



Medellín, abril de 2006 AÑO 5 N° 12
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD-GES

La salud en ciudades de Colombia

El rápido crecimiento urbano es una de las realidades palpables de nuestros días. Durante el último siglo, no solo las facilidades y los servicios se han concentrado en las ciudades sino que también se han generado cambios significativos en los estilos de vida y en la dinámica urbana, lo cual está asociado a mejoras en las oportunidades de los individuos para acceder a bienes y servicios fundamentales y mantener sus relaciones con la comunidad. Pero el crecimiento urbano también ha traído algunos problemas relacionados con la salud, como sucede con la provisión de servicios de salud, un proceso complejo, con inequidades en el acceso y la calidad. Además, la concentración urbana ha implicado cambios epidemiológicos a partir de las condiciones ambientales, la aglomeración, la convivencia y la movilidad, entre otros, lo cual implica una mayor carga de la enfermedad por traumas y violencia y por afecciones respiratorias, al igual que un incremento en los costos de atención en salud.

A partir de este tipo de preocupaciones, en 1984 se celebraron en la ciudad de Toronto, Canadá, las jornadas de trabajo sobre política saludable, denominadas “Más allá de la asistencia sanitaria”, en el marco de cuyo evento se planteó la importancia de las políticas de salud urbana y la necesidad de estrategias intersectoriales y participativas para mejorar la salud en las ciudades para toda la población. Posteriormente, bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud se inició el proyecto Ciudades Saludables, el cual estaba basado en la promoción de la salud bajo las propuestas presentadas en la Carta de

Ottawa de 1986 e insistía, entre otras cosas, en que los determinantes de la salud en las áreas urbanas no están bajo el control exclusivo de los servicios de salud, sino que existen otros factores que también influyen la salud urbana. Con el tiempo, el proyecto creció y se convirtió en un movimiento mundial que busca difundir su filosofía en diferentes regiones (Hancock, 1993).

Tomando en cuenta lo anterior, en esta Observación se presenta una revisión sobre el movimiento de Ciudades Saludables. Para este fin, se introducen las consideraciones teóricas básicas y un breve recuento para Europa y América Latina del movimiento. Además, se analiza la situación de las cuatro principales ciudades de Colombia a partir de aspectos y datos básicos de salud que hacen parte del concepto de Ciudad Saludable. De este modo, se desea motivar el estudio del tema y llamar la atención para mejorar el posicionamiento de la salud en las agendas de política de las ciudades y municipios del país.

1. Teoría y contexto internacional

1.1. El concepto de Ciudad Saludable

La definición de Ciudad Saludable fue presentada inicialmente por Len Duhl y Trevor Hancock en 1986, para referirse a una ciudad que “crea y mejora constantemente su entorno físico y social, además de ampliar los recursos comunitarios para que las personas puedan apoyarse unos a otros al realizar todas las funciones de la vida y desarrollar su potencial máximo” (Duhl y



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1863

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS CIE

Sánchez, 1998). Este concepto implica un proceso complejo y no obliga a las ciudades al cumplimiento de unos estándares específicos de salud sino que apunta al reconocimiento de la salud como un tema urbano y un compromiso político y social.

Trevor Hancock (1993) sugiere que el concepto de Ciudad Saludable no debe ser estático sino que debe adaptarse a las diferentes épocas. Además, centrado en las ciudades modernas, propone algunas implicaciones comunes que tiene el concepto. En primer lugar, los determinantes fundamentales de la salud se encuentran en condiciones ambientales, sociales, políticas y económicas de las ciudades. En este sentido, las acciones encaminadas a mejorar los espacios físicos y la provisión de servicios públicos, promover la educación, facilitar el transporte de las personas, cambiar los estilos de vida, entre otros, son importantes para la salud y el bienestar de los residentes de la comunidad. En segundo lugar, las personas son los actores más importantes del proceso de construcción de una Ciudad Saludable. De esta forma, el trabajo en equipo y la interdependencia entre agentes y sectores son condiciones fundamentales para obtener los mejores resultados para la comunidad. Por último, el objetivo de una Ciudad Saludable no es solo la salud, sino que también se busca alcanzar el desarrollo humano, social y natural en el ámbito local (Hancock, 1993).

Tomando en cuenta lo anterior, el cuadro 1 muestra que una Ciudad Saludable no está enfocada únicamente en salud —solo aparece como característica en los numerales 10 y 11—, sino que también toma en cuenta otros sectores y factores que influyen en el bienestar y la salud de la población. Así, la participación de instituciones gubernamentales, el sector privado y la comunidad es una estrategia importante para permitir la integración de actividades de promoción y protección con el fin de influir los determinantes de la salud y mejorarla hacia futuro.

Cuadro 1. Características de la Ciudad Saludable

1.	Entorno limpio, seguro y de buena calidad.
2.	Ecosistema que sea estable ahora y sostenible a largo plazo.
3.	Comunidad fuerte, mutuamente solidaria y no explotadora.
4.	Alto grado de participación pública y control sobre las decisiones que afectan la vida, la salud y el bienestar.
5.	Satisfacción de las necesidades básicas: comida, agua, protección, ingreso, seguridad y trabajo para todos.
6.	Acceso a una amplia gama de experiencias y recursos, con la posibilidad de múltiples contactos, interacción y comunicación.
7.	Economía diversa, vital e innovadora.
8.	Ánimos para conectar con el pasado, con el variado patrimonio cultural y biológico y con otros grupos e individuos.
9.	Diseño de ciudad que sea compatible con los precedentes parámetros y formas de conducta y los resalte.
10.	Óptimo nivel de salud pública y servicios de atención al enfermo para todos.
11.	Alto status sanitario: buena salud y bajo nivel de enfermedades.

Fuente: Duhl y Sánchez, 1998.

1.2. El movimiento de Ciudades Saludables en Europa

El movimiento europeo de Ciudades Saludables nació como una iniciativa conjunta de las secciones de Promoción de la Salud y Salud Ambiental de la OMS. Su presentación se realizó en Lisboa en 1986 con la presencia de representantes de 21 ciudades. El propósito central era mostrar la necesidad “de trascender los márgenes de la asistencia sanitaria al diseñar las políticas locales para mejorar la salud en las ciudades, además de permitir el desarrollo de estrategias e indicadores para una acción intersectorial y participativa”. Inicialmente se seleccionaron 11 ciudades que constituyeron el primer núcleo de la red de Ciudades Saludables y que tenían como principales características su compromiso social y político con los principios de la estrategia europea de “Salud para todos”, la capacidad de asegurar los recursos necesarios para desarrollar los proyectos y la disposición para participar al interior de la red (Costa y Colomer).

Desde entonces se ha cumplido con tres fases y una más se encuentra en marcha. La primera, que va de 1987 a 1992, tenía 35 ciudades vinculadas dentro de la Red y buscaba establecer las estructuras básicas para el desarrollo de los diferentes proyectos. En este sentido, la definición de indicadores básicos y el análisis de las desigualdades en salud fueron un tema recurrente. La segunda (1993 – 1997) estuvo más orientada hacia la acción y buscó vincular aspectos como la planificación con la salud. Un aspecto destacado fue la aplicación del “plan de acción multi-ciudad”, dentro del cual se incluían las propuestas y proyectos cooperativos resultantes de la reunión de varias ciudades con problemáticas comunes como enfermedades infectocontagiosas, alcoholismo, desnutrición, problemas de género, entre otros. En esta fase ya existían unas 20 redes nacionales en Europa, cada una con diferentes modalidades de organización y temas de trabajo. Por último, la tercera fase (1998 – 2002) se dedicó a formalizar los criterios necesarios para que las ciudades formaran parte de la Red. En esta fase se trataron temas como la aplicación de un plan municipal de desarrollo sanitario, el planteamiento sistemático de un sistema de evaluación y control de los procesos y la interacción entre ciudades, entre otros (OMS, 1997).

En la actualidad (2003 – 2007) el movimiento se encuentra en su cuarta fase, la cual se concentra en la investigación para el desarrollo de la salud —equidad, determinantes, impacto de la planificación— y el trabajo en temas básicos de desarrollo. Para este fin, se busca avanzar en el tema de planificación urbana saludable y sus efectos sobre la salud, de forma que se obtenga una idea clara de cómo mejorar la salud de la población a partir de la vinculación de diferentes sectores y agentes sociales. En este sentido, se propone a los miembros de la red apoyarse en la estrategia “Salud 21” para la construcción de los planes de desarrollo y perfiles de ciudad.¹ En esta fase, la red europea de la OMS cuenta con alrededor de 70 ciudades de los estados miembros, además de subredes o grupos de acción urbana que se encargan de temas concretos y un grupo de ciudades que precisan de un tiempo para cumplir las condiciones que les permitan ser miembros plenos de la Red (OMS, 2003).²

La experiencia de ciudades como Liverpool, Copenhague, Lodz, Salzburgo, entre otras, ha mostrado que la consolidación de una Ciudad Saludable es un proceso largo y complejo, dadas las dificultades y exigencias técnicas que trae cada una de las etapas. Con respecto a las dificultades, aspectos como cambios continuos en los líderes de las ciudades, la falta de iniciativa y motivación de las personas, como consecuencia de los problemas de coordinación y de la insuficiencia de algunos insumos necesarios —especialmente información— que dificulta la evaluación y monitoreo del proceso, la dificultad para identificar el impacto directo sobre todos los determinantes sociales y económicos en la salud, y la falta de compromiso de los agentes involucrados en el proceso, son claves para explicar la no obtención de los resultados esperados (Duhl, 1986). En relación con las exigencias, las experiencias muestran la necesidad de construir perfiles actualizados de la salud de la ciudad y sus determinantes, establecer trabajo investigativo sobre temas relacionados con la salud como el urbanismo saludable, elaborar un plan de desarrollo de ciudad saludable basado en la experiencia de otras ciudades, demostrar el apoyo político a las actividades definidas en el plan y conformar grupos de apoyo de diferentes sectores para cada una de las actividades, entre otras.

1.3. Municipios y Comunidades Saludables en América Latina

La aplicación en América Latina de los principios estipulados en la Carta de Ottawa, que guían el movimiento de Ciudades Saludables en Europa, se ha dado bajo el movimiento de Municipios y Comunidades Saludables. Éste ha buscado influir los determinantes de la salud más que las consecuencias de la enfermedad, de manera que se ofrezcan herramientas para hacer frente a los cambios en el perfil sociodemográfico y epidemiológico de las ciudades, promocionar la salud a nivel local y lograr el objetivo de “Salud para todos en el siglo XXI”, y abordar eficazmente los factores económicos, sociales y políticos que son determinantes de la salud (OPS, 2006a). En este sentido, Municipios y Comunidades Saludables presenta características similares al movimiento europeo: participación comunitaria, acción intersectorial, compromiso con políticas públicas saludables e innovación.

En la práctica, la iniciativa toma fuerza en América Latina durante la década de 1980, pero tiene su punto de referencia en 1992 con el congreso realizado en Bogotá. Allí surge la declaración titulada “Promoción de la salud y equidad”, la cual buscaba mostrar que la promoción de la salud en América Latina es una forma para crear condiciones que garanticen el bienestar de la población. La declaración enfatiza que la promoción busca transformar las relaciones excluyentes a través de la preocupación por la solidaridad, la equidad social y la conciliación de intereses económicos y sociales (OPS, 1996).

Luego de este primer momento, el proceso continuó con los congresos realizados en Brasil en 1996 y México en 1997, donde se discutieron nuevas formas de impulsar la meta de “Salud para Todos”, el desarrollo humano sostenible y el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de esta región del mundo. En 1999 se realizó un congreso en la ciudad de Medellín, donde se trataron temas como el diseño e implementación de políticas saludables en

el ámbito local para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, la necesidad de fortalecer el empoderamiento de las comunidades como estrategia para promover la calidad de vida, la búsqueda de intervenciones multisectoriales que influyan el ambiente en el que se desarrollan las personas teniendo en cuenta el contexto social, cultural y epidemiológico, y la importancia de conformar grupos de apoyo dentro de la estrategia de municipios saludables (Declaración de Medellín, 1999).

Para el caso específico de Colombia, la Organización Panamericana de la Salud —OPS— señala que el movimiento de Municipios y Comunidades Saludables se ha difundido en todas las regiones del territorio nacional, tal y como sucede en otros países de América Latina.³ En el país ha tomado el nombre de “Municipios Saludables por la Paz en Colombia” y ha permitido que en aquellas zonas donde se logran los mejores resultados se empiece a crear redes locales con el objeto de fortalecer los procesos iniciados y motivar la generación de iniciativas. La experiencia con el movimiento ha mostrado su importancia para mejorar los indicadores de salud de los municipios donde se ha implementado, facilitar el compromiso de líderes comunitarios y políticos con el proceso y llevar la salud a la agenda política local (OPS, 2006b).⁴

2. La situación de salud en cuatro ciudades colombianas

Tomando como referencia la información disponible en la Encuesta de Calidad de Vida 2003, las estadísticas vitales que presenta el DANE y el trabajo presentado por el Programa de las Naciones para el Desarrollo, “Los municipios colombianos hacia los objetivos de desarrollo del milenio”, es posible plantear un panorama general de la situación de salud para los municipios en Colombia en aspectos como mortalidad, aseguramiento y acceso a servicios de salud. Para el primer caso, los municipios con población superior a 200.000 habitantes presentan niveles medios o bajos de mortalidad materna y neonatal y enfermedad diarreica aguda. Por su parte, municipios intermedios con población entre 15.000 y 200.000 habitantes presentan niveles precarios en salud, dadas las condiciones de desigualdad, violencia y problemas para acceder a servicios públicos.

En cuanto al aseguramiento, se evidencia la existencia de complementariedad de regímenes para los municipios del país. Así pues, la Encuesta de Calidad de Vida 2003 enseña que en las cabeceras municipales la cobertura del régimen contributivo asciende al 48,2%, mientras que en los centros poblados y rural disperso el porcentaje es de 13,3%; en cambio, la cobertura del régimen subsidiado es de 17,3% en las cabeceras y de 38,4% en el resto (Ramírez *et al.*, 2005). Por último, en el acceso se observa que en las cabeceras la consulta por prevención es realizada por un 59% de la población, mientras que en el resto el porcentaje baja a 39%; para la consulta, cuando se reporta tener un problema de salud, un 70,67% de las personas en la cabecera utilizaron el sistema de salud para tratar el problema y en el resto el porcentaje fue de 64,61%. Dentro de las razones por no acceso, aparecen el caso leve y la falta de dinero como las barreras más importantes para ambos tipos de municipios, aunque existen diferencias significativas, ya que mientras en la

cabecera los valores son de 42,2% y 36,18% en el resto representan el 22,96% y 48,07% respectivamente.

Ahora bien, si se reconoce la importancia que tienen sobre la salud las acciones realizadas en otros sectores, es importante observar algunos indicadores complementarios. El programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo calcula el Índice de Condiciones de Vida y evalúa los municipios del país por regiones.⁵ De los 190 municipios considerados en la región Atlántica, solo tres presentaron un valor superior al promedio nacional (73), lo que representa alrededor de un 98% de municipios con valores bajos en el índice. En la región Oriental, las condiciones son más favorables: de los 394 municipios analizados, 31 superan el promedio nacional y 295 están por debajo, que representa un 75%. La región Pacífica presenta una de las peores condiciones del país, pues de los 133 municipios estudiados un 88% está por debajo del valor medio nacional. En Valle se observan valores altos en el índice: ciudades como Cali (86,5), Palmira (77,7), Zarzal (76,8), Buga (76,8) y Cartago (76,3) están cercanas a Bogotá, que tiene el valor más alto de la muestra (89). Por último, en Antioquia, de los 125 municipios del departamento, 67 se encuentran por debajo del valor promedio, esto es, alrededor de un 54% de los municipios no reúnen las condiciones necesarias para alcanzar la media del país (Departamento Nacional de Planeación *et al.*, 2006).

En el caso de la educación, el estudio sobre condiciones de vida enseña que los municipios con mejores resultados son San Andrés y Providencia y Bogotá, los cuales cuentan con el menor analfabetismo funcional —menos de tres grados cursados— y el más alto nivel de asistencia escolar entre 7 y 25 años. Los municipios con mayor analfabetismo son Cantagallo (46%) en la región Atlántica y Medio Baudó (66%) en Chocó (Departamento Nacional de Planeación *et al.*, 2006).

Por último, se observa que las principales ciudades son las que concentran mayores problemas de violencia. La tasa de homicidios, por cada 100.000 habitantes, asciende a 75,8 en Medellín, a 107 en Cúcuta (107), a 86,7 en Cali y a 75,6 en Pereira (75,63). Estas son algunas de las ciudades que presentaron, de acuerdo con la información del DANE, las tasas más altas de homicidios para el año 2003.

2.1. La política de salud en las ciudades

En las ciudades existen mecanismos que potencian la mirada y el desarrollo de las ciudades saludables, entre los que se encuentran la Dirección Territorial de Salud —DTS—, el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud —CTSSS— y el Plan de Atención Básica —PAB—. La primera, como dependencia de la alcaldía, debe orientar las acciones encaminadas al mejoramiento de las condiciones de vida de la población a través de garantías para el acceso, el aseguramiento y el PAB, entre otras estrategias y acciones. En segundo lugar, el CTSSS está conformado por diversos actores sociales, como el Alcalde, empresarios y representantes de la comunidad; sus funciones están concentradas principalmente en asesorar las DTS en la formulación de planes, estrategias, proyectos y programas. Por último, el PAB es un complemento a las acciones del Plan Obligatorio de Salud —POS— y está constituido por *intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero que tiene altas externalidades*.^{6,7}

Pese a existir más elementos de política y de planificación, el PAB es una herramienta de salud pública muy importante, pues se entiende como un plan de beneficios que busca mejorar y mantener la salud pública en el ámbito local, con objetivos encaminados a reducir las enfermedades inmunoprevenibles, las prevalentes en la infancia y la mortalidad infantil, prevenir y controlar las enfermedades transmitidas por vectores, promover estilos de vida saludable para la prevención y control de enfermedades crónicas, educar en salud sexual y reproductiva, fortalecer el plan de seguridad alimentaria, entre otras. Asimismo, el PAB adquiere importancia en las políticas locales debido a que con él se permite la articulación de las acciones de todos los actores sociales para el desarrollo, como la promoción de estilos de vida saludables, la creación de ambientes favorables a la salud y el direccionamiento de los servicios de salud hacia la prevención de la enfermedad y protección de la salud.

Sin embargo, *el PAB no se encarga de acciones de detección precoz y atención tales como el control prenatal, los controles de crecimiento y desarrollo, la toma de citologías cérvico-uterinas, la fluorización y detartraje y la vacunación con los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones —PAI—, entre otros*, debido a que éstos corresponden a acciones individuales comprendidas en el POS y que, por tanto, corren por cuenta de las empresas promotoras de salud —EPS— que dan cobertura a la población afiliada. (Ministerio de la Protección Social, 2006)

La existencia de dos planes de beneficios que en principio son vistos como complementarios, de todos modos implica en la práctica que existe un límite no muy claro entre dónde terminan las acciones del PAB y dónde comienzan las del POS, lo cual puede dificultar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. En especial, se nota que el PAB podría reunir más beneficios y actividades intersectoriales, pues éste se queda corto ante problemas de salud pública como la mortalidad materna, la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino, desnutrición —DNT—, enfermedad diarreica aguda —EDA— e infección respiratoria aguda —IRA— en menores de 5 años y las bajas coberturas de vacunación.

Ahora bien, si se toma el plan de desarrollo como la declaración de la política de cada gobernante en las ciudades, se tiene que Bogotá, con el slogan *Bogotá sin indiferencia*, ha querido fortalecer la seguridad alimentaria bajo el programa *Bogotá sin hambre*; en Medellín, el plan *Medellín, compromiso de toda la ciudadanía* está enfocado a buscar la corresponsabilidad de todos los actores sociales en la política de la ciudad y presenta como mayor preocupación el componente de educación con el lema *Medellín la más educada*; Cali, por su parte, en su plan *Por una Cali segura, productiva y social. Tu tienes mucho que ver*, ha enfocado su política a recuperar la seguridad en la ciudad; por último, Barranquilla, en su plan *Acuerdo Social por la Ciudad*, muestra su preocupación por la recuperación del medio ambiente.

A continuación se presenta una lectura de las principales líneas de política que se siguen en las ciudades —a partir de los planes de desarrollo presentados por ellas— de manera coherente con la política nacional y la dirección del sistema de seguridad social

en salud: salud pública, aseguramiento y acceso a servicios, la cual se complementa con la revisión de algunos indicadores para cada ciudad. Aunque no se tratan en esta Observación, los planes también tienen cuenta aspectos relativos a prestación de servicios, fortalecimiento de la infraestructura y direccionamiento del sector.

Cuadro 2. Los objetivos en la Política de Salud según los planes de desarrollo

Ciudad	Objetivo
Bogotá	Promover la garantía del derecho a la salud mediante la universalización progresiva de la atención integral con enfoque familiar y comunitario. Fortalecer la salud pública en la dimensión urbano-regional. Fortalecer la red pública, la calidad de los servicios y los procedimientos administrativos del Sistema de Salud de Bogotá.
Medellín	Direccionar y coordinar el sector salud, creando las condiciones que garanticen la cobertura en aseguramiento y el acceso de los usuarios a los servicios de salud, con énfasis en las acciones individuales y colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
Cali	Garantizar la salud de los habitantes del municipio, en un marco de humanización, buenas prácticas, garantía de los derechos y armonización entre los actores del sistema, en una perspectiva de ciudad-región.
Barranquilla	Elevar la calidad de vida de los Barranquilleros fomentando la creación de nuevos empleos, incrementando la protección social, mejorando estándares de calidad y cobertura de salud, educación básica y media y servicios públicos y vivienda con una visión social, sostenible y modelo para el país.

Fuente: planes de desarrollo de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, 2004-2007. Elaboración propia.

2.2 Salud Pública

En las ciudades existen preocupaciones en cuanto al control y prevención de eventos de vigilancia epidemiológica dentro de la población, en especial con los asociados a la morbimortalidad por EDA, IRA y DNT en niños menores de 5 años, la mortalidad materna e infantil, las infecciones de transmisión sexual —ITS— y la creciente incidencia de tumores malignos, entre otros. Estos eventos están especialmente relacionados con las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad —P y P—, la educación y la formación en estilos de vida saludables.

De acuerdo con el panorama de 2003, se puede observar la línea de política que fue propuesta por las diferentes administraciones durante 2004. Los objetivos más importantes en materia de salud pública para las cuatro ciudades analizadas se basan en los programas de vigilancia epidemiológica, control de factores de riesgo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En Bogotá, cuya política está dirigida a fortalecer la salud pública en la dimensión urbano/regional, se puede observar que se presenta una estructura muy sólida en el planteamiento de sus metas. Por su parte, Medellín puede presentar dificultades en la evaluación de sus metas debido a que no cuenta con una línea de base y los indicadores no son precisos, en tanto no se especifica la priorización en la vigilancia de las patologías de

notificación obligatoria. En las políticas de salud pública de Cali se observa que una de sus metas está orientada a mejorar su índice de valoración como una ciudad saludable, sin embargo, no es claro cuáles son los componentes del índice o cómo será lograda esta meta, por lo cual no solo ésta sino las metas de mejoramiento de la autoridad sanitaria y movilización social no reportan los problemas o necesidades de la ciudad en materia de salud pública. Por último, Barranquilla concentra su política de salud pública en el PAB, a través de los proyectos de implementación del sistema de vigilancia en salud pública, promoción y prevención y control de factores de riesgo, pero el seguimiento a estos programas es difícil en el sentido que el plan no propone metas ni indicadores.

Tabla 1. Cuatro ciudades: metas de Salud Pública 2004-2007

Bogotá	Reducir las muertes maternas a menos de 55 por cien mil nacidos vivos. Reducir el número de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años en 17%. Reducir la mortalidad infantil a menos de 12 por mil nacidos vivos. Lograr coberturas útiles de vacunación. Aumentar en un 50% cobertura de citología vaginal. Mantener la prevalencia del VIH-SIDA o disminuirla.
Medellín	Disminuir en 25% la incidencia y prevalencia de patologías de notificación obligatoria. Disminuir en un 20% los factores de riesgo. Concertación y aplicación del PAB. 100 instituciones educativas en el programa Escuelas y Colegios Saludables.
Cali	Aumentar el índice de valoración de Cali como municipio saludable de 0,3, en 2003, a 0,7, en 2007. Incrementar el grado de desarrollo de la autoridad sanitaria de 57,5%, en febrero de 2004, a 93,83%, en 2007. Aumentar el índice de movilización social de 40%, en 2003, al 55%, en 2007.
Barranquilla	Implementación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Control de factores de riesgo.

Fuente: planes de desarrollo de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, 2004-2007. Elaboración propia.

Desde el punto de vista de los indicadores, los resultados encontrados para las cuatro ciudades en 2003 muestran tasas preocupantes de mortalidad por EDA, IRA y DNT en menores de 5 años y de mortalidad materna. Otras causas de muerte muy comunes están asociadas a eventos violentos que no están directamente relacionadas con el proceso de enfermedad pero que dependen especialmente del entorno en el que se desenvuelven los individuos, su calidad de vida, su educación y su cultura. La prevención de estas muertes hacen parte de una respuesta de las administraciones locales, departamentales y nacional a la creación de hábitos y estilos de vida saludables, a partir de la construcción de una cultura ciudadana y un entorno físico, cultural y psicológico en el que los individuos puedan desarrollarse libremente.

Tabla 2. Cuatro ciudades: algunas causas de mortalidad, 2003. Tasa por 100.000 habitantes

Evento	Bogotá	Medellín	Cali	Barranquilla
Materna ¹	59	35	49	60
EDA ²	34	44	39	270
IRA	153	56	123	137
DNT	13	23	23	125
Accidentes de Tto.	11	18	16	9
Homicidios	23	76	87	33
Suicidios	4	5	4	2
Cáncer útero	5	5	4	5
Cáncer pulmón ³	6	20	10	8
Cáncer mama	5	9	7	6
Cáncer próstata	5	7	5	8

Fuente: DANE. Estadísticas vitales. Cálculos propios.

(1) Tasa por 100.000 n.v.

(2) EDA, IRA y DNT, en menores de 5 años por 100.000 n.v.

(3) Incluye cáncer de bronquios y tráquea.

Con respecto a los principales eventos de morbilidad en las ciudades, se presentaron dificultades con la obtención de información para Cali y Barranquilla. La información obtenida para Medellín muestra altas tasas de incidencia con respecto a Bogotá en patologías como rubéola, sífilis congénita, VIH-SIDA y Tosferina. Llama la atención el aumento entre 1999 y 2002 en la incidencia por varicela en estas dos ciudades. Bogotá presentó una tasa de 129 por 100.000 habitantes para 1999 mientras que en 2002 era de 206. Por su parte, Medellín tenía una tasa de 2 para 1999, 41 para 2002 y en la actualidad ha alcanzado el valor de 125⁸ por 100.000 habitantes. Pese a que Bogotá tiene los valores más altos, se observa un mayor incremento en Medellín.

Tabla 3. Bogotá y Medellín: Tasas de morbilidad 2002 Tasa por 100.000 habitantes

Evento	Bogotá*	Medellín**
Rubéola	0,54	6,5
Sífilis congénita	1,34	3,7
VIH-SIDA	12,78	18,3
Hepatitis A	43,58	13,4
Tos ferina	0,31	4,2
Varicela	203,60	40,7

Fuente: *Boletín de estadísticas, Bogotá, Julio-Diciembre de 2003.

** DSSA, SIVIGILA 2004. Cálculos propios.

De acuerdo con la información disponible, se alcanza a observar que en Bogotá y Medellín ha aumentado las incidencias por varicela, VIH-SIDA y sífilis congénita; por un lado, el VIH-SIDA y la sífilis congénita son infecciones de transmisión sexual y su prevención hace parte de un proceso educativo, por tanto es más difícil alcanzar la disminución de los nuevos casos en el corto plazo; por otra parte, la varicela es una patología asociada a los países subdesarrollados y preocupa cómo en lugar de erradicarse cada vez son más los casos que se presentan. Así, estos resultados muestran que las acciones de P y P, vigilancia epidemiológica, la aplicación del PAB y todas las acciones de salud pública no son suficientes para mejorar las condiciones de vida de la población así como su estado de salud. En este sentido, es necesario explorar otras dimensiones que afectan la salud y bienestar de las personas como lo sugiere el concepto de Ciudad Saludable. Así, acciones

en educación, planificación urbana, provisión adecuada de servicios públicos, entre otros, son estrategias complementarias a las realizadas desde el ámbito de salud.

2.3 Aseguramiento y acceso a servicios de salud

La política nacional está concentrada en alcanzar la cobertura universal en el régimen subsidiado. En Bogotá el plan se propone aumentar 300.000 cupos en el régimen subsidiado, lo que corresponde a aumentar la cobertura en un 22% con respecto a 2003. Por su parte, Medellín planteó aumentar en un 50% la cobertura frente a 237.302 afiliados en 2003, es decir, en 2007 se espera tener 355.953 afiliados. En Cali, las políticas propuestas buscan mantener la afiliación de 336.633 personas que se encontraban afiliadas en 2003, sin embargo, aunque plantea como meta aumentar la cobertura durante el cuatrienio, no especifica cuánta población pretende afiliar —nuevamente Cali no plantea una línea de base y tampoco indicadores de evaluación a las metas—. Por último, en Barranquilla la meta se resume en buscar permanentemente el alcance de la cobertura universal: en 2003 esta ciudad reportó 191.505 personas en el régimen subsidiado y un 27% de la población clasificada como vinculada —359.763 personas—, por tanto, esta meta resulta ser muy ambiciosa con respecto a las otras ciudades ya que se pretende aumentar la cobertura en un 88% durante el cuatrienio. Aunque esto es posible deducirlo a partir del diagnóstico presentado en el plan, Barranquilla no planteó una línea de base ni indicadores de seguimiento.

En general, es importante resaltar que en todos los planes de desarrollo se habla de un aumento en el número de cupos pero no se menciona cómo se garantizará el acceso a los servicios de salud y la sostenibilidad financiera de esta afiliación, pues debe tenerse en cuenta que el seguro de salud es una estrategia importante para remover barreras que impiden el contacto con el sistema de salud, pero no es condición suficiente para garantizar que la población pueda acceder de manera adecuada a los beneficios o servicios que han sido contratados con la red pública. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que el régimen contributivo es un tema que sólo ha sido tomado en cuenta por las administraciones de Medellín y Cali, aunque su tratamiento ha sido muy superficial, planteando políticas referentes solo a la promoción en la afiliación al régimen contributivo pero sin estrategias claras respecto a la implementación, seguimiento y evaluación de dicha política.

Las políticas locales están supeditadas a la política nacional, por tanto los cambios que resultan pueden desfasar las metas propuestas por las administraciones al inicio de cada periodo, como es el caso del aseguramiento con la política nacional de cobertura universal y la aparición de los subsidios parciales en 2004. Cuando en la mayoría de las ciudades de estudio la meta era de máximo una ampliación del 50% como en Medellín, en el transcurso de estos años las metas han sido completamente redefinidas e incluso superadas. El caso de Medellín muestra claramente que la meta fue superada en un 198% sin tener en cuenta la ampliación en subsidios parciales, lo cual equivale a decir que la cobertura fue ampliada en 491.458 cupos y que estos cubren el 59% de la población clasificada en los niveles I, II y III del Sisbén.

Tabla 4. Cuatro ciudades: cobertura población Sisbén I, II y III por cupos disponibles en subsidios plenos y parciales, 2003 y 2005

		Cobertura					
		2003		2005		Ampliación	
		Plenos	Plenos	Parciales	Plenos	Parciales	
Bogotá	Específica	36	41	3	191.857	116.309	
	Total	20	22	2			
Medellín	Específica	20	59	28	491.458	350.000	
	Total	12	35	17			
Cali	Específica	27	35	19	95.043	200.000	
	Total	12	16	8			
Barranquilla	Específica	32	42	33	61.689	199.957	
	Total	14	18	14			

Fuente: Ministerio de la protección social. Cálculos propios.

Cuando el número de cupos creados en subsidios parciales es incluido en la cobertura del seguro, se encuentra que Medellín alcanza a cubrir el 87% de la población clasificada como pobre y vulnerable de la ciudad, Barranquilla alcanza el 75, Cali el 54 y Bogotá el 44%. Pese a las cifras alentadoras en la disponibilidad de cupos del seguro de salud, se debe tener en cuenta que es necesario ir más allá del aseguramiento si se quiere lograr que las personas alcancen su potencial en salud. En este sentido, las políticas locales han estado muy enfocadas a aumentar cobertura pero no se menciona el hecho de que existan barreras en la prestación de los servicios de salud y que el acceder a estos garantice además la calidad del servicio que se demanda.

En cuanto a acceso a servicios de salud, se observa que Bogotá, Medellín y Cali mantienen un comportamiento similar en casi

todos los indicadores, y más aún, en muchos de los casos superan la media del país. Preocupa el caso de Barranquilla, ciudad que en indicadores como uso de anticonceptivos y cobertura de examen de citología muestra un rezago fuerte frente a las otras ciudades, y se ubica por debajo del promedio en Colombia. Un análisis a parte merece la cobertura del programa ampliado de inmunización (PAI), para este caso, Medellín y Barranquilla tienen unos valores bastante inferiores a los de Bogotá y Cali, y mantiene una diferencia significativa frente al promedio nacional. Esto es un tema a tener en cuenta, ya que, la cobertura PAI representa una estrategia importante para la erradicación y control de enfermedades inmunoprevenibles en el país, y su deficiencia tiene un impacto directo sobre los menores de cinco años. Aunque se debe dejar claro que la información disponible respecto a este tema es bastante escasa.

Tabla 5. Acceso a servicios de salud en cuatro ciudades colombianas

	Colombia	Bogotá	Medellín	Cali	Barranquilla
	Cobertura				
Parto institucional	91	99	98	99	96
Control prenatal	94	98	96	97	93
Cobertura PAI	58	70	49	69	42
Uso de anticonceptivos (mujeres en unión)	78	83	82	80	71
Uso de anticonceptivos (mujeres no en unión)	81	80	83	89	73
Citología vaginal	85	89	92	93	81
% madres que recibieron Vacuna antitetánica	86	86	83	85	89

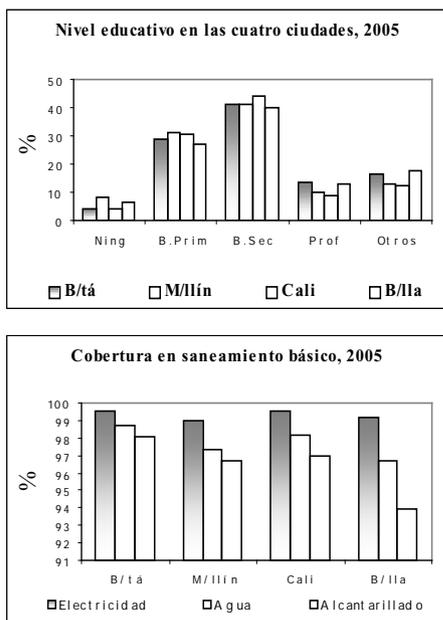
Fuente: Profamilia. Encuesta de Demografía y Salud, 2005.

2.4 Otros indicadores

Los primeros resultados reportados por el Censo realizado por el DANE en 2005 muestran que alrededor del 40% de la población de las ciudades han alcanzado un nivel educativo de básica secundaria, mientras que el porcentaje se reduce a un promedio de 11,52% para estudios superiores. Además, existe un porcentaje de la población que no posee ninguno nivel educativo: 6% en Medellín, 4,4% en Cali, 4% en Bogotá y 5,7% en Barranquilla. Otros indicadores como saneamiento básico muestran que la mayor parte de la población está cubierta por servicios públicos domiciliarios, tal que en electricidad las cuatro ciudades muestran comportamientos similares, mientras que en la cobertura de acueducto y alcantarillado la más rezagada es Barranquilla, aunque los porcentajes son altos.

Otra aproximación a ciertos aspectos de las ciudades saludables puede consistir en su dinámica económica, en particular el posicionamiento que tienen en cuanto a las posibilidades para hacer negocios. De 40 ciudades consideradas para América Latina, Bogotá ocupa el lugar 13, Medellín el 35 y Cali el 37. En términos de condiciones de vida, Bogotá presenta un índice de 63 seguido por Medellín con 62,5, ubicándose en el puesto 21 y 22 respectivamente. Otros indicadores permiten dar cuenta que Bogotá y Medellín ganaron con respecto a otras ciudades latinoamericanas, y es así como Medellín se destacó por ser la segunda ciudad con el mejor índice de tolerancia, seguida por Bogotá en el tercer puesto; este índice muestra que son ciudades con un alto respeto por conductas y estilos de vida diferentes (Observatorio competitividad, 2005).

Gráfico 1. Otros indicadores en las ciudades, 2005



Fuente: DANE, Censo 2005, resultados preliminares.
 a. Cuatro ciudades: nivel educativo, 2005
 b. Cuatro ciudades: cobertura de servicios públicos, 2005

3. Conclusiones

La salud en las ciudades sobrepasa el ámbito propio de las intervenciones sanitarias. En este sentido, el concepto de Ciudad Saludable surge como una forma de integrar aspectos relacionados con el medio ambiente, la economía, la participación comunitaria, la dirección política y la colaboración intersectorial para influir la salud de las personas. Las estrategias a tener en cuenta son: facilitar a la ciudadanía los medios para influir en las decisiones municipales y departamentales respecto a programas y proyectos que afectan su salud, vincular el gobierno local y regional en las políticas para la creación de un medio ambiente saludable, facilitar acciones intersectoriales que permitan generar un ambiente sano y promover la innovación como medio para adaptarse a las condiciones del ambiente urbano que se desea influir.

La consideración de una ciudad como saludable exige el cumplimiento de ciertos requerimientos. En primer lugar, las necesidades de desarrollo y características propias de la ciudad marcan la forma en que se deben orientar e implementar los planes y programas. En segundo lugar, estos planes y programas deben buscar la participación de la gente, ya que una comunidad fuerte y participativa es una condición importante para el logro de buenos resultados. En tercer lugar, el entorno en que se desenvuelven las personas es fundamental para mejorar la salud, por lo que la planificación urbana debe estar orientada a permitir estilos de vida que favorezcan la buena salud en la ciudad. Por último, la salud debe entenderse desde un punto de vista amplio, con acciones encaminadas a satisfacer necesidades básicas como alimentación, protección, trabajo, ingreso, participación, de manera que tales acciones deben verse como necesarias para

mejorar el bienestar y ser un compromiso desde diferentes esferas, además de asegurar las intervenciones propias del sector sanitario como un componente más del conjunto.

Una de las instancias que deben explorarse en las ciudades para encaminarse hacia el logro de un perfil de ciudad saludable, por la vía de la consolidación de un proyecto participativo, se refiere al consejo territorial de seguridad social en salud. Con el liderazgo de los alcaldes y el compromiso de los actores del sistema es posible adoptar metas y agendas de trabajo para el mediano y largo plazo. Por su parte, el PAB es un instrumento importante para el logro de una buena salud en las ciudades colombianas, aunque sus acciones deben estar dirigidas, además de la colectividad, a los individuos y a su tratamiento oportuno en caso de enfermedad. En este sentido se reconoce la necesidad de una política de detección temprana incluida en el PAB y una mejor articulación entre las labores que se adelanten como parte de éste y las que aparecen en el POS.

Teniendo en cuenta la política de salud de las cuatro ciudades, se puede observar la existencia de preocupación por disminuir las tasas de patologías de notificación obligatoria, brindar a la población pobre y vulnerable un seguro de salud que cubra algunas de sus necesidades y prestar los servicios de primer nivel de complejidad a aquellos que no poseen un seguro de salud. Sin embargo, la falta de articulación con otros sectores muestra que el modelo de Ciudad Saludable no está presente en ninguna de las cuatro ciudades. Así, la presente Observación busca motivar el trabajo sobre el tema y mostrar que el logro de un buena salud es un proceso complejo que supera el ámbito de las intervenciones sanitarias y vincula acciones de diferentes agentes y sectores.

A partir de la formulación de las políticas de salud en cada una de las ciudades, se observa que Bogotá es la ciudad que posee un proyecto más claro: tiene un objetivo integral que comprende toda la población y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, e incluso menciona el hecho de alcanzar una comunidad y hábitat saludables. Además se propone unas metas claras de política tanto en salud pública como en aseguramiento que responden al objetivo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.

Además, es importante resaltar que uno de los mayores retos en el país es mejorar el sistema de recolección y procesamiento de la información orientada hacia los municipios. En este sentido, se observan grandes vacíos en información básica sobre casos y tipos de mortalidad, acceso a servicios de salud de la población, indicadores ambientales, calidad de vida, entre otros, además del problema recurrente de subregistro que dificulta el estudio y comparación de los diferentes municipios.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que los resultados presentados en la Observación son una lectura de la política en salud de las ciudades a partir de los planes de desarrollo, y que muchas de las metas y actividades propuestas se han venido modificando con el paso de tiempo. Por ejemplo, se han gestionado programas complementarios —como el de salud familiar y comunitaria en Medellín— que están enfocados a influir la salud en la comunidad y no aparecen explícitos en el plan de desarrollo.

Notas:

1. “Salud 21” es la respuesta de la región europea de la OMS a la política de “Salud para todos en el siglo XXI” aprobada por la comunidad mundial en 1998. Algunos de los temas tratados en “Salud 21” están relacionados con mejorar la equidad en salud entre diversos grupos de población, fortalecer la salud a lo largo de la vida partiendo de la inversión en salud en edades tempranas, reducir las enfermedades a partir de una estrategia integrada que implique promoción, prevención y tratamiento, generar un entorno físico sano y seguro, y establecer escenarios físicos y sociales favorables a la salud mediante la responsabilidad multisectorial (Foro de asociaciones y organizaciones profesionales, 2004)
2. Algunas de estas condiciones tienen que ver con el apoyo político y financiero con que cuenta el municipio —compromiso del alcalde o de un político destacado con el proyecto— y una estructura organizativa donde participen grupos de ciudadanos con condiciones concretas.
3. Países como Argentina, Brasil, Ecuador y Perú cuentan con un conjunto de ciudades que han realizado un esfuerzo importante por promocionar los estilos de vida saludable, a través del mejoramiento de los espacios públicos y recreativos y la aplicación de la filosofía propia del movimiento de Municipios y Comunidades Saludables. Así, el Segundo Concurso Internacional de Ciudades Activas, Ciudades Saludables 2005, patrocinado por la OPS, reconoció en la categoría de movilidad y transporte a Belo Horizonte por la iniciativa “Caminhos da Cidade”; en medio ambiente urbano a Pirapora, Brasil, por el “Programa Municipal de Recolección Selectiva de Basuras Domiciliarias”; en recreación y deporte a Quito por la iniciativa de “Ciclopaseos Integrados Quincenales”; y en la promoción de la actividad física a Recife por el “Programa Academia da Cidade”. Además, se otorgó una mención especial a la ciudad de Bogotá por el Transmilenio y la ciclovía dominical (OPS, 2005)
4. Un experiencia cercana con la estrategia de municipios saludables es la que presenta el grupo académico “Estrategia de Municipios Saludables”—EMS— de la Universidad de Antioquia. Fundado en marzo de 2000, el grupo surge como parte del programa de municipios saludables que tiene la Universidad. Sus principales características son el trabajo en equipo, la participación de la comunidad en cada uno de los proyectos y la coordinación intersectorial. El grupo busca difundir la estrategia de municipios saludables en las subregiones donde la Universidad tiene sedes. (Vicerrectoría de Extensión, Universidad de Antioquia, 2006).
5. El Índice de Condiciones de Vida es un índice continuo que va de 0 a 100, donde 0 refleja las peores condiciones de vida y 100 las mejores condiciones de vida. Incluye abastecimiento de agua, combustible para cocinar, recolección de basuras, escolaridad máxima jefe de hogar, escolaridad promedio mayores 12 años, proporción mayores 12 años en secundario o universidad, proporción menores 5–11 años que asisten a un establecimiento educativo, proporción menores 6 años en el hogar, hacinamiento, material predominante pisos y paredes de la vivienda (Departamento Nacional de Planeación *et al.*, 2006).
6. El POS es el plan obligatorio de salud o plan de beneficios al cual tienen derecho las personas afiliadas al sistema de seguridad social, ya sea a través del régimen contributivo o del subsidiado.
7. Algunas intervenciones son la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra y de enfermedades tropicales como la malaria (artículo 165, Ley 100 de 1993).
8. Tomado del SIVIGILA, DSSA.

Referencias

Barranquilla. *Acuerdo social por una ciudad*. Plan de desarrollo 2004-2007. Disponible en: www.alcaldia Barranquilla.gov.co

Bogotá. *Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*. Plan de desarrollo 2004-2007. Acuerdo municipal 119 de junio de 2004. Disponible en: www.luchoinforma.gov.co/plandesa.pdf

Cámara de Comercio de Bogotá (2005). Observatorio de competitividad. N° 4

Costa i Galobart, Jaime y Colomer Revuelta, Concha. “El proyecto Healthy Cities en España”. [Documento en Internet] Disponible en [www.drogascadiz.es/AdminMancLaJanda/ UserImages/a4c7f6e0-c51e-4ec9-b4cf-e4861b132f9.pdf](http://www.drogascadiz.es/AdminMancLaJanda/UserImages/a4c7f6e0-c51e-4ec9-b4cf-e4861b132f9.pdf) Acceso: marzo de 2006.

Declaración de Medellín (1999). “Mejor Calidad de Vida para los Habitantes de las Américas en el Siglo XXI”. III Congreso de las Américas de Municipios y Comunidades Saludables

Departamento Nacional de Planeación *et al.* (2006). “Los municipios colombianos hacia los objetivos de desarrollo del milenio: salud, educación y reducción de la pobreza” [Resumen de periodistas]. Disponible en <http://www.pnud.org.co/documentos.shtml?x=2338> Acceso: abril de 2006.

Duhl, L.J. y Sánchez, K (1998). *Ciudades saludables y proceso de planificación ciudadana*. OMS, Oficina Regional para Europa.

Duhl, L.J. (1986). “The healthy city: Its function and its future”. *Health Promotion International*. (Abstract).

Flórez, Carmen Elisa (2002). “La equidad en el sector salud: una mirada de diez años”. Bogotá D.C., Fundación Corona —Fundación Ford —.

Foro de Asociaciones y Organizaciones Profesionales (2004). “Estrategia salud 21”. Mimeo

Hancock, Trevor (1993). “Healthy Cities and Communities: Past, Present, and Future” [Documento en Internet] Disponible en: [www.scahec.net/courses/ PH%20Modules/Mod4Hancock.pdf](http://www.scahec.net/courses/PH%20Modules/Mod4Hancock.pdf) Acceso: marzo de 2006.

Medellín. *Medellín Compromiso de toda la ciudadanía*. Plan de desarrollo 2004-2007.

Ministerio de Desarrollo Económico, Viceministerio de Vivienda, Desarrollo Urbano y Agua Potable (1998). “La red urbana colombiana: Una visión a partir del tamaño funcional y la especialización económica de las ciudades”. Santafé de Bogotá.

Ministerio de la Protección Social (2006). “Lineamientos para el desarrollo del PAB”. [Resumen de periodistas] Disponible en [http://www.minproteccionsocial.gov.co/msecontent/ newsdetail.asp?id=7737&idcompany=8](http://www.minproteccionsocial.gov.co/msecontent/newsdetail.asp?id=7737&idcompany=8). Acceso: junio de 2006

OMS (1997). *Programme Villes-santé de l’OMS. Phase III: 1998–2002. Conditions à remplir par les villes et processus d’admission*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.

OMS (2003). Phase IV (2003–2007) of the WHO Healthy Cities Network in Europe: Goals and Requirements. Copenhague, Regional Office for Europe of the World Health Organization.

OPS (1996). *Promoción de la salud: una antología*. Washington D.C.

OPS (2005). “Ciclovías: un concepto saludable para las Américas” [Artículo en Internet] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051221.htm> Acceso: febrero de 2006.

OPS (2006a). Boletín Municipios y Comunidades Saludables. Washington D.C.

OPS (2006b). “Municipios y Comunidades Saludables, perfil de país: Colombia” [Artículo en Internet] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/hmc_Colombia.htm Acceso: febrero de 2006.

Ramírez, M.; Guerra, J.; Rivera, D.; Zambrano, A. y Yepes, F.J. (2005). “Una aproximación de la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida”. *Borradores de Investigación*, No. 72, Facultad de Economía – Universidad del Rosario.

Santiago de Cali. *Por una Cali segura, productiva y social, tú tienes mucho que ver*. Plan de desarrollo 2004–2007. Acuerdo municipal 127. Disponible en: <http://planeacion.cali.gov.co>

Vicerrectoría de Extensión, Universidad de Antioquia, (2006). Programa Municipios Saludables [Página de Internet] Disponible en: [http://extension.udea.edu.co/pms/ generalidades.htm](http://extension.udea.edu.co/pms/generalidades.htm) Acceso: marzo de 2006.

Observación estadística

Inflación en salud en Colombia, 1989 – 2005*

La inflación, aumento continuo y generalizado de los precios, puede ocurrir por varias causas, entre ellas los cambios en la oferta y razones de demanda o monetarias. Para el caso de la salud, se tienen algunas evidencias de que la inflación es superior al promedio de la economía, lo cual parece obedecer al hecho de que en este sector predomina una inflación del lado de la oferta. Las presiones inflacionarias en el sector pueden explicarse por los cambios en las técnicas médicas, lo cual aumenta los costos en la atención a medida que se incorpora tecnología avanzada, o como resultado de las alianzas estratégicas o colusión entre profesionales y prestadores, que implica limitaciones para el ingreso a la oferta y la definición de altas tarifas para los consumidores.

En Colombia se presenta una tendencia inflacionaria en salud, lo cual se expresa en las variaciones del índice de precios al consumidor —IPC— salud superiores a las variaciones del IPC total, fenómeno recurrente en cada uno de los 16 años de los que se posee información sobre el grupo de salud (1989 – 2005). En este sentido, la inflación ha pasado de niveles superiores al 20% anual a comienzos de la década de 1990, y cercanos incluso al 40% en el caso de salud, hasta niveles inferiores al 10% en la actualidad. Además, se observa que la brecha entre las variaciones anuales del IPC salud y el IPC total es decreciente, lo cual indica que pese a seguir siendo inflacionaria, la salud reduce su inflación en comparación con las de otros sectores.

En la Gráfica 1 puede apreciarse el comportamiento diferente para un período previo a la reforma (1989 – 1994) y uno posterior a ella de igual duración (1999 – 2004). Por una parte, se nota el descenso de la inflación, tanto a nivel general como para el caso de salud, y es así como la variación acumulada de los precios para los seis años correspondientes al primer período asciende a 419% para salud y a 298% para el promedio de los

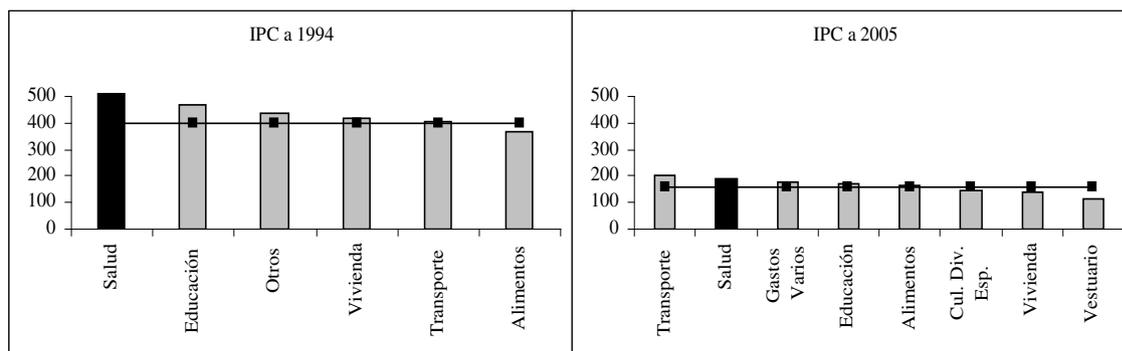
bienes y artículos del IPC total. En cambio, para los seis años del segundo período, las variaciones acumuladas son 67% y 46%, respectivamente.

Por otra parte, la Gráfica 1 también permite apreciar la reducción de la brecha entre el IPC salud y el IPC total, al notarse que mientras el acumulado del IPC salud ocupaba el primer lugar en 1994 y guardaba una distancia considerable con el segundo grupo en importancia que era educación, para 2005 el IPC salud pasó a ocupar el segundo lugar, precedido por transporte. Para comprender mejor la magnitud de la reducción de la inflación en salud, se observa que mientras en 1994 el IPC salud se encontraba un 30% por encima del IPC total, en 2005 esta relación bajó al 14%.

Se concluye entonces que la inflación en salud, en términos comparativos con lo sucedido para el promedio de los precios de la economía, ha disminuido en la última década de manera coincidente con la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993. Esto sugiere que la regulación establecida a partir de dicha ley, en particular la Unidad de Pago por Capitación, ha tenido efectos esperados al facilitar un control de tarifas y promover la competencia entre los prestadores de servicios, quienes contratan con las EPS atendiendo a diversas modalidades de pago en las que el volumen de servicios es un factor importante.

Aunque varios análisis e hipótesis han apuntado en esta dirección, aún falta esclarecer algunos aspectos para extraer conclusiones categóricas. Se destaca el cambio de metodología del IPC en 1999, lo que puede incidir sobre la medición de la inflación. Además, es importante tener en cuenta que el conjunto de artículos contenidos en el grupo de salud no se refiere por completo al contenido del Plan Obligatorio de Salud POS, y dentro de ellos existen algunos que no hacen parte del POS, como aseguramiento privado y ciertos artículos de lujo o medicamentos no genéricos.

Gráfica 1. Colombia: IPC para los periodos antes y después de la reforma



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística—DANE—.

* Tomado de López S., Quintero D. y Correa J. (2005). La inflación en salud en Colombia. Memoria de grado, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.

Observación Académica

Respuesta social frente al cáncer cervical

Marleny Valencia Arredondo y Marco Sosa Giraldo

Grupo de citología ginecológica y prevención del cáncer cervicouterino, Universidad de Antioquia

Respuesta social es un conjunto organizado de actividades que realiza la sociedad, respondiendo a una necesidad o problema con el ofrecimiento de los servicios necesarios para su mejoría. Como enfoque de investigación, el análisis busca conocer si ese conjunto de actividades parte de un problema o de una necesidad sentida por el actor o los actores estudiados. En el caso de la salud, las complejas interrelaciones que la caracterizan tienen múltiples determinantes, los cuales se pueden abarcar bajo la óptica de este enfoque (Frenk, 1997).

Hoy es aceptado aseverar que los servicios de salud no están desligados de las condiciones ambientales, sociales, políticas y económicas donde se desenvuelven, y que la calidad y la cobertura de estos servicios forman parte de la definición de desarrollo (Cruz *et al.*, 2000, pp. 47–49), constituyéndose, por lo tanto, en un indicador del bienestar social.

Según el esquema de respuesta social propuesto por Julio Frenk, es necesario contar con un actor central, como el Estado, para que articule las acciones de los demás actores (la sociedad e instituciones de salud). Estos actores deben tener interrelaciones concretas y sólidas que permitan enfrentar un problema de salud determinado. Dicho enfoque permite analizar la situación del cáncer cervical, tumor que se constituye en un problema de salud pública en países subdesarrollados, entre ellos Colombia, donde se encontró una tasa de mortalidad en 2000 de 10,92/100.000 mujeres. Por su parte, en Antioquia se observó un aumento del 83% al pasar en 1982 de 5,3/100.000 mujeres a 9,6/100.000 mujeres en 2000 hasta alcanzar una cifra de 10,5/100.000 mujeres para 2002 (DSSA, 2002 y 2003).

La magnitud del problema, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la normatividad vigente en Colombia, han establecido la importancia de programas efectivos de detección precoz de cáncer de cérvix —CaCu—. Estos han sido implementados con grandes falencias y dándole mayor importancia al tamizaje, dejando de lado la promoción de la salud, la educación en hábitos de vida saludable, la integración de todos los sectores involucrados en la solución y la articulación de las actividades desde el diagnóstico precoz hasta el tratamiento oportuno.

El análisis de la respuesta social, permite conocer la realidad de una situación en particular y es útil para su intervención,

permitiendo conocer las falencias y fortalezas de un programa de salud determinado. Además, permite estudiar la problemática del cáncer cervical mediante el análisis de los fenómenos sustantivos que conforman la materia de la investigación y la acción en salud pública como son: a) las necesidades de salud, b) los servicios que las satisfacen, y c) los recursos requeridos para producirlos, conociendo el funcionamiento integral del programa establecido por las instituciones de salud para enfrentar esta problemática.

En los dos estudios que han realizado investigadores de la Escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico de la Universidad de Antioquia, con este enfoque y frente al cáncer cervical, el principal hallazgo fue no encontrar una Respuesta Social Organizada desde las instituciones de salud y gubernamentales alrededor de esta problemática, así como una débil relación entre éstas y el Estado. Las posibles causas de esta situación pueden estar relacionadas con la poca claridad en cuanto a los fines y funciones de los actores y en especial del Estado, a la escasa articulación entre administradores de planes de beneficio y las IPS, y por último, a que el CaCu y sus lesiones precursoras no son consideradas como un problema relevante en los municipios por el desconocimiento de su magnitud, circunstancias que dificultan el diseño de mecanismos de coordinación e intervención por parte del Estado local con los demás actores.

Por lo tanto, para poder realizar un control adecuado del cáncer cervical, se requiere establecer un programa estructurado y coordinado con todos los estamentos, que permita, adecuado tratamiento y seguimiento de los casos diagnosticados. Además, los esfuerzos en el ámbito general —nacional— de generar una política pública, requieren de una mejor intervención del ámbito particular —en este caso el municipio—, de tal forma que se logre el mejoramiento de la situación de salud que motivó la política pública.

Referencias

- Frenk, Julio (1997). "El Universo de la Nueva Salud Pública". En: Frenk, Julio. *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México D.F., Fondo de Cultura Económica. Disponible en: http://lectura.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec_4.htm
- Cruz, Luis Fernando; Guerrero, Rodrigo y Alzate, A. (2000). *La Salud Como Empresa Social*. Cali, Fundación Carvajal – Universidad del Valle.
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia —DSSA— (2002). Base de datos del comportamiento del cáncer en Antioquia.
- _____ (2003). Programa Antioquia frente al cáncer.

Actualidades del GES

Investigaciones iniciadas en 2005

“Monitoreo de la seguridad social en salud en Medellín 2004 – 2005”.

“Costo-efectividad de tres estrategias de tamizaje en la vigilancia epidemiológica de cáncer cervicouterino y lesiones premalignas, en la Zona Nororiental de la ciudad de Medellín”, en asocio con la Escuela de Bacteriología de la Universidad de Antioquia.

Ambas investigaciones reciben apoyo financiero de la Secretaría de Salud de Medellín.

Publicaciones recientes

Restrepo, Jairo Humberto (2005). “Aspectos financieros sobre los servicios y el seguro de salud”. En: Blanco, Jorge H. y Maya, José M. (2005). *Fundamentos de Salud Pública*. 2a. ed. Medellín, Corporación para Investigaciones Biológicas, pp. 22-38.

Restrepo, Jairo Humberto (2005). “Diez años de Economía de la Salud en Colombia”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, No 8, Bogotá, pp. 3-7, julio.

Restrepo, Jairo Humberto y Mejía, Aurelio (2006). “La unidad de pago por capitación del sistema de seguridad social en salud, 1996-2006”. *Revista Via Salud*, No 35, Bogotá, pp. 14-25, primer trimestre.

Tesis de grado aprobadas en 2005

López S., Quintero D. y Correa J. (2005). La inflación en salud en Colombia. Memoria de grado, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.

Participación en eventos nacionales

El GES participó con ponencia o conferencia en varios eventos nacionales de 2005, entre los que se destacan: III Congreso Sectorial de Salud (Bogotá), IV Encuentro Regional de Carreras de Economía (Medellín), Congreso Nacional de Seguridad Social, Régimen Subsidiado (Medellín) y XX Congreso Nacional de Estudiantes de Economía (Santa Marta).

Otras actividades e información de interés

En el primer semestre de 2006 el GES imparte el curso electivo de Economía de la Salud, al cual fueron invitados estudiantes de economía y del área de la salud.

El GES se vincula a la maestría en Salud Pública de la Universidad de Antioquia, mediante la dirección de dos trabajos de investigación y la oferta del seminario electivo de Economía de la Salud.

Información institucional

Rector de la Universidad de Antioquia:
Alberto Uribe Correa.

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:
Mauricio Alviar Ramírez

Director del CIE:
Ramón Javier Mesa Callejas

Coordinador del GES:
Jairo Humberto Restrepo Zea
jairo@catios.udea.edu.co

Profesionales:
Alba Cristina Arenas Mejía
John Fernando Lopera Sierra

Jóvenes investigadores:
Aurelio Mejía Mejía
Juan Camilo Tamayo Ramírez

Estudiantes en formación y pasantías:
Sara Catalina Atehortúa Becerra
Nataly Restrepo Jaramillo

Texto original:
Jairo Humberto Restrepo,
Juan Camilo Tamayo
y Alba Cristina Arenas

Edición de textos:
Aurelio Mejía Mejía

Diseño:
Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:
L. Vieco e Hijas Ltda.

E-mail: ges@udea.edu.co
<http://economia.udea.edu.co/ges/>

*Las ideas y opiniones
aquí expresadas sólo
comprometen al GES o a
sus autores cuando sean
artículos firmados.*

