

Salud

El estado de salud de la población es un elemento vital en la explicación de la calidad de vida. Los indicadores del estado de salud como la mortalidad infantil en menores de un año y de cinco años, la mortalidad materna, la tasas de fecundidad en adolescentes, el porcentaje de vacunación, entre otros, son indicativos del nivel de desarrollo de una región o país y, a su vez, estos determinan también las oportunidades de desarrollo futuro para su población.

Es por esto que varios de los indicadores el estado de salud han sido incluidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas –ODM–, con metas precisas a 2015, en los cuales 189 países se comprometieron con su cumplimiento. Colombia hace parte de ese grupo de países y sus regiones y ciudades, incluyendo Medellín también lo están.

Mejorar la salud materna es el objetivo número cinco de los ODM cuyas metas se concretan en reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

La meta para nuestro país es alcanzar una tasa de mortalidad materna de 45 muertes por cien mil nacidos vivos. En Medellín durante el

periodo 2004-2009, la tasa de mortalidad ha estado por debajo de 45. En 2004 fue cuando se registró la menor tasa con 27, y el valor promedio del periodo se ubica en 35,7.

Pese a este buen resultado, es importante comparar estas cifras frente a las regiones del mundo de mayor desarrollo. Entre 2004 y 2006 la ciudad contó con mediciones del Índice de Desarrollo Humano –IDH– que la ubicaban como una ciudad de alto desarrollo, compartiendo dicho resultado en Colombia solamente con la capital, Bogotá. Pese a no tener el indicador para los años posteriores, es interesante cotejar el estatus de ciudad de alto desarrollo con los resultados en mortalidad materna para las regiones de más alto desarrollo, de acuerdo a la ONU (2009), estas regiones en 2005 tuvieron en promedio una tasa de nueve muertes por cien mil. Para que Medellín lograra una tasa cercana a este número, las muertes maternas deberían ser aproximadamente de tres, mientras que en el periodo 2004-2009 el promedio fue de doce muertes.

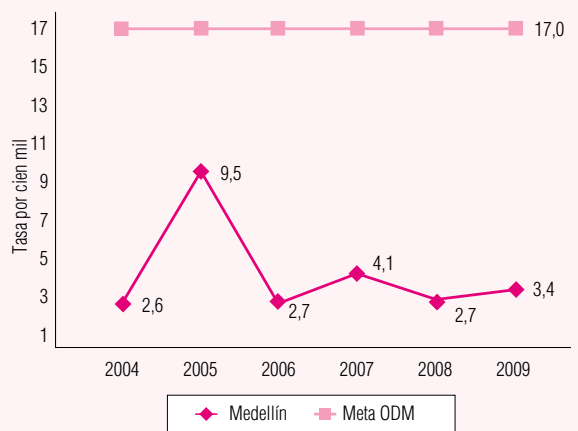
Las principales causas de la mortalidad materna son las hemorragias posparto, las infecciones, la eclampsia, el parto prolongado o la obstrucción del parto, y las resultantes de un aborto en condi-



ciones peligrosas. La mayoría de estos casos podrían evitarse con servicios de salud reproductiva de buena calidad, atención prenatal, atención del parto por personal de salud calificado y acceso a servicios obstétricos de emergencia.

El embarazo a muy temprana edad es otro de los grandes riesgos para la mortalidad materna. Según datos del reporte de la ONU, las embarazadas menores de quince años tienen cinco veces más posibilidades de morir durante el parto que las mujeres entre veinte y treinta años. Además, el riesgo de morir para el niño en su primer año de vida es un 60% mayor cuando la madre es menor de dieciocho años que cuando ésta es mayor (ONU, 2009, p. 28).

Gráfico 12. Medellín: tasa de mortalidad infantil por EDA, 2004-2009



Fuente: Metroinformación

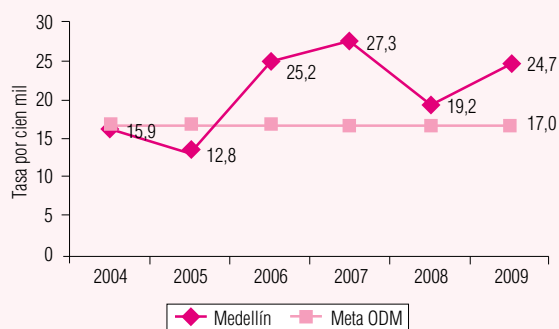
El objetivo número cuatro de los ODM es la reducción de la mortalidad infantil, con una meta específica de reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años, entendida ésta como el cociente entre el número de muertes de niños menores de cinco años de edad y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos. En

2007 Medellín tuvo una tasa de 13,6 por mil, por debajo de la tasa para Colombia que fue de 18,5¹⁸, y para el promedio de Latinoamérica que fue de 24, pero mayor a la tasa promedio de las regiones desarrolladas que fue de seis muertes por cada mil.

El programa MCV le hace seguimiento específico a tres causas de mortalidad infantil para los menores de cinco años: Enfermedades Diarreicas Agudas –EDA–, Enfermedades Respiratorias Agudas –ERA– y por desnutrición. En el primer caso, la meta ODM está establecida en 17 muertes por cien mil, y la ciudad se ha mantenido durante el periodo 2004-2009 muy por debajo de esa meta con un máximo en 2005 de 9,5, que implicó 14 muertes por este tipo de enfermedades. En 2009 la tasa se ubicó en 3,42.

En el segundo caso también existe una meta de 17 muertes por cien mil por causas asociadas con ERA. El periodo 2004-2009 evidencia un deterioro de este indicador a partir de 2006. En 2004 y 2005 la tasa de mortalidad por ERA en menores de cinco años estuvo por debajo de la meta (véase gráfico 13), pero a partir de 2006 se incrementa sustancialmente, sin que desde entonces se logre cumplir la meta.

Gráfico 13. Medellín: tasa de mortalidad infantil por ERA, 2004-2009



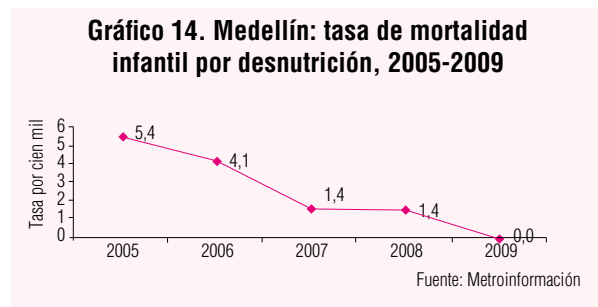
Fuente: Metroinformación

¹⁸. Datos para Medellín y Colombia tomados de www.asivamosensalud.org. Fecha de ingreso: 15 de marzo de 2010.

Aunque entre 2007 y 2008 hubo una reducción importante que significó pasar en número de muertes de 40 a 28, entre 2008 y 2009 el número de muertes se incrementó un 28,6%, pasando de 28 a 36 muertes.

Se han identificado numerosos factores que inciden sobre la tasa de muertes por ERA, como el bajo peso al nacer, la malnutrición, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, los bajos niveles de inmunización, insuficiente disponibilidad de antimicrobianos y la contaminación atmosférica (MCV, 2009). En el caso de Medellín dos factores muestran tendencias desfavorables, la contaminación atmosférica que es una de las altas en Latinoamérica, y el bajo peso al nacer, que como se verá más adelante permanece por encima del promedio en Colombia. Aunque la incidencia de cada uno de estos factores en la tasa de muertes por ERA no ha sido medida para el caso de Medellín, hay suficiente evidencia científica que demuestra que la reducción de los niveles de contaminación mejora diversos indicadores de salud, incluyendo el de muertes por ERA para poblaciones vulnerables, como los menores de cinco años. La meta del Plan de Desarrollo a 2011 es alcanzar una tasa de 17,4, ubicándose muy cerca de alcanzar el ODM.

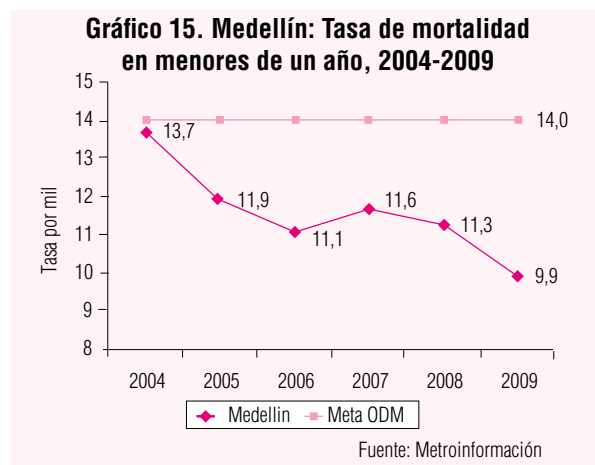
La tercera causa de muerte en menores de cinco años que se analiza es la desnutrición.



En el periodo 2005-2009 la tendencia de la tasa de muertes en menores de cinco años por

desnutrición ha tenido una tendencia descendente, llegando en 2009 a una tasa de cero. Este buen resultado puede ser explicado por la confluencia de varios programas tanto públicos como privados que han tenido como objetivo mejorar el estado nutricional de los menores.

Para los menores de un año, la tasa de muerte por mil nacidos vivos también ha mostrado una tendencia descendente en el periodo 2004-2009, con un leve repunte en 2007, y una reducción apreciable entre 2008 y 2009, de 12,4% (Véase gráfico 15). En todo el periodo, la tasa ha estado por debajo de la meta ODM establecida en catorce muertes por mil nacidos vivos.



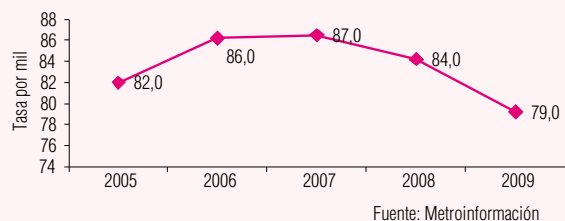
En cuanto a la tasa de fecundidad adolescente, que es el número de nacimientos por cada 1.000 mujeres con edades comprendidas entre los quince y diecinueve años, también existe una preocupación dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que se manifiestan través de la meta de acceso universal a la salud reproductiva. América Latina, en particular, presentó en 2006 el segundo lugar de más alta de tasa de fecundidad adolescente con 72 por mil, antecedida por el África Subsahariana con 123 por mil (ONU, 2009).

Los datos para Medellín en el periodo 2004-2009 (véase gráfico 16) muestran una situación



sumamente preocupante. Esta tasa está por encima del promedio latinoamericano, que ya en el plano mundial es la segunda más alta, y se ubica en un promedio de 83,6 por mil en el periodo. Aunque es importante destacar que mientras entre 2005-2007 la tasa aumentó un 5,5%, entre 2007 y 2009 hubo una disminución del 8,4%, para ese último año la tasa fue la menor del periodo con 79,2.

Gráfico 16. Medellín: tasa de fecundidad adolescente 15-19 años, 2005-2009



Si se tiene en cuenta que el promedio para las regiones desarrolladas es de 22 casos por cada mil y que para las regiones en desarrollo es de más del doble con 55 casos por cada mil, es evidente que la situación en Medellín frente a esta problemática es complicada pues supera ampliamente el promedio latinoamericano y el de regiones en desarrollo, al contrario de lo que ocurre con otros indicadores del estado de salud.

De acuerdo a la ONU (2009) una vía para lograr avances importantes en el indicador anterior es el uso de métodos anticonceptivos. No obstante, al observar la proporción de mujeres, casadas o en unión consensual, entre quince y cuarenta y nueve años que utilizan algún método anticonceptivo, con datos para 1990 y 2005 se tiene que a pesar del aumento en todas las regiones del mundo, sigue existiendo una proporción elevada que no los usan, especialmente en países pobres y con altas tasas de fecundidad.

Es interesante contrastar que mientras las regiones con mayor cobertura al respecto son

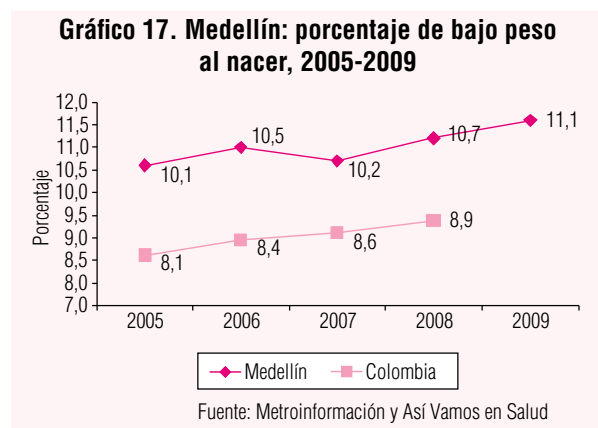
América Latina y Asia oriental con 72% y 86% hasta 2005, la primera región es la que ocupa el segundo lugar con mayor tasa de fecundidad, y la segunda región es la de más baja tasa con cinco casos por mil. Además, la brecha entre países desarrollados y en desarrollo es mínima, pero la principal razón es que estas últimas han avanzado lentamente y las regiones desarrolladas permanecieron estancadas, en promedio, en el 67% de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos.

Estos datos podrían ser un indicio de que, aunque es importante el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, estos no son suficientes para disminuir sustancialmente el embarazo adolescente. En Medellín, el diagnóstico de la problemática ha señalado que existe un alto porcentaje de jovencitas que desean ser madres a temprana edad como su proyecto de vida¹⁹. Este segmento de la población también debe ser incluido en los programas cuya finalidad sea reducir la tasa de embarazo adolescente. Esta tarea puede ser incluso más retadora que la de fomentar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, pues debe ser una apuesta integral que incluya además de la educación sexual y reproductiva la paternidad y maternidad responsable, los valores, autoestima y habilidades para la vida (MCV, 2008, p.17).

Un indicador relacionado con la fecundidad adolescente es el de proporción de bajo peso al nacer. En Medellín de cien nacidos vivos, diez nacen con bajo peso al nacer, es decir por debajo de los 2.500 gramos. En Colombia esa cifra en 2005 era de 8 por cada cien, y en 2008 llegó casi a nueve por ciento, con lo que ha mostrado una tendencia creciente durante todo el periodo, mientras en Medellín en 2007 hubo una reduc-

¹⁹. Tomado de: <http://rgs.gov.co/noticias.shtml?x=17692>. "Medellín, ciudad de niñas madres". Fecha de ingreso: 13 de febrero de 2008.

ción en el indicador, y entre 2007-2009 aumentó en un 8,8%, para una proporción promedio de 10,5% en el periodo 2005-2009, por encima del promedio colombiano, que, a su vez, es similar al latinoamericano, pero superior al de Chile con 5,9% y al de Cuba con 5,4%²⁰.



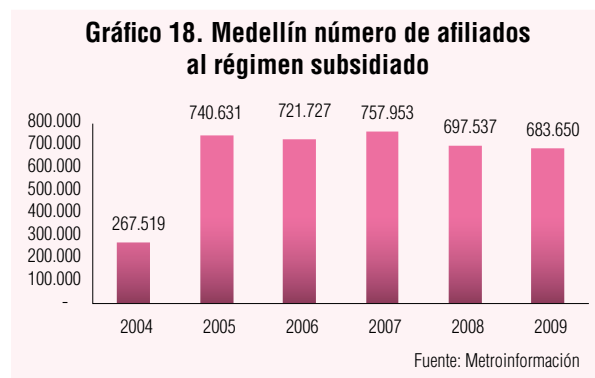
En materia de cobertura de vacunación por triple viral durante el periodo 2005-2009 se mantuvo en niveles superiores al 100%, exceptuando 2006 donde fue de 95,8% muy cercana a la cobertura determinada como útil para evitar una epidemia por enfermedades inmuno prevenibles, que es del 95%.

Cobertura al Sistema de Seguridad Social en Salud

De acuerdo a cifras del Ministerio de Protección Social –MPS–, en Medellín había 1.517.434 personas afiliadas al régimen contributivo en 2009²¹, por su parte, de acuerdo a la Secretaría de Salud de Medellín, los afiliados al régimen subsidiado en la ciudad en ese año fueron 683.650 personas, 13.887 personas menos que en 2008. Lo anterior implica que la cobertura al sistema de seguridad social en salud, representado en la suma de afiliados al régimen contributivo y al subsidiado, fue del 95% en 2009. El 5% restante, es decir 115.769 personas no están afiliadas, pero de acuerdo a la Se-

taría de Salud, se les garantiza la prestación del servicio a través de la red de atención pública.

Por su parte, las cifras de afiliación al régimen subsidiado en Medellín, aportadas por la Secretaría de Salud del Municipio entre 2005-2007, que mostraban un número de afiliados superiores a los 700.000, llegando a un máximo en 2007 de 757.953 no estaban depuradas y aún siguen sin estarlo, sólo las cifras de 2008 y 2009 lo están y muestran un número de afiliados por debajo de los 700.000 (véase gráfico 18). De acuerdo a cifras del MPS, entre 2007 y 2008 Medellín contó con cobertura del régimen subsidiado en los niveles de Sisbén uno y dos del 100% y en 2009 del 98,2%.



Calidad de los servicios de salud en Medellín

El Sistema de Seguridad Social en Salud, producto de la Ley 100, fue creado con un objetivo fundamental que era llevar la cobertura en salud al 100% de la población. Para ese propósito el sistema se diseñó de tal forma que el régimen contributivo representara las dos terceras partes de la afiliación, y el régimen subsidiado una

²⁰ Datos tomados de Así Vamos en Salud.

²¹ Dentro de los afiliados al régimen contributivo en 2009, un 38% pertenecían a los niveles uno, dos y tres del Sisbén, específicamente, un 24% a los niveles 1 y 2 y un 14% al nivel 3.



tercera parte. No obstante, las cifras muestran que lo que se pensó no es lo que está ocurriendo en la práctica, donde los porcentajes de participación de los regímenes son 54,4% para el subsidiado (23 millones de personas), 40,5% para el contributivo (17 millones) y 5,1% para el régimen de excepción (dos millones de personas (MPS, 2010), contribuyendo a la insostenibilidad financiera del sistema.

La sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional identificó una serie de fallas estructurales en el sistema de seguridad social en salud que debían ser corregidas por el gobierno nacional. A saber: la falta de definición del Plan Obligatorio de Salud, la discriminación dadas las desigualdades de los planes de beneficio de los regímenes contributivo y subsidiado, la no universalización del servicio, demoras en los recobros, el excesivo uso de la tutela y el desconocimiento del derecho a la salud (Uprimny, et al., 2008). Los Decretos de Emergencia Social en Salud, de diciembre de 2009, retoman la sentencia de la Corte en términos de la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, y la garantía de un flujo de recursos adecuado que posibilite el más alto nivel posible de salud bajo las restricciones presupuestales, administrativas y estructurales existentes. En este sentido, los decretos buscan esencialmente: ratificar el sistema de aseguramiento como la mejor vía para el goce efectivo de la salud, ajustar la mecánica del sistema en materia de acceso y ajustar el flujo de recursos (MPS, 2010).

A la fecha no está claro si los decretos serán declarados exequibles por la Corte Constitucional, ni los efectos directos sobre la calidad de los servicios de salud prestados, si estos efectivamente son avalados por la Corte. En lo que algunos expertos coinciden es en que los decretos no son suficientes para producir la reforma estructural que requiere el sistema para evitar

un colapso financiero que ponga en peligro el acceso a la salud de todos los colombianos.

En Medellín, los primeros signos de alarma se dieron con el funcionamiento del régimen subsidiado en salud y con el alto uso de las tutelas por parte de los usuarios de ambos regímenes para poder acceder a los servicios. En el primer caso, un estudio del Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia sobre “Evolución y perspectivas del régimen subsidiado en salud, 2006-2008” muestra que las EPS del régimen subsidiado –EPS-S– que operan en la ciudad estaban en desequilibrio operacional en 2008. Este resultado es producto de una mayor demanda de servicios de alto costo, lo que ha elevado el gasto en los servicios de salud. Los costos de los servicios de mediana y alta complejidad han sido similares a los del resto de Antioquia, pero han sido mayores al promedio para Colombia.

Se asegura también que las medidas regulatorias en la operación están generando un mercado altamente concentrado del aseguramiento de la salud subsidiada en la ciudad “Y si a una posición claramente oligopólica de las EPS-S se le suman los desequilibrios financieros de éstas, entonces el régimen subsidiado en Medellín estaría enfrentando problemas no solo de sostenibilidad, sino de aquellos propios de una reducción de la participación plural de EPS en la ciudad: oportunidad, acceso efectivo y calidad de los servicios de salud, entre otros.” (GES, 2009, p. 9).

En el segundo caso, aunque disminuyó sensiblemente el número de tutelas recibidas por la Personería de Medellín entre 2008 y 2009, pasando de 20.000 a 9.545, éste sigue siendo un mecanismo muy utilizado por los usuarios para acceder a los servicios de salud. De acuerdo con la Personería (2009), el 53% de las tutelas en salud, se instauraron contra la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, como entidad encargada de los servicios de complejidad dos y tres.