

Análisis de algunos indicadores de salud de Cali y perspectiva de política pública.

Pablo Sanabria

Director del Observatorio de Políticas Públicas, POLIS.
Director Programa de Economía
(con énfasis en Políticas Públicas)

Marcela Hurtado Londoño

Observatorio de Políticas Públicas,
Universidad Icesi.

La salud es una de las áreas de política que mayor impacto tiene en el desarrollo de capacidades en las personas y en el bienestar social. Amartya Sen, en sus diferentes aportes acerca del desarrollo y la generación de oportunidades, define la salud como un factor determinante de las posibilidades de alcanzar capacidades y libertades por parte del ser humano. No obstante, no es la salud, por sí sola, la que define las capacidades individuales –aunque tiene un importante efecto- sino es su inversa relación con la inequidad y la desigualdad la que limita dicha capacidad. Las oportunidades que tenga una persona para alcanzar un estado saludable, juegan un rol fundamental sobre su vida, bienestar y posibilidades de crecimiento.

Este artículo pretende analizar la situación de algunas cifras escogidas de la salud en Cali a partir de la perspectiva expuesta por dicho autor. La política de salud no debe estar mediada sólo por el acceso o no a servicios de salud, sino también por la capacidad de los ciudadanos, para ejercer igualmente su capacidad para ser saludable, en relación, además de la oferta de servicios, con los factores sociales que tienden a constreñirla y a limitar el acceso.

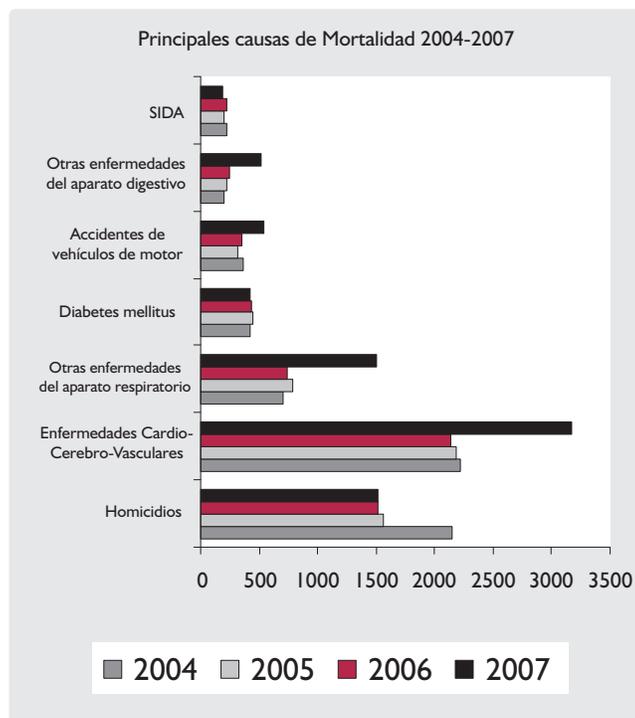
De acuerdo con Sen (2002:660) una de las injusticias más grandes se da por las escasas oportunidades que tienen algunos individuos, para alcanzar un buen estado de salud, como consecuencia de la estructura y los arreglos sociales. Pero, de acuerdo con el autor, no es sólo acerca de cómo está distribuido el sistema de salud y como unos tienen acceso a él y otros no, es también consecuencia de factores sociales –altamente relacionados con la inequidad y la desigualdad- tales como predisposiciones genéticas de grupos excluidos, niveles de ingreso, hábitos de vida y alimentación, así como el ambiente epidemiológico en el que se desarrollan y sus condiciones de trabajo. En esta perspectiva, Sen propone una visión integral de lo que debe ser la política de salud. No se trata únicamente de construir excelentes hospitales, contar con personal capacitado y con acceso a medicamentos; que son fundamentales. Es también tener en cuenta los factores sociales que facilitan y perpetúan las condiciones de insalubridad y de baja calidad de vida, así como la necesidad de romper los desarreglos sociales que limitan el acceso de todos los ciudadanos a condiciones adecuadas de salud.

En Santiago de Cali, las rápidas transformaciones sociales y económicas de los últimos años, así como la débil respuesta estatal, recientes, han impactado la

situación de la salud de sus habitantes, afectando la magnitud y distribución de las enfermedades y a su vez, el volumen y la composición de la demanda de los servicios en salud. Los cambios anteriores han ido modificando el perfil de la mortalidad y de la carga de las enfermedades y el nivel de bienestar social. En este orden de ideas, se analizarán a continuación indicadores de causas de muerte en nuestra ciudad en los últimos cinco años, resaltando a partir de ellos, el efecto de la violencia y los conflictos sociales, así como la necesidad de una perspectiva de prevención y promoción de la salud. Posteriormente observamos indicadores de la dinámica geográfica caleña como son la esperanza de vida y el crecimiento demográfico, especialmente en grupos vulnerables. Finalizando con algunos datos de oferta.

Una revisión de las principales causas de muerte, entre 2004 y 2007 en la ciudad (Gráfico 1), deja ver buena parte del impacto de las condiciones del entorno y el nivel de efectividad de la respuesta estatal a las crisis sociales y económicas recientes. Dentro de las principales razones por las que mueren los caleños en los tres últimos años, se encuentra que después de los homicidios, las enfermedades cerebro vasculares (15,2%), cardíacas (6.2%) y respiratorias (6.1%) fueron preponderantes.

Gráfico 1.



Fuente: Secretaría de Salud Municipal.

La primera causa es coherente con nuestra realidad social. Los caleños continuamos viviendo en una de las ciudades más violentas del mundo. A pesar de que se ha observado un consistente reducción en las tasas de homicidios en los últimos años, muchas vidas siguen perdiéndose, con el grave efecto que esto tiene sobre la economía y el bienestar social. En términos productivos, porque afecta particularmente a hombres de joven y mediana edad en etapas de alta productividad. Este fenómeno, que si bien es similar a nivel nacional, tiene también profundas implicaciones sociales, pues dado el grupo etáreo que afectan, además del impacto en productividad por los años de vida perdidos, atacan las estructuras familiares, propiciando el desempleo, la informalidad y el subempleo en madres cabeza de familia, la deserción escolar y bajas condiciones de salubridad en menores de edad.

Las siguientes razones, evidencian que los caleños no contamos con un modelo de hábitos saludables a nivel individual ni colectivo. La segunda y la tercera causas de muerte en la ciudad dejan ver escaso alcance en nuestra ciudad, de lo que Sen llamaría la capacidad para alcanzar buena salud, la cual es evidentemente baja para buena parte de grupos de población caleña.

Las enfermedades cerebrovasculares y cardíacas, suelen estar relacionadas con hábitos de vida poco saludables y con falencias en la promoción y prevención en las políticas de salud. Es preocupante cómo han ascendido en el ranking de causas de muerte entre los caleños. Por ejemplo, llama la atención que mientras en 1995 las enfermedades hipertensivas constituían la novena causa de muerte en Cali, en 2007 representó la primera después de los homicidios.

Aunque en algunos estudios, esta es una patología relacionada por diversos analistas como propia de países con altos niveles de desarrollo, en Colombia ha venido creciendo paulatinamente en todos los grupos de población, incluidos altos y bajos ingresos, y Cali no ha sido la excepción. Su incremento refleja que la mayor parte de nuestra población no cuenta con mecanismos formadores que estimulen y faciliten la generación de hábitos saludables. En un esquema ideal, se esperarían políticas y comportamientos individuales que propendan por generar altos niveles de educación y consecuentemente mejores hábitos alimenticios y de vida (ejercicio, cero consumo de sustancias adictivas y alcohólicas, etc). Históricamente, la respuesta estatal en nuestra ciudad, aparte de no cubrir a todos los grupos de población, ha estado más orientada a un enfoque curativo que preventivo, que propicie condiciones de salud y prevenga patologías que pueden ser evitadas con educación y los incentivos adecuados.

Una política pública moderna en el área de salud, debería considerar la necesidad de brindar al ciudadano herramientas efectivas para tener buena salud, para alcanzar un estado de salud. Ello implica no sólo brindarle acceso a servicios de salud eficientes y humanos, distribuidos adecuadamente a toda la población, sino también generar el marco adecuado –con formación y prevención– que permita facilitar la decisión de ser saludable y asumir consecuentemente hábitos de vida que mejoren el bienestar individual y social.

De acuerdo con cifras reportadas en el Plan Territorial de Salud de Cali 2008-2011, en 2007 hubo 11.603 defunciones, de las cuales el 13,1% fueron de homicidios y un 1.84% fue debido al VIH/SIDA. En el caso de los hombres, las muertes violentas fueron la primera causa de muerte con el 28% de los casos (1.825) y en las mujeres la primera causa fueron las enfermedades cerebrovasculares.

Una de las medidas más importantes relacionada con la calidad de vida y el bienestar social es la esperanza de vida al nacer, la cual refleja la probabilidad del incremento en la duración de la vida, como resultado de una conjugación de factores económicos y sociales. Según Cali en Cifras 2007, la esperanza de vida en Cali se ha incrementado en aproximadamente un año entre 2000 y 2006. Para 2007, de acuerdo con la estadística oficial, este indicador tuvo un importante incremento, llegando a 72,7 años. Al observar los datos por género, se observa que para los hombres se acercó, en el mismo año, a 69,8 años y para las mujeres a 76,6 años, reflejando nuevamente el efecto de los homicidios (por inseguridad, problemas de convivencia y conflicto interno) que afectan principalmente a los hombres de mediana edad, disminuyendo la esperanza de vida del sexo masculino y la de la sociedad caleña en general.

Consecuente con las mejores condiciones de vida, la esperanza de vida aumenta a medida que sube el estrato socioeconómico, dado que la respuesta en términos de salud es mejor dada la calidad en la atención por parte de los centros de servicios médicos, las condiciones culturales y educativas que facilitan, generalmente, hábitos saludables, y como consecuencia de los avances de la infraestructura de salud y de la mayor disponibilidad de acceso a medicamentos y profesionales actualizados, que históricamente han cubierto mejor a los individuos de mayores ingresos. Es aquí donde aparece el reto más grande para las políticas públicas de salud en nuestra ciudad: igualar (mejorar) las condiciones de riesgo para todos los grupos de población, facilitar el desarrollo de actitudes y hábitos saludables independientemente del poder adquisitivo y propiciar la decisión de salud, con particular énfasis en los grupos excluidos históricamente.

El crecimiento demográfico, ha mantenido una tendencia ligeramente creciente en los últimos cinco años, fluctuando usualmente alrededor de los 35.000 anuales y acercándose en 2006 a los 36.000. De acuerdo con la Secretaría Municipal de Salud Pública, se observa que las comunas en donde se presenta el menor número de nacimientos son la 2, 5, 17 y 22, que son las de mayores ingresos, mientras que las comunas de la zona oriente y de ladera presentan mayores tasas de fecundidad. Un dato preocupante es que gran proporción de los nacimientos en la ciudad corresponden a los embarazos en niñas y adolescentes, principalmente pertenecientes a las comunas de la zona oriente, ladera y rural, en donde el 22% y el 29% de los nacimientos ocurren en mujeres menores de 20 años, con los impactos sociales que tienen sobre las vidas futuras de esos nuevos caleños. La política pública de salud en su componente de salud sexual y reproductiva debe empezar a impactar este fenómeno que se constituye en el fertilizante perfecto para la trampa de la pobreza que afecta especialmente a los grupos más excluidos. El embarazo adolescente representa uno de los principales retos de una política que desde una perspectiva

integral fortalezca la educación sexual de los jóvenes, mejore sus capacidades de elección y facilite su desarrollo normal, de tal forma que las y los jóvenes sean madres y padres a edades que propicien el desarrollo adecuado de sus hijos en un entorno estable social y económicamente hablando.

En cuanto a la oferta de servicios de salud, la Secretaría de Salud Pública municipal muestra que en Cali existen 107 instituciones pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado (ESE) municipales de baja complejidad, de las cuales 71 son puestos de salud, 29 centros de salud, 5 hospitales básicos y un hospital geriátrico. Igualmente se cuenta con 8 centros de atención básica y 2 clínicas de la ESE Antonio Nariño que atiende la población del actualmente reformado Seguro Social. Vale la pena anotar, que la mayor oferta de servicios de salud de alta complejidad tecnológica y de atención, el desarrollo técnico y tecnológico se ha concentrado en las comunas 2, 17 y 19 – de mayores ingresos-, mientras que para las comunas de ladera y oriente, se encuentran servicios en menor cantidad y magnitud y generalmente de baja complejidad, ubicados principalmente en las comunas 15 y 18. Son destacables los casos de los hospitales Isaías Duarte Cancino y el Hospital Mario Correa Rengifo que atienden a poblaciones de escasos ingresos. La política pública de salud, debería considerar la necesidad de generar una gran red de servicios en Cali que permita el acceso de todos los ciudadanos en condiciones de equidistancia a servicios de alta complejidad. La adecuada articulación y coordinación de los recursos existentes facilitarían el acceso de todos los caleños a servicios complejos aun cuando habiten zonas periféricas o de difícil acceso. Los servicios de salud deben integrarse adecuadamente de tal forma que se agrupen y articulen instituciones de diferentes niveles de complejidad en beneficio de todos los ciudadanos.

En relación con el aseguramiento en salud, los afiliados al régimen subsidiado se han incrementado ostensiblemente, pasando de 285.577 en 2003 a 715.762 afiliados en 2007, alcanzando una cobertura en el contributivo cercana al 65% de la población. La población cubierta por el subsidiado alcanza casi un 24% con subsidios plenos y un 9% con subsidios parciales. Esto nos daría una cobertura cercana al 98%, sin embargo vale la pena preguntarse por el acceso efectivo de dichas personas a servicios de calidad.

En términos de la población cubierta por los recursos estatales, en la actualidad hay siete ESEs que contratan con el Municipio la administración de recursos del régimen subsidiado, dos de ellas públicas, cuatro privadas y una de jurisdicción especial que asegura población indígena. Este crecimiento si bien muestra una alta tasa, no permite ver el acceso efectivo a salud de alta calidad de esos ciudadanos, generalmente de menores ingresos y generalmente con lo que Sen llamaría una menor capacidad de alcanzar un estado de Salud. La existencia de un número importante de caleños en dicha situación, impone un reto al sistema en el sentido de brindar un adecuado acceso a servicios confiables a los ciudadanos, sin distinción de su condición de afiliación. Por otra parte, el reto se acentúa, ya que un total de 449.862 personas de la ciudad de Cali no tiene ningún cubrimiento por el servicio de salud y sólo el 27% de estas personas, tiene

cobertura por medio del Sisbén, estos ciudadanos son personas en alta condición de vulnerabilidad que requieren una estrategia integral que facilite su afiliación al sistema, ya sea por sus condiciones socioeconómicas o por su tipo de vinculación laboral.

No es una novedad que en Santiago de Cali como en otras latitudes, las causas de enfermar y morir tienen una fuerte asociación con las condiciones sociales y económicas prevalentes. Los artículos presentados a continuación en este boletín, tanto por parte del Secretario de Salud como por importantes académicos e investigadores de la salud en nuestra región, coinciden en que puede plantearse un modelo orientado a crear condiciones favorables para la salud, interviniendo los determinantes estructurales que la influyen y determinan, así como previniendo y reduciendo los riesgos y las consecuencias negativas de estas enfermedades.

Esta revisión de estos pocos indicadores diversos, si bien no pretende ser abarcadora de todos los aspectos, refleja tendencias generales de la salud en nuestra ciudad y la necesidad de una perspectiva coherente con el entorno social y la búsqueda del desarrollo integral de los ciudadanos. Cali requiere hoy urgentemente una política de salud con perspectiva de largo plazo. Nuestra ciudad, por sus dinámicas poblacionales recientes, muestra una tendencia, aún creciente, de crecimiento demográfico, a pesar de que se ha ido desacelerando. Este crecimiento principalmente explicado por un número ascendente de nuevos nacimientos (sin contar con el efecto del desplazamiento por el conflicto armado), pero también matizado por el envejecimiento de población y la mayor esperanza de vida. Esta situación sociodemográfica requiere del Estado una perspectiva de largo plazo que asegure infraestructura, acceso universal y calidad en un contexto de creciente demanda. Pero también requiere una perspectiva que asocie la salud con las actitudes de promoción y prevención que facilite la labor estatal a largo plazo, disminuya las presiones y propicie el bienestar individual y social. Todos esos elementos deben ser considerados dentro de una política de Estado para nuestra ciudad, que propicie, además de la salud misma de caleños y caleñas, la inclusión en un contexto histórico excluyente que asegure continuidad en las políticas públicas y aumente la posibilidad de desarrollo de los ciudadanos a partir de estrategias enfocadas a la inclusión que busquen, mas allá de curar, generar capacidades reales para ser saludables a todos los ciudadanos sin distinción.

Referencias Bibliográficas

- Alcaldía de Santiago de Cali (2008) Plan Territorial de Salud de Santiago de Cali 2008-2011.
- Departamento Administrativo de Planeación (2007) Cali en Cifras (Cali: Feriva)
- Secretaría Municipal de Salud Pública (2007) Salud en Cifras Cali 2005 (Cali: Feriva)
- Secretaría Municipal de Salud Pública (2006) Boletín Epidemiológico de Cali
- Sen, A (2002) Why Health Equity? Health Economics 11 pp.659-666 ■