



Mesa de trabajo sobre salud en Medellín

Organizador: Programa Medellín Cómo Vamos en alianza con el Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia

Lugar: Aula Fabricato - Universidad EAFIT

Fecha: 29 de julio de 2010

Hora: 8.00 a. m. – 11.30 a. m.

Contenido

Asistentes: (en orden alfabético)	1
Principales conclusiones de la mesa de trabajo sobre salud en Medellín.....	2
Transcripción de la mesa de trabajo sobre salud	6
Conferencias:.....	6
1. Intervención de Juan Darío García- coordinador del Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia.	6
2. Intervención de Gustavo Escobar Ramírez- Subdirector de Salud de Comfama.	10
3. Intervención de María Del Pilar Durango- Secretaria de Salud de Medellín.....	15
4. Panel: ¿Cuáles son los retos que enfrenta el sistema de salud en Medellín?.....	19
5. Preguntas del público para los conferencistas.....	25

Asistentes: (en orden alfabético)

1. Abelardo Guzmán Hurtado - Universidad CES
2. Alejandro Gómez López - Metrosalud
3. Amparo Buitrago Reina - Comfama
4. Andrés Felipe Estrada - Fundación síndrome de down Luisa Fernanda IPS
5. Ángela María Fernández Restrepo - Ambiente sano
6. Daniel Pabón Carvajal - Comfenalco Antioquia
7. Diana Marcela Ardila - Medellín Cómo Vamos
8. Diana Patricia Guerra - Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud - Personería de Medellín
9. Dora Graciano - Concejo Municipal de Seguridad Social en Salud
10. Germán González - Universidad de Antioquia
11. Gladys Rocío Ariza Sosa - Metrosalud
12. Gustavo Arboleda - Comfama
13. Gustavo Escobar Ramírez - Comfama
14. Joaquín Emilio Duque Valencia - Asociación usuarios de salud (Assudessa)
15. Johanna Santa Maldonado - Personería de Medellín
16. Juan Darío García - Universidad de Antioquia
17. Lewis Quintero - Corp. Hogar Gerontológico Buenaventura
18. Lucía de la Cuesta de Londoño - Comfama
19. Luis Guillermo Botero Botero - Comfama
20. Marcela Gallego Sánchez - Medellín Cómo Vamos
21. María del Pilar Pastor - Secretaria de Salud de Medellín
22. María Teresa Petro - Universidad de Antioquia
23. Marta Lía Valencia - Secretaría de salud
24. Martha Cecilia Cadavid López - Municipio de Medellín
25. Mauricio Cano López - Fundación Síndrome de Down Luisa fernanda IPS
26. Mauricio López Betancur - Comfenalco Antioquia
27. Piedad Patricia Restrepo - Medellín Cómo Vamos
28. Rogelio Ramírez - Comfama



- 29. Sergio Alberto Jiménez Moreno - Metrosalud
- 30. Sergio Andrés Tobón - Centro de Pensamiento Social
- 31. Yaneth Hernandez - Metrosalud
- 32. Yuri Restrepo - Caprecom EPS

Principales conclusiones de la mesa de trabajo sobre salud en Medellín

Un modelo de salud basado en la gestión del riesgo debe ser la apuesta del sistema de salud en Colombia

Se realizó el 29 de julio de 2010 en el aula Fabricato de la Universidad EAFIT la mesa de trabajo sobre salud organizada por el programa Medellín Cómo Vamos en alianza con el Grupo de Economía de la Salud -GES- de la Universidad de Antioquia. Esta mesa tuvo como objetivo profundizar y discutir en torno a: los avances y retos en cuanto a acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud en la ciudad; así como también sobre la reforma al sistema de seguridad social en salud y, finalmente, el estado de salud actual de los medellinenses.

La mesa de trabajo contó con las ponencias de la Secretaria de Salud de Medellín, María del Pilar Pastor Durango; el Coordinador del GES, Juan Darío García, y el Subdirector de Salud de Comfama, Gustavo Escobar. Además, se realizó un panel de discusión sobre los retos del Sistema de Salud de Medellín en el cual participaron el Gerente de Metrosalud, Alejandro Gómez; la Coordinadora del Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud de la Personería Municipal, Diana Patricia Guerra, y una representante del Concejo Municipal de Seguridad Social en Medellín, Dora Graciano.

Entre las principales conclusiones se destacan las relacionadas con el **sistema de seguridad social en salud**. Frente a este tema, el director de Metrosalud, Alejandro Gómez, expresó que en la actualidad el 70% de las empresas sociales del Estado –ESE- están en anomalía financiera y administrativa en el país, además de que están atomizadas lo que dificulta por su tamaño que muchas de ellas puedan ser viables. De acuerdo a su criterio, la igualación de beneficios emanada de la sentencia T-760 de la Corte Constitucional se constituye en un imperativo ético pero es riesgoso financieramente. Los incentivos para pertenecer al régimen contributivo serán mucho menores, o inexistentes, una vez se ponga en práctica la igualación, lo que plantea aun mas retos para la viabilidad financiera del sistema.

De acuerdo al criterio de Gómez, el sistema de financiación actual tendrá que modificarse substancialmente para hacer realidad la unificación del POS. Además, ve con preocupación que ciudades como Barranquilla expresen que están unificando el POS con incluso menores recursos, al asegurar que las personas pertenecientes al régimen subsidiado demandan menos servicios de salud. En Medellín se ha demostrado que la Unidad por Capitación -UPC- del régimen subsidiado no es suficiente. En ese mismo sentido, criticó el aumento del 5% en la UPC para la igualación de beneficios de los menores de 18 años por la no concertación con los agentes del sistema, cuando existe evidencia de que ese aumento en la UPC debería estar rondando el 20%

El subdirector de salud de Comfama, Gustavo Escobar, mostró su experiencia como prestador de servicios y destacó que pese a los múltiples problemas que enfrenta el sistema en Colombia, de allí se pueden derivar oportunidades de cambio importantes, especialmente en



torno al modelo de salud, donde la mayoría de las Entidades Promotoras de Salud –EPS– se han concentrado en el control del costo, dejando en un segundo o tercer plano la gestión de la salud y la atención coordinada con el paciente. La gestión del costo se ha realizado usualmente desde la demanda, evaluando el riesgo presente y gestionando la enfermedad. Si a lo anterior se suma una preocupación por el envejecimiento de la población, lo cual acarreará mas costos para el sistema, se evidencia un panorama nada halagüeño para la sostenibilidad del sistema.

Comfama ha venido implementando una gestión basada en el riesgo más que en el costo, y plantea con base en sus propios resultados, que el Sistema de Salud en Colombia debe transformarse para tener a las personas como eje del sistema, y con especial énfasis en la Atención Primaria en Salud -APS- para ello es fundamental gestionar una mejor información, el talón de Aquiles del sistema, e idear indicadores de medición de impacto.

A la fecha algunos de los resultados que muestra la entidad, gracias al enfoque basado en el riesgo son: en el programa canguro entre 2008 y 2010 (primer semestre) se pasó de un 13,6% a un 48,5% las madres con complemento nutricional, se redujeron los riesgos de tamización en gestantes para sífilis de 25,6% a 2,6%, para VIH de 13,5% a 3,9% y de Hepatitis B de 15,8% a 3,9%. Han tenido cero casos de muertes maternas y cero casos de recién nacidos con transmisión vertical de VIH-Sida.

Estos resultados le permiten al subdirector de salud de Comfama aseverar que es factible traspasar el modelo que actualmente practica la entidad a todas las Entidades Promotoras de Salud del país. De hecho, destacó que actualmente cursa en el Congreso de la República un proyecto de Ley de Reforma al Sistema de Salud que se centra en algunos de los puntos esenciales de la apuesta de Comfama como la Atención Primaria en Salud.

La delegada de la Personería de Medellín, Diana Guerra, sostuvo que prima la sostenibilidad del sistema sobre el derecho a la salud. Reconocen que el acceso al primer nivel de atención en la ciudad es bueno, pero no así el acceso al segundo y tercer nivel. Piden un mayor control a las entidades prestadoras de salud y mayor regulación al precio de los medicamentos. Expresan también que se debe hacer un llamado al Ministerio de Educación y al Ministerio de Protección Social para subsanar la escasez de especialistas en la región y el país. Además, se critica la política de quirófanos en la ciudad, donde se privilegia el alquiler de estos para fines estéticos a lo largo del año, dejando poco espacio para operaciones que se centran en la salud de los pacientes.

Sobre el liderazgo y acompañamiento permanente de los **entes territoriales**, indispensable para el buen funcionamiento del sistema de salud se destacó en la mesa, como ejemplo, el caso de la Secretaria de Salud de Medellín, así mismo Metrosalud también destacó el apoyo permanente del gobierno local, en cabeza de las últimas administraciones para el fortalecimiento de la entidad.



En cuanto a la **cobertura, el acceso, la calidad de los servicios de salud y su financiamiento**, el investigador Juan García, del Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia mostró los resultados del estudio de Monitoreo al Sistema de Seguridad Social en Salud en Medellín 2008-2009. En cuanto a la cobertura, durante los últimos años, específicamente a partir de 2004 creció de forma importante el número de afiliados al régimen subsidiado, pasando de un promedio entre 1998-2003 de 230.876 personas, a un promedio cercano a las 700.000 personas entre 2004-2009. Sin embargo siguen presentándose problemas en la información tanto a nivel nacional como municipal. Las bases de datos de afiliados al régimen subsidiado con subsidios plenos aún no han sido depuradas, por parte de la Secretaria de Salud, para los años 2007 y 2008, con lo cual no es posible compararlos con los años 2008 y 2009 que si están depuradas.

Frente al módulo de salud de la **Encuesta de Calidad de Vida de Medellín** siguen presentándose problemas: en 2009 fueron eliminadas las preguntas relacionadas con el acceso, y especialmente en 2007 y 2009 se evidencian problemas en el diseño. De acuerdo a los resultados de la encuesta, que habría que profundizar, aumentó entre 2004-2008 el porcentaje de personas no afiliadas al sistema de salud, pasando del 7% al 13%, por su parte en el 2009 aumenta aún más pasando a casi un 20% de la población, explicado principalmente por una disminución en la afiliación del régimen contributivo que pasó del 60,8% en 2008 al 52,6% en 2009.

El **acceso a los servicios de salud** aumentó entre 2006 y 2008, especialmente para quienes no están afiliados al sistema. Por su parte, las barreras al acceso encontradas por los usuarios del régimen contributivo las más importantes fueron la continuidad en el servicio, esto es consultas sin resolver y exceso de trámites, y la predisposición, esto es la percepción de que a malos servicios de salud no vale la pena intentar pedir consulta. Por su parte, en el régimen subsidiado, la falta de dinero y el factor distancia junto con la cantidad de trámites se constituyeron en las principales barreras para esos años.

De forma positiva, la **percepción de salud auto reportada** en 2006 y 2008 se concentró en buena, con casi un 80% y sin diferencias importantes por regímenes de afiliación (contributivo, subsidiado, especial y sin afiliación). Así mismo, la percepción de calidad del servicio por afiliación a la seguridad social ente 2006 y 2008 también se concentró en la categoría de buena y resultó bastante pareja por tipo de afiliación.

En cuanto al **financiamiento**, en 2009 se aprecia una reducción de los recursos del FOSYGA, con lo cual el Municipio de Medellín tuvo que realizar un mayor esfuerzo propio para compensar los recursos faltantes. Para el régimen subsidiado, por ejemplo, el esfuerzo propio pasó del 14% al 20% entre 2008 y 2009. En general, De acuerdo al estudio del GES, se destacan avances importantes para quebrar barreras de acceso mediante inversiones en infraestructura y dotación, que representaron en 2009 más de \$50.000 millones, que provienen en casi su totalidad del esfuerzo propio del Municipio.

Finalmente, en cuanto al **estado de salud de los medellinenses** la Secretaria de Salud, María del Pilar Pastor, mostró la evolución de las primeras causas de muerte en la ciudad. En 2003 la primera causa de muerte fueron las agresiones, representando el 24% de las muertes. A partir de 2004 y hasta 2008 pasan a segundo lugar, y el primero lo ocupan las muertes asociadas a



enfermedades isquémicas del corazón, mostrando la mayor participación en 2007 con un 14,2%. En 2009, por su parte, las agresiones vuelven a ocupar el primer lugar con un 15,5%. En 2008 y 2009 se destaca la aparición dentro de las primeras causas de muerte la neumonía, asociada a la aparición de la AH1N1, con una participación de 3,9% y 4,2%, respectivamente.

Otros indicadores de salud muestran aspectos positivos como la reducción a cero del número de muertes en menores de cinco años por desnutrición en 2009, disminución de la tasa de muertes por enfermedades diarreicas en esa población desde 2007, disminución en la tasa de muertes en menores de un año desde 2004, coberturas útiles de vacunación superiores al 95%. Por su parte, la tasa de muertes por cáncer de cuello uterino se ha reducido, mientras en 1999 la tasa de muertes era de 8,2 por cien mil mujeres, en 2009 bajó a 5,6, ubicándose por debajo de la meta del Plan de Desarrollo de 5,9.

Algunos indicadores no tan positivos es la tasa de muertes por enfermedades respiratorias agudas que permanece por encima de la meta del Plan de Desarrollo de 17,4, en 2009 fue de 24,6 por cien mil menores de cinco años. Tampoco se alcanza la meta de tasa de mortalidad materna fijada en el Plan en 30 muertes por cien mil nacidos vivos y que a 2009 fue de 37,8. De las once muertes presentadas, la mayoría pudieron ser evitables.

Tampoco es positivo que no se haya logrado quebrar la tendencia en la mortalidad por cáncer de mama, mientras en 1999 era de 13,2 por cien mil mujeres, en 2009 fue de 15,5. Así mismo, la incidencia del VIH va en aumento en la ciudad, mientras en 1999 era de 8,3 por cien mil habitantes en 2009 pasó a 19,9. En cuanto a la tuberculosis tampoco se ha logrado reducir su incidencia, mientras en 1999 era de 32,8 por cien mil habitantes en 2009 fue de 38,8.

En cuanto al **acceso a la información** con la que cuenta la ciudadanía para ejercer sus derechos, Dora Graciano, miembro del Consejo de Seguridad Social en Salud de Medellín, llamó la atención frente a la falta de conocimiento por parte de la comunidad sobre los derechos que tienen en materia de salud. Pidió un mayor apoyo para capacitación de los interesados en participar en estos asuntos y que efectivamente puedan incidir. El propósito central es fortalecer las redes de organizaciones dedicadas a la salud. De otro lado, la señora Graciano subrayó que la calidad de los medicamentos ha venido reduciéndose, pues muchos de ellos provienen de laboratorios desconocidos, que aparentemente no están siendo efectivos en los tratamientos médicos.



Transcripción de la mesa de trabajo sobre salud

Conferencias:

1. Intervención de Juan Darío García- coordinador del Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia.

“Monitoreo a la seguridad social en salud en Medellín, 2008–2009: cobertura, accesibilidad y financiamiento”

El objetivo general de este estudio es analizar la evolución del sistema de seguridad social en salud y los resultados de la política de salud en Medellín para los años 2008–2009, en: cobertura, acceso, calidad y financiamiento. El enfoque del cual se parte es un enfoque de la salud desde una perspectiva integral y la salud plena como un medio que contribuye al “desarrollo humano como libertad”.

Cobertura

La cobertura de la seguridad social en el país entre 1994 y 2008 ha experimentado una evolución particular no prevista en la formulación inicial de Ley 100 de 1993. En un escenario optimista, el régimen contributivo sería el eje central y protagónico del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No obstante, el régimen contributivo ha estado marcado por dos etapas destacables: una caracterizada por el descenso de la cobertura poblacional desde el 32,3% en 1997 al 30,0% en 2002; y la otra por el ascenso leve pero continuo de la cobertura desde el 2002 hasta el 36,8% en 2008, alcanzando 17 millones de afiliados.

Por su parte, de la cobertura del régimen subsidiado se puede destacar una tendencia creciente durante todo el período de análisis. A partir de 2002 se registró un aumento sin precedentes: más de diez puntos porcentuales entre 2003 y 2008, alcanzando este último año la afiliación de 22 millones de personas (cupos contratados). Este aumento vertiginoso se debe en buena parte al impulso del gobierno nacional de promover una política de aseguramiento universal, sobre todo para la población sin capacidad de pago.

En el ámbito local se destaca un hecho importante en el número de afiliados para el régimen subsidiado, la afiliación a dicho régimen presenta una situación diferente a lo sucedido en el país: hasta el 2004, los afiliados fueron muy estables, pero a partir de 2005 se presentó un aumento significativo que, si bien sigue la tendencia nacional, en el caso concreto de Medellín fue mucho más acentuada hasta el 2008, año en el cual se detuvo el ascenso y se experimenta una especie de estabilización en un poco más de 650.000 afiliados a dicho régimen.

Con base en la Encuesta de Calidad de Vida –ECV- del Municipio de Medellín se pueden obtener datos sobre aseguramiento y acceso en salud, aunque en el periodo 2006-2009, la serie completa para estos dos componentes solo está para 2006 y 2008, en 2007 y 2009 hay algunas diferencias que no permiten comparación.

De acuerdo a la ECV la cobertura general de la seguridad social en salud en Medellín disminuyó sensiblemente, pasando de 92,8% en 2006 a 86,5% en 2008. La cobertura del régimen contributivo tuvo un aumento de 2%, pero la cobertura tanto del régimen subsidiado como de los regímenes especiales presentaron una leve disminución.

Las personas no afiliadas o vinculadas al sistema de seguridad social en salud en Medellín son principalmente por hombres, jóvenes entre los 15 y 44 años, con un nivel de estudio bajo (primaria y secundaria); respecto a la ocupación, se destacan el trabajo familiar sin



remuneración y cuenta propia; además, esta población se concentra en los estratos más bajos, lo que indica que son potenciales beneficiarios del régimen subsidiado.

Por su parte, las principales características socio económicas de la afiliación general en el sistema local de salud permiten configurar un perfil por régimen de afiliación para los dos años analizados. En primer lugar, analizando el nivel del estrato socio económico se observa que los estratos altos (4, 5, y 6) pertenecen al régimen contributivo y en parte al régimen especial; lo contrario sucede con el régimen subsidiado, el cual agrupa la población más vulnerable (estratos 1, 2 y 3). La cobertura según el nivel educativo y grupos de edad muestra una cobertura de afiliación acorde a la formación de las personas. Por ejemplo, las personas que reportaron ser profesionales o tener posgrado pertenecen al régimen contributivo y los que no tiene ese status formativo están en el régimen subsidiado. No obstante, llama la atención el hecho de que, salvo casos particulares, unas personas con estudios superiores estén en el régimen subsidiado. Por grupos etáreos se encontró que la población que más se concentra en el régimen contributivo son las personas mayores de 60 años, así como las que están en el rango de 45 a 59 años. En el régimen subsidiado se concentran en el rango de edades de 15-44 años y menores de 5 años.

Por posición ocupacional, mientras el régimen contributivo captura las categorías más formales o de empleados, el régimen subsidiado, así como los no afiliados, recogen la informalidad laboral como el trabajo cuenta propia y/o trabajo familiar no remunerado.

Acceso

Para el análisis del acceso a los servicios de salud, la propuesta teórica más aceptada es la de Aday y Andersen (1974). En general, ésta considera tres dimensiones básicas para entender la relación entre los usuarios de los servicios y el sistema de salud: la dimensión política, el acceso potencial y el acceso real. Aquí nos concentramos en el acceso real de la población a partir de la necesidad (revelada) de la atención o estado de salud, el uso de servicios por prevención de la salud y por enfermedad de la población de Medellín en 2006 y 2008, así como del tipo de barreras a las cuales se enfrentan las personas necesitadas de servicios de atención en salud.

El estado de salud autoreportado

Una pregunta que permite hacer aproximaciones acerca de las condiciones de salud de la población, es la que indaga por el estado de salud auto reportado. A la pregunta “¿En general, su estado de salud es?”, en promedio, en 2006 y 2008, el 81% de las personas encuestadas reportan tener un estado de salud bueno; 7% afirman tener un estado de salud excelente, mientras que quienes dicen que su estado de salud es regular o malo corresponden al 10% y al 1%, respectivamente.

Aunque la mayoría de personas clasificó su estado de salud como bueno, llama la atención que quienes menos favorable consideran su estado de salud pertenecen al régimen subsidiado. Por su parte, las mujeres consideran su estado de salud más desfavorable respecto al hombre; así mismo, según la edad, quienes más consideran su estado regular son las personas mayores de 60 años. El peor estado de salud se concentra en el estrato uno y dos, así como en las personas con solo primaria o que no estudiaron.

Demanda de consulta preventiva

Hubo una disminución de las personas que consultaron por prevención al médico u odontólogo: 4% menos en el 2008 respecto a 2006. Según el tipo de afiliación a la seguridad social, se muestra que quienes más consultan por motivos preventivos son los afiliados al régimen



contributivo y personas afiliadas a régimen especial. Por el contrario, las personas no afiliadas y del régimen subsidiado concentran la población mayoritaria que no realiza consulta preventiva.

Acceso a los servicios de salud en caso de enfermedad

Del total de las personas que se sintieron enfermas, accedieron a los servicios de salud un 80% en 2006, mientras que en el 2008 lo hizo un 89%. En correspondencia con el dato anterior, un porcentaje menor acudió a “otras formas de atención” en el 2008 respecto al 2006.

Se presentaron diferencias importantes según el tipo de afiliación cuando necesitaron resolver un problema de salud. Por ejemplo, se evidencia un aumento en el uso de los servicios de salud para las personas no afiliadas al sistema (de 58,3% en 2006 a 78,7% en 2008). Esta situación revela que, pese a no tener seguro, más personas están accediendo a los servicios de salud.

Por grupos etáreos se imponen los mayores de 60 años y el grupo de 5 a 14 años (93,9% contra 83,9% respectivamente). Por nivel educativo, aquellas personas sin estudio o con primaria representan una mayor proporción de los que no accedieron a los servicios de salud. Por lo tanto, es claro que el acceso se diferencia según el nivel educativo: para las personas con estudios de posgrado (100%) y quienes no estudiaron (86,9%).

Barreras al acceso

Una vez identificada la población que pudo acceder a los servicios de salud, es importante conocer cómo se generan las barreras al acceso, las cuales sufrieron aquellas personas que reportaron algún problema de salud y no pudieron acceder a los servicios de salud. Todo ello se analiza tanto desde la oferta (a la entrada, al interior, de continuidad) como de la demanda (predisposición, dotación, necesidad percibida). Así, en el 2006 y 2008, mientras para la oferta se dieron, principalmente, barreras “al interior” o por “muchos trámites para la cita”, para la demanda predominó la “necesidad percibida” o “el caso era leve”.

En el régimen contributivo la principal barrera en el 2006 fue de continuidad o de personas que consultaron antes y no les resolvieron el problema; otra situación se presentó en el 2008, donde predominaron las barreras al interior. Por su parte, en el régimen subsidiado influyó principalmente la distancia al centro de atención en ambos años. Se subraya que las barreras dependen del tipo de régimen: muchas más en el régimen subsidiado y prácticamente ninguna en el régimen especial, según datos del 2006.

Las barreras de la demanda más importantes para ambos años en el régimen contributivo fueron considerar el “caso leve” y estar predispuesto por varias razones: porque no tuvo tiempo, recibió un mal servicio, una cita muy distanciada en el tiempo o no confía en los médicos ni el personal de salud. En cambio, en el subsidiado y los no afiliados la falta de dinero es la principal barrera en todos los casos.

Percepción sobre la calidad de los servicios de salud

Para las personas que accedieron a los servicios de salud en caso de enfermedad, primó la percepción del servicio como buena (65% en 2006 y 67% en 2008). Sin embargo, las calificaciones negativas se destacan principalmente en el régimen especial y el subsidiado. El aspecto que más influyó en la calificación mala y regular fue la *mala atención del personal administrativo o asistencial*, así como *los trámites excesivos y/o dispendiosos*.



De acuerdo a la Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín Cómo Vamos, la calificación promedio del nivel de satisfacción con los servicios de salud recibidos en la ciudad pasó de 3,9 en 2008 a 3,6 en 2009, en una escala de uno a cinco, donde uno es muy insatisfecho y cinco es muy satisfecho. Este decrecimiento se explica principalmente por la demora en la asignación de citas, especialmente para especialistas.

Financiamiento

Es importante destacar que la tendencia del gasto total en salud en el municipio de Medellín ha experimentado un aumento significativo y constante a partir de 2001. En efecto, como resultado no sólo de una serie de disposiciones normativas y legales del orden nacional, sino de directrices explícitas del orden local, se puede evidenciar el incremento tanto del gasto público en salud, en términos absolutos, como la participación porcentual de dicho gasto sobre el gasto total. Llama la atención el notable repunte incremental de dichos gastos a partir de 2008, alcanzado niveles prácticamente históricos al final de la primera década del siglo XXI. Según el presupuesto definitivo para el 2010, el gasto en salud se encuentra alrededor del medio billón de pesos y la participación porcentual de dicho gasto sobre el total asciende casi al 17%, cuando en el 2001 era sólo aproximadamente el 8%.

Debido a orientaciones directas y expresas de políticas nacionales (incluyendo la Ley 1122 de 2007) y locales relacionadas prioritariamente hacia la meta de la cobertura universal, la afiliación al régimen subsidiado ha sido el gasto de inversión que ha sobresalido todos los años. Contrariamente, los gastos de inversión en administración y “otros”, durante todo el período de análisis tiene una participación, en promedio, prácticamente marginal.

Entre el 2004 y 2007 es notable la participación del gasto de inversión en afiliación al régimen subsidiado en comparación con los demás rubros como, por ejemplo, salud pública. Por su parte, los recursos para atender población vinculada (entre la cual se encuentra la población desplazada) tienen igualmente una asignación relativamente importante. Por el contrario, después de 2007, otras inversiones igualmente relevantes como “infraestructura y dotación” vuelven a ganar una mayor participación respecto a los otros rubros.

El rubro que tiene una mayor participación en el gasto público de la salud en el municipio de Medellín, la atención del régimen subsidiado, ha tenido su mayor fuente de recursos en el Sistema General de Participaciones (SGP). Sin embargo, dicha participación ha tenido un comportamiento muy variado. Por ejemplo, después de la Ley 1121/07, el SGP incrementó su participación hasta el 2009 con un promedio superior a 50% aproximadamente.

Por su parte, el “esfuerzo propio” (los recaudos por impuestos generales e ingresos no tributarios) ha sido la segunda fuente de financiamiento del régimen subsidiado. Particularmente, se destaca la participación importante en el 2009 de este rubro respecto a lo sucedido, por ejemplo, en el 2007 y el 2008, compensando en parte el descenso de otras cuentas como, por ejemplo, los recursos provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) en el 2009.

La descripción de la composición del gasto según destino y origen de procedencia, es otro insumo para el análisis del financiamiento integral del sistema general de salud de la ciudad de Medellín 2008 – 2009. Así, de acuerdo a la Ley 715 de 2001, el gasto de inversión en administración está siendo financiado con recursos propios del Municipio, situación que igualmente se evidenció en el ejercicio de monitoreo para los años 2004-2007. Asimismo, las normas son claras cuando expresan taxativamente que el gasto de inversión en infraestructura y dotación no puede ser financiado ni con recursos del FOSYGA ni del SGP, caso que para el municipio de Medellín se cumple, pues son los recursos propios los que financian ese tipo de inversión.



Finalmente entre las conclusiones y recomendaciones de este estudio de monitoreo tenemos:

- 1) En Medellín la cobertura universal es una meta firme, con voluntad política y con recursos públicos nacionales y locales.
- 2) Pese a los avances en afiliación al régimen subsidiado, aún subsisten problemas de acceso y calidad.
- 3) El estrato socio-económico y el nivel educativo tienen una importante relación con las barreras en general.
- 4) Avances importantes para “quebrar” barreras de acceso mediante inversiones en infraestructura y dotación.
- 5) Pero es importante hacer seguimientos sistemáticos al acceso de programas específicos.
- 6) El papel de las alianzas, pactos y convenios por la salud en la ciudad.
- 7) Para enfrentar percepciones de una calidad regular, mayores controles a las instituciones correspondientes.
- 8) Además de los recursos asegurados para afiliar a personas sin capacidad de pago, otros programas deben igualmente reforzarse según el Plan Local de Salud: Control de la calidad, Seguimiento al acceso y Salud pública.
- 9) Pese al balance positivo, hay varios hechos a considerar en una perspectiva de mediano y largo plazo: los efectos de las crisis económicas, la igualación de Planes de Beneficios, los sistemas de información y la estadística (por ejemplo, la Encuesta de Calidad de Vida), los retos del control de evasión y elusión

2. Intervención de Gustavo Escobar Ramírez- Subdirector de Salud de Comfama. “Experiencia de la Caja como prestador de servicios de salud”

El enfoque de análisis de la Caja de Compensación es desde la perspectiva de las oportunidades, más que de los problemas relacionados con el flujo de los recursos, los grandes capitales, la concentración de alto costo, la cartera, el plan de beneficios, la unificación del Plan Obligatorio de Salud –POS– para menores de 18 años, los sistemas de Información y el modelo de salud.

Pensamos que donde deberíamos fortalecer mucho la actividad es en la **gestión de la salud**. Tener claro el **modelo de atención**, enfocar un modelo de atención como la estrategia y como la prioridad, mirar la salud pública como un marco grande de contexto específico para poder tratar de tener las mejores políticas, siempre con el equipo de salud como un aliado en todos los sentidos y teniendo a todos aliados en busca de mejorar las condiciones de salud de la familia con un componente importantísimo de capacitación. Requerimos unificar los componentes de capacitación internos, hacia los equipos de salud y el equipo administrativo, y como lo expresaba en la presentación anterior el Doctor Juan Darío, la **capacitación permanente de los afiliados del sistema**.

Lo ideal es que el sistema se moviera con una atención coordinada, **el usuario como eje central real de la gestión de su salud, de su grupo familiar y de su entorno**, y eso lo logramos hacer específicamente con cuatro ejes que actualmente están des balanceados



(Gestión de la salud, atención coordinada, costo-eficacia y control del costo). Lo ideal es que el usuario participe en la salud, sea consciente de lo que tiene, analice cómo van sus condiciones, cuáles riesgos tiene su comunidad y ese sea el punto de partida.

Cuando uno está concentrado en la gestión de costos siempre se mueve desde la demanda y es ahí donde uno empieza a identificar situaciones que deben mejorar. Yo estoy aquí esperando a que ocurran los siniestros y las problemáticas de salud de las personas y en ese momento empiezo a actuar, es decir, evalúo los riesgos a partir de la demanda actual, de cuántos hospitalizados, cuántos pacientes con problemas renales, cuántos de oncología, con sida, etc. no me estoy anticipando a nada y configuro la red pensando en la demanda sin analizar qué variables tengo, por qué se enferman, etc. La gestión de costos se basa en la enfermedad siempre.

A partir de la demanda empiezo a mirar la utilización. Allí se consume mucho tiempo y recursos y hay auditoria concurrente. De pronto lo que tenemos que empezar es a tener claro el modelo de salud y a tener actividades de mutua confianza “yo creo en mi red” y “mi red cree en mí” y, por lo tanto, los usuarios creen en lo que se les está ofreciendo, no hay desconfianza en el modelo de atención.

A partir de la demanda se han estructurado guías y protocolos pero que finalmente están atacando la demanda, buscando el prestador requerido y trabajando en la remisión y contra-remisión que es bastante compleja y siempre termina involucrado en una gestión sobre las especialidades y es allí donde está la dificultad porque es donde está el alto costo. Luego se consume mucho tiempo en la facturación y la cantidad de documentos que hay que presentar. **En últimas todo esto nos lleva a ver que estamos haciendo pensamiento de costos, nos demoramos mucho y creemos que esta fracción de la actividad en el sistema nos está quitando muchas oportunidades.**

Hay unos acuerdos que ha hecho el Gobierno Nacional precisamente para ir buscando más unificación en el plan de beneficios para los menores de 18 años. **Se está pidiendo cobertura universal e igualación de beneficios sin concertación porque lo que hicieron fue que incrementaron la Unidad Por Capitación –UPC– en un 5,7%.** Esto lo planteo como una oportunidad para no estar permanentemente quejándonos por los recursos. Ya hay igualación del POS específicamente en Comfama como administradora del régimen subsidiado para un 38% de la población. Pero, ¿cómo implementar y afinar un modelo cuando todavía hay ciertas cosas que no logran estar metidas en lo que uno esperaría como asegurador o como prestador?

¿Qué le pasa a Comfama hoy en el régimen subsidiado? Tiene el 25% de su población concentrada en mayores de 45 años y eso nos va empezando a dar unos datos importantes porque, si bien es cierto que tenemos una alta concentración en las personas menores de 18 años, también empiezan a pesarnos bastante los mayores de 45 años y tenemos que el 76% de los egresos hospitalarios por causa cardíaca en 2010 fue para personas de este rango de edad lo que genera tasas de egreso en este grupo de edad de 9.5 por 10.000 afiliados.

Si nosotros nos quedamos pensando solo desde la demanda ¿esto qué nos puede implicar? Lo que ocurre en todas las regiones es que se está empezando a envejecer la población y empiezan a pesar más en la estructura poblacional los mayores de 45 años. Entonces tenemos que ir cambiando nuestra mentalidad, no nos podemos quedar en el costo, esperando la demanda y partiendo de la demanda para nuestro modelo de atención o ¿qué vamos a hacer? Si nos quedamos allí obviamente siempre seguiremos hablando de lo mismo: patologías de alto costo y como se han movido de un año a otro y de todas maneras la curva es creciente, sin embargo, me parece interesante el reto.



No nos preocupa esa situación, nosotros por el contrario creemos que lo que necesitamos es tiempo, comprar tiempo para lograr en un periodo de mediano plazo lograr mostrar que aunque tengamos tasas de siniestros que están creciendo, todavía hay mucho por hacer en el sistema y que estamos visualizando de pronto el sistema más malo de lo que parece ser. ***Nosotros creemos que el sistema es bueno, que hay cosas por mejorar, hay que aportarle a muchas situaciones, pero seguimos apostándole a él.***

Al observar la **evolución de la pirámide poblacional** por grupos de edad se tiene que vamos camino, según las proyecciones, al envejecimiento de la población. Si empezamos a mirar la población mayor de 45 años en Antioquia en 2010 según las proyecciones debería ser el 26,8%, por lo que la población afiliada a Comfama está en la proyección de 2008 alrededor del 25% y ya tiene cierta preocupación en su componente de alto costo.

Si vemos el índice de masculinidad, que es otra variable importante porque lo que vemos es que la mujer por su esencia consume más que el hombre, la UPC contributiva en una mujer a partir de los dieciséis años es insuficiente, en cambio en el hombre esto pasa a partir de los 55 años. Esto se puede deber a muchas razones, puede ser que los hombres seamos más descuidados, menos preventivos, la mujer por su misma connotación social de ser el eje central de la familia se preocupa más, además su ciclo vital es diferente, pero lo cierto es que lo que nos tenemos que empezar a preparar porque vamos camino a envejecimiento y las mujeres duran más que los hombres. Si observamos los datos, en el 2005 por cada hombre había 1,15 mujeres y la proyección a 2015 es que por cada hombre haya 1,18 mujeres y si miramos la esperanza de vida de las mujeres, específicamente, los hombres en Medellín tienen 69,4 y las mujeres 78,4 años. En Antioquia 69,7 los hombres y 77,3 las mujeres y en Colombia 70,7 los hombres y 77,5 las mujeres.

Si no nos empezamos a preparar para no trabajar sobre la demanda, sino anticiparnos a lo que va a ocurrir en el contexto, entonces por eso es que vamos en contravía en un momento dado en los esquemas que vamos planteando. El potencial de hipertensión en mayores de 45 años, va aumentando. Estamos hacia una inminente transición hacia el envejecimiento, vamos camino hacia allá y al estar caminando hacia allá necesitamos tener un liderazgo integrador con generación de iniciativas globales, sinergia con sentido social y creemos que ***lo más importante es reformar sistemas de salud centrados en las personas y que se empiece a fortalecer el concepto de Atención Primaria en Salud nuevamente, es allí donde tenemos que empezar a incidir.***

De la manera como lo ve Comfama nosotros creemos que el modelo de salud indudablemente tendrá los tres ejes que tiene cualquier modelo de salud, nos tendremos que enfocar, obviamente a hacer gestión del costo, es lógico estar mirando el costo, pero el énfasis superior, fuerte, potente va a estar en la ***gestión del riesgo***. Es un término acuñado en todos los sectores, clarísimo, pero a veces nos da dificultad entender que hay que gestionar los riesgos y nos ponemos solamente a pensar en la promoción y prevención. Nosotros somos una institución que lleva cincuenta y cinco años trabajando en promoción y prevención, ese es el camino, pero realmente hay que mirar la experiencia individual no esperar a que aparezca la demanda, ***hacer estudios poblacionales, mirar la salud colectiva y tratar de integrar todo ese modelo de atención.***

Cuando uno mira ese tema del riesgo tiene que alinearlos a la estrategia y no dejar, como ha sido histórico, que el área de promoción y prevención termine siendo un apéndice para unos muy importante, para otros no tanto. Ahora la invitación es a incluirlo permanentemente en la estrategia, es el corazón de su pensamiento, es ahí donde usted va a tener el laboratorio de conocimiento a partir del cual usted podrá generar acciones de corto, mediano y largo plazo para que impacten positivamente la salud de su población.



Identificar los riesgos existentes, mejorar las decisiones, pero siempre soportadas en los riesgos, no solo en los riesgos de la salud, sino en todos los riesgos que usted pueda tener en su cadena de valor, aprovechar las oportunidades que encuentra allí. Las oportunidades no siempre están expresadas en dinero. Las oportunidades en un tema de salud, no son solo el signo pesos, como bien nos lo compartía en estos días nuestra Secretaria de Salud, ellos en su plan de salud utilizan una frase que a Comfama le impacta mucho y nos gusta, la salud como la posibilidad de disfrute social. Optimice y use bien sus recursos, nadie le está diciendo lo contrario, tenemos que ser eficientes desde el punto de vista económico, si viene el coletazo de la crisis económica, si se pierde el empleo, siempre habrá que tener una mirada de gestión de recursos.

Gestionar mucha información. La Torre de Babel nuestra está en la información, todos tenemos información, grandes inversiones en sistemas de información, todos compramos software, pero al momento de integrar la información y el momento de recibir la información, transformarla y llevarla a toma de decisiones es todavía más complejo, ahí todavía nos falta ser un poco más responsables e implementar indicadores de medición de impactos. **Si tuviéramos mas indicadores de impacto podríamos estar seguros de que estamos hablando de un sistema de la protección social muy diferente.**

En resumen, lo que nosotros decimos es enfóquese en prevención primaria, secundaria y terciaria. Haga un esfuerzo grande allí, monte el servicio de salud con este enfoque, dele una participación muy importante a la promoción de la salud con enfoque poblacional y genere participación y movilización.

No pueden estar desacompañados demanda y riesgo. Todos debemos estar metidos en esa gran bolsa de lo que son las actividades de salud pública.

Modelo asistencial clásico vs. modelo de aseguramiento. ¿Cómo lo siente hoy Comfama, cómo lo ha visto evolucionar? El modelo actual nos está llevando a que se genere mucho alto costo, el usuario es muy pasivo, simplemente participa en lo que tiene que participar, lo lógico es que fueran más activos desde la gestión de su propia salud. ¿Cómo les damos elementos para que ellos aprendan los riesgos que tienen y a partir de esos riesgos logren ir desarrollando una cultura frente a eso? El modelo actual al respecto es poco efectivo, no es muy integral, no logra mostrarnos mejores indicadores de salud, no se anticipa al riesgo y esto está agravado con el envejecimiento de la población.

¿Esquemáticamente cómo lo vemos nosotros? **Lo que se logra manejar en la atención básica es mínimo y todo se está volviendo atención especializada. Eso es lo que nosotros hemos visto que ha pasado con el sistema y con el modelo de atención.**

¿Hacia dónde viene moviéndose Comfama en este último tiempo? El paciente como eje central desde todo punto de vista. Nosotros vemos el ser humano como eje central del sistema de la protección social, la familia como núcleo central del desarrollo, incluido todos los conceptos de familia que haya. Mejoramiento de los indicadores de salud, la atención básica como estrategia diferencial. **Nosotros creemos que tenemos que volver al origen y es que el paciente nuevamente tenga claro su médico de familia, lo consulte, gestione su estado de salud, administre la salud de ese grupo familiar con participación activa de la familia y ese sea el canal hacia donde él se tenga que mover.**

Acciones anticipatorias con enfoque en gestión del riesgo, hacer medicina basada en la evidencia, generar cultura de salud y que sea costo-efectivo. Nosotros creemos que si el sistema tiene continuidad en la persona que lo atiende, el equipo de salud y el modelo de salud que lo atiende, logramos tener más conocimiento en el equipo de salud y en el usuario. Si esto se da inmediatamente hay un impacto en la salud, porque conozco quien me atiende, tengo



continuidad, genero lazos y empatía, tengo quien me represente en otros niveles de atención y quien me oriente, esto tiene un costo racional y estamos encontrando que la satisfacción aumenta en todos los participantes.

Entre algunos indicadores que vamos empezando a llevar observamos que la participación de egresos en cardiología sobre participación total, con este modelo que les estoy planteando empieza a bajar, el promedio de días de hospitalización también, al igual que el costo promedio paciente único. Estamos totalmente convencidos de que si nos enfocamos ahí, a mirar los riesgos anticipadamente, los resultados se tienen que dar.

El acceso a alto riesgo obstétrico pasó del 1,9% en 2008 al 46,1% en 2010. Las madres con complemento nutricional pasaron del 13,6% al 48,5% entre esos dos años. Hubo una reducción de riesgos de tamización en la gestante para sífilis, VIH, Hepatitis B, sépsis neonatal temprana, entre otros. ***La gestión del riesgo nos puede ir llevando a mejorar indicadores de salud pública, por ejemplo en los últimos años ha habido en Comfama cero muertes maternas y cero casos de transmisión vertical de SIDA, aun teniendo mujeres con SIDA.***

Si nos enfocamos en la gestión del riesgo nosotros seguimos creyendo que el sistema debe ser de la Protección Social y debe tener un lineamiento técnico y claro en los lineamientos de salud pero que el ser humano se desarrolle en forma integral, nosotros vemos la salud como una estrategia de vida saludable en todas las etapas de desarrollo del ser humano, siempre tiene que estar presente y si lo reafirmamos con la frase que les decía ahora que tiene Medellín en su plan de salud, donde se ve la salud como la posibilidad del disfrute social.

Para poder disfrutar de cada una de las etapas de la vida se debe tener una vida saludable. Nosotros enfocamos la primera infancia como el desarrollo infantil temprano logrando estimulación y crecimiento y desarrollo, gestionamos la salud, el componente educativo, les damos herramientas a las personas para el tiempo libre. ***La salud no puede verse de manera desintegrada. Tiene que ser una estrategia integradora y lograr desarrollo humano. Se logrará tener vida saludable en la medida en que nos enfoquemos en gestionar el riesgo y no solo en la gestión de la demanda.***

Conclusiones que nosotros creemos que hay que destacar y que se deben tener en cuenta como oportunidades.

- Universalidad con la mayor igualdad. Sabemos que esto no es sencillo, que no es una situación fácil de abordar, pero hay que tratar de mirarlo. Ustedes ven el proyecto que hay en el senado por parte de la senadora Dilian Francisca Toro y uno ve allí principios de atención primaria en salud nuevamente,
- Debe haber liderazgo y acompañamiento permanente de los entes territoriales. Ojalá muchas Secretarías de Salud como las que tiene Medellín, ojalá ese modelo se replique, eso generaría un desarrollo regional y de país muy importante.
- Se necesita que haya fluidez en los recursos en toda la cadena, es decir que si los recursos van a llegar del nivel nacional que específicamente crucen con las necesidades que tienen los distintos actores del sistema de salud.
- La estrategia debe ser fuerte en la gestión del riesgo, pero con eje central en la atención primaria, ya no podemos ni vamos a aguantar tener tanto componente de carga de enfermedades soportado simplemente en esperar la demanda para tener atenderla. Ojala tengamos atención especializada pero cada recurso en el lugar que corresponde.
- La familia como eje central del desarrollo. Nosotros seguimos creyendo que todo lo que se desarrolla en familia y se cultiva en familia logra generar un proceso en familia.
- Mayor conciencia de los ciudadanos. Como ciudadanos tenemos que tener conciencia clara de que la salud se gestiona por nosotros mismos, no es solo responsabilidad del equipo de



salud, ni del individuo solo, es del individuo y su familia en conjunto con el equipo de salud gestionándolo y asesorándolo.

- Objetivos institucionales coordinados entre atención primaria y especializada. No puede haber divorcio en el modelo, todos tenemos que estar pensando en lo mismo, todos debemos detectar riesgos, levantar los factores protectores, atender los usuarios y si están llegando allá arriba con esa problemática tener una constante retroalimentación para que todos tengamos el mismo objetivo.
- Responsabilidad en la Generación de información. Si no estamos todos claros vamos a seguir teniendo un sistema en permanente crisis y con ausencia de información para tomar decisiones.

3. Intervención de María Del Pilar Durango- Secretaria de Salud de Medellín. “Situación de salud de Medellín”

En Medellín, nuestro Plan de Desarrollo incluye en la línea dos Bienestar y Desarrollo y allí entonces tenemos la salud para la vida y esta como la posibilidad de disfrute. Vamos a mostrar algunos de los indicadores a los que le estamos haciendo seguimiento porque fueron propuestos en el Plan de Desarrollo a partir de un diagnóstico que permitió definir las prioridades de la ciudad. Empezamos entonces con la población de Medellín, haciendo un comparativo entre 1993 y 2008, podemos observar como **la pirámide poblacional se ha ido ampliando de manera importante en edades superiores**, lo que nos obliga a estar trabajando de manera permanente en todos aquellos problemas de salud y aquellas limitaciones para el disfrute de la vida en los grupos de población mayor, sin descuidar los grupos de niños y adolescentes que son el futuro de nuestra ciudad.

Tenemos la **evolución de las principales causas de muerte entre el 2003 y el 2009, encontramos como primera la mortalidad por agresión y como a partir de 2008 se incrementó, pasó del 6,6% en ese año al 8,4% en 2008 y al 15,5% en 2009**, situación que llama la atención y que nos obliga a seguir muy atentos y vigilantes. Pero queremos también destacar estas tres causas que aparecen a continuación como las enfermedades cardiovasculares con un 12,8% de las muertes, enfermedades cerebro vasculares con el 6,1% y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con el 6,6%. Todas estas enfermedades están relacionadas con la edad de la población.

Desde la Alcaldía venimos promocionando estilos de vida saludable, tenemos programas de protección específica y prevención. Tenemos que analizar cuál es el comportamiento de estas enfermedades de acuerdo con la edad para saber cuál es el impacto que estamos teniendo con estos programas preventivos.

En el año 2009 aparece en último lugar ente las causas de mortalidad en la ciudad la neumonía atribuible a la epidemia que tuvimos de virus AH1N1 y se refleja en la estructura de mortalidad.

En cuanto a los **motivos frecuentes de consulta médica** coincide con lo que veíamos de mortalidad. La primera causa de consulta es la hipertensión esencial, esto ayuda a hacer un diagnóstico más adecuado de las muertes, pero esto no nos puede dejar tranquilos, hay que trabajar en retrasar esas muertes con buena calidad de vida.

Sigue siendo importante la necesidad de trabajar de manera muy estrecha, permanente y coordinada en el sistema de información porque tenemos muchos síntomas de consulta no clasificados y eso obedece a un sistema de información que todavía no está lo suficientemente afinado para tener la información más precisa. También son causa frecuente de consulta las infecciones de las vías respiratorias superiores, lo que también nos ayuda a explicar un poco lo que está pasando con la mortalidad en los menores de cinco años.



En cuanto a la **afiliación al régimen subsidiado** se tenían en el año 2009 un total de 683.650 personas. En el año 2005 se empezó a contar con los subsidios plenos, primero tuvimos la universalización porque logramos unas coberturas importantes en el régimen subsidiado, pero además de eso, somos la única ciudad del país que tiene subsidios plenos para nivel 3 del Sisbén. Si bien es cierto que el sistema espera que haya una mayor proporción de población en el régimen contributivo, pues si no están allí también tenemos que garantizar la equidad en el acceso y la prestación de los servicios, por eso entonces encontramos que **en Medellín un amplio grupo de la población que está en el nivel tres tiene subsidios plenos.**

En **aseguramiento** logramos tener un número tan alto de afiliados porque seguimos haciendo muchas actividades que nos permiten garantizar esa cobertura superior. **Entre las cosas que estamos haciendo está la depuración de las bases de datos por eso se observa un ligero descenso en el número de afiliados al régimen subsidiado. El propósito de la depuración es que no haya personas multi-afiliadas.**

En la ciudad de Medellín se retiran muchas personas del régimen y no se vuelven a carnetizar en la nueva EPS a la que se trasladan, esto hace que se nos pierdan algunas personas del sistema. Entonces, lo que hacemos es que a través de los prestadores de servicios de salud y de las mismas aseguradoras buscamos que todas las personas que tienen la posibilidad de afiliarse al régimen subsidiado tengan la oportunidad de hacerlo y ese es el programa de cero oportunidades perdidas.

Hay unos indicadores que tienen que ver con el Plan de Desarrollo, en mortalidad infantil tenemos un comportamiento importante. **En el año 2009 tuvimos una tasa de mortalidad infantil del 9,9 por mil nacidos vivos y la meta del Plan de Desarrollo es de 10.** Estamos ligeramente por debajo de la meta para el final del cuatrienio, es decir que se está cumpliendo la meta de 2011 desde el año 2009, pero todavía nos quedan dos años para seguir trabajando en ello. En Colombia se definió que la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio respecto a este indicador es de 14 por cada mil nacidos vivos y en Medellín fuimos más exigentes.

Lo que estamos haciendo es el acompañamiento a las instituciones prestadoras, tanto públicas como privadas, con asesorías, acompañamiento y fortalecimiento en cuanto a lo que son las normas técnicas y las guías de atención. Lo que buscamos es que se haga una identificación temprana, una vigilancia epidemiológica en muchos de los problemas de salud que son prioritarios como la sífilis congénita, la mortalidad infantil, etc.

Sin embargo, no todo es bueno en la vida, también tenemos problemas y **uno de los que no hemos logrado impactar como esperamos y es la mortalidad infantil por Enfermedades Respiratorias Agudas. Tenemos aquí una mortalidad de 24,6 por cada cien mil menores de cinco años en 2009. En Medellín habíamos definido una meta a 2011 de 17,4 muertes. Observamos que en el año 2009 se incrementó considerablemente la mortalidad por esta causa, pero que tenemos desde el año 2005 una tendencia ascendente y por eso necesitamos trabajar más allí.** A partir de 2005 revisando también las condiciones climáticas de la ciudad vemos que ha sido un periodo de invierno prolongado que podría estar asociado con esta mortalidad infantil. También tenemos problemas de contaminación atmosférica que contribuyen en parte a aumentar esta cifra pero esto no nos puede dejar tranquilos. Tenemos que seguir trabajando en la prevención con las madres y cuidadoras de menores de cinco años, de tal manera que logremos quebrar esta tendencia ascendente.

En cuanto a la Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años sí encontramos una tendencia descendente, tenemos en 2009 una tasa de 3,4 por cada cien mil menores de cinco años, muy cercana a la meta propuesta en el Plan de Desarrollo que es de 3,14.



Creemos que así como hemos hecho mucho esfuerzo por disminución de las muertes por Enfermedad Diarreica Aguda, tenemos que avanzar en la Respiratoria Aguda.

Entre las estrategias que nos ayudarán a impactar esta mortalidad esta el programa Buen Comienzo, un programa que articula distintas Secretarías de la Administración Municipal, es coordinado por la Secretaría de Educación porque lo que estamos buscando es que se conecten porque como dice el Secretario de Educación medio en broma, medio en serio, ya la escuela no es el segundo hogar, sino el primero. Entonces por esta razón necesitamos trabajar de manera permanente y articulada con el sector educativo porque son ellos quienes nos van a apoyar mucho en estos temas de salud en los jardines infantiles, en los preescolares, en las escuelas primarias, tanto públicas como privadas, necesitamos trabajar de tal manera que podamos hacer el seguimiento no solo al desarrollo cognitivo e intelectual del niño, sino también como ese desarrollo se asocia con la buena salud. Por ello tajábamos estrechamente en el programa Buen Comienzo, hacemos un seguimiento con los menores hasta el primer año de edad, con una cobertura del 96%. En el primer año es una responsabilidad importante de la Secretaría de Salud, pero con todos los actores del sistema y en este seguimiento a los menores de un año no se incluyen solo los niños, sino también las mujeres desde la gestación.

En cuanto a la desnutrición en menores de cinco años logramos que en el año 2009 no se presentara ningún caso de mortalidad por esta causa. En una época se hablaba mucho del sub-registro de la mortalidad por desnutrición, sin embargo, nosotros estamos trabajando con el Grupo Nacer de la Universidad de Antioquia y se le hace un seguimiento a cada una de las muertes de menores de cinco años y se busca entonces cual fue el diagnóstico y que pudiera enmascarar ese diagnóstico y podemos decir entonces que esas cifras son reales porque se hace investigación exhaustiva de esa mortalidad. Teníamos la meta en Medellín para 2011 en 2,4 por cada cien mil menores de cinco años, una tendencia descendente con cero casos en 2009. Tenemos un programa de recuperación nutricional en el que también trabajamos de manera articulada con la Secretaria de Bienestar Social y con el Instituto de Bienestar Familiar.

En **atención primaria en salud** también estamos trabajando en este tema con las familias y con las comunidades. Empezamos con las comunidades de Santa Elena y Palmitas, con el propósito de ampliarlo a todos los corregimientos, en este año esperamos involucrar el corregimiento de San Cristóbal porque creemos que es una estrategia importante con equipos interdisciplinarios y cogestores de salud que nos ayudan a establecer este contacto y a hacer ese seguimiento a los individuos en su núcleo familiar pero también como parte de la comunidad.

El Programa de Salud Familiar y Comunitaria lo opera Metrosalud y lo que busca es hacer el acercamiento de las familias de estratos uno y dos del Sisbén, esto lo hacemos muy cercano al programa Medellín Solidaria, de tal manera que podamos potencializar las acciones y los resultados y este se hace en el área urbana. Así, ***en los corregimientos tenemos los equipos de atención primaria en salud y en el área urbana atención familiar y comunitaria para fortalecer y desarrollar todo lo relacionado con el autocuidado y con estilos de vida saludables.***

En cuanto a vacunación hemos logrado coberturas superiores al 95% por eso tenemos también resultados importantes en cuanto a enfermedades inmuno-prevenibles, no tenemos sarampión desde 1995 en la ciudad, la idea es erradicar sarampión y rubeola. Tenemos estrategias de vacunación sin barreras también institucional, extramural, casa a casa, participamos en las jornadas nacionales de vacunación y en la Alcaldía tenemos un programa "Medellín se encuentra" que se hace periódicamente en cada una de las comunas con participación de las distintas Secretarías donde presentamos la oferta de servicios de la Alcaldía, entre ellas la vacunación.



En cuanto a **salud mental** tenemos programas como la salud es todo, como el individuo para lograr el disfrute de la vida no solamente necesita estar bien físicamente. Tenemos distintos programas y hemos trabajado de manera coordinada con las universidades para tener un diagnóstico del problema de salud mental especialmente en adolescentes con el propósito de poder hacer unos diagnósticos tempranos especialmente concentrados en el tema de consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas. Tenemos trabajo de salud mental en el 92% de las instituciones educativas del municipio.

En cuanto a las madres estamos trabajando en el programa **Maternidad Segura** y tenemos entonces un comportamiento de la mortalidad materna que disminuye. Teníamos una tendencia descendente desde el año 2004 y en el 2009 hubo un incremento lamentable atribuible en parte al virus AH1N1. Tuvimos varias muertes maternas por esta causa, especialmente al inicio de la epidemia. Esperamos que ya que sabemos manejar la epidemia podamos controlar otro tipo de situaciones, en el año 2010 a junio solo llevábamos un caso de muerte materna. La meta del milenio en Medellín al 2011 es de 30 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, estamos por debajo de la meta que tiene Colombia, que es de 45, pero por encima de lo que habíamos definido para Medellín.

Respecto a las causas básicas de muerte solo dos fueron no evitables y eso nos lleva a pensar como fortalecer aún más a los prestadores para hacer unos diagnósticos tempranos. En el programa Maternidad Segura estamos haciendo esa capacitación y vigilancia estricta de la morbilidad obstétrica severa y vigilancia de la adherencia a guía de atención de sífilis, atención del parto recién nacido y control prenatal.

En cuanto al **embarazo adolescente** vamos a ver que no hay mayores diferencias y que aparentemente uno podría decir que no solo son comparables los números de casos respecto a la tasa pero recuerden que tenemos una población que ha venido en descenso en la ciudad. ***En la tasa hemos disminuido el embarazo en menores de 18 años, sin embargo vemos con preocupación que se ha incrementado en menores de 10 a 14 años*** y es también un asunto en el que estamos trabajando.

En **sífilis congénita** fuimos muy ambiciosos a la hora de generar el Plan de Desarrollo, veníamos en el año 2007 de una tasa de 3,7 por mil nacidos vivos y queremos llegar en 2011 a 0,9. Esto implica un esfuerzo muy grande, sin embargo estamos trabajando en ello, en las guías de atención, el seguimiento a las guías y el acompañamiento a los prestadores ayudarán a lograr esa meta.

En cuanto a **VIH** el comportamiento es muy similar al que se observa a nivel mundial con una tendencia ascendente que afecta principalmente a población en edad productiva, a adultos jóvenes, es un trabajo que requiere especialmente de una inversión en cultura, pues aquellos comportamientos de riesgo en la vida sexual, es la principal forma de transmisión del VIH.

En **salud sexual y reproductiva estamos trabajando mucho en el fortalecimiento de la visión de derechos y deberes en este tema con énfasis en la prevención de enfermedades de transmisión sexual**. Trabajamos con instituciones educativas y estamos sobre todo poniendo al alcance de la mano aquellas formas de prevención de barrera. Es decir, estamos ubicando dispensadores de preservativos en distintas instituciones y sitios que pudieran facilitar o favorecer los encuentros sexuales sin protección. Vemos que en el año 2009 dimos más de un millón de preservativos distribuidos en 347 dispensadores de condones ubicados en zonas de rumba.

En cuanto a la **mortalidad por cáncer de cuello uterino tenemos una ligera tendencia descendente, estamos en este momento por debajo de la meta propuesta para Medellín**



en el Plan de Desarrollo. Valga la pena decir que este tema de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, al igual que la mortalidad por cáncer de mama son algunos de los temas que queremos fortalecer con la Clínica de la Mujer. En el cáncer de cuello uterino y en cáncer de mama tenemos barreras de acceso y la idea es que esta clínica nos va a ayudar a mejorar en esto.

El cáncer de mama tiene una tendencia ligeramente ascendente y este es otro de los temas que tendríamos que impactar porque este es un tipo de cáncer que si lo tratamos y lo diagnosticamos a tiempo puede disminuir la mortalidad.

En salud sexual y reproductiva tenemos una campaña, una estrategia comunicacional para la prevención del cáncer de mama y cérvix; semana de prevención por acuerdo municipal, monitoreo, acciones, detección temprana y apoyo al registro poblacional de cáncer. Se busca que la mujer sea más consciente del tema y además del auto cuidado, sepa buscar la atención y el diagnóstico oportuno.

El **dengue** no está dentro del Plan de Desarrollo pero lo queremos mostrar porque es una preocupación de la ciudad en este momento. ***Han venido en aumento el número de casos que se han presentado en el año 2010, la tendencia es ascendente con una pendiente muy alta. Solo en las últimas semanas hemos logrado que disminuya el número de casos.*** Esta disminución obedece a algunas de las acciones que estamos implementando, pero también a los cambios climáticos. Estamos trabajando con los comandos anti-dengue en entomología, epidemiología, comunicaciones y atención en salud. Se ha hecho la intervención en 55.968 viviendas con búsqueda y eliminación de criaderos y 540.289 viviendas con fumigación.

En cuanto a la tuberculosis respiratoria sigue siendo un tema preocupante en la ciudad no solo porque el número de casos se conserva, sino también porque tenemos muchos casos de multi-drogo-resistencia y esto obedece a hacer seguimiento y continuidad del tratamiento, cómo se está haciendo y cuál es la calidad en la prestación del servicio, pero también cual es el compromiso del paciente.

En cuanto a la **vigilancia y control del agua** estamos haciendo vigilancia a los acueductos de la ciudad tanto a Empresas Públicas de Medellín, como a los acueductos veredales. Encontramos que en el año 2009 solo tuvimos tres acueductos veredales con riesgo bajo para la salud, los demás sin riesgo alguno para la salud. El riesgo es bajo pero estamos trabajando con la población para que mejore las condiciones del acueducto y esto se refleja en un resultado positivo en Enfermedad Diarreica en la ciudad.

En **control de rabia** se tiene que desde el año 85 no tenemos ningún caso de rabia humana en la ciudad. Estamos trabajando en vacunación de mascotas, en esto somos ejemplo en Latinoamérica por vacunación por concentración de mascotas y simultáneamente estamos trabajando en esterilización de mascotas con una unidad móvil.

Estamos buscando que la atención en salud en la ciudad sea con **calidad** y estamos desarrollando algunas estrategias como Asistencia técnica a 146 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y 19 Empresas administradoras de planes de beneficios de la ciudad; el Premio a la calidad (Ganadores 2009: Hospital San Vicente de Paúl y Laboratorio Echavarría). Este año trabajamos en la segunda versión.

4. Panel: ¿Cuáles son los retos que enfrenta el sistema de salud en Medellín?

Participantes

- Alejandro Gómez López - Metrosalud



- Diana Patricia Guerra - Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud - Personería de Medellín
- Dora Graciano – Representante de usuarios, miembro del Concejo Municipal de Seguridad Social en Salud

Alejandro Gómez López – Gerente Metrosalud

Agradezco la invitación y la presencia que se nos permite en este foro. Como lo nuestro no es una presentación formal, sino facilitar un dialogo, voy a hacer algunas consideraciones que desde la red pública de Metrosalud creemos temas de importancia para debatir en una ciudad que se está pensando frente al tema de la salud, que lo creemos absolutamente prioritario.

Aun cuando se que es un auditorio muy conocedor, voy a decir algunas generalidades. Metrosalud es una Empresa Social del Estado, pero no cualquiera, es una red y tiene un tamaño que la hace un poco exótica dentro del sistema. Lo que estamos viendo a lo largo y ancho del país son pequeñas empresas del estado, para el caso Antioquia tiene 135. Esta condición de que la red pública está tan fragmentada y que a veces las unidades productivas sean tan pequeñas las hace muy frágiles en el actual sistema.

De hecho voy a tomar algunas de las notas que compartíamos en el Congreso Nacional de Empresas Sociales del Estado en Santa Marta y lo que uno ve es un fenómeno muy complejo para las ESE y esto se evidencia a nivel nacional en que casi el 70% de las ESE están en anormalidad financiera, de ellas fácilmente el 50% ya tocaron la nomina, ya pasaron el proceso de apalancamiento financiero y de apalancarse en los proveedores para dejar de cumplir con sus obligaciones patronales y eso pone un escenario complicadísimo. En Antioquia la situación es muy difícil también, hay ESE donde no se paga salario hace tres meses y eso tendría que preocuparnos y me preocupa a nivel nacional y como gremio ya que lo público tiene un papel fundamental dentro de la responsabilidad de la prestación de servicios de salud y por eso ponemos a Metrosalud como un ejemplo de todo lo que puede pasar. **Hay un compromiso por parte de esta Administración representada aquí en la Dra. María del Pilar, pero respaldada por el señor Alcalde, lo mismo que la Administración anterior y yo diría que todas las administraciones que como alcaldía de elección popular ha tenido Medellín y la forma como se han comportado con la ESE Metrosalud, por eso es lo que es, sin el municipio de Medellín no se hubiera podido lograr lo que hoy somos.** El tema entonces reviste toda la importancia y merece toda nuestra atención.

¿Qué preocupaciones nos asisten?

Hablamos de igualación del Plan de Beneficios y voy a permitirme como dije en Santa Marta, unas consideraciones políticamente incorrectas. Voy a decir lo que mucha gente piensa pero no se atreve a decir, pero que creo que tiene que debatirse. **¿Se debe igualar el plan de beneficios? ¡Por supuesto! no porque lo mande la Corte Constitucional, sino porque es un imperativo ético, es una cuestión políticamente correcta, socialmente necesaria, pero riesgosa financieramente.**

Estamos tratando de igualar un Plan de Beneficios y uno se pregunta de acuerdo con aquella fórmula tradicional de que la nota técnica era 70-30, 70% régimen contributivo, 30% régimen subsidiado y hoy el mejor de los casos puede ser Medellín que está 50-50 y en otras partes se ha invertido. **¿Cuáles son los incentivos para pasar al régimen contributivo si el plan de beneficios es el mismo? Ese tipo de consideración no debe ser nunca una barrera para que se iguale el plan de beneficios pero tenemos que tener en cuenta el tema desde el punto de vista de la financiación,** será que como está financiado hoy nuestro sistema de aseguramiento que a mí me gusta particularmente y estoy de acuerdo con Gustavo, es un sistema bueno y hay que estar mejorándolo pero es un sistema bueno. **¿Será que financiándolo con un impuesto al trabajo como es hoy por hoy es el modelo para**



seguirlo garantizando en el futuro o tendremos que pensar en un ingreso vía tributaria general y fija?, yo no sé qué tanto como venimos podemos seguir financiando el déficit de seguridad social, porque cada vez los contributivos somos menos y ya vamos a garantizar más cosas.

Segunda preocupación, me muero del susto con Barranquilla y se lo dije al Secretario de Salud de Barranquilla cuando presentó el modelo en el congreso que les mencioné y digo me muero del susto porque está haciendo carrera de la mano del fenómeno de Barranquilla que podemos garantizar un POS igual con una menor UPC, pero a mí no me dan los números. Yo no entiendo como al Ministro de la Protección Social cada vez lo ponen en jaque la agremiación de EPS del contributivo porque la UPC no alcanza y ahora quieren que demos el mismo plan de beneficios por una UPC menor ¿con base en qué? Es que los pobres consultan menos, es que los pobres se operan menos ¡por favor! ¿Desde qué plataforma ideológica estamos empezando a hablar de aseguramiento?

Cuando el señor Viceministro le propuso a Medellín que se metiera en el tema de la igualación del plan de beneficios nosotros le dijimos que sí, pero con una UPC igual a la del régimen contributivo. Quieren quitarle la plata de la licencia de maternidad y de la incapacidad, por supuesto, pero **pretender que el mix del plan de beneficios vale menos en el subsidiado que en el contributivo es pretender darles un POS de segunda a las personas más pobres de este país. Y por eso me asusta Barranquilla, porque allá está haciendo carrera eso y yo lo miro con gran preocupación que desde el Ministerio se iguale el Plan de Beneficios para los menores de 18 años con la misma plata, eso es un tiro en un pie. Si no era suficiente con lo que teníamos como pretende que le demos un plan de beneficios igual a los menores de 18 años.**

Me preocupa que eso también esté haciendo carrera en Cartagena, pero es que allá las ESE se las quitaron al Alcalde, las está manejando el Gobierno Nacional y es una figura muy particular. Sostenía el Secretario de Salud de Barranquilla que el Caprecom que presta servicios en Barranquilla, es distinto al Caprecom que asegura en Medellín, y para mí hay unidad de empresa.

Voy a pasar cuando hablo del sector asegurador, a la relación entre los prestadores y los aseguradores. La relación puede estar en cuatro diferentes estadios: la típica relación que se maneja es de hostilidad en la que ustedes son un equipo y nosotros somos otro. Cuando se avanza un poco en la relación de franca hostilidad y la mejoramos, nos quedamos con una de suspicacia, no se creen todo lo que se dicen mutuamente, el paso siguiente debe ser una relación de confianza y eso se genera a través del respeto, de poner todas las cartas sobre la mesa y de poderse mirar a los ojos. Esto debería dar lugar al cuarto paso que es trabajar en un modelo de alianza.

Si nosotros hablamos de cosas como las que decía Gustavo podríamos avanzar hacia la sostenibilidad del sistema. Hay muchas cosas que tenemos que ajustar. Probablemente yo no estoy de acuerdo con Gustavo en una cosa o en la otra, pero en lo que sí estamos de acuerdo es en lo fundamental y es que tenemos que trabajar con transparencia mostrando nuestras cifras y buscando una mejor salud para toda la población. Hoy persiste el ambiente de hostilidad y cualquiera que esté en el sector asegurador o en el prestador lo sabrá decir.

Acaban de hacer todo un escándalo mediático por la situación de Saludcoop, no creo y que sea una relación de confianza o una relación armónica que a uno le tengan que reclamar su cartera a través de los medios de comunicación.

Cuando uno oye tres presentaciones como las de ahorita queda gratamente sorprendido de que se estén haciendo estudios con juicio, son tres de las mejores presentaciones



que yo he escuchado en casi siete años en el sector. Son presentaciones juiciosas, cada uno desde diferentes puntos de vista, pero permiten que nos sentemos a conversar y ayudan a la toma de decisiones.

Una circunstancia que yo sufro permanentemente pero que no por eso me lamento, **la percepción de calidad en salud, la cual tiene tres lecturas que pueden ser cuatro. La primera es mediática, donde solamente nos sale la falta de atención, las fallas, probablemente a eso nos han acostumbrado los medios de comunicación y eso es lo que consumimos nosotros**, una señora feliz no es una noticia, una persona abaleada si lo es. **Hay un segundo nivel que creo que pueden ser dos y es la percepción de calidad desde la academia.** Bienvenidos los estudios objetivos, que digan que está mal y que está bien, normalmente la academia no es la más transparente a la hora de analizar y eso está bien, como académico se paran en un supuesto, quieren demostrar una hipótesis. Uno ve a veces personas que hablan muy bien del sistema desde la academia y otros que hablan muy mal del sistema desde la academia, pero el nivel académico es fundamental.

Finalmente, está el nivel poblacional, es una locura el nivel de satisfacción que tiene la población con la atención en salud y es algo que debería generar un orgullo enorme no para tranquilizarnos, sino porque es un reto que en Medellín las personas del régimen subsidiado se sientan tan bien atendidas como en el contributivo, Pero hay un Pareto ahí muy grande, de un 70-30, de un 80-20, de un 90-10 de personas que se sienten bien o muy bien atendidas, frente a los que se sienten mal atendidos. Cuando usted levanta la cabeza y mira el resto del país y del sistema, tendría que preguntarse cómo estamos funcionando nosotros.

Diana Patricia Guerra – Coordinadora Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud, Personería de Medellín

También sea la oportunidad para agradecer esta invitación que nos hacen. Frente a lo que nos preocupa y a lo que hemos podido trabajar desde el Observatorio de Salud que es relativamente reciente, estamos ajustando el año, todavía no lo llevamos pero venimos haciendo un estudio juicioso respecto a lo que es el tema de la salud para mirar cuales son las dificultades, las barreras de acceso y las fortalezas también que tiene el sistema de salud. Nos hemos encontrado varias cosas:

Hemos identificado que existe un problema fundamental y es que prima la rentabilidad económica antes que el servicio o el acceso a la salud como un derecho. Esto nos preocupa bastante porque habla justamente de la falta de oportunidades en la prestación del servicio de salud. Ante las aseguradoras en particular se observa una alta contención del costo, unas más que otras, pero eso deteriora la calidad de vida de la población.

Se tiene que los recursos son insuficientes y hemos comprendido también que si bien hay unos recursos en salud no están fluyendo de manera suficiente y oportuna para poder atender todo lo que se debe atender. Es decir, **es probable que estén los recursos pero que no fluyan del nivel central a las aseguradoras o de estas, a su vez, a los prestadores. Esto hace que el servicio de salud que se brinda a los usuarios sea de baja calidad.**

Nos preocupa por ejemplo ver como en el régimen subsidiado con la situación que se ha generado con Caprecom desde la segunda semana del mes de julio no se viene entregando medicamentos y nos encontramos con que cada vez la negación del servicio es mayor y pasan de un lado a otro y en ninguna parte los atienden porque tienen una cartera altísima. Para nosotros es muy dicente esta situación y aquí encontramos una de las barreras al servicio de salud. En esa perspectiva le preguntamos a la Secretaría de Salud: ¿qué se está haciendo para controlar el flujo de recursos y sobre todo qué estrategias hay en la



vigilancia con esa EPS del régimen subsidiado?, no podemos esperar simplemente que sea la interventoría la que lo haga, pues directamente la Secretaría tiene un papel fuerte que hacer allí.

Igualmente, nos preocupa el acceso a los servicios de salud en el segundo y tercer nivel, porque en el primero hay que reconocer el esfuerzo enorme del Municipio con su red pública en el primer nivel. En el segundo y tercer nivel, sobre todo cuando se tiene esa demanda tan alta, se encuentran con que no hay contratos o que los contratos inician es a mitad del año, entonces es muy complejo.

Ayer en una reunión de población desplazada se manifestaba que no solo es problema de Medellín, la Dirección Seccional de Salud no tiene contratos de manera oportuna que permitan cubrir los servicios de salud en el segundo y tercer nivel y es una constante esta situación y esto deteriora la calidad de vida de las personas y esto a nosotros como Personería de Medellín nos preocupa y nos angustia bastante.

Ahora, consideramos que debe darse un efectivo control fiscal de los recursos públicos y privados en salud porque se está prestando un servicio público y somos conscientes de que es un derecho a la dignidad de la persona y consideramos que en ese sentido todos los esfuerzos deben apuntar a lograr justamente la concreción y la materialización de los servicios.

Consideramos necesario regular desde lo regional los costos de los medicamentos porque ahí hay un talón de Aquiles. Esta regulación no puede quedar solo en lo nacional. Hay muchos problemas con los recobros. Nosotros proponemos unas auditorias conjuntas entre el sector público y el privado. Sabemos que hay un esfuerzo grande por parte de algunas aseguradoras por prestar muy buenos servicios, pero desafortunadamente esto no es para todos y tenemos EPS que no han demostrado que sea efectivamente el derecho lo que prima.

Hemos identificado que es necesario que desde las universidades, con el Ministerio de Educación y el de la Protección Social, revisen la política frente a la formación de especialistas porque nos encontramos que no es suficiente la oferta de especialistas frente a la demanda del servicio. Cómo es posible que por ejemplo haya dos o tres endocrinólogos y entonces ellos fijen el precio y definan cuándo atender los pacientes y hasta que no tengan el dinero depositado en su cuenta no atiende a una persona. Eso no puede ser, tiene que primar el derecho de las personas. Quien dijo que existe un sector privilegiado y que ellos se pueden dar el lujo de decir cuál es el costo del servicio.

Otro tema que nos preocupa son por ejemplo los quirófanos. Cuántas veces se vende un quirófano, me refiero a que muchas veces **el mismo quirófano se tiene para varias aseguradoras y una persona necesita el servicio de carácter urgente y se le dice que está en medicina estética porque paga más.** Entonces a nosotros nos angustia como Personería de Medellín que tiene que velar por los derechos de todas las personas independiente de en cual régimen en el que estén.

En esa medida, el hecho de que alguna persona requiera un quirófano en Semana Santa o en fin de semana es un problema porque todos están copados en cirugía estética. Igualmente, proponemos desde el Observatorio de Salud que se adecúe la infraestructura en salud a la población existente, según el crecimiento de la población debe ampliarse la infraestructura.

El sistema debe propender por un equilibrio financiero. Entendemos desde la Personería de Medellín que debe dar rentabilidad social más que financiera. No obstante, **comprendemos que es necesario el equilibrio financiero, pero no el abuso de la posición dominante. El flujo de recursos debe ser inmediato y directo a las EPS e IPS que prestan el servicio de salud.**



A los centros de salud de Medellín yo creo que les debemos permitir usar la infraestructura para prestar servicios aún por fuera de la norma de calidad, como es el caso de la inyectología. En los centros de salud niegan el servicio y las personas terminan en manos de alguien que no tiene el conocimiento y las consecuencias pueden ser mas graves.

Las EPS deben tener una responsabilidad social, sobre todo porque manejan recursos públicos. Pensamos que el modelo de aseguramiento debe cambiar y ser por evento o servicio prestado, no por el riesgo que no cubren. Yo contengo el gasto y muestro que estoy dentro de las mejores empresas del país a costa de cuántas personas muertas o que han deteriorado su calidad de vida.

El fraccionamiento de los servicios de salud es una angustia para nosotros ¿A quién le compete cada nivel? Ni que decir del viacrucis para solicitar los medicamentos o citas con especialistas. Esas son las historias que tenemos día a día en el Observatorio.

Nosotros como Observatorio hemos tratado de tocar muchas puertas y hago hoy una invitación a las aseguradoras porque es un sector que ha estado un poco esquivo. Nosotros los queremos escuchar para saber cómo podemos contribuir dentro del sistema para fortalecer la prestación del derecho a la salud.

Por último, solo les quiero contar que en un conversatorio que tuvimos con los congresistas electos de Antioquia les planteamos la propuesta de configurar una figura jurídica que se llama habeas salud. En Derecho tenemos el habeas para garantizar la libertad de las personas dentro de los principios de mayor valor en el derecho y en la salud es la vida la que está en juego y la idea es que ante casos delicados de salud a las personas las tengan que atender. Ayudemos a llevar esta voz a ver si tenemos quien nos escuche.

Dora Graciano – Representante de usuarios, miembro del Concejo Municipal de Seguridad Social en Salud

Agradezco la invitación. Si como representantes del sistema están preocupados, nosotros como usuarios sí que lo estamos por la situación de la salud. Vemos que muchas cosas vienen desde la Ley 100 entonces si tenemos que juntarnos para proponer un modelo de salud mejor porque la salud no es un negocio y como Ley 100 vemos que el tratamiento es de negocio y nosotros no somos clientes, sino pacientes.

Insisto en las barreras de accesibilidad que hoy las vemos a diario. Hemos conformado una veeduría con la Superintendencia de Salud.

Como ciudadanos de Colombia no deberían existir las divisiones entre régimen subsidiado y contributivo, todos tenemos derecho a la salud como algo fundamental y desde todo punto de vista vemos todo tipo de barreras de acceso, la disminución de la calidad, el desborde de la capacidad económica del paciente y la falta de recursos, de especialistas, etc. **También hay una gran falencia en la comprensión de los usuarios del sistema, nosotros hemos canalizado solicitudes y tramites adecuadamente y hemos obtenido respuestas. La gente no sabe que tiene derecho a quejarse ni sabe ante quién y cómo.**

Estamos tristes y a la vez que felicitamos al Observatorio de la Personería y a los demás expositores vemos que hay muchas enfermedades que son prevenibles y es preocupante la salud pública en esta ciudad. Cada vez invitamos más a las personas para que nos ayuden desde las comunidades y desde los barrios para mejorar en salud.



Ahora, ¿cómo funciona la red social para la salud?: empezamos en las Juntas de Acción Comunal que tienen su comisión de salud, luego están las Mesas de Salud, luego está el Comité Paritario de Salud Ocupacional que canaliza, hay uno por cada comuna. También está el Alcalde, la Secretaria de Salud, que nos ha apoyado mucho en capacitación para fortalecer las redes sociales y poder participar e incidir adecuadamente en las decisiones.

Otra cosa que nos preocupa fuera de los indicadores de salud pública que les decía es la contaminación del aire que incide mucho en las enfermedades respiratorias. Decimos que aunque se han tomado medidas para mejorar la calidad del aire todavía falta mucho porque Medellín es una ciudad muy contaminada y esto tiene mucho que ver con las enfermedades respiratorias.

Otro aspecto que nos preocupa es la atención de segundo y tercer nivel en el Departamento porque se “chutan la pelota” unos a otros y el que sale perdiendo finalmente es el usuario. Otro problema grande es la calidad de los medicamentos. Están apareciendo laboratorios que nadie conoce, no sabemos si cumplen con todos los requisitos para ser medicamentos de calidad y seguros.

Otro problema tiene que ver con Caprecom, tenemos muchas quejas por la mala atención y yo creo que los problemas administrativos y económicos de la institución no tienen por qué pagarlos los usuarios.

Una preocupación grande es la parte económica de Metrosalud que se presentó en el Concejo de Medellín el 2 de julio. Estamos a la espera porque como comunidad apoyamos a las entidades oficiales. No podemos dejar que Metrosalud y el Hospital General se acaben.

5. Preguntas del público para los conferencistas

Para la Secretaria de Salud:

1. ¿Qué programas y qué tipo de seguimiento se realiza desde el Municipio para la población en situación de discapacidad ya que no es claro dentro del Plan de Desarrollo?

La política de atención a personas en situación de discapacidad es desarrollada por la Secretaría de Bienestar Social, no por la Secretaria de Salud. Nosotros participamos con ellos, pero son ellos los responsables. Existe una dependencia específica en esa Secretaria y de hecho en este momento hay una propuesta para que esa dependencia pase a hacer parte de la Secretaría de Salud, pero todavía no es algo muy formal.

En esa dependencia conjuntamente con Planeación y Salud se hace algo muy importante que es la identificación de la población a través de un convenio con la Facultad de Salud Pública para saber cuántas personas están en situación de discapacidad, donde se ubican y cuál es la discapacidad. No ha sido fácil por la falta de confianza de las personas para abrir la puerta y responder y por la percepción que tiene la población sobre lo que es la discapacidad y que no reconocen muchas veces la discapacidad cognitiva. Esto ha sido un proceso lento pero va bien.

La idea es identificar las personas para poder focalizar bien el programa de subsidios pero que estén insertos en el sistema educativo porque creemos que lo importante es favorecer potencialidades con una formación que les permita autonomía en el auto cuidado y en lo económico.



Desde salud realizamos algunas acciones muy orientadas precisamente a lograr la independencia y la autonomía y favoreciendo estilos de vida saludables en la población con programas operados por el INDER.

Bienestar además del subsidio hace conexión con otras secretarías para acceder a la oferta de servicios incluidas prótesis.

2. Ligado a salud mental. La política no está clara, eso hace que las acciones que se emprenden no sean progresivas y permanentes y crea en la comunidad expectativas y desilusiones al no tener acceso permanente. ¿Cómo entonces desde la atención primaria en salud mental, comprometernos en programas que tengan continuidad en el tiempo?

Lamento haber pasado tan rápido en la presentación, pero si existe una política clara en la Alcaldía sobre salud mental. Esta muy orientada a trabajar esencialmente con escolares desde las primeras edades hasta secundaria. Tenemos una serie de programas que buscan desarrollar habilidades para la vida que favorezcan que el joven retrase la edad de inicio del consumo y disminuir la tasa de suicidios en adolescentes. Estos son dos temas grandes, si bien queremos que mejore todo, son 4 años en los que no podemos transformar todo, pero creemos que trabajar con niños y jóvenes estamos avanzando hacia el futuro.

Creo que quien me hace la pregunta sobre salud mental se refiere a un proyecto que estábamos desarrollando con un operador con el que se desarrollaban o fortalecían las competencias de los médicos generales de las entidades prestadoras de salud para la atención integral a los usuarios que solicitaran el servicio. Esto se hacía con un acompañamiento por parte de siquiátras. Sin embargo, hubo una desinformación y los médicos empezaron a hacer que los siquiátras hicieran la consulta y la idea era que ellos tuvieran la competencia para clasificar los pacientes y atenderlos y lo que se generó fue una alta demanda de siquiátras. La idea no es ubicar siquiátras en los centros de salud, sino que los médicos ganen un poco de confianza para atender a las personas y saber en qué momento lo refieren a un especialista en siquiátria. Estamos empezando una nueva etapa para ampliar esto en otras unidades de servicios de salud especialmente en lo público.

3. ¿Qué ha previsto la Secretaría de Salud frente al anuncio de retiro de una EPS del régimen subsidiado para garantizar el servicio de salud con calidad y oportunidad?

Caprecom presentó una carta diciendo que se retiraba de Medellín a partir de octubre por los cambios permanentes en la normatividad por parte del Ministerio; entre las normas que se definieron es que los contratos que empezaron desde el 1 de junio van hasta el 31 de marzo de 2011 por tal razón Caprecom se tiene que quedar hasta el 31 de marzo. Caprecom es una IPS pública que depende del gobierno nacional y no sabemos qué va a pasar con el cambio de gobierno. Hasta ahora lo que tenemos claro es que se debe quedar hasta marzo del próximo año. Sin embargo, estamos trabajando para garantizar que a través de otras estrategias la población tenga garantizado los servicios.

Para Gustavo Escobar

1. ¿Cómo adecuar una estrategia basada en la atención primaria con un modelo contractual capitado preferido por todos los actores para cumplir su trabajo?

Comfama en su negocio de salud tiene la EPS en el régimen subsidiado y también una IPS y la IPS trabaja en alianza con la EPS Sura y en el régimen subsidiado está aliada con una IPS de



atención básica. Pensamos que la responsabilidad en el uso de los recursos no limita el modelo de atención que uno quiera efectuar.

Cuando uno está claro y convencido de que el modelo es la búsqueda de salud de las personas sea capitación o no, el efecto sobre la salud debe ser el mismo. Cuando uno capita tiene la probabilidad de que no le toque hacer todo un proceso para que le paguen por lo que está haciendo, pero yo insisto en que la claridad está en el modelo de atención para entender que lo que usted detecte temprano, analice como riesgo ahora, le genera beneficios a la población, al prestador y al asegurador.

2. ¿Cómo opera o como atiende el régimen subsidiado en Medellín (Comfama)?, ¿cuáles son los problemas y soluciones planteadas para atender a la población con continuidad, oportunidad, entre otros?

3. ¿Cree usted que la estrategia que desarrolla de concentrarse en la gestión del riesgo puede ser posible para todas las EPS en Colombia bajo el actual sistema de salud?

Tenemos hoy 490.000 afiliados y por lista nacional de elegibles debemos llegar más o menos a 600.000 afiliados. De los 46 municipios la participación mayor es de Medellín, aproximadamente 195.000 afiliados. Comfama busca desde la misma filosofía que les mostré aquí atender su población y tratamos de tener relaciones de muy buena cercanía y de mucha corresponsabilidad con los distintos actores, para nosotros es un aliado natural la red pública, llámese Metrosalud, Hospital General, igual que la red privada con la que tenemos casi toda la contratación. Nos interesa mucho el fortalecimiento de la Red pública en las diferentes regiones aunque sabemos que el trabajo es de largo aliento y que las soluciones son multidireccionales. Nadie tiene la sabiduría única como llave del éxito para lograr lo que estamos buscando nosotros y Comfama cree en el desarrollo de capital humano. Sabemos que hay Secretarías de salud más avanzadas que otras y por eso decíamos ahora qué bueno que existieran muchas como la de Medellín porque eso denota la posibilidad de generar desarrollo desde la política pública.

Comfama piensa que si no hay educación, no hay recreación, no hay tiempo libre, no hay generación de oportunidades es mucho más complicado.

Estamos convencidos de que ese modelo es el que debería implementar en el país. Hay que fortalecer los ciudadanos y propiciar la forma de que la gente se eduque y tenga responsabilidad sobre su salud.

Para Juan García

1. ¿En el afán de reducir las barreras de acceso que se está haciendo por la población vinculada de Medellín?

Respecto a las barreras de acceso es un tema de los más sensibles porque todas las personas, indiferente de su afiliación, deben acceder a los servicios de salud. Vimos en la encuesta que inclusive sin tener afiliación había población que estaba accediendo en los últimos años a los servicios de atención en salud en cualquiera de las redes. El reto es identificar claramente a las personas que aun aparecen sin afiliación.

Obviamente no es solo la afiliación, como les decía el hecho de no tener dinero para el transporte para ir al centro de salud es una barrera. Hay que tener un enfoque más integral para reducir todas las barreras de acceso.



2. ¿Por qué usted como investigador sigue hablando de seguridad social cuando hoy el modelo habla de protección social?

Actualmente se habla de protección social y existe el Ministerio de la Protección Social, lo que pasa es que en la literatura académica los modelos se encuentran como de seguridad social, pero de acuerdo con que ahora el enfoque es mucho más amplio incluyendo la seguridad humana, la dignidad, la lógica del enfoque de derechos cada vez gana más espacio.

3. ¿Cómo se alinea el listado nacional de población elegible con la población no cubierta en el sistema en el municipio de Medellín?

Recordemos que hay muchos problemas para identificar la población que realmente es elegible y que es objeto de subsidios. El verdadero elegible es la persona que requiere los subsidios, pero hay problemas de orden técnico del sistema de contratación, de orden cultural porque hay personas que quieren jugarle sucio al sistema. Yo creo que ahí hay varios elementos clave para analizar y por eso es importante la focalización.

Finalmente quiero anotar a propósito de temas que siguen generando muchas inquietudes sobre el funcionamiento del sistema y a propósito del nuevo gobierno y de volver a tener Ministerio de Salud. Hay que atender el tema cultural que también está afectando el sistema y la salud pública. Recordemos que lo de la Emergencia social fue una lucecita de alarma de problemas que hay en el fondo del sistema, yo diría que es como la punta del iceberg. Dirán algunos que tenemos que cambiar todo el esquema de aseguramiento y crear otro, yo no estoy tan seguro, tenemos que avanzar para corregir lo que definitivamente está demostrado que ha fallado. Hay unos grandes temas que esperamos que el nuevo gobierno valide y en la perspectiva de volver a tener Ministerio de Salud retome todo los avances y problemas de los últimos siete años. Lo importante es que se garantice el derecho a la salud que es un valor de la sociedad.

Comentario de asistente:

Felicitación a la Secretaría de Salud por el programa Buen Comienzo y la cobertura superior al 90% para menores de un año. Esto es manejo del riesgo al igual que la atención primaria en salud.

Para los tres conferencistas:

1. Si hay coincidencia entre los objetivos del bienestar colectivo y comunitario, si hay preocupación por la gestión del riesgo, o por la sostenibilidad financiera y el uso racional de los recursos ¿Por qué no emulamos la experiencia de Bogotá con la EPS mixta de alcance mínimamente departamental y así buscar salida a la crisis del sistema en Medellín?

Secretaría de Salud

Respecto a la EPS mixta de Bogotá todavía no podríamos decir si funciona o no porque esta creada, pero no operando. Sin embargo nosotros si estamos trabajando en una propuesta de EPS mixta porque no podemos dejar el aseguramiento del régimen subsidiado al vaivén de las EPS que entran y salen.

Gustavo Escobar

Cuando hablamos de EPS mixta yo veo que la preocupación parte de que las EPS se vienen retirando del régimen subsidiado y que habría que mirar un contexto legal y es que si se retiran



del municipio se deben retirar de toda la región. Yo creo que todas las EPS no somos malas, creo que el sistema requiere específicamente que todos los actores salgamos del cuadrante de la constante crítica, no todo es bueno, pero no todo es malo, hay que mirar a partir de los problemas, las oportunidades.

Como EPS del subsidiado tenemos claro que estamos buscando el bienestar de las personas y la apuesta es la gestión del riesgo y la estrategia de atención básica y salud familiar.

Hay cosas estructurales pero también hay muchas cosas en manos de nosotros. Estamos dispuestos a participar con Medellín en todos los estudios responsables y análisis soportados que se requieran para aportarle al sistema, incluido el análisis sobre la EPS mixta o no.

Juan García

¿EPS mixta bajo qué modelo de atención? Hace cinco años hablaron incluso de una EPS pública, pero no se habló del modelo. Necesitamos un cambio de modelo primero.

2. ¿Cómo hacer para que en Medellín sea auto sostenible el sistema de salud y se anteponga la dignidad humana ante la contención de costos? En particular en el régimen subsidiado

Secretaria de Salud

Yo discutiría mucho el tema de que Medellín sea auto sostenible, eso es negarnos el derecho a que seamos financiados por un sistema nacional. Igual que en todo el país nos han disminuido considerablemente los recursos de subsidio, pero tenemos derecho como ciudadanos de Colombia. Que cada vez el municipio haga un mayor esfuerzo para financiar la salud significa en parte que nos estemos negando el derecho que tenemos como ciudadanos a que nos lleguen recursos de otras fuentes de nivel nacional. Entonces las actividades que podríamos desarrollar con esos recursos propios se tienen que sacrificar.

Gustavo Escobar

Estoy de acuerdo con lo que plantea la Secretaria y tiene mucho que ver con lo que planteaba y si es que necesitamos manejar el problema en varias capas, lo económico del modelo, los flujos de recursos, el modelo de salud, etc. Estamos de acuerdo con que los recursos no son suficientes y en que el Gobierno Nacional debe propiciar con claridad cómo va a ser el plan de beneficios y debe explicar algunas situaciones pero no nos podemos quedar estáticos viendo solo lo negativo cuando tenemos muchas cosas positivas.

Juan García

Las economías de escala implican que entre mayor es el número de afiliados mas se le facilita en términos económicos la prestación el servicio de salud, pero además de los costos es supremamente importante la integralidad en la prestación de los servicios y tenemos una red fragmentada y eso no permite llegar al impacto.

En algunos estudios que estamos haciendo se observa de manera positiva las ventajas de contar con un único asegurador regional.

En todo caso el objetivo fundamental es afectar positivamente el estado de salud de la población.