8

Consideraciones sobre la salud pública

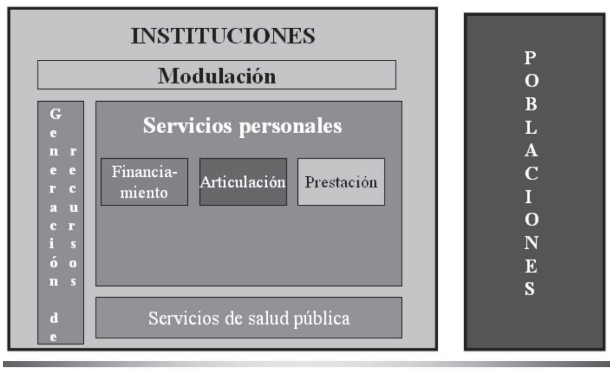
La salud pública en el contexto de los sistemas de salud

José Fernando Cardona

Finalidad y ámbito de acción de los sistemas de salud. La protección del riesgo financiero es el eje del aseguramiento, y este es el modelo adoptado desde la reforma del sistema de salud en Colombia, pero el eje de todo este tema tiene que ver con el tema de la salud. Así, el trabajo de una Administradora de Régimen Subsidiado no es simplemente proteger financieramente a sus asegurados, es fundamentalmente mejorar la salud de esas personas y aportar para el mejoramiento de la salud de sus asegurados.

Cuando hablamos de los componentes de un sistema de salud entendemos que tiene varias funciones: (1) modulación o regulación, (2) financiamiento, (3) articulación, y (4) Prestación o provisión de servicios de salud y (5) de generación de recursos.

Gráfica 42. Componentes del sistema de salud



Fuente: Frenk y Londoño

La función crítica en un sistema de salud tiene que ver con la rectoría, la cual se relaciona con el liderazgo, y la importancia de orientar las acciones para mejorar la salud de las personas. La rectoría es una función crítica para el desarrollo de la intersectorialidad y en ese sentido tiene que ver con la formulación de política, con una mirada estratégica del sector y del sistema, con un establecimiento de prioridades para asignación de recursos, con movilización social para la salud y con fortalecimiento de la capacidad del sistema. También tiene que ver con la coordinación para lograr alinear los objetivos tanto a nivel local como nivel regional y a nivel nacional; entre el sector público y el sector privado y en otros sectores. La rectoría y el liderazgo que se ejerza desde el ente rector es fundamental para lograr el proceso de intersectorialidad, el cual implica romper tabiques entre las organizaciones, los gobiernos y las instituciones.

Entonces cuando hablamos del sistema se incluyen aspectos tales como recursos, actores e instituciones relacionadas con la financiación, reglamentación y ejecución de acciones sanitarias. Cuando hablamos de acción sanitaria nos referimos a cualquier conjunto de actividades cuyo fin sea la mejora o el mantenimiento de la salud.

Claramente la apuesta está en desarrollar acciones para mejorar la salud, y entonces nos enfrentamos a un dilema cuando se piensa en el tema intersectorial, y es hasta donde van las acciones de cada sector. El cuestionamiento es si los sistemas

de salud son los responsables de los determinantes claves para la consecución de la mejora en la salud de la población o son solamente responsables de ciertos elementos que están directamente bajo su control. El interrogante para los sistemas de salud es a que le apuestan en el amplio ámbito de la salud. Para poder responder claramente tenemos que entender cuál es el abordaje y conceptualización sobre salud y cuáles son los factores que los determinan y hasta donde van las responsabilidades y competencias del sector salud.

Las acciones sanitarias. En ese sentido, el primer planteamiento y lo primero que tenemos que hacer cuando se trabaja en el sector es reconocer que la salud no depende únicamente de la prestación de servicios, como ya se ha mencionado en este evento. Los economistas simplemente se concentran en cuánta población se cubre o cuántos pacientes se atienden, con lo cual están desconociendo que hay otros elementos que determinan la salud o la enfermedad en las personas.

El segundo elemento, tiene que ver con el hecho de que el aseguramiento es una estrategia y no la razón de ser de un sistema como el de salud y la finalidad de todo el proceso. El aseguramiento puede ser una estrategia para acceder a los servicios pero también tenemos que propender porque esa estrategia sirva para mejorar la salud de los que están asegurados, y que el estar asegurado sirva de factor protector y que no suceda lo que se está presentando, por ejemplo, que un niño asegurado tiene el mismo riesgo, o la misma posibilidad de no estar vacunado, que un niño no asegurado.

En esas condiciones nos preguntamos el aseguramiento ¿para qué?, y entonces hay que hacer una reflexión importante en torno a la necesidad de que los aseguradores entiendan que tienen que aportar en el proceso y no simplemente hablar de las coberturas de afiliación, sin garantizar las mejoras en salud.

El tercer planteamiento es el concepto *determinantes sociales* los cuales sirven para complementar el abordaje de la salud y para entender que es fundamental el tema de la intersectorialidad. Se considera que el sistema de salud es responsable del nivel de ciertos determinantes, y aunque esa responsabilidad no incumbe plenamente al sistema, hay ciertos elementos en los que puede actuar y que puede incluir en sus acciones. Por ejemplo, en tabaquismo, es fundamental reconocer que se requiere una legislación para el aumento del impuesto para el tabaco, el cual desestímule el consumo, o una legislación para evitar la disminución de los impuestos al alcohol. El sector salud tiene también un papel que jugar muy importante, como el de liderar procesos de análisis y garantizar intervenciones sobre los factores de riesgo evitando que se incrementen en el país. Ese sería un aporte importante del sistema de salud, y no es solamente enfocarse en la prestación de servicios de atención.

La intersectorialidad entonces aporta a la efectividad de las políticas públicas, como lo ha planteado el grupo de trabajo que ha venido desarrollando el tema de determinantes sociales. Las políticas tienen que apuntarle a mejorar la salud de los grupos desfavorecidos mediante programas específicos, como una de las posibilidades de aproximación para cerrar las brechas entre grupos sociales, disminuyendo así esa relación entre el nivel socioeconómico y salud, y centrarse en todo el tema de gradiente sanitario como un elemento fundamental.

Gráfica 43. Algunos determinantes de la salud

Así, si uno piensa que el ingreso, la educación, la seguridad alimentaria, las condiciones específicas de grupos, las condiciones laborales, la asistencia sanitaria, son determinantes que intervienen en la salud o en la enfermedad de las personas, el

tema de la intersectorialidad se vuelve crítico y fundamental.

En nuestro país hay problemáticas adicionales a la marcada división entre sectores y tiene que ver con lo que ocurre dentro del sistema de salud por la segmentación o la coexistencia de subsistemas con distintas formas de financiamiento, de afiliación y prestaciones. El tener grupos de vinculados, subsidiados y contributivos hace que tengamos otro tabique adicional y otro problema adicional para actuar. Entonces, tendremos que pensar también en la actuación desde las diversas organizaciones y el gobierno, para que se posibilite la actuación tanto intra sectorial, como extra sectorial.

Para completar, existe otro problema en el sistema de salud y es la fragmentación en muchas entidades no integradas dentro de un mismo subsistema. Entonces las ARS se reconocen como diferentes a las EPS, las EPS se reconocen diferentes a las entidades territoriales y las entidades territoriales se reconocen diferentes entre sí. Ese es otro elemento crítico en el sistema que dificulta la actuación coordinada y hace que la actuación sinérgica sea más difícil.

Esos elementos de las problemáticas intrasectorial, más lo intersectorial tabicado, hace que los problemas y las decisiones sean cada vez más complejas. Entonces es clave entender que la intersectorialidad no es un tema del gobierno únicamente, es un tema de actores, de reconocer que los tabiques hay que romperlos y hay que apostarle a alianzas, a trabajos entre actores y a trabajos que posibiliten actuar más allá de la simple prestación de servicios de salud.

Gráfica 44. Retos de la salud pública en el contexto actual

En ese sentido el documento que tenemos de visión 2019 en el tema de salud pública no evidencia una estrategia intersectorial amplia y clara. No se evidencia la posibilidad de una propuesta desde lo intersectorial, no existe de manera explícita una meta de disminución de desigualdades territoriales, y aunque se menciona el tema de la disminución de brechas no se trabaja en metas en ese aspecto, ni se define un trabajo para enfrentar las desigualdades territoriales. Además se dejan de lado problemas tan críticos como las enfermedades crónicas.

El documento del DNP se queda en unas metas generales y no hace un abordaje que le permita en los próximos años al país, entrar en un proceso de articulación y de integración que posibilite una actuación inter, intra y extra sectorial. En esas condiciones la apuesta y lo que tenemos que hacer es buscar que en la reflexión que se está dando con este documento, podamos incorporar elementos que posibiliten el trabajo intra e intersectorial en el país.

Salud pública: evidencias y prioridades

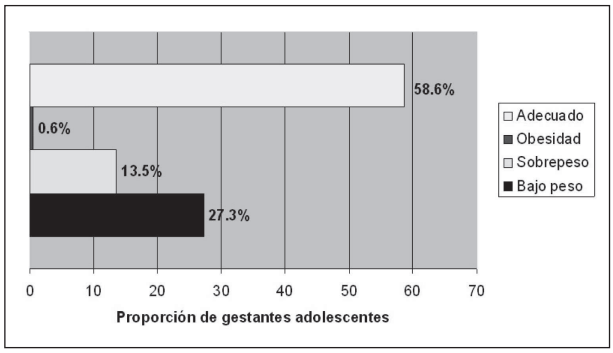
GABRIEL CARRASQUILLA

A continuación se tratarán tres temas, empezando con una reflexión del porqué siempre que se dice que se tratará el tema de salud pública los auditorios automáticamente se reducen a la mitad o a la tercera parte. Considero que ese hecho evidencia que la salud pública no es una prioridad actualmente y no ha sido una prioridad en el pasado, no hay interés en un gran porcentaje de la gente por tratar y discutir los temas de salud pública. No obstante, existen interesados en el tema, como las empresas solidarias de salud, representadas por Gestarsalud, que son grandes abanderados y han asumido la responsabilidad de la salud pública y la atención primaria en este país.

Los aspectos de la salud pública que se presentarán a continuación han sido el tema de proyectos de investigación que hemos adelantado recientemente en el centro de investigación de la de la Fundación Santa Fe o con otras instituciones, y cuyos resultados nos parece importante compartir con ustedes.

Salud sexual y reproductiva. Empezaré acompañando la inquietud y la preocupación de la doctora Ólga Amparo con respecto a los embarazos en adolescentes, porque en una investigación que acabamos de terminar, liderada por la nutricionista y epidemióloga Keny Trujillo, encontramos elementos realmente preocupantes y alarmantes en cuanto al estado de salud de las adolescentes embarazadas que consultan a los hospitales públicos de Bogotá. El 42% de ellas tiene algún problema nutricional y de estas el 27% son desnutridas o sea que son gestantes de alto riesgo. El déficit nutricional es realmente serio y cuando miramos específicamente la adecuación de micronutrientes como sulfato ferroso, calcio, o ácido fólico, vemos que todas están por debajo del 80% de las necesidades, es decir, que durante el trascurso de su embarazo no están teniendo la nutrición suficiente. Este panorama de gestantes embarazadas, es el resultado de un estudio de casi 500 mujeres, realizado durante el año 2005 y 2006. Las acciones por desarrollar, las estrategias e intervenciones de salud pública, creo que son evidentes y se caen de su peso.

Gráfica 45. Distribución de la clasificación nutricional



La doctora Olga Amparo también anotaba que el problema de los trastornos de la alimentación se presentan en los estratos tres en adelante, porque en el estrato 1 y 2 los problemas no son de comportamiento electivo ante la alimentación, es que en estos sectores están obligadas a tenerlos por las carencias en la alimentación que tienen que enfrentar. Entonces la situación, como ella misma anotaba, es casi obvia.

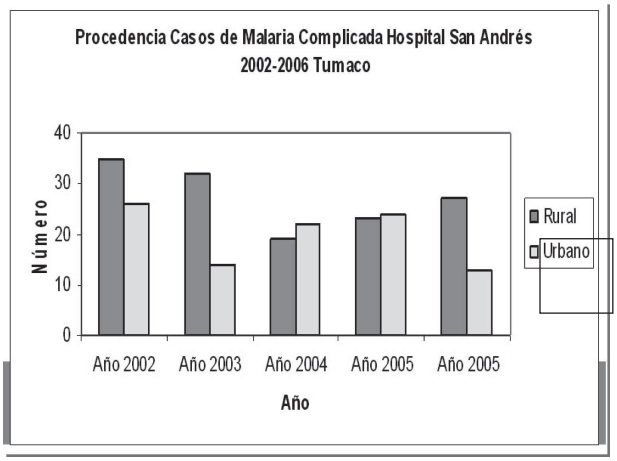
Enfermedades transmitidas por vectores. Parece que en Colombia pretendemos acabar con las enfermedades transmitidas por vectores simplemente por decreto, así la Malaria no es un problema, la Fiebre Amarilla no fue un problema, el Dengue es más o menos un problema pero no tan grave, la enfermedad de Chagas a nadie le interesa mucho, la Leishmaniasis está creciendo cuatro veces y la gente tampoco se preocupa mucho por esa situación, y esto es una realidad.

La situación de la Malaria, en una serie de datos desde el año 1998 hasta el 2003; muestra que en el año 1998 se presentaron alrededor de 150.000 casos, y en el año 1999 y 2000 aunque se encontró una disminución notoria, no desapareció la Malaria, y ese súbito descenso es atribuido a la caída y deficiencias del sistema de información en Malaria. Entonces, los datos no se pueden interpretar como efectos de intervenciones que mejoraron la situación en Malaria. Ese fenómeno se asocia a todo ese proceso que se presentó entre los años 94 y 98, 99, después de la descentralización de los programas de Malaria, con lo cual automáticamente se dejó de registrar la Malaria, y entonces la Malaria disminuyó en las estadísticas. Pero cuando se analiza la mortalidad en el año 2004 en Tumaco, y en Nariño, se reportaron 17 muertes por Malaria, de las cuales ocho fueron de mujeres embarazadas. En el año 2005 se registraron siete muertes por Malaria en Nariño y de esas tres han sido de mujeres embarazadas. Esto evidencia una situación muy complicada, de la cual también habló la doctora Olga Amparo, y es la mortalidad materna que esta presentándose por problemas relativamente sencillos como es la Malaria en Colombia, de la cual la mitad de la mortalidad la estamos teniendo en mujeres embarazadas.

Esta es la situación solamente de una región, de Tumaco en los últimos tres años, en donde no está desapareciendo la Malaria. El dato del 2006 es de la mitad del año, a 15 de julio, luego esperamos unos 7.000 casos en este año, lo cual evidencia como el problema esta en aumento. Solamente para Tumaco, que es uno de los principales focos de Malaria, se está también presentando que la distribución entre Plasmodium Vivax y Falcíparum es preocupante, porque el que causa las muertes generalmente es este último y el 80% de los casos que se están encontrando se deben al Plasmodium falcíparum. Esto solamente para mostrar un caso, sin contar lo que está sucediendo en Córdoba, ni lo que está sucediendo en Chocó, y sin contar lo que está sucediendo en el pacífico caucano.

Tenemos una situación muy compleja y todavía no tenemos unas estrategias adecuadas de intervención para el control de malaria, y si es que las tenemos, por la evidencia mostrada parece que no se están aplicando. La Malaria no es solamente un problema del área rural, es también un problema del área urbana y hay transmisión urbana no solamente en Tumaco, hay también en Monte Líbano, en Buenaventura, y en las ciudades del pacífico chocoano. De tal manera que la Malaria no es solamente un problema de las áreas retiradas y rurales, de por allá donde no se puede llegar sino después de tres días en lancha, sino que también se encuentra en ciudades intermedias como las del pacífico colombiano. Este es un problema muy severo al cual tenemos que ponerle más atención.

Gráfica 46. Procedencia de casos de Malaria



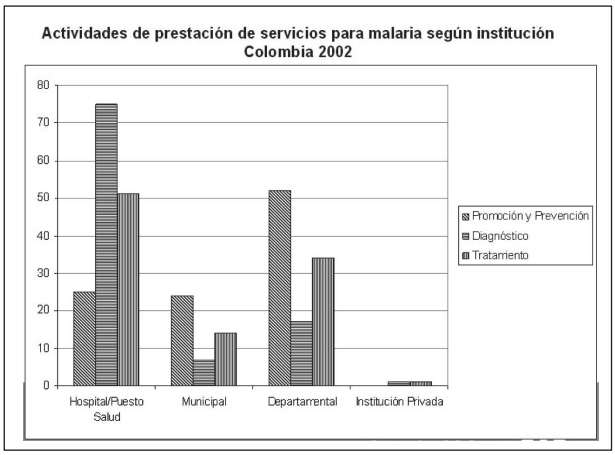
La mortalidad por Malaria y la letalidad por Malaria, entre el 2002 y 2006, con base en los egresos hospitalarios del hospital de Tumaco muestran que la letalidad, es decir, de la cantidad de pacientes hospitalizados con Malaria que se mueren, es entre el 2 y 12%. Estas son cifras tremendamente altas y preocupantes, ya que se está muriendo la

gente de enfermedades y complicaciones evitables por las cuales no se deberían morir. ¿Por qué se presenta esta situación?, principalmente por dos razones, o por una razón que tiene dos causas. Esto es que no llegan a los servicios de salud, o porque no tienen acceso o porque tienen restricciones, limitaciones y barreras para acceder a los servicios de salud, o porque por un comportamiento incierto deciden esperar un poco más hasta que tienen signos de complicación y ya llegan a las instituciones con una Malaria complicada y se mueren.

Hay otra cosa muy interesante y es lo que ha sucedido con todo el proceso de descentralización de malaria. En un estudio en el cual analizamos qué había pasado con la descentralización y el programa de Malaria, encontramos que aquellos municipios que habían contratado rápidamente la gente que fue desvinculada con la descentralización, los famosos malarios de otra época, tuvieron una mejor respuesta a la situación de casos de malaria que quienes no lo habían tenido. En otro estudio de evaluación de una estrategia de promoción y de prevención, haciendo y generando cambios de comportamiento y hábitos de protección en una comunidad semiurbana, en Buenaventura, mostró que se redujo la morbilidad por malaria en un 43% y el efecto fue sostenido durante más de cinco años. El análisis de costo efectividad también fue promisorio, ya que aquellos que no tuvieron intervención, tuvieron tres veces más costos por los casos no evitados, en términos de costo efectividad, que quienes sí tuvieron una estrategia de promoción la cual fue baratísima por que incluía materiales educativos sencillos para generar los cambios de comportamiento recomendados. Entonces, si tenemos estrategias sencillas, si tenemos herramientas y tenemos costo efectividad en las intervenciones, deberíamos tomar la decisión de desarrollar esas intervenciones.

En el Congreso Mundial de la Salud en Rio de Janeiro, con respecto al Dengue, se mostró que estas enfermedades siguen estando atadas irrestrictamente a las condiciones sociales y económicas de la población. Siguen siendo las enfermedades de la pobreza y en ese sentido tenemos que entenderlas. En un estudio del riesgo de tener criaderos positivos en dos comunidades, Girardot y Melgar, encontramos que a mayor cantidad de años cursados de escolaridad hay mucho menor riesgo y el riesgo es significativo desde el punto de vista estadístico, y que a medida que se aumenta en el estrato socioeconómico va disminuyendo también el riesgo y esto también es estadísticamente significante. El género no tiene ninguna diferencia estadísticamente significante, los hombres y las mujeres tenemos el mismo riesgo para tener criaderos positivos.

Gráfica 47. Actividades de prestación de servicios para Malaria



Cobertura de vacunación en Colombia.

Finalmente, un último punto es con respecto a la muy preocupante situación de la cobertura de vacunación en Colombia. Realizamos el año pasado un estudio con la Fundación Restrepo Barco para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con una muestra de 114 municipios estratificados por categorías (categoría especial 1, 2, 3 y 4, sin incluir municipios de categoría 5 y 6) tomando niños de hogares comunitarios de bienestar y niños de hogares infantiles, y usamos una estrategia de comparación con pares de vecindario. Los niños de los hogares comunitarios y los hogares infantiles fueron escogidos aleatoriamente y a cada uno le buscamos donde vivía un par que no tuviera ninguna relación con bienestar familiar, que no fuera a un hogar comunitario u hogar infantil y averiguamos muchas cosas, como acceso a servicios de salud, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, prevalencia de morbilidad sentida, etc. Pero solamente les presentaré el componente de vacunación.

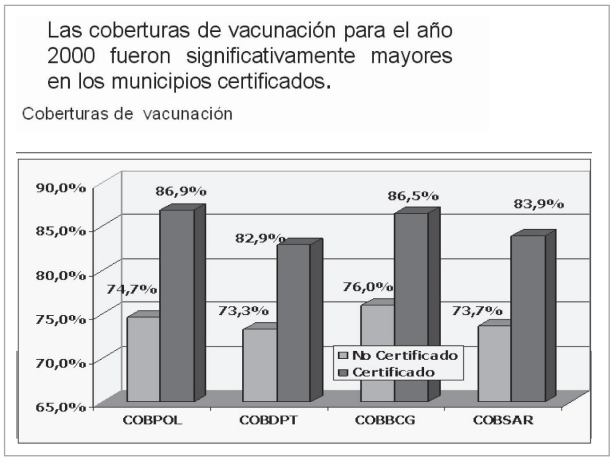
En los niños de hogares comunitarios de bienestar, solamente el 62% tienen esquema completo de vacunación, este dato es absolutamente consistente con lo que se presentó en la encuesta de demografía y salud que hizo PROFAMILIA el año pasado. Se encontró que las coberturas son más o menos iguales entre los grupos y no hay ninguna diferencia entre si eran los niños de hogares comunitarios o sus pares de vecindario, sus vecinos. Tampoco había diferencia entre el esquema completo y no completo, en relación con la afiliación al sistema general de seguridad social en salud. Es decir, según los datos del estudio no importa si está afiliado o no está afiliado. La afiliación no le mejora su probabilidad de tener vacunación completa, lo mismo es ser afiliado que no ser afiliado al sistema general de seguridad social en salud. Estar en una ARS, en una EPS, en una Empresa Solidaria, no le mejora la probabilidad a un niño colombiano de tener un esquema completo de vacunación.

Algo muy preocupante es que a medida que aumenta el estrato socioeconómico aumenta la probabilidad de estar vacunado. O sea, los niños más pobres, que son los que más riesgo tienen, son los que menor probabilidad tienen de estar vacunados. En los niños de hogares infantiles, los cuales son las guarderías de los niños cuyas madres trabajan, solamente el 16% tienen esquema completo de vacunación. El esquema completo de vacunación analizado no tiene en cuenta el esquema fiebre amarilla, e incluye todo lo demás, o sea BCG, tres dosis de polio, tres dosis de la triple viral, etc.

No se encontraron diferencias en la cobertura de vacunación entre si los niños están o no en bienestar familiar, tampoco había diferencia considerando si estaban o no afiliados. Pero el esquema completo está asociado a la categoría de municipio. Los municipios de categoría especial tienen una mayor probabilidad de que los niños tengan el esquema completo, en relación con las otras categorías de municipios. También se encontraron diferencias significativas por grupo étnico, disminuyendo la probabilidad de tener el esquema completo en las razas negra e indígena. Éstas son las principales asociaciones de la probabilidad de estar vacunado en un niño de hogares infantiles.

Finalmente, resaltar otro aspecto que también se menciona en el documento visión 2019, y son los procesos de descentralización. En otro estudio, también estratificado por categoría de municipio, encontramos curiosamente que al 30 de diciembre del año 2000, había una mayor cobertura de vacunación en los municipios certificados, descentralizados, que en los municipios no descentralizados, y esta diferencia fueron significativas, analizados cerca de 247 municipios descentralizados y 248 municipios no descentralizados.

Gráfica 48. Coberturas de vacunación



Estrategias y prioridades en salud pública. En resumen, para desarrollar intervenciones en salud pública tenemos que acudir todavía a la promoción y prevención y tendremos que seguirlo haciendo en el futuro, y es preocupante que actualmente la promoción y prevención no se realiza adecuadamente en Colombia. En un estudio realizado hace tres o cuatro años para ACEMI en las EPS's, encontramos que el gasto de acuerdo con la resolución 412 sobre demanda inducida, estaba cercano sólo al 60% solamente de lo que realmente estaban obligados a hacer. De manera que las acciones de promoción y prevención son escasas.

También es relevante resaltar la importancia del sistema de información, la vigilancia epidemiológica, la investigación, y desde luego el enfoque integral de la atención en salud pública, que en este país desafortunadamente, a pesar de la gran necesidad, estamos con urgencia de fomentarlo.

Las enfermedades crónicas y degenerativas y su intervención a la luz del 2019

Marion Piñeros

Después de los temas presentados por el doctor Carrasquilla, relacionado con las enfermedades transmisibles, sigue un tema con características bien diferentes y que ha sido realmente muy relegado.

Dado que el público puede tener distintas áreas de experticia, cuando voy a hacer mención a las enfermedades crónicas, quiero aclarar que se incluyen las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas, osteomusculares, bucodentales y congénitas. Algunos documentos de OMS y OPS incluyen las lesiones dentro de las enfermedades crónicas; sin embargo, creo que no se deben incluir como crónicas dadas algunas consideraciones que en este momento no presentaré. En primer lugar mostraré la situación mundial en relación con las enfermedades crónicas porque es importante ver, no solamente lo que pasa en nuestro país, sino también cómo estamos en el contexto mundial.

La situación mundial de las enfermedades crónicas. Las muertes en el mundo se distribuyen para su análisis en tres grandes grupos. El primero incluye las enfermedades transmisibles, las maternas, perinatales y las deficiencias nutricionales, las cuales en el 2005 contribuyen un 30% de las muertes. Las lesiones corresponden a 9% del total de muertes y el resto, o sea 61%, son muertes por enfermedades crónicas, de las cuales el gran volumen corresponden a enfermedades cardiovasculares y muertes por cáncer. Esto muestra claramente la magnitud de las enfermedades crónicas a nivel mundial.

Siempre hemos pensado que las enfermedades crónicas son particularmente de los países de altos ingresos, y efectivamente vemos en estudios como el de la OMS cómo en estos países el mayor porcentaje de muertes es por ese grupo de enfermedades. Sin embargo, esta situación no se presenta solamente en países de ingresos altos. Únicamente en países de ingresos bajos, se tienen el mayor porcentaje de muertes por enfermedades trasmisibles maternas y perinatales. Nosotros que estamos catalogados como países de ingresos medios bajos, así como la mayoría de los países de América Latina, también tenemos que el 70% de nuestras muertes son por enfermedades crónicas. El número absoluto de muertes por enfermedades crónicas de los países de ingresos medios, medio altos y altos supera con creces el número de muertes por otras causas.

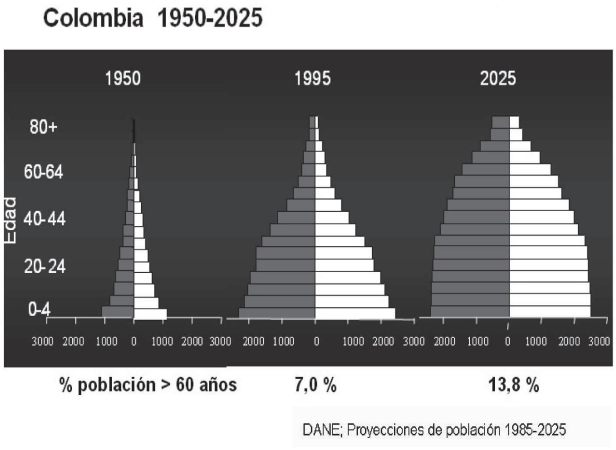
En términos de los costos que pueden atribuirse a estas enfermedades, hay algunas proyecciones que son interesantes, por ejemplo en China se estiman que entre el año 2005 y el 2015 las pérdidas por muertes debidas a enfermedades crónicas serán de alrededor de 600 miles de millones de dólares. Esto ilustra también que no es cierto el mito de que las enfermedades crónicas ocurren únicamente en la población de mayor edad, de los 60 ó 70 para arriba; ciertamente son más frecuentes en esa edad, pero entre los 30 y los 70 años de edad ocurren un gran número de discapacidades y de muertes por enfermedades crónicas que están afectando la productividad de los países.

La situación de las enfermedades crónicas en Colombia. En Colombia, ¿cuál es la situación? Para entenderla es importante considerar los determinantes sociodemográficos a los que nos hemos enfrentado, y que muestran que en los últimos cincuenta años se ha presentado una reducción de la natalidad, una reducción de la mortalidad y un incremento en la esperanza de vida. Naturalmente, al incrementarse la esperanza de vida estaremos más expuestos a las enfermedades crónicas.

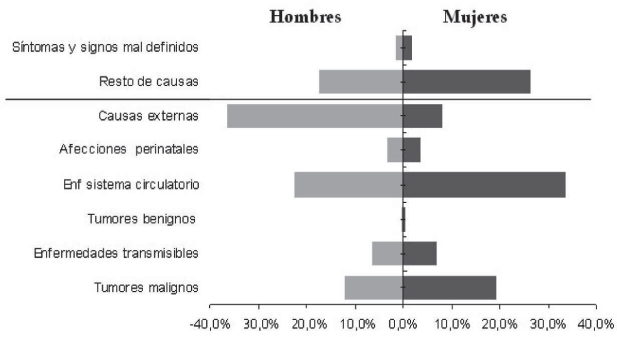
Al analizar las pirámides de población de Colombia del año 50, del año 95 y la proyectada al 2025, por un lado se encuentra que la población prácticamente se cuadruplica, y que la población en el año 1950 era predominantemente rural, con solo el 20% urbana, mientras que hoy cerca del 80% es urbana. Esa situación tiene implicaciones bien importantes sobre las enfermedades crónicas. La población mayor de 60 años también se va a incrementar de manera considerable para el año 2025 y el país no ha empezado a pensar en todas las adaptaciones que se requieren para una población envejecida. Cabe mencionar ahí aspectos que van desde la planeación urbana hasta la planeación de los servicios de salud.

¿Cómo se comporta la mortalidad por grandes causas en nuestro país? En hombres más o menos 35% de las muertes en el año 2002 fueron por causas externas; siguen siendo las lesiones externas la primera causa de mortalidad en hombres. Sin embargo, entre las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores malignos tenemos ya un 30% de las muertes. En mujeres, 35% de las muertes son por enfermedades del sistema circulatorio y casi un 20%, que es un porcentaje elevadísimo, son muertes por tumores malignos. Eso nos muestra que más o menos 50% a 60% de las mujeres nuestras se están muriendo por estos dos grandes tipos de causas que corresponden a enfermedades crónicas. Pareciera que el país no lo ha mirado y si el panorama que nos mostraron anteriormente en enfermedades transmisibles es grave, pues estas cifras están indicando también un panorama muy grave en relación con las enfermedades crónicas.

Gráfica 49. Determinantes estructura de la población por edad y sexo



Gráfica 50. Mortalidad por grandes causas



No solamente es el panorama de carga de la enfermedad, también es la magnitud de los costos asociados y desafortunadamente no contamos con muchos datos de este tema. Sin embargo, un estudio publicado en el 2002 por FEDESALUD y ACEMI muestra como dentro de las enfermedades de alto costo, en los tratamientos de quimioterapia y radioterapia para 13.600 pacientes atendidos en el Instituto de los Seguros Sociales y en un grupo de nueve EPS, se gastaron 74 mil millones de pesos. Entonces, solamente en cáncer las cifras estimativas nos están hablando de 60.000 casos nuevos para el país que requerirán no solamente quimioterapia y radioterapia. Los procedimientos de cerca de 26.000 pacientes con enfermedades de alto costo, excluyendo los tratamientos para SIDA, fueron cercanas a los 300 mil millones de pesos. De manera

que si estas son las cifras, vale la pena pensar en lo que le puede costar la atención real al país de todas las personas con enfermedades crónicas, especialmente cuando en las cifras presentada se contemplan solamente unos procedimientos específicos y un número de pacientes limitado.

Elementos para el control de las enfermedades crónicas. Teniendo en cuenta el crítico panorama en relación con la magnitud, hay algunos elementos que me parece importante presentar sobre el control de las enfermedades crónicas. Dentro de los elementos más importantes hay que resaltar que la mayoría de las enfermedades crónicas, o al menos las más importantes, comparten los mismos factores de riesgo; algunos no son modificables, pero otros sí lo son. Los no modificables son la edad y en la medida en que la población se envejezca debemos adaptarnos y planear para enfrentar esa situación; el otro factor no modificable es el sexo, pues algunas enfermedades crónicas son más frecuentes en hombres, otras en mujeres, dependiendo de cuál de ellas; y el último factor no modificable o al menos no actualmente es la genética. En relación con los factores modificables tenemos mucho que hacer, básicamente todas las enfermedades crónicas comparten como factores de riesgo el hábito del tabaco, la dieta inadecuada, el alcohol y el sedentarismo, con unos factores de riesgo intermedios o unos efectos intermedios que son la hipertensión, la diabetes y la obesidad.

Voy a hacer referencia en este momento a los datos que tenemos en relación con los factores de riesgo; la información proviene en gran medida de dos encuestas nacionales, la última de ellas la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas – ENFREC II- cuyos resultados se publicaron en 1999. Las cifras son preocupantes en términos del tabaquismo sobre todo entre los jóvenes, en términos de una población que está tendiendo a la obesidad y una población que es bastante sedentaria.

Una recomendación muy importante es que para el manejo y para el control de las enfermedades crónicas es necesario establecer un vínculo entre el enfoque de la prevención a nivel poblacional y el del cuidado primario que pueda responder a las condiciones crónicas. Los profesionales del sector salud contamos con mayor experiencia y hemos tradicionalmente trabajado mucho más sobre las intervenciones para las enfermedades trasmisibles, cuya intervención es muy distinta en relación con las requeridas para las enfermedades crónicas.

Hay algunos modelos de experiencias muy significativas a nivel mundial de prevención de enfermedades crónicas e intervención sobre factores de riesgo, entre las cuales cabe citar en Karelia del Norte, proyectos demostrativos como "Stanford Five City" y otros proyectos; a nivel de América Latina y El Caribe la OPS ha tratado de fomentar e imple-

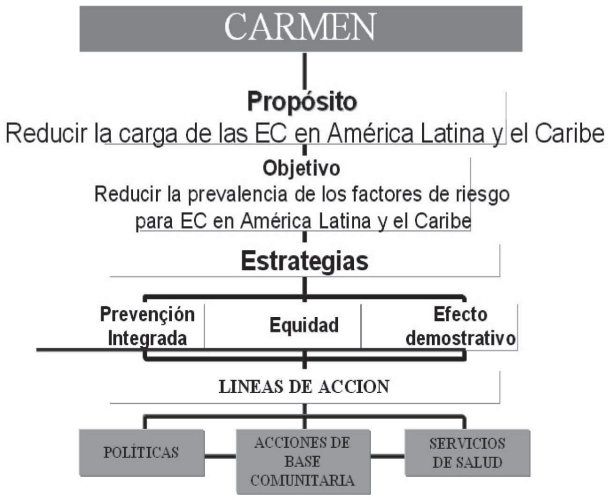
Gráfica 51. Costos de la enfermedad

Enfermedades y proa. alto costo Grupo II (80%)	*Pacientes*	*ISS+ 9 EPS privadas Costo total (millones)*	*2000*
Diálisis y hemodiálisis	5.446	155.278.72	46.3%
Cirugía cardiovascular	5.553	50.601.83	15.1%
Remplazos articulares	1.948	13.024.20	3.9%
Sida	3.665	42.660.57	12.7%
Quimio y radioterapia	13.579	73.977,43	22.0%
Total grupo II	30.191	335.542.75	100.0%

Fuente: ACEMI. Fedesalud 2002

mentar la estrategia llamada «CARMEN». CARMEN significa Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No trasmisibles y básicamente lo que busca es reducir la carga por enfermedades crónicas en América Latina mediante la reducción de la prevalencia de factores de riesgo. Trabaja unas estrategias, en las que por el tiempo no me voy a detener, que son básicamente una prevención integrada de esos factores de riesgo, que ya sabemos que son comunes, haciendo énfasis en la equidad y en el efecto demostrativo. Como no se tiene mucha experiencia en estas intervenciones es necesario que podamos ganar experiencia en su implementación; las líneas de acción se basan básicamente en trabajar en el ámbito político, en el ámbito comunitario y en el de los servicios de salud. Es necesario trabajar de una manera más comprehensiva la interacción entre políticas, comunidad y servicios de salud.

Gráfica 52. CARMEN
Estrategia para la reducción de las enfermedades crónicas en América Latina



En consonancia con una publicación reciente e interesante llamada "Perfil de la atención innovadora para enfermedades crónicas", unos de los elementos fundamentales para trabajar desde los servicios de salud para la atención de las enfermedades crónicas son la continuidad y la coordinación. Una persona con una afección crónica es alguien que el servicio de salud verá en repetidas ocasiones, probablemente con mucha frecuencia y durante mucho tiempo. Los profesionales deben adaptarse a esa condición crónica, a ver los mismos pacientes, considerar la continuidad y coordinar las acciones que sean necesarias para esto. No es como una enfermedad aguda, por la cual el paciente consulta una única vez, por ejemplo con tos, por una infección respiratoria aguda, que se resuelve y posteriormente no se vuelve a ver la persona. Hay que trabajar un énfasis en continuidad y eso implica hacer también mucho énfasis en la calidad de la atención. Es necesario dotar los servicios y capacitar los profesionales en comunicación, básicamente para la adherencia a los tratamientos a largo plazo; ese es un aspecto crucial y en eso podría parecerse por ejemplo a la atención a los enfermos con lepra o con tuberculosis, con los cuales se aprendió muchísimo sobre cómo trabajar la adherencia a tratamientos largos y eso implica también apoyar la autogestión de los pacientes.

En términos de la comunidad hay muchísimo por hacer. Las enfermedades crónicas son enfermedades que con gran frecuencia están asociadas con estigmas. Siempre que oímos hablar de la diabetes, de las malformaciones congénitas, o del cáncer, la gente tiene una gran cantidad de estigmas alrededor de esas palabras y de esas enfermedades. Hay que trabajar para reducir los estigmas, lograr el apoyo de organizaciones comunitarias, movilizando y coordinando recursos; una parte importante de los servicios pueden ser prestados desde la misma comunidad sin necesidad de acudir a los servicios de salud. Muchos aspectos del cuidado a enfermos crónicos pueden resolverse con el cuidado por parte de prestadores de la comunidad.

En el ambiente político, desde el punto de vista de servicios, hay que hacer una capacitación de trabajadores, la gente no sabe realmente como manejar muchos de los enfermos crónicos. Debe contemplarse también la perspectiva de integración de políticas: por ejemplo, si se es conciente de una alimentación inadecuada pues las políticas del sector alimentario no pueden ir en contravía de las metas propuestas para reducción de la obesidad; asimismo por ejemplo las políticas del diseño urbano tie-

nen que ir acordes con la promoción de la actividad física y así muchas de las cosas. Como salubristas sabemos que tenemos que trabajar de una manera integral y salirnos del sector salud si queremos tener impacto en muchas de las enfermedades. Por lo tanto, en relación con el documento Colombia 2019 es necesario una revisión con el objeto de identificar y lograr una coherencia entre las propuestas de los distintos sectores.

Otro de los aspectos importantes a incluir en el ambiente político es obviamente la financiación para lograr implementar muchas de las acciones, así como los ajustes a los marcos legislativos. En este sentido cabe mencionar por ejemplo la estrategia del Convenio Marco de Lucha Antitabaco, que es una de las experiencias más interesantes en términos de marcos legislativos para la acción; tristemente Colombia no firmó el Convenio Marco y estamos haciendo el trabajo necesario desde nuestra competencia para que Colombia logre la adherencia, aunque sea posterior, a este convenio marco.

El Instituto Nacional de Cancerología ha propuesto un modelo del control del cáncer que puede ser aplicado también al control las enfermedades crónicas; el modelo tiene como objetivos centrales la prevención primaria o control del riesgo, la detección temprana, la atención y rehabilitación; los escenarios para lograr estos objetivos y para desarrollar las distintas actividades son el escenario político, el escenario de la comunidad y el de los servicios de salud. Dentro de las estrategias para desarrollar están la educación, la comunicación, la movilización social y la abogacía. En el centro del modelo está la generación del conocimiento que puede hacerse por medio de la vigilancia en salud pública, de la investigación y del análisis de situación referido a cáncer. Es elemental y básico generar conocimiento con el cual tomar decisiones. Y en eso, por ejemplo en enfermedades crónicas, tuvimos la experiencia del conocimiento de factores de riesgo de ENFREC, pero no hemos vuelto a tener más encuestas en este sentido y esto es necesario para evaluar si las actividades desarrolladas en consonancia tuvieron algún impacto.

Gráfica 53. Modelo de control de enfermedades crónicas

Esperamos con eso contribuir también desde el Instituto Nacional de Cancerología a una perspectiva de control del cáncer que puede ser adaptado a enfermedades crónicas tanto por aseguradores como por direcciones territoriales.

Como recomendaciones puntuales que uno vería al documento Visión 2019 en relación con las enfermedades crónicas están por un lado, adoptar e incorporar realmente las recomendaciones que la Conferencia Sanitaria Panamericana hiciera en su 26ª sesión en el 2002. Están muy claramente establecidos en ese documento cuál debe ser la ruta de acción, como ya lo mencioné, contar con mediciones periódicas de carga de la enfermedad, de factores de riesgo, es esencial y es supremamente costoso pero necesitamos hacerlo.

También debemos respaldar la iniciativa CARMEN, ya que ésta ha mostrado resultados, tiene coherencia y el país debe comprometerse. Solamente tenemos unas experiencias en Bucaramanga, en Bogotá y tal vez en el eje cafetero de experiencias CARMEN, pero son experiencias que obviamente hay que mirar a largo plazo; debemos pensar en esto ya que estamos acostumbrados, muy acostumbrados, a trabajar a corto plazo. Otra recomendación es trabajar en los escenarios políticos, comunitarios y de servicios para el control de enfermedades crónicas, incorporar modelos costo efec-

tivos para el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas, no necesariamente modelos que sean adoptados de otros países, desarrollar nuestros propios modelos y finalmente, implementar el modelo para el control del cáncer en Colombia.

Finalmente, los invito a conocer la página web del Instituto (www.cancer.gov.co) donde encontrarán cifras actualizadas sobre la magnitud del cáncer en el país, el modelo mencionado y otra información de utilidad en salud pública.

La mortalidad evitable como indicador de las políticas públicas

Mery Barragán

Los puntos de vista a presentar se expresan de manera personal y no quiero que se tomen como institucionales. En primer lugar considero realmente importante y el momento oportuno para hablar de un documento que puede cambiar el rumbo de estos cuatro años en las políticas públicas.

Antecedentes y premisas. El tema realmente en Bogotá en el taller de salud pública, sobre los indicadores del documento Visión 2019 y encontramos o hicimos una crítica sobre si realmente esos eran los indicadores. De ahí salió el tema de mirar la posibilidad de plantear la mortalidad evitable como un indicador de evaluación de las políticas públicas. Empezaré con algunas premisas, hablaré sobre la evaluación de las políticas públicas, la mortalidad evitable como indicador y mencionaré un estudio sobre la mortalidad evitable en Colombia, para finalizar con algunas reflexiones.

Gráfica 54. Premisas

En cuanto a las premisas, soy franca en decir que tengo mi sesgo, he trabajado en estos últimos años, tanto como asesora de la Comisión Accidental para saber si había que cambiar la reforma, y luego en el apoyo al Ministerio de Protección Social durante todo el período legislativo sobre la reforma de la Ley 100. Esa experiencia me ha permitido entender que difícilmente nos vamos a poner de acuerdo debido a los diversos conceptos que cada unos de los actores de los sistemas tiene sobre algunos elementos y pienso que nos hemos entretenido mucho en los medios y se nos olvidó el fin.

Considero que el fin para todos era mejorar las condiciones de vida de los colombianos y ahora tenemos que empieza a salirse la gente cuando hablamos de salud pública, cuando estamos hablando de temas para todo el mundo. Entonces esto evidencia y es un ejemplo de que los intereses están concentrados en otros elementos como las estrategias, los medios y el fin se olvidaron.

En el transcurso del día de ayer y hoy hemos hablado sobre la salud, y queda claro que no todos entienden la salud como enfermedad, tampoco se entiende la salud de igual manera. Para algunos parece ser solo taller, refrigerio. A su vez, de pronto la política pública ya no se entiende como aquello que debe solucionar el problema inmediatista de la causalidad. Con los puntos de vista que han presentado los conferencistas durante este evento, se ha aclarado que realmente las políticas públicas tienen que ver con transformar una realidad, no confundiéndolo tampoco con los servicios de salud a

los que nos dedicamos, el modelo de los servicios, cómo los organizamos, los recursos, las instituciones y muy distinto también del tema de mirar cuáles son los modelos de atención. Lo cierto es que si nosotros tenemos claro el "que" vamos a mejorar y tenemos claro todos los elementos de pronto nos podemos poner de acuerdo en algunas de estas cosas.

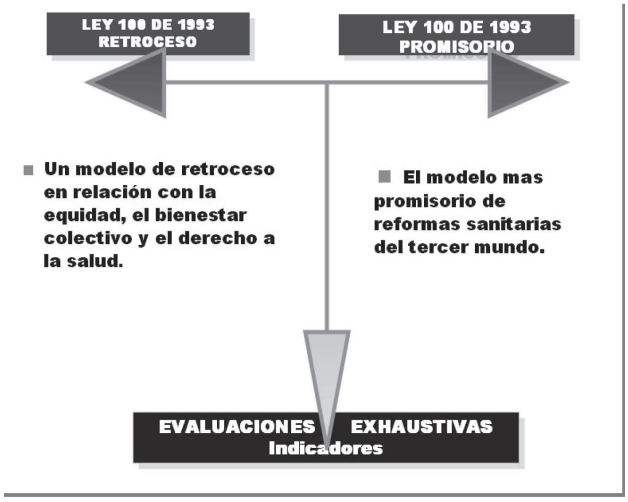
Gráfica 55. Políticas públicas

En cuanto a las políticas públicas que queríamos analizar, y específicamente la Visión 2019, que es una política pública, uno pensaría y se cuestionaría si realmente ese documento está marcando las necesidades y problemas de salud. Esto porque tenemos que partir de la premisa que una política pública tiene que reflejar una realidad y la definición de prioridades se debe mirar con respecto a una realidad que tenemos.

Otros cuestionamientos son si realmente las necesidades planteadas en el documento son las necesidades del país, si esas necesidades son coherentes, si esas políticas van a ser coherentes con las necesidades y realmente si podemos nosotros evaluar, como dice el documento, esas políticas. Hoy que se nos da la oportunidad de decir cambiemos, adaptemos, ajustemos, borremos, también tenemos una responsabilidad de mirar desde hoy como será esa evaluación a futuro de esas políticas públicas.

La evaluación de las políticas públicas. En el sentido de la evaluación, lo digo francamente por lo que he vivido en estos años, se están copiando cosas textuales de la literatura hasta internacional. Así, aunque se afirma que la Ley 100 de Colombia es todo un retroceso, en relación con la equidad, el bienestar colectivo y el desarrollo de la salud. Sin embargo, también se encuentra todo un grupo de expertos que dicen no, que por el contrario es promisorio, que esto lo traigo de la literatura universal y es el modelo más promisorio de reformas sanitarias para el tercer mundo. Lo que quiero decir con esto es que para las evaluaciones, de pronto tampoco nos hemos puesto de acuerdo sobre cómo deberían ser las evaluaciones. Estamos cayendo en la evaluación, en la ley del "me-lateísmo", me late que es por acá, me late que es por allá.

Gráfica 56. Ley 100 de 1993



Considero que es una necesidad y una responsabilidad social hacer unas evaluaciones exhaustivas, eso implica que nosotros tengamos realmente indicadores que sean capaces de decirnos si lo hicimos bien o si lo hicimos mal. Indicadores que nos permitan también la toma de decisiones porque si hoy quisiéramos tomar decisiones yo creo que el problema, que todos los conferencistas también han recalcado, es el problema de la información. Los indicadores deben partir realmente de datos que sean confiables, que para todos signifique lo mismo, y que sean comparables. Fue en ese sentido que pensamos que se deben revisar los indicadores

y que deberíamos empezar a buscar otros indicadores.

Partiendo de tener claro que es la salud y qué es lo que queremos con la gente, pensamos en enfocarnos en medir algunas cosas críticas y así llegamos a pensar en morbilidad evitable. Deberíamos pensar en indicadores que puedan mostrar realmente que hemos hecho con los determinantes de la salud. Pusimos como ejemplo la mortalidad evitable, el cual es el tema que voy a debatir porque me parece interesante.

La mortalidad evitable. Este concepto se ha empleado últimamente como uno de los indicadores que nos pueden ayudar a mostrar los cambios en esperanza de vida al nacer, en el manejo de la atención médica, y el manejo de la equidad.

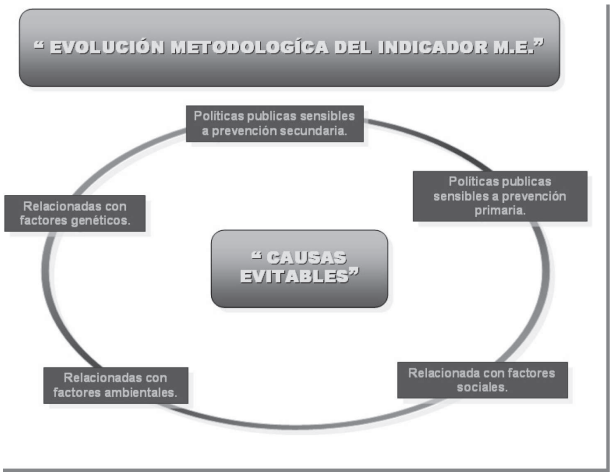
Si bien es cierto que la muerte es un evento que es inevitable, las causas las pueden ocasionar los individuos, o la sociedad, o el entorno en el cual se vive y esas causas sí pueden llegar a ser evitables o inevitables. El indicador de mortalidad evitable ha venido construyéndose casi desde los años 50 y ha pasado por diferentes aspectos, desde mirarlo simplemente como medida de la funcionalidad de la prevención secundaria, o sea el tratamiento en un momento determinado, o el tratamiento oportuno. Pero también, ha pasado por intentar mirar realmente la sensibilidad ante la prevención primaria y cada vez se encuentra que esas causas podrían estar relacionadas con factores sociales, comportamentales, con los factores ambientales y factores genéticos. Lo cierto es que no estamos hablando de indicadores nuevos que vamos a explorar hasta ahora, estos pueden tener todos los problemas que quieran, pero realmente estos han venido evolucionando y nos pueden servir.

Traigo una de las clasificaciones que resume los elementos involucrados cuando se habla de la mortalidad evitable. En el primer grupo están las causas de mortalidad evitable por tratamiento preventivo y la inmunización, la vigilancia epidemiológica, la educación para la salud y la protección específica del sujeto en riesgo.

Gráfica 57. Mortalidad evitable

Otro grupo, son las causas de mortalidad evitable por el diagnóstico o tratamiento médico precoz, e incluye las defunciones debidas a enfermedades que pudieron responder a intervenciones de los servicios de salud. Un tercer grupo mira la mortalidad desde las causas de mortalidad evitable por saneamiento ambiental, que son vulnerables al control, a la prevención, a la erradicación de los factores de riesgo del ambiente y del consumo.

Gráfica 58. Evolución metodológica del indicador M.E.



Un cuarto grupo incluye las causas de mortalidad evitable por medidas mixtas, que pueden evitarse con un tratamiento oportuno o a veces por otras acciones, como intervención de factores socioeconómicos. Entonces, esto implica devolver-

se y reflexionar sobre lo que se entiende por salud, si realmente no era la ausencia de enfermedad, sino que también tenía unos determinantes.

En el quinto grupo, se encuentran las causas difícilmente evitables. Sin embargo también existen algunas patologías que a pesar de que son difícilmente evitables hay tecnología o conocimientos disponibles y otras que no se pudieron agrupar y conforman el grupo de causas mal definidas y otras causas.

Alcances y limitaciones. Algunas cosas que puede decir el indicador de mortalidad evitable tiene que ver con la esperanza de vida, nos puede ayudar a mirar la capacidad de respuesta misma de la atención médica, e incluso puede ser una aproximación al análisis de la equidad, ya que implica reflexionar por qué en unos grupos, o en unas regiones se puede controlar la mortalidad y por qué en otras no. En cierta forma nos ayuda a evidenciar la equidad desde el punto de vista regional y social, y puede sustentar la justificación de por qué hacemos tal intervención y cuando se realiza, aportando elementos para el análisis de costo eficiencia, o costo efectividad. Tiene limitaciones, ya que no todo el mundo tienen el mismo concepto de los criterios de evitabilidad, ni existen investigaciones que nos permitan comparar este indicador con otro; creo que falta mucha normalización con respecto al tema y el indicador y falta profundizar dependiendo de cómo se entiende el concepto de salud y enfermedad. Sin embargo, creo que esta opción es mucho mejor que lo que tenemos y que lo podemos empezar a utilizar.

En Colombia no voy a hacer el análisis de la utilización del indicador de mortalidad evitable en Colombia, pero sí quiero decirles que el doctor Rubén Darío Gómez de la Facultad Nacional de Salud Pública hizo un estudio supremamente exhaustivo y magistral en cuanto a la combinación de variables y de los diferentes modelos de clasificación de la mortalidad evitable. Solamente quiero incitarlos para que lean el documento.

No obstante, dentro de las conclusiones de ese estudio de mortalidad evitable en Colombia se destaca que existe una proporción elevada de muertes que podían considerarse evitables, en el período estudiado que cubre el año 85 al 2001. Entre los hombres las muertes evitables corresponden principalmente a casos de violencia y accidentes entre los adultos jóvenes, cuya frecuencia es susceptible de reducirse mediante la aplicación de medidas mixtas intra y extra sectoriales.

En segundo lugar se destacan las muertes por infarto y otras complicaciones cardiovasculares que ocurre en adultos mayores y que son susceptibles de atención médica. Entre las mujeres predomina la muerte en el subgrupo de mayores de 45 años, las cuales obedecen principalmente a las complicaciones cardiovasculares cuya letalidad podría reducirse con medidas predominantemente sectoriales de atención médica integral. En la mayoría de las comparaciones, los hombres mostraban un mayor riesgo de morir que las mujeres.

Considero que el documento Visión 2019 deberíamos mirarlo bajo esa óptica, cuántas muertes son evitables y qué podemos hacer para evitar estas muertes, y así plantear indicadores que nos permitan mirar la mortalidad en todos los casos y prioridades que ya se expusieron.

Propondría, que se dividieran en cinco grupos los problemas de mortalidad evitable en Colombia. Primero, las causas que vienen disminuyendo, sin variación significativa en el período, y que implican que haciendo o no desarrollando acciones, se va a presentar el evento, con o sin indicadores, con o sin evaluación. Son causas que van disminuyendo sin variación significativa durante el período, en cuya tendencia no se reflejan cambios atribuibles a variaciones en la política sanitaria, como son: la mortalidad general en hombres, la mortalidad evitable en el conjunto en hombres y mujeres, la mortalidad evitable por atención médica en hombres y mujeres, la mortalidad por cardiovasculares en hombres y mujeres, enfermedades de trasmisión sexual en hombres y mujeres, mortalidad por medidas mixtas y mortalidad por causas externas en mujeres y tétanos en hombres.

El segundo grupo incluye causas que vienen en aumento sin variación y donde tampoco se observan cambios que reflejen los efectos de la política social y sanitaria. Este es el caso de las muertes por dengue en mujeres. El tercer grupo son las causas que venían en descenso y cuya disminución se ha desacelerando significativamente. Considero que éste es el grupo crítico, el cual también se ha evidenciado en todas las conferencias, e incluye las siguientes problemáticas: desde el comienzo de los 90 la mortalidad general en mujeres, las muertes evitables por saneamiento ambiental en hombres y mujeres desde 1990, diarrea en menores de cinco años entre los niños y entre las niñas, tuberculosis para los hombres desde el año 1991, tétanos en las mujeres, IRA en niños y niñas. Entre las mujeres las causas supuestamente evitables vienen disminuyendo sin variación significativa, en cambio la mortalidad general que incluye causas evitables y no evitables muestra una desaceleración significativa del 90 que podría reflejar la influencia de factores de riesgo sobre causas no reconocidas como evitables por la clasificación utilizada en el estudio.

En 1990 el primero de los indicadores que se afecta es la mortalidad por diarrea en niños y varones menores de cinco años y con ella el grupo de causas prevenibles por saneamiento ambiental. Dos años más tarde en el 91, se observa un deterioro en el control de la mortalidad por TBC que también se manifiesta primero en los hombres. En el 94 se desacelera y se manifiestan las muertes por IRA en niños y la mortalidad por tétanos en mujeres.

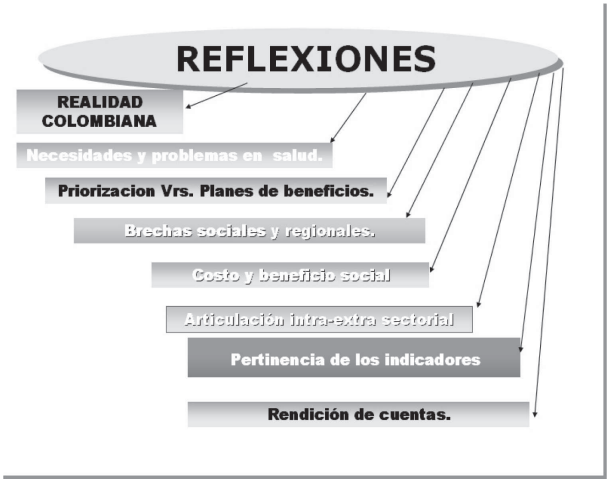
En el cuarto grupo de causas se encuentran aquellas que venían disminuyendo y actualmente tienden hacia el aumento desde mediados de los 90. El deterioro en este tipo de causas es más marcado que en el anterior grupo y es el caso de la muerte por Tosferina en hombres que comienza en el 93 y en mujeres en el 94, el dengue entre hombres, la desnutrición infantil, las evitables por prevención primaria en su conjunto tanto en mujeres como en hombres, las muertes obstétricas y la Malaria.

Finalmente, está el grupo de causas que se deterioran y se recuperan, dentro de las que se incluye la mortalidad evitable por violencia, accidentes y otras causas evitables por medidas mixtas, las cuales viene en aumento hasta el 92, impulsada por la ola de la violencia que desencadenó el narcotráfico y desciende desde el año siguiente. Los cambios observados en la tendencia de este grupo de defunciones pudieran corresponder a la dinámica descrita para la violencia de este período más que a las reformas sanitarias. A su vez, la mortalidad por cáncer de cerviz se deterioró entre el 92 y el 93 y comenzó a recuperarse en el 97, aunque al final de la serie sólo logró llegar a los niveles observados en 1991. La mortalidad por causa perinatal se deterioró entre 97 y el 99 y mejoró en los dos años siguientes. La recuperación observada puede reflejar los esfuerzos para controlar ambos problemas realizados en esta época por el Ministerio de Protección Social en cuyo caso pone en evidencia no sólo las bondades de una política decidida de control sectorial sobre el cáncer de cérvix y la salud perinatal, sino también las fallas del sistema durante el período inmediatamente anterior. En ambos casos la recuperación alcanzada al final de la serie, no logra superar los niveles de control logrados antes del deterioro.

Estas son en resumen las grandes conclusiones que se obtienen del estudio, y que nos permiten reflexionar sobre la política del documento "Visión 2019", y cuestionarnos sobre cuál es la coherencia de lo que estamos encontrando en la realidad y de lo qué estamos escribiendo como prioridades y políticas en salud.

Reflexiones finales. Por último, quisiera hacer algunas reflexiones. Primero sobre la realidad colombiana, en el sentido de entender que este es un país tal vez conformado por muchos países, debido a las amplias diferencias regionales; y por lo tanto, los indicadores y unas políticas únicas nacionales ante una gran variedad de grupos étnicos, la existencia de minorías tradicionalmente olvidadas, y territorios de difícil acceso, es una tarea supremamente complicada.

Gráfica 59. Reflexiones



Segundo, reflexionar sobre si nosotros realmente estamos mirando las necesidades y problemas en salud de la comunidad. Tercero, si nosotros estamos mirando las necesidades y problemas prioritarios y si a esa priorización se refleja en los planes de beneficios y estos son coherentes con lo que estamos mirando en la realidad. Por ejemplo, acabamos de oír la problemática de la salud mental. También deberíamos cuestionarnos si realmente con estas priorizaciones que nosotros estamos haciendo realmente estamos disminuyendo las brechas sociales y regionales, y si esas acciones que nosotros estamos haciendo si son el más costo efectivo. Además deberíamos cuestionarnos sobre las acciones definidas cuál es el papel del sector salud y cuáles acciones realmente podemos desarrollar, teniendo en cuenta que tenemos factores determinantes en la salud de los demás sectores. También es necesario reflexionar sobre la pertinencia real de los indicadores y por último cuestionarnos qué hacemos nosotros con respecto a la rendición de cuentas.

Definición de prioridades futuras en la salud pública, salud sexual y reproductiva, mortalidad materna y enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas

Olga Amparo Sánchez

El cambio de enfoque. En primera instancia es importante reflexionar sobre el por qué se ha venido hablando de derechos sexuales y reproductivos, trasformando el discurso de salud materno infantil a salud sexual y reproductiva.

Tres variables fundamentales han jugado en este cambio de discurso. Uno, la acción y la presión del movimiento internacional de las mujeres, dirigida a que en las agendas de los estados nacionales y a nivel internacional se coloque la salud de las mujeres como un derecho. Además, tres eventos a nivel internacional han jugado un papel bien importante; la tercera conferencia sobre población y desarrollo en el Cairo, la cuarta conferencia mundial sobre la mujer y la conferencia sobre derechos humanos en Viena en 1992, eventos que han obligado a que los estados se adhirieran a una serie de compromisos a nivel internacional, en términos de la salud de las mujeres.

La segunda variable que ha jugado un papel importante en el cambio del discurso ha sido los procesos de modernización de los estados, que especialmente en el caso de la salud sexual y reproductiva de las mujeres está muy influenciado por las directrices de organismos internacionales, entre ellos la Organización Panamericana de la Salud y la OMS.

En tercer lugar, la otra variable importante ha sido la trasformación en las legislaciones y en las constituciones de casi todos los estados, las cuales se han desarrollado para ajustarlas más acorde con el avance del discurso de los derechos humanos, las diversidades sexuales y las diversidades culturales.

¿Qué ha implicado ese cambio en el discurso? Varios efectos muy importantes a nuestra manera de ver. Uno es que se ha transformado progresivamente la visión de la mujer como sujetos de derecho, lo cual es un cambio muy relevante ya que antes se veía a la mujer en el campo de la salud sólo como objeto reproductor. Esto constituye un cambio cultural muy importante. Por supuesto, no podemos decir que es un logro totalmente ganado, por que persisten todavía vacíos, aunque culturalmente se ha avanzado. Esto conlleva un efecto valioso, como es el que se puede plantear en el discurso la libertad y la autonomía de las mujeres. En este sentido, el fallo de la Corte Constitucional sobre el aborto ha generado en el país una discusión importante, independientemente de si se está o no de acuerdo con este. Así, se introduce en la discusión de la agenda política del país el tema de la libertad y la autonomía de la mujer sobre su cuerpo y sobre sus decisiones reproductivas y sus decisiones sexuales.

El otro elemento que no ha sido suficientemente considerado en el país es la visión parcializada de que la reproducción es responsabilidad solamente de la mujer. Es decir, el tema de la salud sexual y reproductiva debería involucrar también a los varo-

nes en aspectos como el ejercicio, la responsabilidad del control de su fertilidad y también del ejercicio de su sexualidad y plantear la problemática de los adolescentes.

Los retos y las acciones requeridas. En el contexto descrito, es importante revisar cuáles son los retos en el campo de la salud pública, ya que si bien los avances se han dado a nivel del discurso, en la práctica las políticas no han logrado una trasformación semejante, y éstas continúan aún muy relacionadas con lo que se considera como salud materno infantil, dejando de lado otras problemáticas que más adelante voy a enunciar.

En una mirada rápida de la situación general de salud sexual y reproductiva, se destaca que a pesar de todas las deficiencias de la información que hay en el país, en este tema se tienen más información sobre las mujeres que sobre los varones. Esto es algo cultural, ya que se ha considerado que las mujeres somos las responsables básicas de la reproducción y que los varones tienen un papel marginal, y esto es un aspecto que debe ser modificado en el país.

En relación con la fecundidad yo creo que hay una problemática muy crítica en el país y es el incremento de la fecundidad en las mujeres adolescentes en los últimos años. Así, uno de los retos que enfrentamos es el incremento del embarazo adolescente, el cual además reproduce las inequidades del país ya que este se presenta básicamente en las poblaciones más pobres, y en los últimos años en las poblaciones en situaciones de desplazamiento forzado, fenómeno que también agrava la situación.

El embarazo adolescente se ha visto desde una mirada sancionatoria, y no hay alternativas de vida para esas adolescentes en términos de trabajo y estudio. Cuando una adolescente se embaraza ella es retirada del sistema educativo, mientras que al padre, posiblemente también un adolescente, no le sucede lo mismo. Se produce un doble mensaje para las mujeres, por un lado que los hijos obstaculizan el desarrollo, pero después de los 30 años si se debe tener hijos. Esto es un mensaje cultural ambiguo para las mujeres; mientras que tenga tal edad no tenga hijos porque son un obstáculo pero después de los 30 sí los tenga, por que ya es la edad en que es necesario tenerlos. Yo creo que la sociedad colombiana va a tener que trabajar seriamente en ese tipo de mensajes si queremos realmente asumir la problemática del embarazo adolescente.

Otro reto y situación problemática, sobre el cual en el país se han hecho algunos avances, aunque no los suficientes, es la corresponsabilidad de los varones, no solamente en el control de su fertilidad, sino también en el ejercicio responsable de su sexualidad y su coparticipación en problemáticas de salud de las mujeres. Por ejemplo, en la serie televisiva que estamos viendo «sin tetas no hay paraíso», nos está mostrando una problemática muy compleja en términos de la salud mental y de la salud física de las mujeres. Sin juicios acusatorios generalizados, cuando uno se cuestiona por qué se ponen tetas las mujeres, encuentra que la razón es porque ellas necesitan ser objeto de deseo de los varones y por qué esa es la forma como los varones las aprueban. Las mujeres no deberían ser sometidas a esa aprobación o desaprobación y allí hay un elemento de salud colectiva muy grave en este momento en el país.

Otro problema relacionado de salud pública es el aumento de la anorexia, bulimia de las mujeres jóvenes y otras no tan jóvenes, debido a un modelo de mujer que está siendo impuesta por los medios de comunicación. El sector salud tiene mucho que decir y está diciendo actualmente muy poco, al igual que la sociedad colombiana. No es en una actitud moralista, quiero que no se me entienda desde esa perspectiva, sino desde los efectos de una sociedad que cada vez consume más y coloca el cuerpo de las mujeres como un objeto de consumo que se cambia, se compra, se vende de acuerdo a las necesidades. Entonces tenemos las prepago, el aumento de las cirugías estéticas, y los cirujanos estéticos son los que mejor ganan en este momento por encima del promedio de cualquier otro profesional de salud. Con la moda de las cirugías estéticas las mujeres terminamos influenciadas con el modelo y afectadas por sus consecuencias, que es lo más grave. Aquí hay una problemática muy compleja en términos de la salud de las mujeres.

Otro elemento de la fecundidad de las adolescentes y creo que es un reto para el país es paternizar esta sociedad, lo cual implica fomentar que los hombres en su proceso de trasformación asuman la responsabilidad psicoafectiva con los hijos y las hijas, trasformando ese proceso de que los hombres son los simples proveedores económicos. Hay algunos avances sobre este tema en el país, pero no para todas las clases sociales, y no para todos los varones o por lo menos no para los suficientes. Cuando los hombres asuman que tienen unas responsabilidades psicoafectivas creo que dejarían de decir esa mujer "me puso un hijo", y asumirían realmente que hay una responsabilidad en ese sentido.

Otro reto y prioridad es la mortalidad materna, ya que es muy crítico lo que nos está mostrando el análisis de las estadísticas recientes, evidenciando no solamente falta de acceso, sino también mala calidad en la atención. Los datos muestran que el 47% de las muertes maternas en el país son de mujeres aseguradas o al régimen contributivo o al régimen subsidiado. Esto nos está evidenciando, que hay un problema de calidad considerable y que no es solamente del acceso al sistema. El país en ese sentido no ha hecho los esfuerzos suficientes para mejorar la situación de la calidad de la atención y cómo está organizado el sistema de salud, existen deficiencias de información y la operación de los sistemas de control es muy compleja.

El otro elemento de la mortalidad materna es que las mujeres en edad reproductiva se mueren por algo inadmisible en un país de medio desarrollo como es Colombia, como son los problemas asociados al parto, posparto y por abortos inadecuadamente realizados. Esperamos que el fallo de la Corte Constitucional pueda ser una medida que realmente permita que ese 16% de mujeres que se está muriendo por complicaciones del aborto se disminuya.

En relación con las infecciones de transmisión sexual, hay que preguntarse quiénes son las que más se están infectando en este país, y la respuesta es las mujeres. Se está dando un cambio cualitativo en términos de la relación mujer-hombre infectado, y quiénes las están infectando, lo cual es muy problemático y nos está indicando que es necesario un cambio cultural importante. Se ha encontrado que son los maridos generalmente los que infectan las mujeres, quienes se consideraban que eran fieles y que no tenían otras relaciones. Una mujer infectada generalmente significa también un hijo o una hija infectada y se vuelve una cadena mucho más crítica para el sector salud. Entonces hay algunos elementos que el país tiene que abordar, como es el cambio cultural en términos de una sexualidad más responsable. Una sexualidad libre por supuesto, porque no quiero decir un régimen militarizado, sino una sexualidad donde se considere que si bien hay unos derechos, hay también unos deberes. En ese sentido, los hombres pueden asumir de manera más responsablemente su sexualidad, con elementos como el uso del condón. Las mujeres sabemos lo difícil que es la negociación con la pareja para el uso del condón en todos los sectores sociales, desde el sector seis hasta el uno, y todas las mujeres vivimos esa misma situación. Otro elemento en las infecciones de transmisión sexual es nuevamente la inequidad, ya que aquellas que se están infectando son en un gran porcentaje de los estratos más pobres de la población y eso nos está mostrando una problemática muy seria.

Para finalizar, los retos en términos de salud pública que no se está asumiendo en el país en relación con las mujeres, son principalmente:

(1) Toda la problemática de salud mental, área que es muy deficitaria en general en el actual sistema de salud.

(2) La problemática de los cambios demográficos de la sociedad colombiana, por lo cual cada vez más mujeres estamos llegando a la menopausia, pre menopausia y no hay un sistema de salud que atienda esa problemática ajustada con las necesidades de las mujeres y también con sus valores culturales

(3) El problema de la bulimia y la anorexia, el cual es muy serio en este país en las poblaciones jóvenes, en los colegios de estratos tres para adelante.

El rol del sistema colombiano de salud. Lo anteriormente expuesto conlleva a considerar un

cambio en el sistema de salud, que debería iniciar con cuestionarse que incluye el plan obligatorio de salud (POS) en lo referente a salud sexual y reproductiva y la salud mental de las mujeres, la responsabilidad también del sector privado en los programas de prevención y promoción para la salud de las mujeres, la necesidad de acciones para fomentar un ejercicio sano de la sexualidad y un tema crítico para las mujeres como es el problema de la violencia general, intrafamiliar y maltrato. A pesar de la normatividad que existe y que se le asigna unas competencias al sector privado de salud sobre prevención y no sólo sobre la atención en salud, esas competencias parece que no se están cumpliendo suficientemente.