipios donde opera Mutual SER.
- » Se presentan obstáculos en la continuidad de la atención cuando se necesitan servicios que no cubre el régimen subsidiado, con cargo al subsidio a la oferta.
- » La alta rotación de médicos generales en las IPS también impide dar continuidad.
- » Faltan recursos económicos para sufragar los gastos de transporte de asistencia a las actividades periódicas, como talleres, lo que dificulta la operación del programa.



Boyacá puso a prueba las habilidades de los adultos mayores

Los adultos mayores de cinco municipios del departamento planearon, desarrollaron y pusieron en marcha proyectos para demostrar que la vejez también es una etapa productiva del ser humano.

A PASCUALA MORENO le fascina cantar música carranguera, en especial *La cucharita*, y le gustaría bailar, pero no puede porque sus rodillas ya se desgastaron; a sus 84 años de edad, son pocos los esfuerzos que logra hacer.

“Me gusta remendar, pero ya la vista se me está terminando y me gustaría darle de comer a la gente que no tiene con qué. Actualmente tengo una hernia tan grande en el estómago, que parece como si estuviera embarazada”, dice.

De joven siempre fue una mujer trabajadora y todavía le encanta servirles a los demás. Precisamente esas cualidades le permitieron formar parte del proyecto “Fortalecimiento y Gestión de Microproyectos Productivos para la Tercera Edad Boyacá 2006”, el cual tiene como objetivo apoyar y fortalecer a los adultos mayores en la identificación, formulación y ejecución de microproyectos productivos, que contribuyan al mejoramiento de sus condiciones de vida, la generación de ingresos y la prevención de enfermedades y discapacidades.

El proyecto, del cual hace parte Pascuala, se desarrolló en Zetaquirá (Boyacá), y su labor consistía en cuidar y darles de comer a las aves que tenía junto con sus compañeros en una minigranja.

“La idea nace para que en los centros de atención de los ancianos ellos no sólo se recreen, sino que tengan una actividad que los mantenga ocupados y les genere alguna ganancia”, explica Martha Veira, directora del proyecto.

Según Aura Najas, investigadora del Centro de Productividad de Boyacá, el proyecto permitió llevar la productividad a un sector que no la tenía y evidenciar hechos increíbles. “Era mirar qué podíamos crear para que ellos mejoraran sus condiciones de vida”, explica.

EXPERIENCIA EN SÍ MISMA

La iniciativa se creó en el 2006 con un estudio de las instituciones que acogen a los adultos mayores de algunos municipios de Boyacá; luego se diseñaron y ejecutaron los proyectos económicos autosostenibles que contribuyeron a su desarrollo social y activo.

Se consideró indispensable la realización de actividades de capacitación y desarrollo productivo que permitieran a los adultos, de acuerdo con sus capacidades, gestionar dinámicas ocupacionales y productivas que garantizarán la ocupación, el entretenimiento y el mejoramiento de su calidad de vida. Para esto, se tomaron en cuenta las enfermedades y discapacidades que tenía la población.

Con la supervisión del Comité Gerontológico Departamental, se seleccionaron los municipios que serían beneficiados con el proyecto: Villa de Leiva, Zetaquirá, Iza, Chita y Panqueba. Se escogieron porque son municipios caracterizados por necesidades básicas insatisfechas, en condiciones de pobreza y vulnerabilidad (niveles 1, 2, 3 de Sisbén) y con bajas coberturas por otros programas tanto del nivel nacional como departamental.

Posteriormente, se realizaron visitas a los centros de bienestar con el propósito de identificar habilidades, destrezas, conocimientos, experiencias e intereses de los adultos; además, se seleccionaron algunas personas que sirvieran de líderes para la administración de los recursos existentes. También se creó una cooperativa, para que las personas beneficiadas lograran hacer autosostenibles sus proyectos.

Las acciones de capacitación y entrenamiento en la labor que iba a desempeñar cada uno se llevaron a cabo gracias al apoyo del Sena, que contribuyó también en la formulación de cada proyecto. De acuerdo con los recursos existentes, se adquirieron insumos, materiales y herramientas, requeridas en los centros de bienestar.

Finalmente, es de reconocer que la ejecución del proyecto demandó la integración de esfuerzos y recursos de entidades como la Secretaría Departamental de Salud y la Gobernación, que además apoyaron con la sostenibilidad de los mismos. Cada proyecto contó con seguimiento y monitoreo.

LOGROS

- » Cada uno de los municipios creó las siguientes oportunidades de trabajo: "Huerta Autosostenible y Manualidades", en Villa de Leiva; "Huerta Autosostenible", en Panqueba;



- » **La idea nace** para que en los centros de atención de los ancianos ellos no sólo se recreen, sino que tengan una actividad que los mantenga ocupados y les genere alguna ganancia.



» **El sostenimiento de los proyectos se logró gracias al empuje y trabajo de los participantes del programa, debido a esto, fue posible mantenerlos ocupados y se consiguió una rentabilidad en los productos, lo cual permitió dar continuidad a los proyectos.**

“Elaboración y Comercialización de Tapetes en Lana de Oveja”, “Huerta Productiva” e “Hilandería”, en Iza; “Minigranja Integral”, en Zetaquirá, y “Minigranja Integral Huerta Casera, Porcicultura y Galpón”, en Chita.

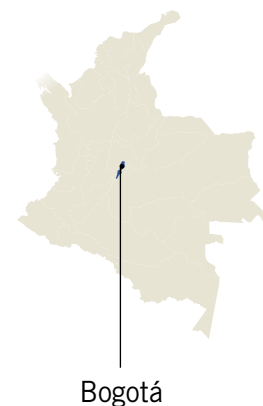
- » Se benefició a un total de 2.422 personas de los cinco municipios.
- » Es evidente que el sostenimiento de los proyectos se logró gracias al empuje y trabajo de los participantes en el programa; debido a esto, fue posible mantenerlos ocupados y se consiguió una rentabilidad en los productos, lo cual permitió dar continuidad a los proyectos.
- » Con el objetivo de ver contentos y animados a los beneficiados se logró que diferentes entidades unieran esfuerzos en pro de esta población.
- » Por el hecho de estar activos, los adultos mayores mostraron una mejoría en su salud.
- » Con la puesta en marcha de su labor, no sólo se beneficiaron los adultos mayores, sino también sus familias.

DIFICULTADES Y DESACIERTOS

Aunque fue posible contar con un capital inicial para el desarrollo de los proyectos, se presentaron dificultades con respecto a este tema. El proyecto de Chita “Minigranja Integral Huerta Casera, Porcicultura y Galpón” no pudo continuar debido a que el municipio manifestó no contar con los recursos para la cofinanciación. Por lo anterior, fue necesario tomar acciones con respecto a la evaluación y la auditoría de cada proyecto con el fin de alcanzar las metas y objetivos trazados.

Para recuperar la memoria

El grupo interdisciplinario de la Clínica de Memoria, de la Universidad Javeriana, es referente en el país por el tratamiento y estudio del alzhéimer. Una propuesta novedosa que ha beneficiado a casi 2.500 pacientes.



Bogotá

– Doña Rosa, le vamos a hacer algunas preguntas y le pedimos que nos responda con toda sinceridad.
 – ¿Tiene dificultades para oír?
 – Sí, en ambos oídos.
 – ¿Y para ver?
 – Todos los días digo que casi no veo. Con los anteojos puedo ver pero me canso.
 – ¿Siente dificultades para hablar o caminar?
 – Siento mucha borrachera.
 – ¿Se le olvidan citas médicas, fechas memorables o algunas otras cosas?
 – Las palabras. Sé el significado pero se me olvida cómo se dicen...



Rosa (omitimos el nombre completo por petición de la familia) viajó de Armenia a Bogotá para visitar a los médicos de la Clínica de Memoria. Ella y su familia escucharon buenos comentarios de psicólogos y otros médicos especialistas que han consultado.

Desde hace cinco años, esta señora de 60 años tiene una conducta diferente. Primero, antes de pensionarse, se volvió adicta al trabajo y laboraba hasta 14 horas diarias. Después, cuando se jubiló, no quería hacer nada, no comía y se la pasaba viendo televisión. Su hija cuenta que en el último año se ha caído tres veces, una de ellas desde las escaleras de su casa.

Todos esos datos, sumados a otros que pedirán los médicos, servirán al grupo de la clínica para determinar, una hora más tarde, qué padece Rosa.

Como todos los viernes, en la sala de espera se encuentran doce personas, el promedio de pacientes que atienden cada semana varios médicos de cuatro especialidades: geriatría, neurología, psiquiatría y neuropsicología.



» **La Clínica de Memoria** es, en esencia, una modalidad de trabajo interdisciplinario que conjuga actividades de servicio y docencia para investigar sobre las demencias y otras patologías relacionadas.

Después de hacer las respectivas evaluaciones a cada uno, los galenos se reúnen durante varias horas, en una junta médica, para determinar en consenso el diagnóstico y el tratamiento. El miércoles de la semana siguiente la familia tendrá el resultado.

Esta manera de trabajar no es usual en otras partes. Lo normal es que pacientes que sufren de síntomas similares a los de Rosa, pérdida de memoria o retroceso en sus conductas, los traten diferentes especialistas, incluso con meses de diferencia, que rara vez se consultan unos a otros, lo cual lleva a diagnósticos y tratamientos erróneos.

“Algunas veces el alzhéimer se confunde con locura tardía y se trata con medicamentos que hacen más daño. Si un equipo interdisciplinario atendiera al paciente, éste tendría mayores beneficios y se ahorrarían costos. En países como Italia, con más o menos 60 millones de habitantes, existen 500 unidades de diagnóstico; nosotros, con 40 millones de habitantes, apenas tenemos tres o cuatro”, cuenta Diana Matallana, coordinadora de la clínica.

Hace 17 años, Matallana y un grupo de médicos crearon la clínica basados en experiencias que vivieron en Francia y Estados Unidos. Inicialmente funcionó en el Instituto Neurológico de la Pontificia Universidad Javeriana, pero cuando éste cerró, en 1995, pasó al Instituto de Envejecimiento de la Universidad Javeriana y el Hospital Universitario San Ignacio.

Desde entonces, su objetivo ha sido dar un diagnóstico pronto y seguro a las personas que los consultan por la posibilidad de presentar una enfermedad degenerativa primaria.

“Se tiende a confundir la demencia con la locura. La demencia es una enfermedad degenerativa que va progresando y ocasiona múltiples alteraciones cognoscitivas, incluyendo la memoria”, explica Matallana.

La prevalencia de esta enfermedad, que lleva a incapacidad funcional, laboral o social, depende de la edad y se duplica cada cinco años después de los 65. En personas de 65 años y mayores se ha calculado que la prevalencia es de 1.000 casos por 100.000 habitantes por año. Su correcta identificación es fundamental en la práctica profesional, e incluso necesaria para desarrollar intervenciones efectivas, por lo que algunos expertos creen que debe convertirse en una prioridad de salud pública. Aunque su diagnóstico es relativamente fácil en los estadios moderados o severos, éste se dificulta en etapas tempranas de la enfermedad.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

La Clínica de Memoria es, en esencia, una modalidad de trabajo interdisciplinario que conjuga actividades de servicio y docencia para investigar sobre las demencias y otras patologías relacionadas. El grupo de investigación del mismo nombre ha sido reconocido por Colciencias y se ha convertido en un centro de referencia de enfermedades degenerativas asociadas al envejecimiento.

LA EXPERIENCIA EN SÍ MISMA

A la clínica llegan los pacientes remitidos por otros médicos, por recomendación de otros pacientes o incluso por los mismos galenos de la clínica que los atienden en sus consultorios particulares.

No importa cuál ha sido la manera, todos tienen una valoración integral de las cuatro especialidades (geriátrica, neurología, psiquiatría y neuropsicología), un diagnóstico y un tratamiento, que se entregan tres días hábiles después al paciente y sus familias para que los den a conocer al médico que lo trata. El día de la entrega de resultados, los familiares tienen la posibilidad de aclarar dudas y obtener información complementaria, incluida la posibilidad de contactar a los grupos de mutua ayuda promovidos por la Asociación Acción Familiar Alzheimer. Posterior a esto se realiza una consulta de control, seguimiento y valoración los días martes y jueves (semestral o anual).

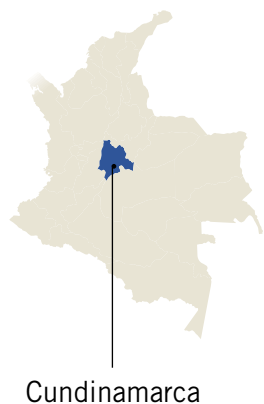
La Clínica de Memoria desarrolla labores asistenciales (diagnóstico interdisciplinario, intervención terapéutica y seguimiento de personas con demencia o con sospecha de demencia), de apoyo a familiares y a grupos académicos (docencia e investigación).

LOGROS

- » Atención a 2.467 pacientes.
- » Desarrollo de un grupo de consulta especializado en el diagnóstico temprano de enfermedades propias del envejecimiento patológico o normal. Durante los primeros años de funcionamiento el grupo comenzó un trabajo de educación continua a otros grupos, quienes a su vez iniciaron sus propias Clínicas de Memoria. Por ejemplo, con la experiencia de la Clínica de Memoria en el trabajo del envejecimiento normal y patológico, en el año 2003 –con actualización del 2007– se creó un diplomado en demencias que han cursado a nivel nacional 150 especialistas (médicos generales, neurólogos y psiquiatras) y 85 especialistas de Perú, Ecuador y Venezuela.
- » Conformación de un grupo especializado que da respuesta a los pacientes en un solo día de asistencia y con diagnóstico por consenso en tres días hábiles, ahorrando al paciente la conciliación de diagnósticos por especialidades y tiempo en la consecución de su respectivo tratamiento terapéutico y asesoría.
- » Creación de conocimiento sobre el envejecimiento normal y patológico.

DIFICULTADES Y DESACIERTOS

La labor que ha realizado la Clínica de Memoria en estos años se ha logrado gracias al apoyo institucional de la Pontificia Universidad Javeriana, así como de múltiples recursos propios. Los recursos económicos en ocasiones no son suficientes y el recurso humano ha tenido que formarse con la experiencia.



Un departamento que vela por sus adultos mayores

La Beneficencia de Cundinamarca ofrece en cinco centros de protección social una vida digna a los ancianos de escasos recursos del departamento.



BERTHA CORTÉS TIENE UNOS OJOS VERDES HERMOSOS, que brillan cada vez que habla, como si fueran los de una adolescente que está de conquista. Tiene 69 años, pero parece que tuviera muchos menos. “Me gusta arreglarme y verme bonita”, dice.

Cuando era joven trabajaba por días en casas de familias y, en algunas ocasiones, interna. Tuvo dos hijos. El varón vive en Tunja. “No le queda tiempo para visitarme porque se casó, pero de vez en cuando me llama”, cuenta resignada. La hija vive en Bogotá y va a verla cada ocho o quince días. “Ella es mi brazo derecho, aunque lo tengo enfermo porque me dio parálisis infantil”, dice entre risas.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008



» No somos hogares ni ancianatos, somos centros de protección social, cuya misión es darles una vida digna"

Con Orlando Martínez tiene plan todos los días: tomar tinto y conversar un rato. Él es samario, cuenta 68 años y desde hace año y medio vive en el Centro de Bienestar del Anciano San Pedro Claver, uno de los cinco hogares de bienestar de la Beneficencia de Cundinamarca.

Allí también vive Bertha, pero ella hace mucho más tiempo: nueve años. Las monjas de la comunidad religiosa de la protección Hermanas de los Pobres de San Pedro Claver, así como los demás abuelos (en total son 220), son como su familia.

Igual ocurre con Orlando. Él no se casó ni tuvo hijos, llegó al centro después de que le dio una trombosis. Vivía en Facatativá, de donde lo remitieron a Sibate y luego a Bogotá. "La señora de la casa en la que trabajaba me ayudó para que me trajeran aquí. Me siento bien porque puedo trabajar y tengo dormida y alimentación. A uno le gustaría buscar qué hacer por fuera, pero quién le da a uno trabajo".

Las historias de los adultos que viven en los hogares de la Beneficencia de Cundinamarca son muy similares. "La mayoría están muy desprotegidos, son de estratos 1 y 2, solteros o con familias que no pueden responder por ellos, sin bienes materiales, auxilio ni pensión", explica Óscar Quiroga, subgerente de protección social de la Beneficencia de Cundinamarca.

Precisamente, la entidad busca suplir algunas de estas carencias. Y no sólo a los adultos mayores, también a los niños y a las personas con discapacidad mental. "Nuestra misión es restablecer y garantizar los derechos a personas en situación de vulnerabilidad" en concordancia con el enfoque de derechos que promueve el Plan de Desarrollo Departamental "Cundinamarca corazón de Colombia", agrega Quiroga.

En el caso de los adultos mayores cuenta con centros de protección en Fusagasuga, Villeta, Facatativá, Arbeláez y Bogotá. "No somos hogares ni ancianatos, somos centros de protección social, cuya misión es darles una vida digna", explica Quiroga.

Los adultos mayores llegan porque sus familias no pueden mantenerlos, son remitidos por una tercera persona (alcalde, personero, un vecino en su municipio) o un organismo de control del Estado como la Procuraduría, por sus condiciones de vulnerabilidad.

LA EXPERIENCIA EN SÍ MISMA

Una vez que la persona es admitida en la Beneficencia, se le asigna un centro cercano a su hogar o a su lugar de procedencia, pues la idea es mantenerla en su seno familiar para que puedan visitarla. La atención consta de alojamiento permanente, alimentación con tres comidas y dos refrigerios diarios (siguen una minuta elaborada por una nutricionista), dotación de ropa, toallas e incluso pañales desechables.

Además, los 630 ancianos que están en los diferentes centros de protección cuentan con procesos terapéuticos que incluyen actividades lúdicas y culturales. Así mismo, desarrollan proyectos productivos que les permiten sentirse activos y obtener algunos recursos. Unos elaboran bolsas plásticas, otros artesanías, algunos cuentan con huerta casera y otros, con microgranjas para cría de pollos.

Bertha prefiere no estar fija en un proyecto. “Me gusta más mirar mi mata de brevo y de durazno o recorrer las rosas para olerlas”, dice. Orlando, por su parte, ayuda en la bodega a armar y desarmar las cajas que requieren sus compañeros para guardar los pantalones a los que les quitan las hebras, para empacar los dulces de Chocólate que elaboran o las bolsas plásticas. Todos participan en los proyectos de lunes a viernes y cada mes reciben una bonificación por su labor.

Los adultos mayores de los cinco centros tienen además atención médica todos los días, las 24 horas, cuentan con gerontólogos y otros especialistas que están siempre dispuestos a atenderlos.

La Beneficencia, durante 139 años de existencia, ha brindado servicios de protección social integral a la población infantil, juvenil, de adultos mayores y de personas en situación de discapacidad mental, más pobres y vulnerables de Cundinamarca, bajo los principios de equidad, justicia y solidaridad.



» Los adultos mayores de los cinco centros tienen además atención médica todos los días, las 24 horas, cuentan con gerontólogos y otros especialistas que están siempre dispuestos a atenderlos.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008



» Uno de los logros de este proyecto ha sido la realización de acciones que buscan integrar a los adultos mayores con sus familias como salidas, fiestas y paseos.

LOGROS

- » Reconocimiento de las personas mayores como ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes.
- » Restablecimiento del derecho a una vida digna a través de servicios de alimentación, salud, vivienda, participación activa en la comunidad y promoción de sus capacidades productivas.
- » Realización de acciones que buscan integrar a los adultos mayores con sus familias.

DIFICULTADES Y DESACIERTOS

En la familia y la sociedad en general, se presentan las mayores dificultades para la labor social de la institución. En el ámbito familiar es necesario movilizar vínculos socioafectivos para que tengan una mayor integración con los adultos mayores.

En el ámbito social se requieren mayores estrategias que promuevan la inclusión de las personas mayores en las instituciones sociales y en la comunidad. También es preciso generar estrategias que movilicen recursos económicos que permitan mejorar el paquete de bienes y servicios ofrecidos a la población con el fin de brindar una mayor calidad.



Los adultos mayores se sienten productivos

En cuatro municipios del Guaviare 80 adultos mayores recibieron no sólo atención en salud, sino capacitación en crianza de pollos y siembra. Con la ayuda de las autoridades, tuvieron la oportunidad de sacar adelante sus proyectos.

DOÑA INÉS MADRIGAL NO TENÍA QUE CAMINAR los quince minutos que se necesitan para llegar al galpón como lo hacían algunas de sus compañeras, ella era de las pocas que tenían una bicicleta para salir a darles un vistazo a los pollos.

“Teníamos que ir varias veces en el día a ponerles agua y ver cómo estaban. Era un buen ejercicio, y nos gustaba ver cómo crecían”, recuerda.

Doña Inés tiene 60 años, su esposo falleció hace 12 años y él era el sustento de la familia. “Yo me encargué siempre del hogar, de cuidar a los dos hijos. Hoy vivo con mi hija y ayudo a cuidar a mis nietos; antes, de vez en cuando, trabajaba con una familia ayudándola a cuidar apartamentos”, cuenta.

Ella vive en San José del Guaviare, uno de los cuatro municipios en los que la Secretaría de Salud del Guaviare implementó, entre diciembre del 2005 y noviembre del 2006, el programa “Atención Integral al Adulto Mayor, Departamento del Guaviare”.

En total, participaron 80 adultos mayores de El Retorno, Calamar, Miraflores y San José del Guaviare, donde vive doña Inés. Ella, al igual que muchos de los beneficiados, fue convocada a través de fundaciones y ONG que funcionan en el departamento.

“Hicimos unas alianzas con esas entidades que tenían identificados a los adultos mayores de estratos 1 y 2, que no estaban en EPS y sí en el Sisbén”, cuenta María Eugenia Hernández, coordinadora del proyecto.

El objetivo era implementar estrategias de promoción de vida saludable y prevención de enfermedades en adultos mayores y desprotegidos de los cuatro municipios del departamento.

Como está ocurriendo en el mundo entero, las autoridades departamentales vieron que en esta zona del país está aumentando la población mayor de 60 años, que además tiene como principal característica el ser foránea.

El programa le dio prioridad a los adultos mayores que vivían solos o en instituciones, eran solteros y viudos, no tenían hijos y carecían de recursos económicos.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008



» **El programa** tuvo dos componentes: uno de atención en salud y otro de diseño e implementación de microproyectos productivos.

Con ellos idearon microproyectos productivos que les dieron no sólo parte de su sustento, sino un objetivo para vivir.

LA EXPERIENCIA EN SÍ MISMA

El programa tuvo dos componentes: uno de atención en salud y otro de diseño e implementación de microproyectos productivos.

Gracias al primero, los ancianos que participaron obtuvieron servicios sociales básicos: valoración gerontológica, médica general, odontológica y de medicina interna.

Muchos de ellos no tenían la dentadura completa, por lo que parte de los recursos se invirtió en prótesis dentales. Igualmente, se realizaron los procedimientos necesarios para que los atendieran los especialistas que requerían y se les suministraron las medicinas para sus tratamientos.

El segundo componente se elaboró con los mismos participantes. “No queríamos imponerles nada sino trabajar con ellos, así realizamos mesas de trabajo en las que se plantearon estrategias de microproyectos que les permitieran trabajar sin inconvenientes”, explica la coordinadora del proyecto.

La propuesta fue crear huertas y pequeñas granjas en las que pudieran aplicar sus conocimientos, pues varios de ellos eran campesinos desplazados, con una educación básica.

Alcaldías de cada municipio, o en algunos casos la gobernación, cedieron los terrenos para las huertas y las granjas. También las autoridades suministraron las semillas y los alimentos para los pollos. Por

su parte, los adultos mayores se comprometieron a sacar adelante los proyectos; para conseguirlo, se capacitaron en cada tema y realizaron turnos para el cuidado de la huerta y los pollos.

LOGROS

- » “Fue magnífico. Tenía un proyecto que me daba algo para comer y subsistir, además de que compartía con otras señoras y me entretenía”. Con esa frase, doña Inés Madrigal resume el mayor logro que obtuvo el programa.
- » Ella fue una de las 26 personas que participaron en San José del Guaviare, 14 lo hicieron en El Retorno, 26 en Calamar y 14 en Miraflores.
- » En San José del Guaviare se concertó la realización de dos microproyectos productivos: cría de pollos, para lo cual se entregaron 1.000, y la huerta de hortaliza, que contó con la capacitación de técnicos del proyecto Manigua de la gobernación. Además, la gobernación cedió el terreno denominado Arazá.
- » En El Retorno se concertó la realización de tres microproyectos productivos: cría de pollos (se entregaron 200), la huerta de hortaliza para lo cual se suministraron 180 sobres de semillas y se capacitó a los participantes con la ayuda de técnicos del proyecto Manigua de la gobernación. También se les dio formación en el manejo básico de foammy con recursos de la alcaldía municipal.
- » En Calamar se acordó llevar a cabo dos microproyectos productivos: cría de pollos, con la entrega de 500 pollos, y la huerta de hortaliza, para lo cual se entregaron 100 sobres de semillas y se dictaron capacitaciones con la ayuda de técnicos del proyecto Manigua de la gobernación. La alcaldía aportó el terreno.
- » En el municipio de Miraflores se acordó hacer la realización de dos microproyectos productivos: cría de pollos (se entregaron 800) y huerta de hortaliza, para lo cual se dieron 60 sobres de semillas y se dictaron capacitaciones gracias a la colaboración de técnicos del proyecto Manigua de la gobernación. La alcaldía aportó el terreno.
- » Los ejecutores del programa destacan que se creó una red de apoyo interinstitucional, así como veedurías ciudadanas.

DIFICULTADES Y DESACIERTOS

Doña Inés Madrigal recuerda con tristeza que algunas señoras comenzaron a desistir del proyecto porque sentían que el terreno donde estaban criando los pollos quedaba lejos. También porque en un determinado momento les dijeron que no había más recursos para comprar el alimento para las aves.

“Entonces nos repartimos los animales. Yo cogí 30 pollos y construí un pequeño galpón en mi casa. Nos comimos unos y otros los vendimos”, cuenta.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

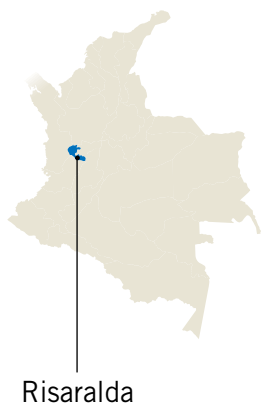


» **Los adultos mayores** se comprometieron a sacar adelante los proyectos: para conseguirlo, se capacitaron en cada tema y realizaron turnos para el cuidado de la huerta y los pollos.

Los ejecutores son conscientes de que el desplazamiento a los terrenos fue uno de los principales problemas, ya que estaban ubicados a las afueras de los municipios.

Se presentaron otras dificultades, como el hurto de los pollos, la escasez de alimento (los adultos mayores no tenían recursos para comprarlo), la no germinación del 60% de las semillas y la falta de apoyo de la alcaldía de San José del Guaviare.

“Muchos de los adultos mayores han tratado de continuar con los proyectos, pero todos siguen en el de salud. Estamos buscando recursos con fundaciones y ONG para que puedan tener proyectos sostenibles”, señala el médico Elvis Eduardo Piñeres, quien actualmente está a cargo del programa.



Un sitio para vivir con dignidad

Risaralda cuenta con un proyecto en el que los adultos mayores tienen un refugio para pasar su vejez en las mejores condiciones. Muchos de ellos hasta chatean con sus familias.



ALFONSO OSSA NUNCA QUISO IR A ESTADOS UNIDOS cuando tuvo la oportunidad de hacerlo, pero paradójicamente tuvo que buscar asilo allí porque su vida dio un giro que jamás imaginó.

Desde muy joven comenzó a trabajar de manera independiente, creó varias empresas y la última, de taxis, acabó con lo más importante que tenía: la tranquilidad.

Hace ocho años era reconocido en Dosquebradas (Risaralda) por su excelente situación económica. Fue dueño de la única empresa de taxis que funcionaba allí, pero debido a amenazas de la guerrilla tuvo que venderla y salir huyendo a Norteamérica. “Les dieron licencia de 800 taxis a unos mafiosos del Valle y empezó una guerra horrible. Hubo paros, huelgas, luego empezaron las cartas y amenazas telefónicas”, explica.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008



» **El centro tiene capacidad para acoger a 58 adultos mayores, quienes requieren una atención integral. Allí les brindan un trato adecuado y les proporcionan las herramientas necesarias para vivir una vejez llevadera y en compañía de personas que, para algunos, son su única familia.**

En Estados Unidos vivió durante seis años, nunca consiguió la residencia y tuvo que regresar enfermo y sin plata, pues gran parte de su capital lo gastó en los servicios de abogados que, como él dice, no hicieron más que pedirle dólares.

Cuando estaba en su bonanza, en varias oportunidades pasó frente a las instalaciones del Centro Geriátrico Paraíso Otoñal, el mismo que años después lo acogió cuando se encontraba abandonado, enfermo y en la quiebra. “Llegué a donde nunca imaginé llegar. Al principio mi entrada al centro fue muy traumática porque ellos no creían que un ser que siempre había sido de estrato 5, fuera a llegar aquí de caridad. He sido capaz de vivir y ahora soy un hombre muy feliz”, dice.

La institución, que le prestó ayuda cuando más lo necesitaba, hoy en día es reconocida como una de las mejores experiencias del país en atención al adulto mayor y forma parte del proyecto “Asistencia Integral a Adultos Mayores” del municipio.

“La idea de fundar un centro de bienestar nace después de observar a los ancianos desprotegidos por la sociedad. Durante cinco años se mantuvo sobre el papel, tocando en varias puertas, tanto de personas como de instituciones gubernamentales”, recuerda con orgullo Édgar Ríos, director del proyecto, que fue fundado en 1983.

El centro tiene capacidad para acoger a 58 adultos mayores que, como Alfonso, requieren una atención integral. Allí les brindan un trato adecuado y les proporcionan las herramientas necesarias para vivir una vejez llevadera y en compañía de personas que, para algunos, son su única familia.

Además, ha servido de refugio para muchos adultos que se convierten en un estorbo para sus familias; algunos están en condiciones de indigencia y se ven favorecidos con la iniciativa. “Para mí lo mejor de

estar aquí es la atención y la vida placentera que uno tiene. Mi relación con todos es muy buena, me demuestran afecto y yo los quiero mucho”, asegura Alfonso, quien ya completa dos años en el centro.

Para el encargado del proyecto la satisfacción más grande es saber que se está sirviendo a la comunidad. “Se siente una plenitud espiritual, yo mantengo tranquilo por esta labor. Doy gracias a Dios por permitirme servirle a la demás gente”.

LA EXPERIENCIA EN SÍ MISMA

Teniendo en cuenta que el proyecto beneficia a adultos mayores con y sin recursos, es una necesidad cumplir algunos requisitos para su ingreso. En primer lugar, cuando el adulto se va a vincular por caridad, se realiza un trabajo social muy estricto: se evalúa si verdaderamente requiere o no el servicio, se verifica si tiene carné del Sisbén o si es necesario tramitárselo. Estas personas cuentan con una atención igual a la de una que sí debe pagar por su estadía, con una salvedad, que las hospedan en habitaciones para cuatro o cinco individuos.

Cuando el adulto se va a vincular pagando pensión, el valor oscila entre \$450 y \$800 mil, de acuerdo con la habitación (habitualmente son dos personas por cuarto). En esta modalidad se indaga acerca del motivo por el cual los familiares quieren que los adultos se vinculen al centro, para tener una idea de la parte afectiva de ellos; además, se exige que en caso de ser aceptados tengan un contacto periódico con el adulto o de lo contrario podrían devolverlos.

Después, se realiza una evaluación médica para saber si puede convivir en comunidad, para que no vaya a afectar al resto del grupo. También se toma en cuenta con quiénes ha vivido y si hay problemas familiares de rencor o de odio.

El proyecto tiene además un cronograma para las actividades de los adultos en el que, por días, se establecen diversas actividades. Lunes y viernes: ejercicios físicos de rotación de miembros superiores e inferiores, caminatas dentro de las zonas verdes, manejo del equilibrio y de la parte auditiva y comunicativa. Martes de cine, día en el que pueden ver las películas que más les gustan. Miércoles de conferencias dirigidas por psicólogos en temas como autoestima y motivación. Jueves de terapia ocupacional: las mujeres tejen y cosen, los hombres construyen rompecabezas, juegan billar y tienen huerta casera en las mismas instalaciones. Sábado de oración, en el que fortalecen su parte espiritual, y domingo de visitas.

Además hay un programa radial que se emite los viernes a las 12:30 p.m., *Canas al aire la voz de la experiencia*, el cual maneja diferentes temas desde píldoras para el alma, hasta el hit musical.

LOGROS

- » El proyecto empezó con un diseño que duró cinco años, tiempo en el cual se buscaron recursos y apoyos de diversas fuentes. Diego Patiño, exgobernador de Risaralda, donó el terreno que sirvió como sede.
- » El sostenimiento de la institución durante más de 30 años también da cuenta de los logros, así como el haber podido convertirse en una Institución Prestadora de Servicios (IPS).
- » Algunos adultos tienen familia en el exterior y por ello se han implementado servicios de videoconferencia para que, a través de internet, puedan conversar e interactuar con sus parientes.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

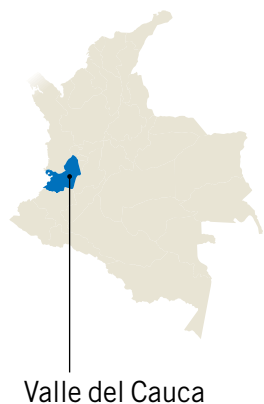


El proyecto cuenta además con un cronograma para las actividades de los adultos en el que, por días, se establecen diversas actividades.

- » Se estableció el servicio de enfermería en casa, mediante el cual se atiende a pacientes con discapacidades o enfermedades terminales. Y en este momento se está construyendo un salón de terapia física especialmente habilitado para la atención de más de 300 adultos de la región.

DIFICULTADES Y DESACIERTOS

- » El abandono de que son objeto los adultos mayores por parte de sus familiares hace que surjan problemas de depresión y desmejoramiento en la salud.
- » Cada día es menor el aporte de los entes gubernamentales, mientras que los servicios públicos siguen aumentando.



Por una vejez digna

CON LA IDEA DE MEJORAR LA CALIDAD de vida de los adultos mayores, institucionalizados en albergues, ancianatos y similares, la Secretaría de Salud Pública municipal de Cali realiza un proyecto que busca cualificar las instituciones como centros de promoción social para esta población, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de sus servicios y brindarles una vida digna y placentera.

Por lo anterior, el Programa de Atención del Adulto Mayor, en coordinación con la línea de estilos de vida saludables, la Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social de la alcaldía, ha venido capacitando a 90 administradores de estas instituciones en temas relacionados con nutrición saludable, manipulación e inocuidad de alimentos, normatividad vigente de barreras arquitectónicas, actividad física en el adulto mayor, manejo del síndrome de la institucionalidad, además de lineamientos técnicos para la habilitación y acreditación de centros de promoción social.

El 12 de noviembre de 2008 estas 90 entidades fueron certificadas por la Secretaría de Salud Municipal de Cali, en su primera fase de asesoramiento técnico, como instituciones saludables para los adultos mayores.

Este asesoramiento técnico tendrá continuidad en el 2008 y se orientará con metodología teórico-práctica en cada Centro de Promoción Social, y de manera personalizada, por un equipo del área de gerontología y técnicos en saneamiento básico.

Guillermo Valencia todavía llora cuando recuerda la muerte de su esposa. También lo hace al recordar el abandono en el que él se encontraba, el mismo que lo llevó a buscar ayuda en la Fundación Hogar del Anciano Los Buenos Amigos, de la cual forma parte desde hace un año.

Para este caleño de 65 años, la tranquilidad es el tesoro más grande con el que una persona puede contar al llegar a esa edad. “Tengo dos hijos y hace mucho tiempo no los veo. Vivía con mi hija, peleábamos mucho y como yo no aportaba dinero, me tocó irme de la casa”, explica.

Trabajó como taxista y zapatero en Cali, y llegó a la fundación desesperado porque se encontraba en la calle, en condiciones infrahumanas. “Con mi llegada a este hogar mejoró mi calidad de vida, de lo

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008



» **Estos hogares forman parte** de las 90 instituciones que se han visto beneficiadas con el proyecto “Asesoramiento Técnico para Centros de Promoción Social para el Adulto Mayor”, de la Secretaría de Salud Pública de Cali, cuyo objetivo es identificar las instituciones que prestan servicios a los adultos mayores y cualificarlas para que mejoren su atención.

contrario, con seguridad ya habría muerto. Mi vida ha cambiado por la tranquilidad que he podido encontrar acá”, dice.

El hogar, que presta servicios a 22 adultos, entre ellos a Guillermo, forma parte de las 90 instituciones que se han visto beneficiadas con el proyecto “Asesoramiento Técnico para Centros de Promoción Social para el Adulto Mayor”, de la Secretaría de Salud Pública de Cali, cuyo objetivo es identificar las instituciones que prestan servicios a los adultos mayores y cualificarlas para que mejoren su atención.

“Un grupo de gerontólogas vio la necesidad de crear una norma que regule los centros de atención al adulto mayor, debido a que en algunas instituciones se estaban presentando casos de maltrato físico y psicológico”, explica Viviana Sánchez, directora del proyecto.

La iniciativa, puesta en funcionamiento en el año 2006 con la participación de las cinco Empresas Sociales del Estado (ESE) del municipio y la línea de estilos de vida saludables, ha logrado beneficios para el adulto mayor, evidenciados en una atención en salud más eficiente, y el diseño de planes de acción que permitan prever situaciones que puedan poner en peligro la integridad de los adultos en los centros de atención.

“Antes en la institución no teníamos una reglamentación, sencillamente pensábamos las cosas y las hacíamos. Gracias a este proyecto, ahora todo lo tenemos sustentado: planes de emergencia, un manejo adecuado para las basuras y los implementos de aseo deben estar determinados, y eso se evidencia en la calidad de vida que llevan los abuelos”, dice Omaira Marín, directora de la fundación.

En el caso de Guillermo, su estilo de vida ha mejorado y la soledad que lo invadía se ha reducido debido a los cambios promovidos en el programa. “Ahora en la fundación podemos ver televisión, jugamos



dominó y parques, pintamos, hacemos manualidades y trabajos con plastilina; además, va un médico y nos revisa y cuando hay alguien grave le prestan la debida atención”, cuenta.

EXPERIENCIA EN SÍ MISMA

El proyecto empezó en el 2006 con un censo, durante los primeros seis meses, de instituciones que prestan atención al adulto mayor con el fin de tener una base de datos. Durante esta primera actividad se encontró que Cali contaba con una población de 2.563 adultos mayores de 60 años institucionalizados, de los cuales el 33% tenía alguna discapacidad y 1.300 estaban en situación de desplazamiento. También se realizó un diagnóstico socioepidemiológico para determinar enfermedades crónicas no transmisibles.

Con este ejercicio se detectaron anomalías en el trato que se les brinda a los ancianos. Algunas de las instituciones, por ejemplo, los ponían a mendigar y exigían a las empresas privadas que aportaran recursos para seguir funcionando. Se evidenciaron situaciones como violencia sexual, deterioro mental y problemas de salud por causa de las instalaciones en las que habitaban.

Igualmente, se evaluó la capacidad que tenían los coordinadores encargados de las instituciones para realizar dicha labor y se encontró que algunos no eran profesionales idóneos; además, muchos de ellos, para lograr la acreditación del establecimiento, presentaban certificados de gerontólogos que no trabajaban en sus centros.

En el 2007, la Secretaría de Salud Pública de Cali complementó este trabajo con otro que realizó con la Secretaría de Salud Departamental, el cual consistió en tomar una muestra de 678 adultos, residentes en 50 domicilios, para analizar sus características sociodemográficas y epidemiológicas. Durante este trabajo se concluyó que muchos no tenían cédula, la mitad era sedentaria e inactiva y presentaba problemas de discapacidad. La mayoría estaba resignada a su suerte y deseaba la muerte.

Ante este panorama, y dadas las condiciones en las que se encontraban los adultos, se inició un proceso de orientación basado en parámetros que debían cumplir dichos centros para un funcionamiento adecuado.

“La mayoría de los centros no contaba con unas locaciones idóneas para el desplazamiento de los adultos, entonces empezamos a pensar en medidas. Se trataron todos los estándares de calidad y se hizo una capacitación para cada institución”, explica Ángela Acero, especialista en gerontología, quien hace parte del proyecto.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

LOGROS

Gracias al trabajo realizado, las instituciones han podido mejorar la prestación de sus servicios y el desarrollo de los procesos. Durante este año se seguirán dando asesorías a las instituciones para que, posteriormente, el Ministerio de la Protección Social evalúe y regule su funcionamiento.

El proyecto se ha desarrollado en 90 de los 163 centros que se encuentran en Cali a los que se les ha hecho entrega de Planes de Mejoramiento Institucional. Éstos tienen un énfasis en las adecuaciones que se deben realizar en aspectos administrativos, de prestación de servicios, espacios físicos, suministro de medicamentos y minutas nutricionales, entre otros.

El proyecto consiguió que las empresas sociales del Estado se articularan durante todo el proceso de capacitación y apoyo al mejoramiento de los centros. También se diseñó, con las instituciones de salud cercanas, una ruta de emergencias para que estuvieran atentas y dieran prioridad a la atención de los adultos mayores.

Adicionalmente, se logró cambiar el enfoque de ancianatos a Centros de Promoción Social para el Adulto Mayor, pues el primero se limita a darles los servicios básicos y no se considera a los adultos mayores personas útiles.

Por último, se tomaron medidas para que la Secretaría de Salud Departamental se encargue de evaluar a dichas instituciones con respecto a si cumplen o no con los estándares de calidad, y dependiendo de los resultados sean habilitadas o inhabilitadas.

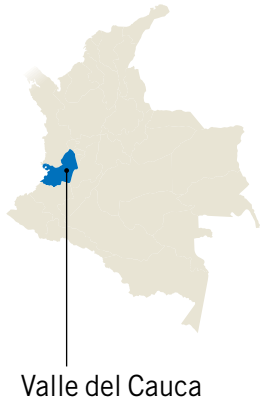
Uno de los logros que más favorecen este proyecto es la sanción del Acuerdo 028 de noviembre de 2008, el cual reglamenta el funcionamiento con calidad y eficiencia de estos centros.

Este proyecto lo gestionó la Secretaría Municipal de Cali a cargo de Alejandro Varela; Mari Luz Zuluaga, secretaria de Desarrollo Territorial y Bienestar Social, un equipo de profesionales expertos en el área, una comisión de quince administradores de estos centros liderado por el concejal Jaime Gasca ante el Concejo municipal, y la Comisión de Tierras del municipio.

DIFICULTADES Y DESACIERTOS

El objetivo del proyecto es contribuir a que se mejore la calidad de vida de los adultos mayores a través de las instituciones que les prestan servicios, pero la gran mayoría de ellas no tienen un presupuesto que les permita implementar procesos para un manejo adecuado de las instalaciones, la documentación, los planes de emergencia, etc. Muchas instituciones funcionan con donaciones y la obtención de recursos es muy difícil.

Del mismo modo, algunas de ellas son renuentes a la reglamentación de su funcionamiento, por lo que se ha enfatizado en la oportunidad que tienen de mejorar y hacer más llevadera la estadía de los adultos mayores.



VEJEZ NO ES SINÓNIMO DE SOLEDAD Y ENFERMEDAD

En el Valle, el programa “Envejecimiento Saludable y Activo” beneficia a los adultos mayores con actividades físicas y pedagógicas, aumentando con esto sus ganas de vivir.

DANIEL JARAMILLO TRABAJA REPARANDO APARATOS ELECTRÓNICOS a domicilio en Sevilla (Valle), municipio al que llegó en 1940 desplazado por la violencia. Hace 18 años se separó de su esposa, con quien tuvo dos hijos, los mismos que no quisieron hacerse cargo de él ahora que está viviendo una de las etapas más difíciles de su vida: la vejez.

Desde hace tres años hace parte del grupo de adultos mayores del comedor del Club de Leones, un espacio donde comparte con personas que están en una situación similar a la suya. Hoy, a sus 73 años, además de la soledad que lo invade, tiene problemas de hipertensión y circulación; por suerte está dejando atrás estas dificultades gracias a la ayuda que recibe en el comedor y, concretamente, al programa “Envejecimiento Saludable y Activo” que se realiza allí.

Este programa, de la Secretaría de Salud Municipal de Sevilla, tiene como objetivo promover la práctica de estilos de vida saludables en personas como Daniel, para que, a través de ellos, los ancianos mejoren su forma de comer, disminuyan el consumo de cigarrillo y alcohol, además de estimular el contacto intergeneracional entre los adultos mayores y brindarles información sobre enfermedades típicas y crónicas no transmisibles. En la actualidad, cientos de personas se están beneficiando con esta iniciativa.

Para Daniel, el programa le ha significado cambios. Ahora se siente mucho mejor, más lleno de vida, y sus dificultades de salud han disminuido notoriamente. “He logrado superar mi problema de hipertensión y de circulación por medio de los ejercicios que hacemos con frecuencia, como caminatas, salidas al campo, y eso nos ayuda mucho”, explica.

Las actividades del programa le han dado la posibilidad de tener compañía en medio de la soledad en la que se encontraba, y asegura que se convierten en un estímulo para seguir viviendo. “He superado muchos traumas psicológicos de la vejez, aquellos que son causados por la soledad o por el alejamiento de la familia; con ellas nos acercamos a los compañeros y uno siente que le tienen estimación”.

Según Jenny Sofía Arroyave Vargas, gerontóloga y coordinadora del programa, lo que se busca es “desarrollar una táctica para que, a través de charlas educativas y talleres, los adultos tengan un

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008



» Con el programa “Envejecimiento Saludable y Activo”, la Secretaría de Salud Municipal de Sevilla busca realizar un trabajo pedagógico al evaluar y enseñar los estilos de vida que deben llevar los adultos mayores: hábitos alimentarios adecuados, actividad física y prevención de enfermedades.

conocimiento de cómo prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión, osteoporosis, gastritis, osteoartritis y artrosis, para comenzar a prevenirlas”.

Además, se hace hincapié en la promoción de la actividad física y la alimentación. Gracias a los talleres que desarrollan para mejorar la parte social, los adultos se integran y sus estilos de vida mejoran cada día más.

Los beneficiados con el programa, que en su mayoría están entre los 55 y 90 años, coinciden en que las actividades les permiten ejercitar su memoria y así previenen el Alzheimer. Disfrutan los talleres de plastilina, témpera y tejido, al igual que las caminatas y salidas de campo que realizan con el objetivo de dejar a un lado el sedentarismo.

LA EXPERIENCIA EN SÍ MISMA

Con el programa “Envejecimiento Saludable y Activo”, la Secretaría de Salud Municipal de Sevilla busca realizar un trabajo pedagógico al evaluar y enseñar los estilos de vida que deben llevar los adultos mayores: hábitos alimentarios adecuados, actividad física y prevención de enfermedades. La tarea la realiza en los dos comedores del programa “Juan Luis Londoño de la Cuesta” el Comedor Club de Leones con 390 adultos, el Comedor Marco Fidel Suárez con 280 adultos mayores y los Centros de Bienestar para el Adulto Mayor (CBA) San Pedro Claver y San Vicente de Paúl con 50 adultos. Para pertenecer a los grupos, ya sean comedores comunitarios o CBA, las personas deben inscribirse a través de la Gobernación del Valle y tener una situación de discapacidad, desplazamiento o abandono.

Con esta iniciativa se busca fortalecer al adulto mayor no sólo institucionalizado, es decir, que se encuentra en una institución especializada en la atención de adultos mayores, sino también al que se encuentra en otros programas del Estado; fomentando así el desarrollo de las dinámicas ya constituidas y buscando implementar otras que contribuyan al desarrollo físico y social de los adultos. Los integrantes de los grupos desarrollan las actividades de lunes a viernes en diferentes horas del día.



» Con los talleres y las prácticas de actividades físicas se ha logrado dar un adecuado control y un mejor manejo a sus problemas de salud.

LOGROS

El mejor indicador que se tiene del proyecto es la evidente mejoría en el estado de ánimo de los adultos, pues se han comenzado a ver cambios positivos en sus estilos de vida, por ejemplo, en sus hábitos alimentarios. Actualmente muestran más interés por la práctica de actividades físicas: antes asistían diez personas a las caminatas y ahora van 90 (en su mayoría hombres), pues se sienten motivadas y felices.

Con los talleres y las prácticas de actividades físicas se ha logrado dar un adecuado control y un mejor manejo a sus problemas de salud. Un 80% de los beneficiados cambiaron su forma de pensar y de actuar en una comunidad, gracias al programa.

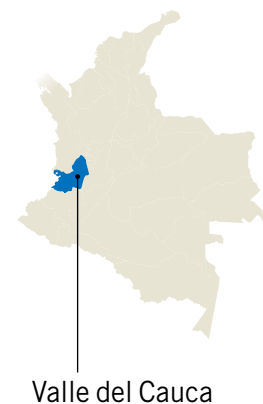
DIFICULTADES Y DESACIERTOS

El deseo de hacer más por los adultos y darles una atención personalizada se ha visto comprometido debido a las dificultades económicas. Se requieren mayores recursos para la implementación de actividades y programas en salud que permitan ejercer un control más estricto sobre las enfermedades crónicas que los afectan.

Durante el inicio del proyecto, los ejecutores se dieron cuenta de que algunos de los adultos se mostraban renuentes a participar en las actividades; pero con el tiempo, la disposición aumenta cada vez más, hasta el punto de que son ellos mismos los que piden que las actividades se realicen con mayor frecuencia.

Más vale tarde que nunca

En Zarzal los adultos mayores demuestran que la vejez puede ser una época de aprendizaje y actividad, todo depende de la buena disposición que se tenga para ello.



SON LAS DOS DE LA TARDE, es el último viernes del mes y los adultos mayores de Zarzal (Valle) se alistan para disfrutar de su fiesta, la misma en la que escuchan tangos y boleros, y además cantan, dicen que así gozan de una de sus mejores épocas: la vejez.

Lili Castro es una de ellos. Todos los días asiste a la Sede Social y Recreativa Josefina Ospina de Cardona, donde participa en talleres de pintura, ejercicios físicos y otras actividades que se realizan en el Programa de Gerontología para Adultos Mayores del Municipio de Zarzal.

Como ella, 331 adultos pertenecientes al programa han mejorado sus condiciones de vida con el desarrollo de dinámicas que aumentan su grado de actividad. “Lo que más me gusta son los ejercicios físicos. Mi salud se ha mejorado en la circulación, a veces me dan calambres en los pies y con estas actividades uno se mejora muchísimo”, dice.

Los adultos también tienen la oportunidad de aprender sobre temas como el envejecimiento, el control de enfermedades y la salud sexual; incluso mensualmente asisten a talleres que fortalecen las actividades deportivas y culturales que realizan a diario.

“Había que organizar a los adultos mayores porque ya son una población grande y era necesario elaborar programas para que participen y se vuelvan activos. Ellos son muy receptivos y participan”, dice Viviana Andrea Sierra Toro, directora del proyecto.

El programa permite distribuir a la población mayor en diferentes grupos y beneficiar a los adultos que habitan en Zarzal y en corregimientos cercanos. “Yo les digo a todos que participen, que es maravilloso y muy bonito. El estado de ánimo de las personas cambia, hay más actividad; en cambio, cuando uno está en la casa no hace nada”, asegura Lili.

La iniciativa, impulsada por la alcaldía del municipio, ha descubierto en los adultos habilidades para la poesía, la lectura y la escritura. “La salud en general se ha mejorado notoriamente. En especial la destreza mental con el desarrollo de las dinámicas”, explica la encargada del programa.

Para Lili lo más difícil de llegar a la vejez es tener problemas de salud, pero asegura que ella vive radiante



» **La experiencia** surgió como una necesidad de mejorar el trato a los adultos mayores y ayudarlos a cambiar sus estilos de vida.

merced al trato que ha recibido. “Mi salud es buena debido al control que llevamos: nos toman la presión, el peso y nos hacen exámenes para determinar el nivel de azúcar que tenemos en la sangre. Ahora estamos más alegres, contentos y vivimos más activos”.

LA EXPERIENCIA EN SÍ MISMA

La experiencia surgió como una necesidad de mejorar el trato a los adultos mayores y ayudarlos a cambiar sus estilos de vida. Así, se empezó con la realización de talleres de capacitación en temas gerontológicos para que ellos entendieran y asumieran su propio proceso de envejecimiento, y también de prevención y promoción en salud.

De igual forma, se crearon brigadas de salud (totalmente gratuitas) tanto en la zona urbana como en la rural y se desarrollaron actividades lúdicas recreativas y programas productivos que contribuyeran a mejorar la salud mental de los adultos mayores.

El municipio cuenta con una sede para las personas de la tercera edad. Allí tienen camas, vestuarios y realizan actividades diferentes durante el día, como deportes y manualidades, las cuales son dirigidas por personas especializadas en la materia.

En la actualidad se benefician del programa no sólo habitantes de Zarzal, sino de corregimientos cercanos como La Paila y Vallejuelo.

LOGROS

Uno de los mayores logros es la participación masiva de los 331 adultos beneficiados, los cuales son distribuidos en grupos de acuerdo con las actividades que le agradan a cada uno.

Vale la pena resaltar la disposición de los adultos y la iniciativa de muchos de ellos de transmitir sus conocimientos para beneficiar a otros.

Se han podido establecer diferencias entre los adultos que participan y los que no, con evidencia de mejoría en las personas que forman parte del programa; incluso algunos grupos ya están organizados en asociaciones legalmente reconocidas y tienen la disposición de prestarles servicios a los demás.

Gracias a las jornadas de salud, que se han realizado tanto en la zona urbana como en la zona rural, se ha atendido al 26% de los adultos mayores y, según lo manifestado por ellos, el proceso que se ha desarrollado ha sido de lo mejor, por la atención y el servicio que les prestan los profesionales en áreas como salud oral, consulta externa y gerontología, entre otras.

Con la puesta en marcha de las actividades del programa se ha logrado que la población mayor tenga una participación fuerte en el municipio, los grupos se han hecho notar de forma positiva y ya los tienen en cuenta en la comunidad, tanto que las administraciones ven en ellos una población que genera bienestar para Zarzal.

Otro aspecto importante en este proceso es cómo se ha incrementado la vitalidad de muchos de ellos, lo que se refleja en actividades como los eventos sociales, espacios en que los adultos comparten con jóvenes para que conozcan una buena y sana manera de llegar a viejos.

DIFICULTADES Y DESACIERTOS

- » El programa se implementó cuando los adultos mayores no tenían una organización clara que impulsara el desarrollo social y activo de la población; por esto, en la mayoría de las actividades mostraron desinterés, debido a que pensaban y expresaban que eran demasiado viejos para realizar algunas de las dinámicas y para aprender algún tipo de conocimiento.
- » A causa del desconocimiento y de la poca claridad de algunas de las actividades o jornadas de salud, muchos de ellos dudaban con respecto a si éstas tenían o no algún valor, notándose su ausencia en algunas de ellas.

“Aunque su cuerpo se debilite, busquemos que su espíritu sea fuerte”.

Programa de Gerontología



Toda Colombia

Para que los mayores participen

El Ministerio de la Protección Social convocó a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia para que diseñara una metodología que les permitiera a los adultos mayores participar en la elaboración de las políticas públicas de sus municipios.



¿QUÉ ES EL ENVEJECIMIENTO? ¿Qué significa ser anciano? ¿Qué problemas tienen los adultos mayores? Preguntas como esas se hicieron 140 adultos mayores de Chía y Facatativá, en Cundinamarca, y de Manizales, en Caldas, con ellas se esperaba que reflexionaran sobre sus derechos y las razones por las cuales vale la pena participar en la formulación de políticas públicas dirigidas a la población que está entrando a la vejez.

“Alegría, reflexión, revivir momentos de la juventud”, fue el significado que tuvo este ejercicio para Miguel Ángel Nieto Ortiz. “Fue algo maravilloso: le dan a uno salud, mucha alegría y entusiasmo”, señaló María Elvia Duque. “Es muy bueno para uno, deja recuerdos gratos”, aseguró Alejandrino Márquez Martínez.

Los tres participaron en el programa “Metodología Integrada de Participación Social de y para el Adulto Mayor (Mipsam)”, una estrategia diseñada por la Universidad Nacional de Colombia y solicitada por el Ministerio de la Protección Social, con la cual se busca dar más participación a los adultos mayores.



» **Parte del éxito radicó en que profesionales de diferentes disciplinas, con trayectoria y experiencia en trabajo con adultos mayores (trabajadora social, politóloga, psicóloga, comunicador social, médico, enfermera, economista e ingeniera de sistemas), realizaron el trabajo de campo.**

El piloto se realizó en Chía, la aplicación en Facatativá y la validación en Manizales, proceso que se llevó a cabo entre diciembre del 2006 y diciembre de 2007.

“Es una necesidad del ministerio construir políticas públicas con participación social. Eso nos llevó a hacer un llamado a las personas mayores para que se vincularan al ejercicio de política pública y garantía de derechos. Ellos conocen sus necesidades y aportan a la sociedad en la medida en que puedan participar”, explica Amanda Valdés, coordinadora del Grupo Ciclo de Vida del Ministerio de la Protección Social.

“En el 2009 se espera capacitar a las entidades territoriales en la metodología. Primero abordaremos a los funcionarios públicos, ONG y sociedad civil, así como personas mayores en la metodología en todo el país, para que la asuman y tengan seguimiento y control. El Ministerio de la Protección Social distribuirá recursos para políticas de vejez y servicios complementarios, y se espera que sean ejecutados con participación social”, agrega Valdés.

LA EXPERIENCIA EN SÍ MISMA

Como la política pública señala la necesidad de crear una estrategia de participación social, el Ministerio de la Protección Social convocó a la Universidad Nacional para que elaborara el diseño de la metodología que permitiera esa participación de los adultos mayores en las políticas que les interesen.

La universidad, a su vez, convocó a los adultos mayores a través de entidades que les prestan servicios y de las autoridades municipales, las cuales también tuvieron participación en los grupos de trabajo, al igual que la Iglesia y representantes de la sociedad civil en general.

El primer año de trabajo fue básicamente de campo, en el que se hizo un inventario institucional y se aplicó una encuesta a los adultos mayores para conocer qué significaba para ellos el poder pertenecer a grupos sociales y el tener la posibilidad de participar.

Cada municipio tuvo su propia dinámica, dirigida por profesionales del programa. Se invitó a los ancianos a reflexionar sobre quiénes son, y a reconocerse como adultos mayores y como parte de la organización social.

También se les pidió que identificaran el árbol de problemas de su municipio y que los transformaran en oportunidades. Finalmente, se los motivó a conciliar sus intereses y lograr una concertación de acciones. Después del proceso, se hizo una presentación a la comunidad de los resultados obtenidos y se trabajó en la retroalimentación de la experiencia.

“Parte del éxito radicó en que profesionales de diferentes disciplinas, con trayectoria y experiencia en trabajo con adultos mayores (trabajadora social, politóloga, psicóloga, comunicador social, médico, enfermera, economista e ingeniera de sistemas), realizaron el trabajo de campo. Además, se contó con la asesoría del maestro Orlando Fals Borda”, explica Leonor Luna, directora del proyecto.



» El proyecto aporta una forma de intervención social que orienta y permite a los adultos mayores y a sus organizaciones hacerse visibles en dos escenarios fundamentales: la formulación y la ejecución de la política pública a través de los Comités y Consejos Gerontológicos o de Adultos Mayores, el Consejo Territorial de Política Social, el Plan de Desarrollo y el Plan Gerontológico Municipal o de Atención Integral al Adulto Mayor.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

LOGROS

Los trabajos realizados en los tres municipios aportan una herramienta metodológica concreta que permite a los adultos mayores y a sus organizaciones reconocerse como actores y participar en las decisiones que los afectan, así como en la vida económica, social, política y cultural del municipio.

La implementación de una metodología de acción y consenso en un paradigma democrático con enfoque de derechos contribuye a generar espacios de reflexión, concertación, decisión y establecimiento de compromisos tanto a nivel municipal, institucional y organizacional, como familiar y de los propios adultos mayores.

El proyecto aporta una forma de intervención social que orienta y permite a los adultos mayores y a sus organizaciones hacerse visibles en dos escenarios fundamentales: la formulación y la ejecución de la política pública a través de los Comités y Consejos Gerontológicos o de Adultos Mayores, el Consejo Territorial de Política Social, el Plan de Desarrollo y el Plan Gerontológico Municipal o de Atención Integral al Adulto Mayor, y a nivel individual, familiar y comunitario a través de la exigibilidad de derechos y del acceso al sistema de aseguramiento y de prestación de servicios.

De igual manera se gestó una estrategia de participación que permite integrar actores (gubernamentales, no gubernamentales y comunitarios), saberes, escenarios y soluciones, que facilita la participación de los adultos mayores y sus organizaciones en la toma de decisiones, al tiempo que se benefician del desarrollo. Reconociendo que la participación es un derecho y como tal es una responsabilidad de los adultos mayores ejercerlo.

También se logró la construcción de nuevas formas de organización y gestión: creación de equipos gestores municipales y trabajo en red.

DIFICULTADES Y DESACIERTOS

- » Una de las dificultades presentadas fue el hecho de que el desarrollo de la metodología coincidió con año electoral, lo que generó ciertas restricciones en las convocatorias a los adultos mayores y a sus organizaciones. Así mismo, fue muy difícil trabajar en coordinación con una administración que estaba finalizando su gestión, y esto hizo que algunos actores de la administración municipal no tuvieran una participación efectiva.
- » No fue tarea fácil para los actores sociales de dos de los municipios la concreción y el consenso del problema prioritario que los afectaba, aspecto que exigió la habilidad del equipo investigador para acompañarlos en este momento.

Capítulo V

Resumen de actividades “Así vamos en salud”. Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

Foros 2005 - 2007

Rendición de cuentas del Ministerio de la Protección Social al sector salud, septiembre de 2005

Análisis de los resultados de los compromisos del gobierno del presidente Álvaro Uribe con el sector salud para los años 2002 - 2006

Aporte del sector salud a la inclusión, 2007.

Foro 2008

Así va la salud en Colombia: los últimos quince años del sector

Mesas de trabajo 2004 - 2007.

Ajustes a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud: 2004.

Sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud: 2004.

Elementos para la discusión de la reforma al SGSSS: 2004.

Salud pública en el contexto del SGSSS: 2005.

Análisis de las coberturas de vacunación de Bogotá: 2005.

Subsidios parciales: debe revisarse su costo social: 2005.

Así vamos en salud sexual y reproductiva: 2005.

Seguimiento al programa “Salud a su hogar” de Bogotá: 2004, 2005, 2006.

Transparencia en el sector salud: 2006.

Respuesta del Estado a la problemática de salud y bienestar de las poblaciones desmovilizadas y en situación de desplazamiento: 2006.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

Protección social, gerencia social y generación de valor público con énfasis en salud: 2006.

La nueva EPS del Seguro Social: retos y perspectivas: 2007.

¿Hacia dónde va Medellín como ciudad saludable?: 2007.

Hacia dónde vamos en gestión y evaluación de la tecnología en salud en Colombia: 2007.

Equidad en salud: 2007

El hospital como organización de conocimiento y espacio de formación de investigadores en salud: 2007.

Panorama de salud en Cali: 2007.

Mesas de trabajo 2008

"Aseguramiento en salud en Colombia en un contexto internacional". El 18 de enero se realizó esta mesa, en la que se presentaron los resultados del impacto de la reforma colombiana de la seguridad social en salud sobre los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, tanto en el acceso y utilización de los servicios de salud, como en la protección financiera. Se contó con la participación de expertos internacionales en el panel titulado "La experiencia colombiana en un contexto internacional. Casos de América Latina, Europa y África".

"Experiencias valiosas en gestión territorial". Mesa de trabajo en la que se presentaron once de las experiencias valiosas en gestión territorial escogidas de la convocatoria nacional del año 2007. Estas se evaluaron de acuerdo con su constitución, capacidad de evaluación de gestión, reproducibilidad e impacto, siendo finalmente escogidas de distintos entes territoriales, entre los que se incluyen Bogotá, Boyacá, Cundinamarca, Huila, Meta, Nariño, Risaralda y Santander. Contó con la participación de Mauricio Santa María Salamanca, subdirector de Fedesarrollo, quien habló sobre la importancia de la descentralización y la gestión territorial en salud.

Política pública en Salud, Cali. En alianza con la Universidad Icesi de Cali, en el mes de febrero se realizó esta mesa de trabajo en la que se discutió la situación actual en salud en Cali, ahondando en el diagnóstico ambiental, el contexto socioeconómico, la oferta de servicios y las inequidades en salud presentadas en este municipio, los lineamientos del plan de salud territorial de acuerdo con la resolución 425 de 2008, y la línea estratégica del plan de desarrollo municipal: "Cali saludable y educadora".

Aportes al Plan Distrital de Salud de Bogotá. Los proyectos "Bogotá cómo vamos", "Concejo cómo vamos" y el programa "Así vamos en salud", en el marco de una serie de mesas de trabajo con expertos para discutir distintos componentes del plan de desarrollo Bogotá Positiva 2008 - 2011, llevaron a cabo esta mesa de trabajo sobre salud en el plan de desarrollo con la presencia del secretario distrital de Salud, Héctor Zambrano; el subsecretario, los directores de Salud Pública, de Planeación, Comunicaciones y Participación Social; otros participantes de la administración distrital, académicos, concejales, representantes gremiales, representantes de asociaciones de usuarios y otros expertos del sector salud.

"Así vamos en salud" en Cartagena. En alianza con el proyecto "Cartagena como vamos", se realizó esta mesa de trabajo en la que se discutió el estado actual en salud de Cartagena, los objetivos, estrategias y programas de salud incluidos en el plan de desarrollo distrital para este cuatrienio y la evaluación de calidad de vida de Cartagena para los años 2005 a 2007. Se obtuvo como producto un documento de observaciones y recomendaciones al plan de desarrollo distrital de esta ciudad.

Los retos de la salud en Barranquilla para el próximo cuatrienio. En alianza con el programa “Barranquilla como vamos”, se realizó en el mes de abril esta mesa de trabajo en la que se discutieron los planes territoriales de salud de Barranquilla, buscando una articulación con el plan de salud del departamento del Atlántico y la construcción de indicadores para seguimiento, evaluación y control durante los próximos cuatro años.

¿Es posible morir de salud?. Mesa de trabajo liderada por la Dirección de Responsabilidad Social de El Tiempo, en alianza con el programa “Así vamos en salud”. Partiendo del análisis expuesto por el periodista español independiente Miguel Jara y la farmaceuta y coordinadora de la oficina de Acción Internacional para la Salud en Europa (HAI), Teresa Leonardo Alves, en cuanto a las políticas de las empresas farmacéuticas y los proyectos de investigación que se desarrollan, se discutió sobre la importancia de la credibilidad y transparencia de estas empresas farmacéuticas y la importancia de las necesidades de los consumidores, así como del uso racional de los medicamentos.

Los retos de la salud en Antioquia para el próximo cuatrienio. Liderada por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, se llevó a cabo esta mesa de trabajo en la que se presentó y discutió el estado de salud actual de este departamento y su capital, así como los planes territoriales de salud, respectivamente. Se contó con la participación de representantes de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín, EPS, IPS públicas y privadas, expertos de Antioquia y Bogotá, entre otros.

Seguimiento al programa “Salud a su hogar”. En el mes de julio, en alianza con el programa “Bogotá cómo vamos”, se efectuó la mesa de trabajo, en la que se presentaron tres estudios de evaluación y las perspectivas para este cuatrienio del programa de la Secretaría Distrital de Salud “Salud a su casa”, continuando así con la iniciativa de seguimiento a los alcances y transformaciones de esta iniciativa desde hace cuatro años.

Formación de recursos humanos en salud y su tránsito a comunidades científicas: Los casos de la investigación en ciencias básicas médicas y en salud pública en Colombia. Mesa de trabajo liderada por la Facultad de Medicina y Economía de la Universidad del Rosario, en la que se presentaron dos trabajos que evalúan la dinámica de las comunidades científicas mediante el estudio de los recursos humanos en investigación en las áreas de salud pública y ciencias básicas biomédicas, así como el comportamiento de las publicaciones científicas colombianas y las diferencias temáticas y metodológicas respecto a las publicaciones internacionales en salud pública.

Manejo de residuos hospitalarios. En el mes de noviembre se realizó esta mesa de trabajo liderada por la Universidad de Antioquia, en la que se presentaron y discutieron los temas relacionados con el manejo de los residuos hospitalarios, la normatividad, el manejo actual de los residuos hospitalarios peligrosos en Colombia, las experiencias en otros países, identificando las fortalezas y debilidades respecto a este tema, y las posibles propuestas sobre las problemáticas detectadas.

Artículos y noticias 2004 - 2007

Así vamos en cobertura

Treinta millones de colombianos afiliados a la seguridad social en salud hasta 2004.

Seguimiento a diez temas claves del sector. Tutelas.

Un vacío importante que llenar: información pública sobre el aseguramiento en salud.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V
8	10 Reseña del proyecto	12 Indicadores de seguimiento al sector salud	56 Así va la salud en Colombia: los últimos 15 años en el sector	74 Experiencias valiosas: aportes al bienestar en la vejez	112 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2008

Cobertura de los regímenes de afiliación a salud aumenta gracias a los subsidios parciales.

El Observatorio de la Seguridad Social analiza la reforma a la salud en Colombia y el desarrollo de la economía de la salud (Enlace con la Universidad de Antioquia).

Ministerio de la Protección Social llama la atención a departamentos rajados en vacunación, 2005.

Nuevos datos sobre malaria muestran tendencia al incremento de la morbilidad.

Incluidos nueve medicamentos nuevos en el Plan Obligatorio de Salud Contributivo y Subsidiado.

Acceso de los hogares a los principales servicios públicos y sociales y percepciones de calidad sobre estos servicios.

Una aproximación al financiamiento de un sistema de protección social en Colombia.

Determinantes del estado de salud en Colombia y su impacto según área urbana y rural: una comparación entre 1997 y 2003.

Análisis de las políticas de educación, salud y vivienda del nuevo Plan de Desarrollo de Bogotá, capítulo Salud.

Aspectos teóricos sobre la salud como un determinante del crecimiento económico.

Los mandatos constitucionales sobre el derecho a la salud: implicaciones de equidad y eficiencia.

El gasto en salud de los hogares colombianos: un análisis descriptivo.

Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida.

¿Hay selección sesgada en el régimen contributivo?.

Personal de la Fundación Santa Fe participa en el desarrollo de vacuna contra ciertos tipos de cáncer.

Metaanálisis de efectividad de la colestectomía laparoscópica versus abierta.

Sancionada ley que modifica aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Cuidado crítico en Colombia: diferencias entre unidades académicas y no académicas.

Desarrollo del cuidado intensivo en Latinoamérica.

El reto del control del dengue en dos ciudades turísticas.

Pérdidas y ganancias de las reformas en salud.

Boletín *Cuídate*.

Boletín *Aportes del Sector Salud a la Inclusión*.

Nueva prórroga para cierre del Instituto de Seguro Social.

Aprobado el Plan Nacional de Salud Pública.

Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano.

Eliminada la transmisión de oncocercosis en Colombia.

Cambios en los efectos sobre el estado de salud entre 1997 y 2003.

Determinants of demand for antenatal care in Colombia.

¿Tiene efectos negativos el TLC sobre los precios de los medicamentos y la salud de los colombianos?.

La regulación de tarifas en el sector de la salud en Colombia

“Así vamos en salud” apoya la rendición de cuentas en salud materna e infantil

Artículos y noticias 2008

Boletín Informativo I trimestre 2008. Colombia Líder, Educación Compromiso de Todos, “Así vamos en salud”. Abarca temas como: El Plan de Desarrollo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, El Plan Nacional de Salud Pública, información sobre el proyecto Educación, Compromiso de Todos y la red de protección social para la superación de la pobreza extrema.

Recomendaciones sobre el Plan Distrital de Salud de Bogotá.

Recomendaciones sobre el Plan Distrital de Salud de Cartagena.

El hospital como organización de conocimiento y espacio de investigación y formación. Artículo publicado a partir del estudio realizado por la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario, en el que se evaluó la dinámica de los recursos humanos que trabajan en el área de la investigación, con un enfoque articulado con la teoría del capital de conocimiento y en el que se expone el modelo de medición de los hospitales como organizaciones de conocimiento y sus resultados, así como el papel que ha cumplido Colombia en los últimos 30 años en la investigación clínica a través de la publicación científica, de igual forma, la distribución temática de las publicaciones y las instituciones que más aportan a la producción científica.

“Así vamos en salud” en cinco ciudades colombianas. Documento producto de la participación del Proyecto citado en la construcción de los planes de desarrollo y territoriales de salud en Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín, con el encontrarán algunos indicadores de seguimiento para cada una de las ciudades, con el análisis de acuerdo al consolidado del país, los departamentos y las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y Cumbre Mundial de la Infancia.

Residuos Hospitalarios en Colombia. Documento en el que se analiza la problemática que por los últimos meses se ha presentado con la disposición final de algunos desechos hospitalarios en diferentes ciudades. “Hablar de desechos hospitalarios no es lo mismo que hablar de residuos peligrosos, ni los hospitales son las únicas instituciones que producen este tipo de desechos”.

Mortalidad por EDA en menores de cinco años. Artículo en el que se analiza la situación de Colombia en los últimos años en cuanto a mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años se refiere, su relación con el estado del medio ambiente y la prestación de servicios en saneamiento básico. Compara esta situación con otros países del mundo y en el interior, a nivel departamental.