



CÓMO VAMOS EN SALUD

Los indicadores Cómo Vamos en Salud se refieren a la cobertura del régimen subsidiado de salud, las tasas de mortalidad materna e infantil, las coberturas de vacunación, y las tasas de incidencia de SIDA, lepra y dengue. Estos indicadores reflejan las posibilidades de acceso de la población a los servicios de salud, así como la calidad de los mismos y la capacidad del sistema de responder ante enfermedades que deben reducirse.

Tema	Variable	Medida	2004	2005	2006	2007	2008	Variación 2007-2008	Meta Plan Desarrollo Pinedo 2011
Cobertura	Afiliados al régimen subsidiado de nivel 1 y 2 del Sisben	Número	261,164	261,763	439,056	439,235	473,906	34,671	NA
	Tasa de Cobertura Régimen Subsidiado de Salud *	% de afiliados al régimen subsidiado de nivel 1 y 2 Sisben	48.5% (261,164 incluye subsidios parciales/ 538,175 personas de nivel 1 y 2 del Sisben)	39.2% (261,763/ 667,036 de nivel 1 y 2 de Sisben)	66.0% (439,056/ 665,063 que es 90% de nivel 1 y 2 de Sisben)	55.2% (439,235 - desplazados afiliados/ 760,405 de nivel 1 y 2 de Sisben + población indígena)	58.8% (Resolución 2598 de 2007) o 75.5% (Resolución 2596 de 2008)	No comparable *	100%
Calidad	Tasa de Mortalidad Materna	No. Por 100 mil nacidos vivos	36,3	45,5	37,1	35,9	44,2	23%	32
	Tasa de Mortalidad menores de 5 años por EDA	No. Por 100 mil niños menores de 5 años	No comparable **	21,0	18,0	9,1	11,5	26%	Menos de 9,1
	Tasa de Mortalidad menores de 5 años por IRA	No. Por 100 mil niños menores de 5 años	No comparable **	88,2	45,5	49,2	39,1	-21%	47
	Tasa de Mortalidad Menores de un año	No. Por mil nacidos vivos	35,0	21,1	10,2	10,4	10,7	3%	9

Fuente: Dadis

* La cobertura no es comparable debido a cambios o depuración en la Encuesta del Sisben o cambios en la metodología de cálculo del indicador.

** Fuente datos poblacionales DANE con base en CENSO poblacional 2005. No hay dato poblacional oficial anterior a 2005 por lo cual no pueden calcularse los indicadores de mortalidad por EDA e IRA anteriores a ese año.

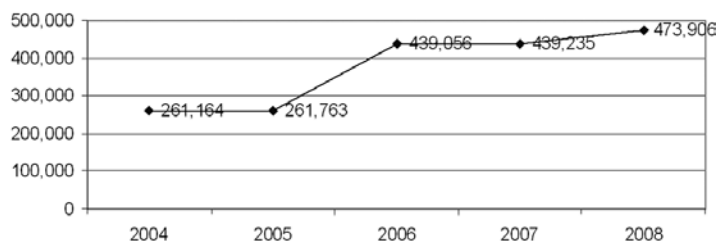
Cobertura

La aproximación al aseguramiento en salud se realiza a través de la tasa de cobertura del régimen subsidiado en la población clasificada como niveles 1 y 2 por el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales o Encuesta Sisben. Desde el punto de vista técnico es importante mencionar que las tasas entregadas por el DADIS para los años 2004 a 2008 no son comparables entre sí por las siguientes razones: cambios y depuración en la Encuesta del Sisben, ampliación en la aplicación de la Encuesta del Sisben y modificación en el 2007, de la metodología de cálculo de la tasa por parte del Ministerio de Protección Social (Resolución 2598 de Julio 31 de 2007).

Sin embargo, se puede tener una idea general de los resultados del aseguramiento en Cartagena, analizando los cambios en el número de afiliados al régimen subsidiado de nivel I y II del Sisben; al corte de 2008, las tasas de cobertura pueden ser un referente general, teniendo en cuenta las consideraciones técnicas anotadas. Además la cobertura debe tenerse en cuenta para evaluar impacto en la gestión distrital en salud, pues la meta en aseguramiento del Plan de Desarrollo se fijó en términos de tasa; a 2011, debe alcanzarse cobertura universal (100%) para la población Sisben I y II.

La población objeto para el aseguramiento mediante el subsidio de salud (régimen subsidiado) son las personas que la Encuesta SISBEN clasifica como niveles I y II. El registro de población de estos niveles y afiliada al régimen subsidiado entre 2004 y 2007 fue el siguiente: entre 2004 y 2005 se registraron 261 mil afiliados (aproximadamente); en el 2006 se hizo una afiliación masiva con lo cual se llegó a 439 mil afiliados y en el 2007 se mantuvo en este nivel. En el 2008, se realizó una afiliación considerable con un ingreso de 34.671 personas al régimen subsidiado en Cartagena con lo cual, se alcanzó un total de 473.906 personas de nivel I y II del Sisben, afiliados al régimen subsidiado.

Número de afiliados al Régimen Subsidiado de Salud nivel I y II del Sisben en Cartagena 2004-2008



Fuente: Dadis

Al analizar la tasa de cobertura del régimen subsidiado de salud con la población de nivel I y II del Sisben, se puede decir que el comportamiento irregular que se registró entre 2004 y 2008 se debe principalmente a los cambios metodológicos que se emplearon para construir las tasas; estos cambios impiden hacer comparaciones de un año a otro.

Por este motivo el énfasis se hace en la tasa alcanzada con corte a 2008, cuyo método de cálculo más reciente por parte del DADIS fue ajustado a lo que establece la Resolución 2596 de 2008 del Ministerio de la Protección Social. Esta Resolución determinó excluir de la población objeto de afiliación en el régimen subsidiado a las personas de nivel I y II del Sisben que se encuentran afiliadas al régimen contributivo³. Aplicando esta metodología, la tasa de cobertura del régimen subsidiado de salud de

3 La metodología de cálculo de la cobertura del régimen subsidiado de salud actualmente utilizada por el Dadis corresponde a la establecida en la Resolución 2596 de 2008 de MinProtección Social. Esta Resolución reemplazó a la 2598 de 2007. La fórmula empleada es la siguiente:

nivel I y II del Sisben para 2008 fue del 75.5%.

Es preciso hacer una observación frente al indicador. Según el Dadis, existe en una fluctuación alta en el registro de población nivel I y II del Sisben afiliada al Régimen Contributivo por efectos de la variabilidad en el nivel de empleo en Cartagena. Como consecuencia de este fenómeno, cabe esperar una alta variabilidad en la tasa de cobertura por lo cual debe ser muy cuidadosa la planeación que se realice para determinar la ampliación y la continuidad de coberturas del régimen subsidiado.

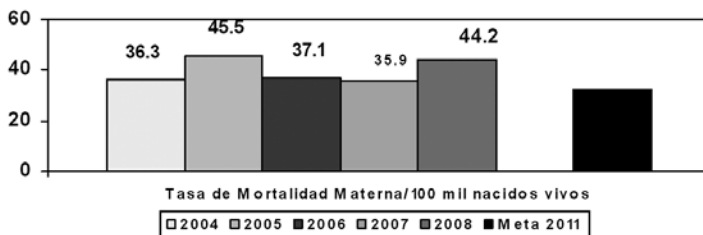
En este punto en particular se recomienda a la Administración Distrital construir un indicador que le permita monitorear cuál es su capacidad de respuesta para garantizar salud a las personas considerando una situación de variabilidad fuerte en el empleo. Pueden tenerse en cuenta aspectos como los siguientes: ¿cómo se puede responder rápidamente ante esta situación para que las personas estén protegidas en salud?, o ¿cuántos reingresos se registran en el tiempo?

Calidad

Además del acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios de salud, deben analizarse las tasas de mortalidad de la población para evaluar calidad de vida. En la medida en que las actividades de salud pública y especialmente de prevención y promoción sean efectivas, se puede esperar que mejore el estado de salud y en consecuencia se reduzcan las muertes evitables y las enfermedades de interés de salud pública (SIDA, tuberculosis, dengue, etc.).

La **Tasa de Mortalidad Materna (TMM)**, que se refiere al número de mujeres muertas por causas relacionadas con el embarazo, parto y/o puerperio por cada cien mil nacidos vivos, no sólo es un indicador de salud pública, sino que además refleja las condiciones de desarrollo, educación, salubridad de un área geográfica. Este indicador es de interés mundial y esto se refleja en los compromisos suscritos por los países en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas.

Tasa de mortalidad materna en Cartagena 2004-2008



Fuente: Dadis

En 2008 se registraron en Cartagena 10 muertes maternas evitables, dando como resultado una tasa de mortalidad materna de 44.2 muertes por 100 mil nacidos vivos, frente a 35.9 en 2007, 37.1 en 2006. Con este repunte de la tasa se retrocedió a un nivel similar al del 2005 y se frenó la tendencia positiva registrada entre 2006 y 2007. También con el aumento se aleja la meta de 32 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, establecida por la Administración Distrital en el Plan de Desarrollo para 2011.

Población nivel I y II del Sisben afiliada al Régimen Subsidiado – (indígenas afiliados + desplazados afiliados) / Población nivel I y II del Sisben + población indígena – población nivel I y II del Sisben en el Régimen Contributivo. La tasa de cobertura suministrada por el Dadis para 2008 fue construida con datos de población nivel I y II del Sisben certificada por DNP con corte a julio de 2008 y con datos del régimen contributivo con corte julio de 2008

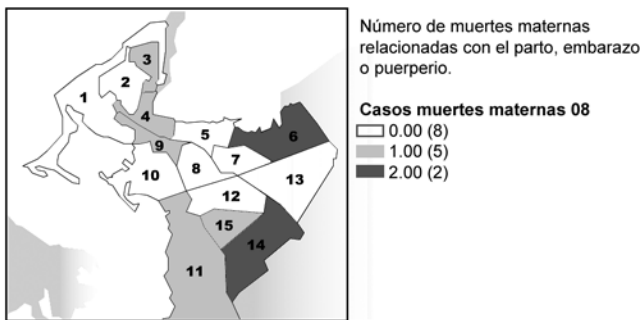
Según el DADIS, en 2008 una de estas 10 muertes maternas, correspondió a una menor de edad y el resto de casos a mujeres entre los 21 y los 37 años. En el 2007, la proporción fue mayor con 3 muertes maternas en menores de edad de las 8 registradas.

Como en años anteriores, la mayoría de estas muertes se presentaron en mujeres domiciliadas en barrios vulnerables de la ciudad. En las unidades comuneras de gobierno (UCG) 6 y 14, se presentaron 4 de los 10 casos.

Por parte del DADIS, se reportó que en 2008 fue bajo el nivel de cumplimiento de los proyectos del Plan de Desarrollo encaminados a reducir la mortalidad materna, como son: el seguimiento al cumplimiento de la norma técnica de atención al embarazo, parto y posparto; la implementación del programa madre canguro en las IPS; y la captación por los programas de control prenatal, de al menos el 30% de gestantes en el primer trimestre de embarazo.

De acuerdo con lo anterior, se reitera la recomendación de que los programas que buscan mejorar las condiciones de la población materna se apliquen con mayor intensidad en las áreas vulnerables.

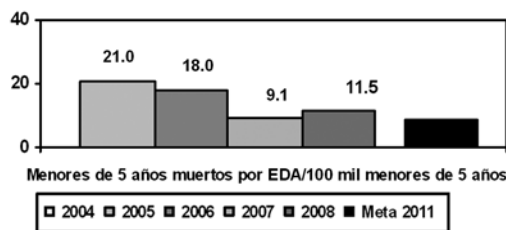
Mapa de muertes maternas por Unidades Comuneras de Cartagena 2008



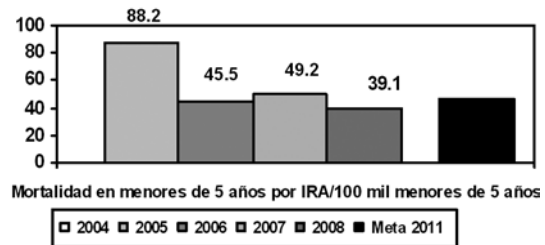
Fuente: CCV con base en datos del Dadis

Las Tasas de Mortalidad de Menores de 5 años por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) tienen estrecha relación con la calidad y oportunidad de los servicios de salud en la ciudad, las condiciones del entorno y las características socio-económicas de la población. Se considera que la mortalidad infantil relacionada con diarreas e infecciones respiratorias es evitable, por lo cual su reducción es un propósito universal.

Tasa de mortalidad de menores de 5 años por EDA en Cartagena 2004-2008



Tasa de mortalidad de menores de 5 años por IRA en Cartagena 2004-2008

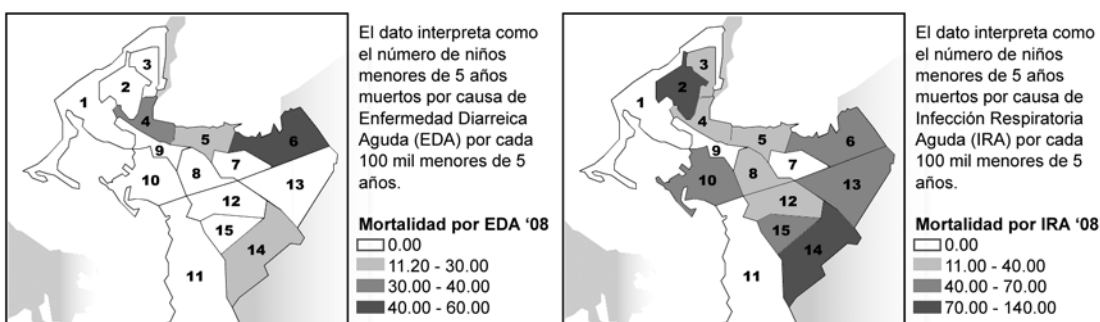


Fuente: Dadis

En el 2008, 10 niños menores de 5 años murieron en Cartagena por EDA, registrándose una tasa de 11.5 por cada 100 mil menores de 5 años. Esta tasa fue superior a la registrada en 2007 de 9.1 e inferior a la de 2006 y 2005.

De acuerdo con las observaciones de “Cartagena Cómo Vamos” hechas en el 2005, persisten dos condiciones en la mortalidad infantil por EDA: una, que la mayoría de casos se presentan en menores de un año, y dos, que los muertos por esta causa tenían como domicilio barrios en zonas vulnerables de la ciudad, como son las UCG 4, 5, 6 y 14 y el área rural. Esta persistencia requiere de respuestas más drásticas y efectivas de parte de los actores del sistema de salud para lograr impactos sostenibles, así como de una revisión de las condiciones de saneamiento básico en los barrios donde ocurrieron las muertes infantiles. La meta del Plan de Desarrollo es reducir la tasa frente a la de 2007 que fue de 9.1.

Mapas de las tasas de mortalidad infantil por EDA e IRA en las Unidades Comuneras de Cartagena 2008

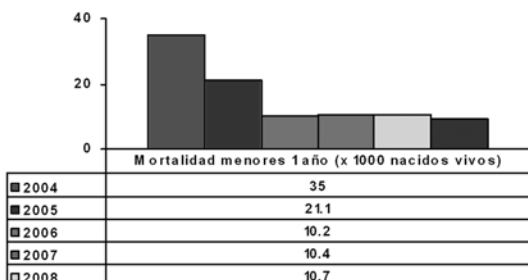


Fuente: Datos de mortalidad 2008 del DADIS. Los datos poblacionales utilizados para construir las tasas de 2008 a nivel de UCG son del Censo DANE 2005 y debieron ser proyectados por CCV a 2008 porque aun no hay proyecciones del DANE por UCG para este periodo.

En relación con la tasa de mortalidad infantil por IRA según datos del Dadis en el 2008 ésta disminuyó a 39.1 muertes por 100 mil menores de 5 años frente a 49.2 en 2007, 45.5 en 2006 y 88.2 en 2005. La tasa de 2008 ha sido la más baja desde el 2004, año de inicio de las evaluaciones de CCV. Sin embargo, es importante anotar que en este indicador también es evidente la alta vulnerabilidad de los menores de un año, con el 80% de las 34 muertes por IRA de 2008. En términos geográficos, las mayores tasas se registraron en las UCG 2, 14, 6, 10, 13 y 15.

Otro indicador analizado es la Tasa de Mortalidad de Menores de un año (TMI), que reporta el número de defunciones en este grupo de edad, por cada mil nacidos vivos. El Dadis reporta que en el 2008 se registraron 243 casos, número levemente superior a los 232 de 2007 y a los 219 de 2006, y significativamente inferior a los 417 de 2005 y los 772 de 2004.

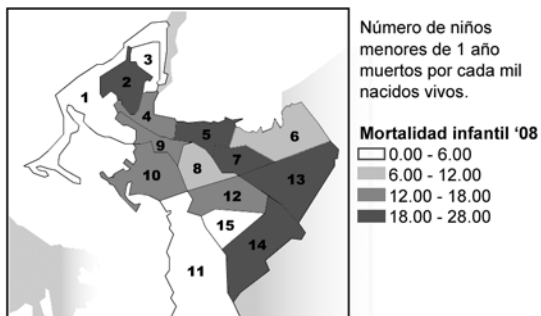
Tasa de mortalidad de menores de un año en Cartagena 2004-2008



Fuente: Dadis

La tasa resultante para el 2008 fue de 10.7, manteniéndose muy pareja con las de 2006 y 2007 luego de un rápido descenso en los años anteriores al 2005. Este resultado resulta cercano a la meta estipulada para el 2011, de reducir la tasa a 9 muertes de menores de 1 año, por cada mil nacidos vivos.

Mapa de la tasa de mortalidad de menores de un año por Unidades Comuneras en Cartagena 2008



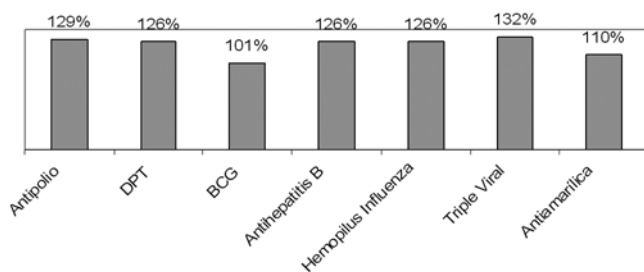
Fuente: Datos de mortalidad 2008 del DADIS y datos poblacionales por UCG del DANE Censo 2005 proyectados a 2008 por CCV.

Temas complementarios

Cobertura de vacunación en 2008: La vacunación es una de las principales acciones para prevenir enfermedades en la población infantil y se considera estrechamente relacionada con las tasas de morbilidad y mortalidad en este grupo. Para que esta intervención logre el efecto esperado, el Ministerio de la Protección Social considera como coberturas útiles de vacunación, las que alcanzan a aplicarse en al menos el 95% de la población, en los respectivos grupos de edad.

En 2008, todas las coberturas de vacunación para los distintos biológicos reportadas por el Dadis (Oficina PAI) fueron superiores al 100%. El cálculo para 2008 se hizo a partir de la población objetivo certificada por el Ministerio de Protección Social para menores de un año y de un año con base en el Censo DANE 2005. Dado que el resultado indica más niños vacunados que niños en total, se sugiere establecer un mecanismo puntual de registro y de sistematización de la población vacunada que permita determinar si se están vacunando niños de otros municipios, población desplazada o población mayor de un año, con lo cual se esté incidiendo en las tasas.

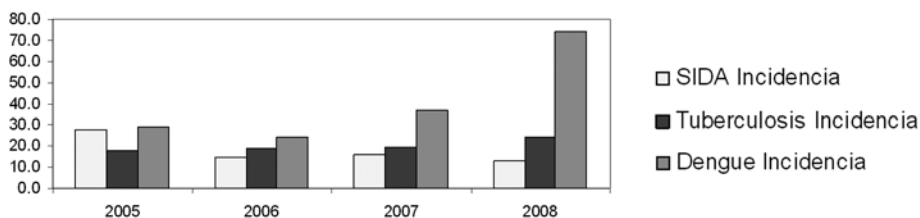
Coberturas de vacunación por Biológicos 2008



Fuente: Dadis, Oficina PAI.

SIDA, Dengue y Tuberculosis: Estas enfermedades se consideran de interés en salud pública a nivel internacional, por lo cual son objeto de observación y seguimiento a través del indicador de incidencia (aparición de casos nuevos).

Incidencia de las enfermedades de interés en salud pública en Cartagena 2004-2008



Fuente: Vigilancia Epidemiológica del DADIS

Los reportes de casos nuevos, necesarios para determinar la incidencia del VIH/SIDA presentan subregistros dadas sus características clínicas, la complejidad de detectarla de manera temprana y las connotaciones sociales de esta infección. Según los datos, en el periodo analizado (2005 a 2008) su comportamiento ha sido irregular. Con respecto al 2005, los casos nuevos reportados por el DADIS para el 2006 disminuyeron, ubicándose en 133 casos, para una incidencia de 14.7 por cada 100 mil habitantes. En el 2007 aumentaron nuevamente a 146 casos detectados con una incidencia de 16.0 por 100 mil habitantes y en el 2008 volvieron a bajar a 123 nuevos casos para una incidencia de 13.3 por cien mil habitantes. Según los reportes del 2008, el 67% de los casos correspondió a hombres y el 33% a mujeres, reportando un descenso en la proporción de mujeres frente a la que se venía registrando.

En relación con la tuberculosis, entre el 2005 y el 2008 se observa un aumento de su incidencia en Cartagena. De 18.0 por cien mil habitantes en 2005, pasó a 19.0 en el 2006, a 19.4 en el 2007 y a 24.6 (227 casos) en el 2008 siendo en el 2008 el aumento más alto del periodo analizado.

De igual manera, la incidencia del Dengue aumentó de manera significativa en el 2008. En el 2006 la incidencia fue de 24.4 por cada cien mil habitantes, en 2007 aumentó a 37.0 por cien mil (338 nuevos casos) y en 2008, se duplicaron tanto el número de casos (648) como la incidencia en la población con 74.1 por cien mil habitantes. Cerca del 12% de los casos en 2008 correspondió a dengue hemorrágico, con lo cual (y como en 2006) se registró una de las incidencias más altas de este tipo de dengue desde 2001.

Embarazo adolescente: Un indicador que ha adquirido relevancia a nivel nacional e internacional en los últimos años, es el de embarazo adolescente por ser éste un factor con efectos directos en las oportunidades de desarrollo personal para las madres jóvenes, sus hijos y sus familias.

En el 2006 según el DADIS, se presentaron en Cartagena 4.363 partos y cesáreas en adolescentes, correspondientes al 20% del total. De estos, el 4% se presentó en niñas entre 10 y 14 años, o adolescentes tempranas, siendo esto de extrema gravedad.

En el 2007 los partos y cesáreas en adolescentes aumentaron a 4.684 casos, para un 21% del total de partos en la ciudad. El 5% correspondió a madres entre 10 y 14 años, con un aumento en la proporción frente al 2006.

A la fecha de este informe, no se cuenta con un dato consolidado por el DADIS para 2008; Con el fin de mantener la observación sobre este indicador para efectos de un análisis preliminar, se consultaron las estadísticas de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo (CMRC) que atiende entre el 40% y el 50% de los partos y cesáreas en la ciudad y cuenta con información desde el 2001.

Según los datos registrados en esta institución, entre el 2001 y el 2004 se presentó una disminución en la proporción de adolescentes atendidas en partos o cesáreas, pero a partir del 2005 se registró un aumento significativo en el número de casos y en la proporción de adolescentes con respecto a todo el grupo de maternas, alcanzando en el 2008 el 33.8% del total de partos y cesáreas atendidas en la Maternidad Rafael Calvo. En 2008 se presentaron 106 casos correspondieron a niñas menores de 14 años.

Partos y cesáreas atendidos en la Clínica Maternidad Rafael Calvo 2001-2008

Año	Número de partos y cesáreas en menores de 19 años	Número de partos y cesáreas en menores de 14 años	Total partos y cesáreas atendidos en la Maternidad Rafael Calvo
2001	3,216	146	11,400
2002	2,929	116	10,643
2003	2,243	109	10,135
2004	2,081	126	9,407
2005	2,479	106	8,244
2006	2,557	113	8,340
2007	3,020	125	9,087
2008	3,121	106	9,228

Fuente: Fundación Juan Felipe Gómez Escobar con base en datos de Clínica de Maternidad Rafael Calvo.

El embarazo adolescente en este número de casos debe considerarse un asunto de interés general y prioritario para la ciudad, cuya prevención debe ser abordada no sólo desde el sector salud sino también desde el sector de educación y de las entidades de seguridad y protección. Este fenómeno requiere de un trabajo intersectorial que privilegie la prevención del abuso sexual infantil, la educación de los jóvenes y adolescentes generando capacidades para tomar decisiones asertivas y bien informadas y la acción eficaz de las autoridades contra el abuso y el maltrato infantil. Al sector salud por su parte, le corresponde desarrollar campañas y servicios de salud sexual y reproductiva y planificación familiar especiales para jóvenes.

Para el ámbito de la atención, es decir, para atender los embarazos que no se pudieron prevenir, al sector salud le corresponde mejorar la atención prenatal para estos casos que en su mayoría, son considerados como embarazos de alto riesgo para la madre y el hijo y en el sector educativo, es fundamental prevenir la deserción escolar, con la cual, se cortan las posibilidades de alcanzar un buen desarrollo económico y social.

Inversión distrital en Salud: En 2008 el presupuesto total del Dadis fue de \$212.460 millones. En términos generales, la ejecución presupuestal en salud en el 2008 mantuvo el mismo esquema de distribución de la inversión por rubros que en el 2007; el aseguramiento mediante continuidad y ampliación del régimen subsidiado de salud recibió el 70% del presupuesto; la prestación de los servicios de salud recibió el 26.7%; la atención a desplazados y discapacitados (2.4%), urgencias (0.4%) y fortalecimiento institucional del DADIS (0.4%). Frente a 2007, los rubros de inversión que se modificaron en el 2008 fueron los siguientes: se triplicó la inversión para ampliación de cupos del régimen subsidiado; aumentaron los recursos para la prestación de los servicios de primer nivel y para el pago de las conciliaciones de deudas pendientes con los prestadores de servicios. Esto fue compensado con una disminución de la inversión en PAB, control de vectores, mortalidad infantil y materna.

Según información del Dadis, la entidad sigue presentando un déficit presupuestal arrastrado de años anteriores. En el 2007 éste déficit fue de \$22 mil millones y en el 2008 ascendió a \$49 mil millones. Esto sin duda dificulta la gestión y las posibilidades de inversión en salud.

Cartagena frente a ciudades **Cómo Vamos**⁴

- Nuevos afiliados al régimen subsidiado de salud: En 2008 en Cartagena se reportaron 34.671, Cali 45.894 y Bogotá 46.311.
- Mortalidad Materna: En 2008 Cartagena registró la tasa de mortalidad materna más alta con 44.2 muertes/1.000 nacidos vivos, frente a 32.6 de Medellín, 37.0 de Bogotá y 42.0 de Cali.
- Mortalidad en menores de 5 años por EDA: En 2008, Cartagena registró la tasa más alta con 11.5 muertes/100 mil menores de 5 años, frente a 2.7 de Medellín, 1.0 de Bogotá y 5.1 de Cali.
- Mortalidad en menores de 5 años por IRA: En 2008, Cartagena registró la tasa de mortalidad infantil por IRA más alta con 39.1 muertes/100 mil menores de 5 años, frente a 21.9 de Medellín, 13.0 de Bogotá y 22.7 de Cali.
- Mortalidad en menores de 1 año: Fue en el único indicador en que Cartagena se ubicó en una mejor posición frente a las demás ciudades con 10.7 muertes de menores de un año/mil nacidos vivos, frente a 10.9 de Medellín, 13.2 de Bogotá y 11.1 de Cali.

Comentarios finales

El 2008 no fue un buen año para el sector salud en Cartagena. Si bien se afiliaron aproximadamente 34.000 personas de nivel I y II del Sisben al régimen subsidiado de salud y se alcanzaron coberturas útiles en todos los biológicos, el aumento en las tasas de mortalidad materna, mortalidad infantil y mortalidad en menores de 5 años por EDA, de la incidencia de dengue y tuberculosis, así como de embarazos en adolescentes, resultan muy preocupantes. En el campo financiero, es necesario atender el aumento en el déficit del DADIS y sus causas que según lo reportado por la entidad se basan en demoras en la contratación de servicios para atención de población vinculada y servicios no POS del régimen subsidiado.

En términos de calidad de la información, es necesario que los procesos de registro y sistematización de los datos en los niveles locales y regionales resulten oportunos y confiables y a partir de éstos, que el DANE agilice la consolidación y el aval de las estadísticas. De igual manera, se considera de la mayor pertinencia que las estadísticas recolectadas sirvan de base para investigaciones y trabajos de campo locales. Los grupos de investigación de las universidades en Cartagena pueden ser una gran herramienta para construir mapas epidemiológicos o sistematizar indicadores de calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud, por mencionar algunos ejemplos. Este ejercicio es garante de una política distrital de salud bien orientada y ajustada a las necesidades reales de la población cartagenera.