



Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

Seguridad alimentaria y nutricional en Antioquia

La seguridad alimentaria constituye un tema prioritario en la agenda de las políticas públicas, dada la preocupación por minimizar el hambre y sus consecuencias, en particular la desnutrición y la muerte. Por ejemplo, la Cumbre Mundial sobre Alimentación, celebrada en Roma en 1996, admitió como intolerable que más de 800 millones de personas padecieran de hambre y no pudieran satisfacer sus necesidades alimentarias básicas, a pesar de que la disponibilidad de alimentos había aumentado considerablemente.

Lo anterior sugiere que si bien en el entorno global existe una oferta suficiente de alimentos, en muchos países, regiones y grupos específicos de población no se logra un acceso adecuado a los mismos, principalmente por falta de dinero, por barreras de tipo geográfico o por un desarrollo precario del mercado. En consecuencia, el estado nutricional se ve afectado y esto implica un deterioro en la salud de la población.

Para hacer frente a esta problemática, en Colombia se cuenta con programas de origen gubernamental como los restaurantes escolares y los hogares comunitarios, los cuales dan prioridad a la población infantil. También existen iniciativas de la

sociedad civil, como las que adelantan la Iglesia, algunas empresas y organismos no gubernamentales que brindan opciones de alimentación, principalmente a estudiantes, adultos mayores y población en estado de indigencia.

Sin embargo, el problema de la desnutrición persiste y la crisis económica de 1999 agravó la situación. Para el caso de Antioquia, se destaca que el fenómeno es más pronunciado que el promedio nacional, además de presenciarse una desigualdad dentro del departamento con una marcada desventaja sobre las regiones de Urabá y Bajo Cauca. Así, con el fin de enfrentar el problema, el gobierno departamental inició en 2002 el plan de mejoramiento alimentario y nutricional de Antioquia –Maná–.

En esta Observación se realiza una reconstrucción teórica del programa Maná, mediante la identificación y análisis de los momentos que le dan la forma como política pública –el problema, el curso de acción y la implementación– y, en especial, se propone un análisis crítico sobre los indicadores para el monitoreo y la evaluación, de modo que se brinden elementos conceptuales y metodológicos para el análisis de la política y su impacto futuro.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1803

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE**

1. Conceptos básicos

1.1 Seguridad alimentaria

La seguridad alimentaria se define como *el acceso de todas las personas en todo momento a los alimentos necesarios para llevar una vida sana y activa* (FAO, 1992). En el contexto regional o nacional, se concibe como la suficiencia de los alimentos disponibles para cubrir las necesidades de la población, es decir, como el equilibrio entre la oferta y la demanda de alimentos en un territorio determinado.

Bajo esta perspectiva, a la búsqueda del equilibrio macro se agrega el propósito de garantizar un acceso igual para todas las regiones y grupos de población. Además, en el marco de estrategias de desarrollo local –el nivel meso– existen posibilidades para que los gobiernos y las sociedades de municipios y regiones adelanten acciones en procura de garantizar una buena producción y disponibilidad de alimentos, el acceso de toda la población a éstos y, en general, vigilar el estado de la seguridad alimentaria en su territorio.

Por último, en cuanto a lo micro la seguridad alimentaria está determinada por la capacidad que tienen las familias para obtener los alimentos suficientes que les permita cubrir sus necesidades nutricionales, ya sea produciéndolos o comprándolos. Sin embargo, al considerar a la familia como unidad básica en la que se concreta la seguridad alimentaria para el individuo y en la que intervienen cuestiones que la distinguen de otras familias, como los hábitos alimenticios y culturales, resultan diferencias sobre la valoración que adquiere el consumo, ya que éste puede responder a necesidades objetivas o subjetivas. En otras palabras, las personas prefieren consumir ciertos alimentos que pueden ser muy distintos de los necesarios para mejorar o mantener un buen estado nutricional.

Los componentes de la seguridad alimentaria

Para comprender mejor el concepto y los determinantes de la seguridad alimentaria, se consideran sus tres componentes: suficiencia, estabilidad y acceso. La *suficiencia* está referida a la existencia de un volumen adecuado de alimentos, el cual resulta de la producción nacional y del balance entre importaciones y exportaciones. Por su parte, la *estabilidad* es un concepto relacionado con la posibilidad de contar con un flujo permanente de alimentos, de modo que se refiere a cuestiones como la calidad de la producción agrícola, sin la ocurrencia de pérdidas en períodos de cosecha o poscosecha ni variaciones estacionales fuertes, la capacidad de almacenamiento y la disponibilidad de divisas para adquirirlos.

Entre los tres componentes anteriores, el *acceso* puede catalogarse como el más importante y objetivo fundamental de la política, por cuanto constituye el conjunto de acciones realizadas por las familias para adquirir y consumir los

alimentos. Ahora bien, el acceso depende tanto de aspectos económicos como de infraestructura, por lo que la falta de ingresos, la baja calidad de vida, el entorno socioeconómico y político y la restricción al crédito, son algunas de las causas de la inseguridad alimentaria. Dicho en otros términos, aunque exista abundancia de alimentos éstos no pueden ser consumidos por muchas familias y, en el caso contrario, los individuos pueden contar con la capacidad adquisitiva para obtenerlos, pero debido a razones físicas, como la falta de carreteras o infraestructuras de mercado inadecuadas, no pueden acceder a ellos.

1.2 Nutrición y estado nutricional

Los seres humanos necesitan de alimentos inocuos o no dañinos, de calidad y en las cantidades necesarias, de tal manera que logren una alimentación balanceada, suficiente para reponer el desgaste físico y mental al que son sometidos. Si bien un buen estado nutricional depende en gran parte de aspectos socioeconómicos, también incide en ella el estilo de vida de los individuos, el nivel de educación y los hábitos alimenticios. En consecuencia, aunque la seguridad alimentaria es necesaria para un buen estado nutricional, ella no es suficiente.

Los problemas del estado nutricional de las personas son básicamente dos: la *desnutrición*, definida como una enfermedad que resulta de una alimentación deficiente en cuanto hacen falta las sustancias nutritivas necesarias para el funcionamiento adecuado del organismo, y la *malnutrición*, que es un cuadro clínico caracterizado por una alteración en la composición del cuerpo, resultado de un desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades nutricionales básicas.

1.3 Seguridad alimentaria y nutricional

A partir de la relación entre seguridad alimentaria y nutrición surge el concepto de seguridad alimentaria y nutricional –SAN– el cual hace referencia al *acceso físico y económico de todas las personas en todo momento a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales y sus preferencias alimentarias, a fin de llevar una vida sana y activa* (FAO, 1992).

Las dimensiones de la SAN

Se destacan cuatro dimensiones de la SAN. Primero está la *dimensión categórica*, la cual prácticamente reúne las dimensiones de la seguridad alimentaria que se mencionaron anteriormente y está compuesta por determinantes físicos y temporales, los primeros referidos a los procesos de *disponibilidad, accesibilidad y utilización* de los alimentos, y los segundos a la duración del tiempo en que se ve amenazada la SAN, como el tiempo entre cosechas o los desastres naturales.

La segunda dimensión es la *socio-estructural*, asociada a la aplicación de la anterior a lo micro, meso y macro. La tercera es la *dimensión administrativa*, que hace alusión a los aspectos gerenciales de los entes encargados de los planes y las políticas de alimentación. Por último, la *dimensión de situaciones relacionadas* se refiere a los mecanismos de acción para abordar los problemas de seguridad alimentaria en una región, según el nivel de gravedad que estos presenten.

1.4 Indicadores de seguridad alimentaria y nutricional

Como se ha sugerido antes, la seguridad alimentaria y nutricional no solo se evalúa con indicadores de disponibilidad y acceso de alimentos, pues el objetivo final es el estado nutricional de la población. Por tal motivo, entre los indicadores más utilizados se encuentran los de tipo antropométrico como: porcentaje de niños con bajo peso al nacer (menos de 2.500 grs.); porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición; porcentaje de escolares de 7 años con déficit de talla para la edad; tasa de mortalidad infantil y preescolar asociada a la desnutrición, y porcentaje de adultos con déficit energético crónico, según el índice de masa corporal.

Otros indicadores están referidos a la disponibilidad de alimentos –como el aporte relativo de ciertos productos a la ingesta dietética total, el aporte de proteínas y energía procedente de los alimentos básicos– y los de accesibilidad –como el costo de una canasta básica en

relación con el salario mínimo y el porcentaje destinado a los alimentos en relación con el ingreso familiar.

Finalmente, se destacan tres clases de desnutrición, las cuales tienen también sus indicadores respectivos: *desnutrición global*, caracterizada por el bajo peso respecto a la edad (peso/edad); *desnutrición crónica*, entendida en términos del retraso en el crecimiento debido a una insuficiente ingestión de nutrientes, especialmente en los niños menores de cinco años de edad (talla/edad), y *desnutrición aguda*, relacionada con el retraso de crecimiento que provoca un adelgazamiento extremo y puede llevar a la muerte (peso/talla). Los indicadores de estos tipos de desnutrición suelen estar asociados a grupos específicos o población vulnerables, con el fin de

establecer la gravedad de su estado nutricional y buscar soluciones directas y focalizadas.

2. La política pública en Antioquia

2.1 Contexto internacional e institucional

La preocupación por la inseguridad alimentaria y nutricional se ha generalizado y apunta a buscar soluciones de índole mundial. Es así como se han realizado varias cumbres y conferencias que buscan comprometer a las naciones participantes en la búsqueda de soluciones efectivas (ver Cuadro 1).

En el caso colombiano, se han establecido programas para enfrentar el problema del hambre y la desnutrición, como

Cuadro 1. Declaraciones mundiales sobre seguridad alimentaria y nutrición, 1990 – 2001

Año	Evento	Objetivos
1990	Cumbre mundial a favor de la infancia Nueva York	Reducir: mortalidad infantil en una tercera parte; mortalidad materna en 50%; desnutrición grave y moderada en niños menores de cinco años en 50% y deficiencia de hierro y yodo fundamentalmente en mujeres y niños.
1992	Conferencia internacional sobre nutrición Roma	Eliminar: las muertes por hambre, deficiencia de yodo y vitamina A, deficiencias nutricionales crónicas y enfermedades derivadas del consumo de una dieta inadecuada.
1993	Cumbre de presidentes centroamericanos Caracas	Acoger: la iniciativa regional para la seguridad alimentaria y nutricional, con instrucción a las autoridades para formular planes de acción para la nutrición.
1994	Plan de acción regional de promoción de la salud Santafé de Bogotá	Instar: a los gobiernos miembros a que favorezcan las políticas de promoción de la salud y hacer frente a los nuevos problemas de salud derivados de la desnutrición.
1996	Cumbre mundial sobre la alimentación Roma	Erradicar: el hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición en el plazo de un decenio.
2000	Cumbre del milenio Nueva York	Erradicar: la pobreza extrema y el hambre (objetivo 1 de desarrollo del milenio).
2001	Cumbre mundial sobre la alimentación "Cinco Años Después" – Roma	Corroborar: la necesidad de disminuir la pobreza y el hambre.

Fuente: Elaboración propia.

es el caso del programa *Hogares Comunitarios* del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF–, establecido en el marco del Plan de lucha contra la pobreza absoluta y para la generación de empleo de 1986, el cual pretendía mejorar las condiciones nutricionales de los niños atendidos en estos hogares. Así mismo, tres años después, el programa *Bono alimentario rural para niños en edad preescolar* se inició para mejorar las condiciones de salud y la nutrición de la población infantil de áreas rurales no cubiertos por los hogares comunitarios.

Otra iniciativa nacional está en el *Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005*, el cual surgió de la conferencia internacional sobre nutrición de 1992, cuyo objetivo principal

es “contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana, en especial de la más pobre y vulnerable, integrando acciones multisectoriales en las áreas de salud, nutrición, alimentación, agricultura, educación, comunicación y medio ambiente” (DNP, 1996).

Es importante destacar que los planes y programas más recientes están articulados a los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en la Constitución Política de Colombia. Por ejemplo, el artículo 43 de la Carta dice que la mujer “durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.” Por su parte, en el artículo 44 se definen como derechos fundamentales de los niños “la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada.” Finalmente, el artículo 65 manifiesta que “la producción de alimentos gozará de la especial protección del Estado.”

A estos esfuerzos se suman iniciativas desde la sociedad civil, como los aportes de la Iglesia, empresas privadas y organismos no gubernamentales que ofrecen alimentos principalmente a población indigente, estudiantes y adultos mayores. Sin embargo, pese a todo ello, la situación del país es preocupante: según el Informe de Desarrollo Humano de 2004, entre 1998 y 2000 el 13% de la población colombiana estaba desnutrida, mientras el indicador promedio para América Latina era de 6,4% (Observar, 2004:24).

Un indicador más específico, la desnutrición crónica en menores de cinco años, es ofrecido por la Encuesta de Demografía y Salud –EDS– de 1995 y 2000. Los resultados de esta encuesta enseñan que este tipo de desnutrición pasó de 15,1% a 13,1% entre ambos años, destacándose el hecho de que en el ámbito rural se mantuvo prácticamente constante, al pasar de 17,2% a 17,4%, mientras en las áreas urbanas se registró una leve mejoría, de 10,8% a 9,7%. Además, aunque las cifras urbanas son menores, resulta que en estas áreas se presenta una mayor inequidad (Flórez, 2002:34)

2.2 El problema en Antioquia

Antioquia se ha caracterizado como uno de los departamentos con mayor índice de desnutrición en el país. Para el año 2000, según la EDS, el departamento registró índices de desnutrición crónica y global más altos que el promedio nacional, con porcentajes referidos a la población total de 3,6% frente a 2,8% y de 7,6% frente a 6,7%, respectivamente.

En cuanto a la situación dentro del departamento, teniendo en cuenta especialmente a los niños, se tiene que la última información reportada por controles a los menores de siete años del programa de crecimiento y desarrollo es del año 1996, la cual enseña unos índices de desnutrición global,

crónica y aguda de 32.7%, 25.6% y 19.9%, respectivamente. Al considerar la situación de las regiones que conforman el departamento, se tiene que Urabá es la más afectada, con los siguientes índices: 30.6%, 28.1% y 32%.

Por último, la tasa de mortalidad infantil por desnutrición ha crecido en el departamento en los últimos diez años, alcanzando en 2001 una tasa máxima de 25,7 por cada 100.000 menores de 5 años, frente a 4,5 en 1995, lo cual significa la muerte de 149 niños en 2001 comparado con 26 en 1995. Ahora bien, en 2002 y 2003 se presentó una reducción en esta mortalidad, aunque el descenso apenas implica retornar a las cifras de 1999, conservando una distancia importante con la situación de 1995 (ver gráfica 1). Se destaca además que este fenómeno presenta diferencias regionales de importancia, con la situación más preocupante en Urabá y Bajo Cauca, mientras el Valle de Aburrá, Suroeste y Oriente presentan las cifras menos desfavorables (ver gráfica 2).

El problema así esbozado, tanto por su magnitud como por los efectos que trae sobre la equidad, es incorporado en la agenda de políticas públicas, tanto la de los gobiernos como la de la ciudadanía. Por parte de la población, se destacan las denuncias “pasivas”, a través de la manifestación de los casos como un hecho a partir del cual la sociedad pide la solución del problema. Y en cuanto al gobierno, se encuentra la prioridad asignada a la seguridad alimentaria y nutricional dentro de los dos últimos planes de desarrollo en Antioquia y en el ejercicio democrático que significó la Asamblea Constituyente de Antioquia.

En resumen, siguiendo las recomendaciones que ofrece la literatura sobre políticas públicas para la definición de un problema (Dunn, 1994; Bardach, 2001), en este caso se plantea lo siguiente: *hay muchos hogares en el Departamento de Antioquia que sufren de inseguridad alimentaria y desnutrición.*

2.3 La política adoptada

La Asamblea de Antioquia, mediante la Ordenanza 017 de 2003, adoptó la política pública de seguridad alimentaria y nutricional, cuyo objetivo sería el de contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de los menores de 14 años y sus familias en los municipios priorizados, a través de la aplicación del modelo de seguridad alimentaria propuesto por Maná.

Se destaca que previo a la aprobación de la Ordenanza se había iniciado al Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia –Maná–, de modo que al presentar la iniciativa a la Asamblea Departamental se tenía el propósito de darle mayor legitimidad a la política y buscar su estabilidad en el tiempo. En dicho proceso se logró concitar el apoyo, mediante la donación de recursos financieros o la disposición

de ayudas logísticas, de entidades estatales y de organizaciones no gubernamentales y del sector privado. Es así como se concretaron alianzas con Ecopetrol, ICBF, Corantioquia y el Programa de Familias en Acción.

La política contenida en Maná se sustenta en seis ejes estratégicos, cada uno con sus propios objetivos y líneas de acción, proyectos e indicadores de monitoreo.

El complemento alimentario

Este eje busca mejorar o mantener el estado nutricional de los grupos vulnerables, buscando ofrecer un aporte que no sea inferior al 20% de los requerimientos proteicos diarios, para lo cual se dispone el suministro del complemento alimentario a partir de la organización de la comunidad, en asocio con las administraciones municipales y el ICBF. Además del complemento, dentro de sus proyectos se destacan la formación y capacitación en hábitos y estilos de vida saludables, derechos y deberes en salud y participación comunitaria.

Inducción a los servicios de salud

Este eje tiene como objetivo promover el acceso a los servicios de salud, a través de formación, atención, investigación y actualización. Su estrategia fundamental es la inducción a la oferta y demanda de servicios de salud, destacándose proyectos como el de madre y padre canguro, entrega de micronutrientes, fomento de lactancia materna y actualización de guía de atención a niños desnutridos.

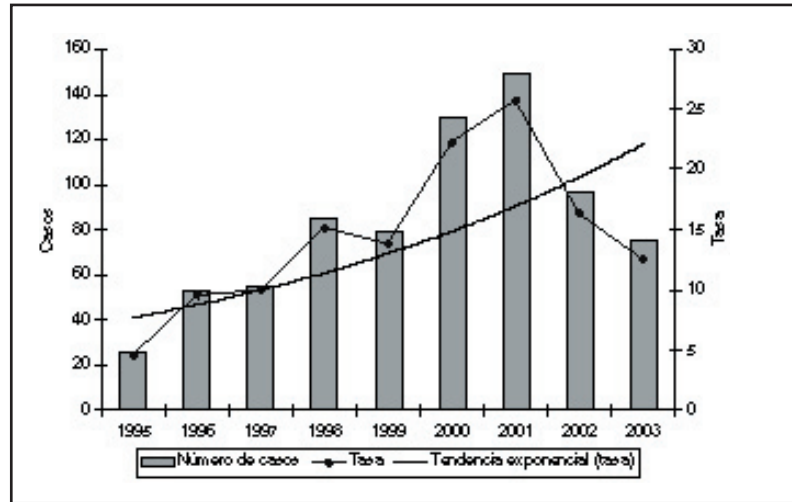
Pactos por la infancia

Mediante este eje se pretende promover cambios en la protección de los derechos de los niños a partir de la formación de agentes multiplicadores. Entre sus proyectos están la capacitación de líderes comunitarios, capacitación a padres de familia en buen trato y el fortalecimiento a las redes de infancia. Su estrategia principal es implementación de acciones pedagógicas sobre derechos de la infancia con énfasis en el afecto y la alimentación.

Proyectos productivos

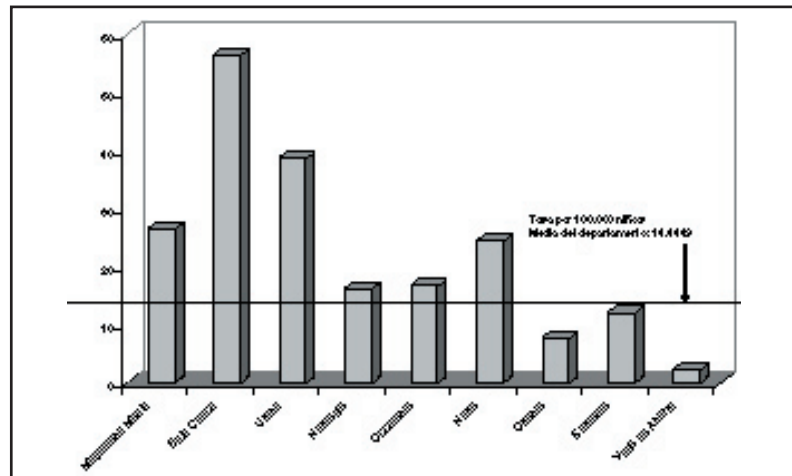
Este eje busca mejorar los hábitos alimenticios y nutricionales mediante el aumento de la producción local de alimentos. Su estrategia es el establecimiento de sistemas productivos mediante huertas familiares, escolares y comunitarias. El

Gráfica 1. Antioquia: mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, 1995 – 2003.



Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Gráfica 2. Antioquia: tasa de mortalidad por desnutrición, promedio por región 1995 – 2003.



Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

desarrollo de sus proyectos se basa en el montaje de proyectos productivos y el fortalecimiento de la organización comunitaria.

Proyectos pedagógicos

Este eje fue diseñado para actualizar los procesos educativos institucionales mediante el fortalecimiento de la comunidad educativa con un enfoque en seguridad alimentaria y nutricional. Sus proyectos son la formación en diseño curricular integrado, gestión empresarial y técnicas agropecuarias, entre otros.

Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional

Este eje tiene como objetivo la construcción e implementación de un sistema de vigilancia departamental (el Sismaná) que brinde información para la toma de decisiones.

2.4 Implementación de la política

La implementación de la política implicaba la operación conjunta de los seis ejes para lograr mayor efectividad en el logro de las metas, así como la articulación de diferentes instancias del gobierno departamental y otros organismos públicos y privados. La implementación en los municipios inició en los 30 municipios con mayores casos de muerte por desnutrición, entre ellos los de las regiones de Urabá y Bajo Cauca.

La implementación en el contexto local: ilustración

A continuación, teniendo en cuenta testimonios y datos recolectados durante visitas de campo, se presenta un ejemplo sobre la manera como Maná se pone en marcha en un municipio. En primer lugar, se considera la inclusión del municipio, lo cual al inicio del programa, para cerca de 40 municipios catalogados como tipo A, fue determinado directamente por la gerencia de Maná a partir de las cifras de muerte por desnutrición. Luego, los demás municipios pueden incluirse a partir de la solicitud de ellos mismos.

En segundo lugar, una vez recibida la solicitud, la gerencia convoca a los alcaldes de los municipios interesados para una capacitación y sensibilización sobre los propósitos y el contenido de Maná, así como para brindarles asesoría en la realización del plan para priorizar a la población beneficiaria de acuerdo a su situación socioeconómica. Uno de los esfuerzos que debe adelantarse en el municipio, a continuación de la información así recibida, se refiere a la selección de la población beneficiaria entre los niños cuya edad oscila entre seis meses y cinco años, identificados en los niveles I o II del SISBEN y que no estén incluidos en otros programas de complementación alimentaria, en particular los restaurantes escolares.

En tercer lugar, el municipio debe conformar un equipo coordinador para la realización del plan, con la participación de al menos el director local de salud, una persona de la unidad municipal de asistencia técnico agropecuaria –UMATA–, el jefe de núcleo educativo y el encargado de desarrollo comunitario. Además, se conforma un equipo operador para cada eje temático y se promueve la creación de un comité veedor. Una vez se elabora el plan, éste es enviado a la oficina de Maná en donde se aprueba o, si se considera necesario, se piden ajustes al mismo.

En cuarto lugar, posterior a la aprobación del plan se da paso a las contrataciones y al desarrollo de cada una de las

estrategias o ejes. Por lo general, una de las primeras contrataciones es la del complemento nutricional, a partir de la cual se jalonan las demás estrategias. De ahí en adelante se realizan acompañamientos periódicos y control de las actividades.

Una vez se autoriza al municipio para iniciar el programa, éste moviliza recursos humanos mientras la mayoría de los recursos económicos son aportados por la Gerencia de Maná. El desarrollo de los ejes y su prioridad depende de los recursos que haya en el municipio y de las necesidades de la población. Por ejemplo, para la creación de proyectos productivos es necesario un espacio, lo cual ha significado que éste sea uno de los ejes más difíciles de implementar. Además, si bien el complemento nutricional ha tenido muy buena acogida entre la población, se encuentra en muchos casos que las madres ven a Maná solamente como la entrega de leche y galletas por parte del Gobierno departamental.

En cuanto al control de la política, se toma peso y talla a los niños al iniciar y cada seis meses hasta terminar, para lo cual se pide a los beneficiarios que ingresen a sus niños al programa de crecimiento y desarrollo. Los datos que se recogen son indicadores antropométricos y de desnutrición global, aguda y crónica.

3. Bases para el monitoreo de Maná

Para profundizar en la lectura de Maná como política pública y proponer una manera de hacer el monitoreo de la misma, se ha partido de los conceptos que sobre el particular ofrece William Dunn (1994). Para este autor, el monitoreo se refiere al *procedimiento del análisis de la política usado para producir información acerca de las causas y consecuencias de las políticas públicas*. Es así como se requieren indicadores que puedan reflejar el comportamiento de la política instaurada y su relación con las metas a lograr.

3.1 Esquema para el monitoreo de Maná

En el esquema sugerido por Dunn se distinguen cuatro aspectos importantes: los insumos de la política, los procesos, los productos o resultados y los impactos esperados. Este esquema fue construido para el caso de Maná (ver esquema 1), identificando en primer lugar los insumos de la política, entre los que se destacan los recursos financieros, personal, equipos y materias primas. En segundo lugar, en cuanto a procesos se destacan campañas de sensibilización, capacitación, contratación y creación y fortalecimiento de instituciones y organismos colaboradores en sus procesos de política.

En tercer lugar, los productos de Maná están referidos a cuestiones como la entrega del complemento nutricional (refrigerio diario), personas capacitadas y gestantes que reciben

micronutrientes. Y en cuarto lugar, el esquema contempla los impactos esperados de Maná, como los cambios en el estado nutricional y en los hábitos alimenticios, la reserva de productos de cosecha o el mayor cuidado y control de las gestantes.

Por último, en el esquema también se consideran algunas cuestiones externas a la política y que pueden afectar su desempeño o beneficiarse de su impacto. Es el caso de las precondiciones para el inicio del plan, como la poca movilización de recursos, los eventos inesperados, como un desplazamiento masivo de población, y los efectos secundarios que se derivan del proceso de implementación de la política.

3.2 Indicadores oficiales

Maná posee bases para la construcción y ejecución de sus indicadores y monitoreo, establecidas en el Plan de Desarrollo “Una Antioquia Nueva” 2001 – 2003. Sin embargo, se observa que sus indicadores apuntan más a un monitoreo de gestión y de resultados de la política, sin muchas referencias a lo que significan los logros en materia de cobertura o de alivio al problema que se intenta resolver. Es así como se destacan indicadores como número de refrigerios entregados, niños beneficiarios con el refrigerio y personas capacitadas.

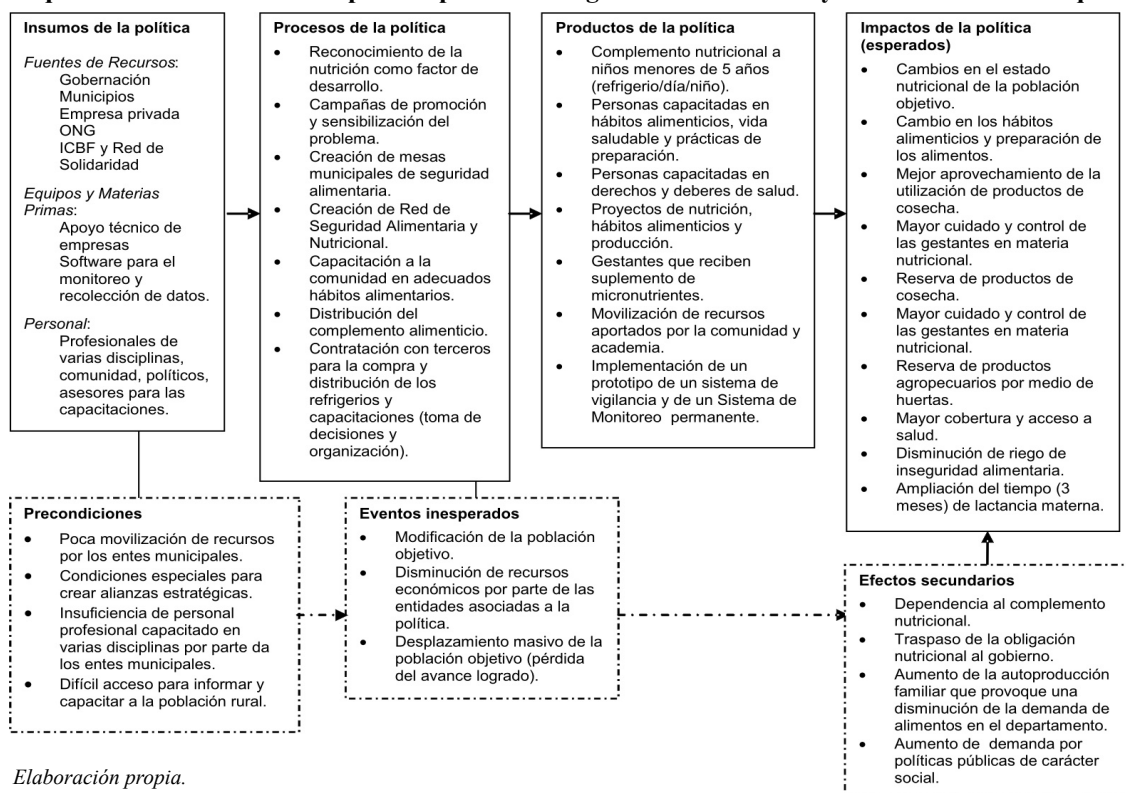
Los indicadores de Maná no deben limitarse a enunciar o enumerar los beneficiarios por eje, sino más bien a mostrar

la integralidad de los mismos. Así podría apuntarse a mostrar los resultados e impactos reales que la política pública genera como un todo. Un ejemplo de ello es el eje de complementación nutricional; sus indicadores están enfocados, en su mayoría, hacia la cobertura que tiene, sin tener en cuenta que es uno de los más solicitados y acogidos por la comunidad debido a su carácter “asistencialista”. Lo realmente importante es que los indicadores muestren, midan o pronostiquen el impacto que genera –en especial a mediano y largo plazo–, por ejemplo, el monto del ahorro que tienen las familias y en qué se reinvierte, cuando se las provee de un complemento.

De la misma manera, los indicadores actuales dejan de lado aspectos como la cultura, la aceptación y el empoderamiento de la política por parte de la comunidad. Sin embargo, se debe tener cuidado de no tratar de medir o establecer el grado de empoderamiento por medio de acciones muy reconocidas como en el caso del complemento, ya que el sólo hecho de saber sobre su existencia no significa que la gente haya cambiado sus hábitos o haya aprovechado el ahorro para comprar alimentos nutritivos para los niños o la familia.

Algunos aspectos a tener en cuenta para dimensionar el impacto de la política, en tanto significan formación de capital social y requieren por tanto de indicadores mucho más específicos, se refieren al origen y grado de formación de los

Esquema 1. Monitoreo de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional en Antioquia



capacitadores y líderes multiplicativos, la profundización de los temas que tienen que ver con hábitos alimenticios y estilos de alimentación saludable, así como los temas relacionados con pactos por la infancia. Sobre el particular, es importante precisar qué tipo de capacitaciones específicamente reciben las comunidades, con qué duración y a cargo de qué tipo de profesional, cuántas personas por profesional son capacitadas, cómo se evalúan estas capacitaciones y, lo más importante, cómo se miden o perciben los cambios de las personas en materia de seguridad alimentaria y nutricional que son capacitadas en los diferentes ejes.

3.3 Construcción de indicadores

Teniendo en cuenta literatura básica sobre construcción e implementación de indicadores utilizados en los programas de seguridad alimentaria y nutricional y su comparación dentro de los diferentes sistemas internacionales de vigilancia—entre los que se encuentran los de la FAO, la OCDE, el GTI, la UNICEF y la OMS—, así como la revisión de los empleados por Maná, se proponen algunos indicadores que podrían utilizarse para monitorear la política con información relevante para la medición de impacto (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Muestra de indicadores propuestos para el monitoreo de Maná

Nombre del Indicador	Medición	Clasificación
Rotación integrantes de proyectos productivos comunitarios y familiares.	# de integrantes que abandonan o cambian de proyectos productivos comunitarios.	Empoderamiento.
Volumen de producción per-cápita en las huertas.	Volumen de producción por hectáreas plantadas/ # de integrantes de las huertas.	Sostenibilidad.
Porcentaje de tierras en comodato.	(# hectáreas en comodato / total hectáreas destinados a los proyectos productivos)*100.	Empoderamiento Sostenibilidad.
Porcentaje de madres que reciben el complemento enteradas de los otros.	(# de madres que conocen todos los ejes y reciben el complemento / total de madres que reciben el complemento)*100.	Percepción Integralidad de los ejes.
Capacitación a líderes comunitarios	# de horas de capacitación a los líderes multiplicadores.	Capacitación.
Cambios en los patrones de consumo de alimentos de las familias beneficiarias	Encuesta sobre acceso y utilización de alimentos	Percepción Empoderamiento.
Porcentaje de gestantes que reciben micronutrientes y dan a luz a niños con peso mayor a 2500g.	(# gestantes con neonatos con peso mayor a 2500g / # gestantes que reciben micronutrientes)*100.	Prevención.
Porcentaje de niños entre 0-3 meses que se alimentan exclusivamente de leche materna.	(# niños que lactan entre 0 y 3 meses / total niños en edad lactante)*100.	Cobertura Empoderamiento

Elaboración propia.

Si bien la clasificación de los indicadores se establece de acuerdo a los ítems del monitoreo propuestos por Dunn, también se hace una clasificación que muestre los aspectos sociales a los que hacen más énfasis, es decir, si presentan información para valorar la cobertura de la política, la acogida de la gente hacia ésta, si están midiendo el grado de sensibilización y capacitación de los beneficiarios, o si las acciones están enfocadas a la prevención o tratamiento de la desnutrición.

Es importante enfatizar en la necesidad de contar con indicadores sistémicos, integrales y que permitan precisar el impacto de la política. Sin duda, la pertinencia de estos indicadores dependerá de la recolección y veracidad de los datos, para lo cual Maná cuenta con la colaboración de diferentes organismos que podrían comprometerse a compartir y evaluar conjuntamente la información obtenida. La vigilancia de los cambios en el estado nutricional y en la actitud de la gente frente a este tipo de problemas se establecerá mejor a través de visitas y entrevistas personales que corroboren dichos cambios. El principal indicador final de Maná es la reducción de la mortalidad por desnutrición y con base en él se estima la eficacia de la política; sin embargo, no se pueden dejar de lado aspectos como el aumento de la morbilidad asociada a los desequilibrios nutricionales y el que reducir las muertes por desnutrición no implica la reducción de la desnutrición en sí.

4. Conclusiones

Maná fue formulado como una estrategia para afrontar el problema de inseguridad alimentaria y nutricional en Antioquia, tomando como población beneficiaria a los niños de catorce

años y sus familias. Aunque el programa parece tomar el enfoque de la SAN como fundamento para mejorar el estado nutricional de los niños, en su definición operativa y ejecución adquiere sesgos sobre la entrega de alimentos a los menores de cinco años y se concentra en un grupo de población limitado, lo cual advierte que su impacto podría no ser muy significativo en el largo plazo.

En tal sentido, es importante buscar la extensión del programa, tanto en términos de cobertura de población como de las acciones a emprender. Una consideración importante para garantizar su sostenibilidad y

ampliación consiste en darle firmeza al tejido conformado por el gobierno departamental y los acuerdos o alianzas con entidades como Ecopetrol, Corantioquia e ICBF, al igual que la participación de las comunidades. De la misma manera, es necesario garantizar una fuente constante de recursos de los planes de inversiones departamentales y municipales.

Al analizar el programa desde la perspectiva de política pública se aprecia que si bien su diseño estuvo basado en la planeación estratégica situacional, existe poca articulación entre la situación

de cada región –en términos del diagnóstico y sus causas– y las propuestas para cada una, de manera que los ejes no tienen diferencias significativas en prioridades, metas y acciones en el entorno regional.

Para esto es importante tener en cuenta al menos cómo se ve determinado el diagnóstico de cada región por la disponibilidad, la accesibilidad y la utilización de los alimentos, de manera que en cada caso se defina la prioridad y tal vez no siempre coincida que el eje fundamental sea el complemento nutricional y este mismo no sea estándar en todos los municipios (la misma porción de leche con galletas). A manera de ilustración, sobre la importancia de reconocer los gustos de la población –aceptación cultural de los alimentos–, en el Bajo Cauca se encontró el rechazo de los niños hacia la galleta tipo “cuca”, debido a su forma y sabor.

En la implementación de la política se encuentran dificultades sobre la definición de los beneficiarios. Es así como si bien se definió que la edad máxima para recibir el complemento alimentario es de cinco años, en la práctica se amplía hasta los seis y en algunos casos en los que ésta se supera los niños permanecen en el programa en consideración a que su estado nutricional no mejora. Pero además, se encuentran casos en los cuales un niño es retirado del programa cuando su estado nutricional presenta exceso en el indicador peso para la edad y alto para el indicador talla para la edad. Esto sugiere, además de un margen de discrecionalidad, que la política no se preocupa mucho por evitar o tratar la malnutrición ni la morbilidad que ésta pueda provocar, destacándose en su formulación y monitoreo la importancia atribuida a la mortalidad.

El énfasis de Maná sobre el complemento alimentario, con el cual comúnmente se identifica la política, se evidencia en el hecho de que más del 50% del presupuesto corresponde a este eje. Se requieren acciones de divulgación y pedagogía que permitan superar la idea de que Maná se refiere a la entrega de leche y galletas, buscando un mejor grado de empoderamiento por parte de la comunidad en relación con los demás ejes de la política.

Si bien Maná es una política con poco tiempo de implementación, debe tenerse en cuenta que desde su inicio debió instaurarse el control a través de unos indicadores adecuados y complementarios entre sí, pero se aprecia un retraso para la aplicación del Sismaná. Adicional a eso, el eje de vigilancia nutricional no debería tratarse como tal dentro de la estructura de la política, sino que debería ser un componente paralelo a ésta, con el fin de garantizar transparencia, mejoras en las decisiones e información relevante y con capacidad de retroalimentación entre todos los actores de la política, en especial la comunidad.

Una de las dificultades más evidentes en el monitoreo de la política es la recolección de información para medir su impacto. Las personas tienden a suministrar respuestas sesgadas debido a que lo único fácil de medir es el número de personas que reciben determinados productos más que conocer

el impacto que éstos causan en ellos. Se cuestiona entonces que los indicadores de Maná apuntan más a un monitoreo de gestión y de procesos intermedios de la política, por lo que es determinante proponer indicadores para establecer una evolución en el tiempo que identifiquen los cambios en el rol y la conciencia de las familias sobre el tema de seguridad alimentaria y nutricional.

Referencias bibliográficas

- AGUILAR, Luis F. (1996). *Colección Antologías de Políticas Públicas*. 2ª edición, México D.F., Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa.
- ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE ANTIOQUIA (2003). Ordenanza No 17 de 2003, Medellín, Gobernación de Antioquia.
- BARDACH, Eugene (2001). *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica*. México D.F., Centro de Investigación y Docencia Económicas y Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa.
- BOURGÉS, Héctor (2001). “La Alimentación y la Nutrición en México”. *Comercio Exterior*. Vol. 51, No. 10. México D.F.
- Departamento Nacional de Planeación (1996). “Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996 – 2005”. Bogotá.
- DUNN, William (1994). *Public Policy Analysis*. New Jersey, Prentice Hall.
- GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA (2002). “Plan departamental de seguridad alimentaria y nutricional 2002-2003”. Medellín.
- FAO [Sitio en Internet] <http://www.fao.org>
- FLÓREZ, Carmen E. (2002). *La equidad en el sector salud: una mirada de diez años*. Bogotá D.C., Fundación Corona – Fundación Ford.
- GROSS, Rainer y SCHOENEBERGER, Hans. “Las Cuatro Dimensiones de Seguridad Alimentaria y Nutricional: Definiciones y Conceptos”.
- JIMENEZ, Santa (1999). “Curso Seguridad Alimentaria y Nutricional en el contexto político, económico y social”, Medellín, Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, septiembre 20-24.
- _____ “Métodos de medición de seguridad alimentaria” [Artículo de Internet] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ali/vol9_1_95/ali10195.htm Acceso: junio 24 de 2004.
- MACIEL, Luiz Antonio y KLÉBER PEREIRA, José (2002). “La utilización de indicadores sociales en la evaluación de políticas públicas. Estudio de un caso de reforma agraria” *Revista del CLAD. Reforma y Democracia*. No. 24, octubre.
- SANCHEZ-GRIÑAN, María Inés (1988). “Seguridad alimentaria y estrategias sociales. Su contribución a la seguridad nutricional en áreas urbanas en América Latina”. Washington D.C., Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Públicas.
- TORRES, Lourdes y PINA, Vicente (2003). “Construcción de indicadores para la evaluación de políticas públicas” En: Bañón i Matinez, Rafael (compilador). *La Evaluación de la Acción y de las Políticas Públicas*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos S.A.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Washington D.C.

Observación Estadística

La unidad de pago por capitación del sistema de seguridad social en salud, 1996-2005

Aurelio E. Mejía Mejía

La unidad de pago por capitación –UPC– corresponde a la prima del seguro en el sistema de seguridad social en salud de Colombia. Con este monto, complementado en ciertos casos con las cuotas moderadoras y los copagos de los afiliados, se busca garantizar el acceso a los servicios del plan obligatorio de salud –POS–, por lo que su definición por el organismo regulador debería ajustarse, en teoría, a los costos del plan.

No obstante, la determinación anual para el régimen contributivo –UPC-C– parece responder más a criterios de equilibrio financiero que a los costos reales del POS (Restrepo y Rodríguez, 2004; Castaño, 2004). En el cuadro 1 se aprecia que entre 1996 y 2000 su ajuste anual fue idéntico al incremento del salario mínimo, que era tomado como indicador del comportamiento de las cotizaciones, lo cual permitió mantener un saldo positivo en la compensación (cotizaciones – capitaciones). Pero a partir de 2000, y de forma consecuente con el cambio de signo en el saldo de la compensación, la UPC-C se actualizó buscando la conservación del equilibrio, de manera que su crecimiento fue inferior al del salario mínimo y al de la inflación general. Por último, para 2004 y 2005 se definió un incremento superior a la inflación e inferior al del salario mínimo, lo cual se asoció con la recuperación del equilibrio financiero y la ampliación del POS.

Por el contrario, aunque también en los primeros años se evidenció un comportamiento idéntico al salario mínimo, en la determinación de la UPC del régimen subsidiado –UPC-S– se ha considerado primordialmente la situación de las diferentes fuentes de financiación, aunque en ciertas ocasiones se ha buscado reconocer el equilibrio entre UPC-S y el valor del POS, como ocurrió en 1999, cuando no se presentó incremento pues se consideraba que su monto era apropiado. Sin embargo, a partir de 2000 se han reconocido presiones de la demanda por atenciones de alto costo, de modo que el incremento ha sido superior a la evolución del IPC total y en varias ocasiones al de la UPC-C.

El comportamiento real de la UPC de ambos regímenes puede deducirse a partir de los datos del cuadro 1. Considerando el índice de precios al consumidor como medida de la inflación, entre 1995 y 2005 el valor de la UPC-C ha presentado un incremento real del 12%, mientras que en el régimen subsidiado el aumento es de 1% aproximadamente. La situación es diferente si se compara con el IPC salud, pues el resultado sería una caída real para ambos regímenes: 11% el contributivo y 20% el subsidiado. No obstante, no se pueden extraer conclusiones precisas sobre la suficiencia de la

UPC frente al costo del POS, debido a la escasez de información estadística apropiada y a la diferencia entre la canasta de bienes y servicios empleados para calcular el IPC salud y los incluidos en el POS (Restrepo y Rodríguez, 2004).

Con la introducción de nuevos procedimientos y medicamentos en el POS de ambos regímenes, una definición de la UPC que responda principalmente a las necesidades de equilibrio del sistema y no realice estudios confiables sobre su costo pone en peligro el acceso de la población a los servicios de salud básicos, incluido acá las barreras financieras que se derivan de una presión sobre el gasto de bolsillo, como es el caso de un aumento en las cuotas moderadoras. Por lo tanto, es fundamental prestar mayor atención al comportamiento de dichos costos de manera que se logren los objetivos de equilibrio financiero y prestación eficiente de servicios, en el marco de los principios estipulados en la Ley 100 de 1993.

Referencias

- Castaño Y., Ramón A (2004). “Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud, que inciden en las decisiones de ajuste del pos y/o de la UPC”. Documento de la Fundación Corona.
- Restrepo Z., Jairo H. y Rodríguez A., Sandra (2004). “Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia” *Borradores del CIE*. No. 11. Medellín, Universidad de Antioquia.
- Grupo de Economía de la Salud (2002). “Financiamiento del seguro de salud en Colombia”. *Observatorio de la Seguridad Social*. No. 4. Medellín, Universidad de Antioquia.

Cuadro 1. Colombia: variación de la UPC, salario mínimo e inflación general; resultado de compensación, 1996-2005

Año	UPC-C	UPC-S	Salario mínimo	IPC total	Saldo de compensación*
1996	19,5%	19,5%	19,5%	21,6%	72.910
1997	21,0%	21,0%	21,0%	17,7%	33.556
1998	18,5%	18,5%	18,5%	16,7%	36.281
1999	16,5%	0,0%	16,0%	9,2%	42.563
2000	10,0%	10,1%	10,0%	8,7%	-117.381
2001	8,8%	9,9%	10,0%	7,6%	-110.000
2002	5,2%	8,0%	8,0%	7,0%	216.536
2003	6,3%	7,5%	7,4%	6,5%	96.998
2004	6,7%	6,5%	7,8%	5,5%	145.774
2005	6,0%	6,0%	6,5%	5,0%	50.647

Fuente: CNSSS, Acuerdos del Consejo sobre UPC e Informes anuales del Consejo; DANE (IPC); Ministerio de la Protección Social (salario mínimo). Cálculos propios

* En millones de pesos. El valor de 2005 es presupuestado.

Observación Académica

El Informe de Macroeconomía y Salud y su importancia para Colombia

En 2001 fue elaborado el informe *Macroeconomía y Salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico*, presidido por el economista Jeffrey Sachs por encargo de la Organización Mundial de la Salud. El informe considera que las enfermedades ocasionan costos sociales elevados para los países de ingresos bajos, en donde una elevada carga de morbilidad causa una rotación de la fuerza laboral y disminuye los rendimientos de las empresas, afectando también el presupuesto nacional y familiar. Por esto, propone que el mundo se centre en las siguientes enfermedades: VIH/SIDA, paludismo, tuberculosis, afecciones maternas y perinatales, causas comunes de mortalidad infantil –como sarampión, infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas–, malnutrición, otras enfermedades prevenibles mediante vacunación y enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

Al poner en marcha programas para reducir la mortalidad y la morbilidad también es necesario amortiguar el aumento de la población mundial, para lo cual se requiere brindar servicios de planificación familiar, junto con una mayor facilidad de acceso a los métodos anticonceptivos. Ahora, para incrementar la financiación, del lado del gasto privado se plantea revertir la tendencia de pagos directos en lugar de pagos previos (sistemas de seguro), evitando así el gasto en productos farmacéuticos de alto costo y unos inadecuados servicios médicos que en su mayoría son prestados por personal poco calificado.

También es necesario eliminar las barreras estructurales que impiden el acceso, buscando fortalecer el personal asistencial, suministrar fármacos suficientes y garantizar adecuados sistemas de transporte. Esto podría lograrse a través de un sistema de provisión cercano al cliente –CAC–, con la participación activa de la comunidad en los programas de salud, la autorización de licencias para la producción de fármacos genéricos y las inversiones o donaciones destinadas a programas de investigación y desarrollo. El sistema CAC estaría compuesto por centros de salud, instalaciones de menor tamaño y servicios periféricos con financiación estatal.

De igual forma, como parte del sistema CAC, para cada país se recomienda un programa de intervenciones esenciales, eficientes técnicamente y dirigidas a las enfermedades más costosas para la población. Además, debe considerarse la participación de los donantes a los países menos adelantados con el fin de buscar un remedio a los altos índices de morbilidad y mortalidad. Se

trata de que los países de ingresos altos, sectores privados y comerciales y organismos internacionales, movilicen los recursos necesarios para luchar juntos contra las enfermedades, evitables y tratables, lo cual será posible con una mayor provisión de bienes públicos mundiales en la esfera de la salud. Se estima que entre 30 y 40 dólares anuales se requieren por persona para garantizar las intervenciones esenciales.

En cuanto al gasto público, el informe propone hacer un esfuerzo financiero de modo que para 2007 se incrementen los recursos para salud en los presupuestos nacionales en 1% del PIB y 2% para 2015. Además, ha de considerarse la participación de las entidades no gubernamentales y el programa de donaciones, las cuales se proponen en US \$ 38,000 millones a 2015, que deberán centrarse en programas que faciliten la elaboración de productos farmacéuticos bajo la protección de las patentes y la aplicación de licencias en la producción de genéricos.

Algunas de estas propuestas han sido implementadas en Colombia desde tiempo atrás. Se destaca, a partir de la Ley 100 de 1993, el incremento del gasto en salud en cerca de 2% del PIB, lo cual sugiere que la situación en el país puede mejorar sin grandes necesidades de recursos. Además, la definición de intervenciones esenciales puede verse en términos del plan obligatorio de salud y en especial de lo que cubre el régimen subsidiado. De igual forma, la Ley 643 de 2001 asignó recursos importantes para investigación en salud, como una oportunidad para consolidar la comunidad científica y generar conocimiento o aplicaciones concretas para resolver la problemática de salud.

Sin embargo, también puede apreciarse que Colombia se encuentra rezagada o al margen de otro tipo de propuestas. Es el caso de los servicios cercanos al cliente, que constituye una renovación de la estrategia de atención primaria que se descuidó en el país al centrar los esfuerzos en el aseguramiento y dejar que la oferta de servicios fuera un resultado de las fuerzas del mercado. También se destaca el poco esfuerzo que existe para replicar el tipo de ejercicios planteados por la Comisión, como sería el caso de una comisión nacional de macroeconomía y salud.

Referencia:

Sachs, Jeffrey (2001). *Macroeconomía y Salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/cmhareport>

Actualidades del GES

El GES fue clasificado como grupo B en la medición de grupos de investigación de Colciencias para 2005-2008.

Investigaciones iniciadas en 2004

“Integración vertical en el sistema de salud colombiano”.

“Estructura del mercado de medicamentos para uso ambulatorio en Colombia, 1993 – 2002”.

“Construcción de indicadores para el seguimiento y evaluación de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional en Antioquia, Maná”.

Tesis de maestría aprobadas en 2004

“Acceso a los servicios de ortopedia y cirugía. Red de servicios ESE Metrosalud, Medellín 2001”.

“Relaciones de agencia y relaciones de poder en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Un análisis del poder de voto a priori usando teoría de juegos.”

Tesis de grado aprobadas en 2004

“Eficiencia y calidad en hospitales públicos de Antioquia, 1998-2002”.

Publicaciones recientes

Restrepo, Jairo Humberto (2004). “¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?” *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, No. 6, Bogotá, pp. 8-34, julio.

Participación en eventos nacionales en 2004

Segundo Simposio Nacional de Microeconomía. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. *Ponencia*: “El problema de selección adversa en el seguro de salud colombiano: un estudio de caso para el régimen contributivo”.

1ª Conferencia Iberoamericana de Economía de la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública de México, Red José Luis Bobadilla y Banco Mundial, Cartagena. *Ponencias*: “Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia” y “Selección adversa en el régimen contributivo de salud: el caso de la EPS de Susalud”.

Otras actividades e información de interés

Se vincularon al GES, en el marco del programa jóvenes investigadores de la Universidad de Antioquia, los estudiantes de economía Aurelio Mejía Mejía y Juan Camilo Tamayo Ramírez.

Información institucional:

Rector de la Universidad de Antioquia:

Alberto Uribe Correa.

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:

Mauricio Alviar Ramírez

Director del CIE (E):

Jorge Lotero Contreras

Coordinador del GES:

Jairo Humberto Restrepo Zea
jairo@catios.udea.edu.co

Profesores en proyectos del GES

Elena del Corral Londoño
Johanna Vásquez Velásquez

Estudiantes de maestría en proyectos del GES:

John Fernando Lopera Sierra
Karem Espinosa Echavarría

Jóvenes investigadores:

Aurelio Mejía Mejía
Juan Camilo Tamayo Ramírez

Estudiantes en formación y pasantías:

Sandra Patricia Ortiz Sanmartín
Olga Zapata Cortés
Diana Marcela Ardila Londoño

Texto original:

Jairo Humberto Restrepo, Olga Zapata y Jilmer Moreno

Edición de textos:

Jairo Humberto Restrepo
y Aurelio Mejía

Diseño:

Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:

L. Vieco e Hijos Ltda.

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

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

Para esta edición del Observatorio se utilizaron recursos del proyecto “Monitoreo del sistema de seguridad social en salud en Antioquia 1999-2002”, financiado por la Universidad de Antioquia y la Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de Antioquia.

