

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"HÉCTOR ABAD GÓMEZ"

CONGRESO INTERNACIONAL

**SALUD PARA TODOS,
DESARROLLO DE POLÍTICAS
EN SALUD PÚBLICA PARA EL SIGLO XXI**

- **REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA -ALAESP-**
- **CONFORMACIÓN DE LA RED LATINOAMERICANA POR LA SALUD PÚBLICA**
- **ENCUENTRO DE EGRESADOS DE SALUD PÚBLICA**
- **CURSOS PRECONGRESO**
- **JORNADAS DE INVESTIGACIÓN**

Congreso Internacional Salud Para Todos: Desarrollo de Políticas en Salud Pública para el Siglo XXI

El gran compromiso de nuestra Facultad Nacional de Salud Pública para 1999 es el *Congreso Internacional Salud Para Todos: Desarrollo de Políticas en Salud Pública para el Siglo XXI*. Un evento organizado para propiciar simultáneamente el encuentro de diferentes estamentos estrechamente vinculados y comprometidos con la salud pública, tales como estudiantes, profesores de pre y posgrado de las diferentes escuelas formadoras en el área de la salud pública, egresados de la Facultad en sus programas académicos durante 35 años, organismos internacionales, ministerios de salud, instituciones de servicios de salud, asociaciones gremiales y científicas de la salud, ONGs y otros actores sociales de la salud.

Objetivos Generales

- Analizar y discutir los avances y perspectivas de la *Salud para Todos* con el fin de contribuir al desarrollo de políticas de salud pública para el siglo XXI.
- Formular propuestas de intervención que permitan el avance de la Salud Pública.
- Revisar y proponer ajustes a las políticas de formación del recurso humano y de investigación en salud pública que se desarrollan en las escuelas de los diferentes países.

DECLARACIÓN MOTIVACIONAL SOBRE EL CONGRESO

Estamos comprometidos con la continuidad del debate y la reflexión en torno a la salud pública, su quehacer, sus transformaciones más recientes y necesarias, así como su articulación con otras áreas relacionadas con la atención en salud y la seguridad social. La Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" de la Universidad de Antioquia propicia nuevamente el encuentro alrededor de los actores sociales del escenario internacional de desarrollo de políticas de salud y formulación de la salud pública en concreto.

Desde diciembre pasado en los debates sostenidos en el Seminario Taller Nacional, antecedente importante de la discusión a nivel nacional, se insinuó la necesidad de posicionar a la salud pública su rol estatal como una función indelegable de la instancia pública, como derecho básico a la calidad de vida y como área indiscutible para el alcance de mayores niveles de bienestar de la población.

En esa oportunidad se reconocieron avances como la mayor participación de actores sociales antes marginados de la toma de decisiones alrededor del logro de un mejor estado de salud. Se reiteró, sin embargo, la necesidad de inscribir los márgenes de acción y de participación de estas nuevas instancias al marco de la territorialidad, cuya definición resulta siendo básica para la salud pública frente al mercado de servicios de salud, ahora presentes en el marco asistencial.

El Congreso Internacional Salud Para Todos y Desarrollo de Políticas en Salud Pública hacia el Siglo XXI está inspirado en este debate y se propone concitar en el mismo espacio los diferentes puntos de vista, posturas y propuestas alrededor del tema. Convocamos como instancia académica y asumimos como actor social el papel que nos corresponde en la deliberación, la conciliación y la conducción sobre el tema desarrollo de políticas en salud pública e invitamos a todos a participar en este evento cuyo fin es asegurar mayores niveles de bienestar y de salud de la población.

Reunión De ALAESP

(Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública)

Con el auspicio de la OMS/OPS y de la Facultad Nacional de Salud Pública, las directivas de las más importantes escuelas y facultades de Salud Pública de Latinoamérica y del Caribe, se reunirán en Medellín el 7 de diciembre próximo, para analizar los currículos actuales: Estarán representantes de Méjico, Venezuela, Perú, Chile, Argentina, Nicaragua, Cuba, Costa Rica, Brasil y Colombia

En calidad de invitados asistirán los decanos de las instituciones formadoras del recurso humano en salud en Colombia y se espera elaborar propuestas de formación que respondan a las necesidades sociales y de salud para el próximo milenio.

JORNADAS DE INVESTIGACION

El Centro de Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública coordinará el desarrollo de las **Jornadas de Investigación**, en las cuales se premiarán tres categorías:

1. Profesionales: Investigación sobre alguno de los temas del Congreso
2. Profesionales: Investigación sobre otra área de la salud pública
3. Estudiantes: Sobre cualquier área de la Salud Pública, presentado por estudiantes.

PROPUESTA DE CONSTITUCION DE UNA RED LATINOAMERICANA DE SALUD PUBLICA

La Facultad Nacional de Salud Pública ha venido organizando su página web, en la cual podría ofrecer un servicio público adicional: El conocimiento sobre la formulación de políticas en salud pública, su ejecución, los procesos de participación ciudadana, la convocatoria a aglutinar esfuerzos, los análisis económicos y políticos sobre las diferentes problemáticas involucradas, la puesta en común para los usuarios de las discusiones que a nivel internacional se vienen desarrollando sobre planes estratégicos y planes regionales, así como también el acercamiento a los eventos que de manera continua se vienen realizando.

Este servicio puede ofrecerse a través de una página web que a su vez se constituya en una red latinoamericana de salud pública y que tenga asociadas a las diferentes entidades, organizaciones y personas que estén comprometidas con la salud pública.

OBJETIVOS

- a. Impulsar el conocimiento de la salud pública
- b. Propiciar la formulación de políticas en salud pública
- c. Contribuir a los procesos de discusión y de unificación de criterios a nivel nacional e internacional en torno a la salud pública.
- d. Propiciar acercamientos en el ámbito latinoamericano que permitan acuerdos de países para la cooperación y el enfrentamiento de la crisis.

ENCUENTRO DE EGRESADOS

En el marco de la celebración de los 35 años de la Facultad Nacional de Salud Pública y como parte de las actividades Precongreso, lo estamos invitando a asistir y participar, sin ningún costo, al Encuentro de Egresados de todos los programas de pregrado y posgrado en los 35 años de la Facultad, con el fin de integrarnos, organizarnos y fortalecer nuestro sentido de pertenencia con la Universidad.

**CONGRESO INTERNACIONAL
SALUD PARA TODOS, DESARROLLO DE POLITICAS EN
SALUD PÚBLICA PARA EL SIGLO XXI**

MARTES 7 DE DICIEMBRE

17:00

INSTALACION

***CONGRESO INTERNACIONAL SALUD PARA TODOS
DESARROLLO DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA PARA EL
SIGLO XXI***

Señor Presidente de Colombia, Andrés Pastrana Arango
Señor Ministro de Salud, Virgilio Galvis Ramírez
Señor Rector de la Universidad de Antioquia, Jaime Restrepo Cuartas
Señor Decano de la Facultad Nacional de Salud Pública, John Flórez Trujillo
Señor Gerente Congreso, José Pablo Escobar Vasco

MIÉRCOLES 8 DE DICIEMBRE

8:00 – 8:15

PRESENTACIÓN DEL CONGRESO

Alvaro Franco, Universidad de Antioquia, Colombia.

8:15 - 9:00

**ELEMENTOS PARA UN FUTURO PARADIGMA EN SALUD
PÚBLICA** (Conferencia Salón Antioquia)

Saúl Franco, Corporación Salud y Desarrollo, Colombia

9:00 - 10:00

JORNADAS DE INVESTIGACIÓN

Morbilidad y Mortalidad (Salón Antioquia 1)
Promoción, Prevención y Seguridad Social (Salón Antioquia 2)
Salud Mental y Seguridad Social (Salón Bolívar)

10:00 - 10:15

D E S C A N S O

10:15 - 12:15

HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA

Coordinador: Alvaro Casas, UdeA. Colombia, (Simposio, Salón Antioquia 1)
Esteban Rodríguez, Universidad de Granada, España
Diana Obregón, Universidad Nacional de Colombia
Arturo Romero, Colombia
Alvaro Cardona, Universidad de Antioquia, Colombia

PLANIFICACIÓN EN SALUD

Coordinador: Carlos Yepes, UdeA. Colombia, (Simposio, Salón Bolívar)
Wilson Fernando Melo, Ministerio de Salud, Colombia
Iván Jaramillo, Colombia
Jorge Cardona, Universidad de Antioquia, Colombia

PROYECCIÓN SOCIAL DE LOS ESTUDIANTES DE SALUD PÚBLICA

Coordinadora: Dorthy Estrada, UdeA. Colombia. (Simposio, Salón Antioquia 2)
Camilo González, Asamblea Permanente por la Paz, Colombia

René Ruiz, Ministerio de Salud, Cuba
María Cristina Acosta, Universidad de Antioquia, Colombia
Fabián Gutiérrez, Universidad de Antioquia, Colombia

12:15 - 14:00

R E C E S O

14:00 - 15:00

PRINCIPIOS Y PARADIGMAS DE LA SALUD PÚBLICA

(Conferencia, Salón Antioquia)

Emilio Quevedo: Universidad Nacional de Colombia.

15:00 - 15:15

D E S C A N S O

15:15

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Coordinadora: María Patricia Arbeláez, UdeA Colombia, (Simposio, Salón Antioquia 2)

Germán Perdomo, OPS/OMS, Washington

Carlos Welti, UNAM, México

Humberto Montiel, OPS/OMS, Colombia

Angela González, Instituto Nacional de Salud, Colombia

DESARROLLO Y POBREZA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD PÚBLICA

Coordinador, Emmanuel Nieto, UdeA, Colombia, (Simposio, Salón Antioquia 1)

Ximena de la Barra, UNICEF, El Salvador

Alberto Vasco, Universidad Complutense, España

Alfredo Sarmiento, Planeación Nacional, Colombia

Virgilio Vargas, Universidad Cooperativa de Colombia

17:00

CIENCIA Y CONCIENCIA EN LA POLÍTICA SANITARIA

(Conferencia, Salón Antioquia)

Esteban Rodríguez, Universidad de Granada, España

JUEVES 9 DE DICIEMBRE

8:00 - 9:00

REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS AMÉRICAS

(Conferencia, Salón Antioquia)

Daniel López, OPS/OMS, Washington

9:00 - 10:00

JORNADAS DE INVESTIGACIÓN

Morbilidad y Mortalidad (Salón Antioquia 1)

Promoción, Prevención y Seguridad (Social Salón Antioquia 2)

Salud Mental y Seguridad Social (Salón Bolívar)

10:00 - 10:15

D E S C A N S O

10:15 - 12:15

ECONOMÍA GERENCIA Y SALUD PÚBLICA

Coordinador: Juan García, UdeA, Colombia. (Simposio, Salón Antioquia 1)

Ramón Granados, OPS/OMS, Colombia

Ramón Abel Castaño, Colombia

Jairo Humberto Restrepo Facultad de Economía, UdeA, Colombia

LA SALUD Y LA PAZ

Coordinadora: Esperanza Echeverry, UdeA Colombia. (Simposio, Salón Antioquia 2)
Saúl Franco, Corporación Salud y Desarrollo, Colombia.
Luis Carlos Restrepo, Paralelo Colombia
Rubén Jaramillo, Consejería para la Paz para Antioquia, Colombia

12.15 - 14:00

R E C E S O

14:00 - 15:00

LA REFORMA DE LA SALUD EN COLOMBIA A LA LUZ DE LAS REFORMAS RECIENTES EN EL MUNDO

(Conferencia, Salón Antioquia)
Juan Luis Londoño, Colombia

15:00 - 15:15

D E S C A N S O

15:15

SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Coordinador: Carlos Castro, UdeA, Colombia. (Simposio, Salón Antioquia 2)
Alvaro Franco, Universidad de Antioquia, Colombia.
Félix Martínez, Revista Salud Colombia
Luis Gonzalo Morales, Secretaría de Salud de Bogotá, Colombia

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA SALUD PÚBLICA

Coordinador: Elkin Martínez, UdeA, Colombia. (Simposio, Salón Antioquia 1)
Luis Carlos Ochoa, Colombia
Helena Restrepo, Secretaría de Salud de Cali, Colombia
Carlos Arturo Sarmiento, Ministerio de Salud, Colombia

SALUD AMBIENTAL Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Coordinador,: José Pablo Escobar, UdeA, Colombia. (*Simposio, Salón Bolívar*)
Amparo Cadena, Ministerio de Salud, Colombia
Ministerio del Ambiente
Ministerio de Educación

17:00

POLITICAS EN SALUD PÚBLICA

(Conferencia, Salón Antioquia)
Ramiro Echeverría, Ministerio de Salud, Ecuador

VIERNES 10 DE DICIEMBRE

8:00 - 9:00

ACTORES DE LA SALUD PÚBLICA

Coordinador: Rubén Darío Gómez, UdeA, Colombia, (Panel, Salón Antioquia)
Jorge Iván Velez, Dirección Seccional de Salud de Antioquia
Cristina Fernandez, Dirección Seccional de Salud de Antioquia
Juan Bonilla, CUT, Colombia
Beatriz Londoño, Planeación Nacional, Colombia

9:00 - 10:00

JORNADAS DE INVESTIGACIÓN

Morbilidad y Mortalidad (Salón Antioquia 1)
Promoción, Prevención y Seguridad Social (Salón Antioquia 2)
Salud Mental y Seguridad Social (Salón Bolívar)

10:00 - 10:15

D E S C A N S O

10:15 - 12:15

VIGILANCIA DE LA SITUACIÓN DE SALUD PÚBLICA

(Panel, Salón Antioquia) Coordinadora: María Patricia Arbeláez, UdeA, Colombia
Wade Hann, CDC, U.S.A.

Daniel López A., OPS/OMS, Washington

Fernando Muñoz, Centro Latinoamericano de la Salud Pública, Chile

**CONFORMACIÓN RED LATINOAMERICANA POR LA
SALUD PÚBLICA** (Reunión, Salón Antioquia)

Coordinador: Jairo Estrada, UdeA, Colombia

12:15 - 14:00

R E C E S O

14:00 - 15:00

LA SALUD PÚBLICA Y LA UNIVERSIDAD

Coordinador: Oscar Sierra, UdeA, Colombia, (Simposio, Salón Antioquia)

Paulo Marchori Buss, ALAESP, Brasil

Charles Godue, OPS/OMS Washington

Alberto Vasco, Universidad Complutense, España

John Flórez, Universidad de Antioquia, Colombia

15:00 - 15:15

D E S C A N S O

15:15

DESAFÍOS DE LA SALUD PÚBLICA PARA EL SIGLO XXI

(Conferencia, Salón Antioquia), Edmundo Granda, OPS/OMS – Ecuador

17:00

CLAUSURA

Director Seccional de Salud de Antioquia, Guillermo León Franco Castaño

Vicerrectora Extensión, Clara Inés Giraldo Molina

Señor Decano FNSP, John Flórez Trujillo

**REUNIÓN ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE DE
EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA**

DICIEMBRE 7

Salón Santander

Preside:

Paulo Marchori Buss

Coordina:

John Flórez Trujillo

9:30 - 12:00

Reunión de trabajo

12:30 - 13:30

Almuerzo, Programación Cultural

13:30 - 16:00

Continuación Reunión

ENCUENTRO DE EGRESADOS F.N.S.P.

DICIEMBRE 7

Salón Bolívar

Coordina:

Pascual Pérez Rivera

8:00 - 10:00

Inscripciones, Carnetización Egresados

10:00 - 10:15

Instalación: Clara Inés Giraldo, Vicerrectora de Extensión U. de A.

10:15 - 11:00 La Salud Pública como Profesión: Alberto Vasco, Barcelona, España.
 11:00 - 11:30 Programa de Egresados Universidad de Antioquia: Patricia Suescúm
 11:30 - 12:30 Presentación Nueva Propuesta de Organización: Socorro Giraldo
 12:30 - 13:30 Almuerzo y Programación Cultural
 1:30 - 14:00 Asamblea General Instalación : Jhon Flórez T., Decano FNSP
 14:00 - 14:15 Elección Presidente y Secretario de la Asamblea
 14:15 - 14:45 Informe de las Asociaciones Existentes
 14:45 - 15:45 Constitución de una Asociación Única de Egresados
 15:45 - 16:00 Clausura: Jaime Restrepo Cuartas, Rector Universidad de Antioquia

CURSOS PRE - CONGRESO

SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN

Fechas y horario: Diciembre 6 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 6:00 PM
 Diciembre 7 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 4:00 PM

Lugar: Auditorio Ciudadela Robledo, Universidad de Antioquia

Coordinadora: Luz Stella Alvarez

Contenidos: **El escenario sociopolítico de la seguridad social**
 Las nuevas políticas sociales y la seguridad social
 Los ejes del sistema de seguridad social colombiano
El escenario jurídico de la seguridad social y la planificación en nutrición
Balance de los procesos de descentralización y participación en salud
Los nuevos escenarios y el papel de la nutricionista - dietista.

AUDITORIA E INTERVENTORIA EN SALUD

Fechas y horario: Diciembre 6 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 4:00 PM

Lugar: Aula 318 Facultad Nacional de Salud Pública

Coordinadores: Gladys Arboleda y Pedro Nel Correa

Contenidos: Necesidad de la Auditoría, interventoría y revisoría fiscal en empresas del sector salud.
 Aplicabilidad de la normatividad de la auditoría, interventoría y revisoría fiscal en empresas del sector salud.
 Principales causales de glosas en la aplicabilidad de la legislación de la auditoría, interventoría y revisoría fiscal en empresas del sector salud y como responden a estos requerimientos las diferentes IPS.

ECONOMIA DE LA SALUD

Fechas y horario: Diciembre 6 8:00 AM - 1.00 PM
 Diciembre 7 8:00 AM - 12:00 M

Lugar: Aula 317 Facultad Nacional de Salud Pública

Coordinador: Juan Darío García

Contenidos: La economía y el Sistema General de Seguridad Social en Colombia

Una *economía saludable* para las políticas del sector salud en Colombia.
El gasto de la salud en Colombia
La salud, la eficiencia distributiva y la equidad

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y GARANTIA DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Fechas y horario: Diciembre 6 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 6:00 PM
Diciembre 7 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 4:00 PM

Lugar: Aula 215 Facultad Nacional de Salud Pública

Coordinador: Germán González

Contenidos: Introducción e historia
Importancia de las infecciones intrahospitalarias
Calidad y garantía de la prestación de servicios de salud
Vigilancia epidemiológica de las infecciones
Diagnóstico, prevención y control de las Infecciones Intrahospitalarias
Las infecciones intrahospitalarias y el sistema de garantía de la calidad

GESTION SANITARIA Y AMBIENTAL EMPRESARIAL EN COLOMBIA

Fechas y horario: Diciembre 6 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 6:00 PM
Diciembre 7 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 4:00 PM

Lugar: Auditorio Facultad de Odontología, U de A.

Coordinador: Hernando Restrepo y Nelly Zapata

Contenidos: Norma ISO 9000
Sistema de aseguramiento de la calidad vs sistema obligatorio de garantía de la salud.
Experiencias en la implementación de un sistema de aseguramiento de la calidad en IPSs
Experiencias empresariales
Calidad sanitaria
Vigilancia epidemiológica, salud ocupacional, contaminación e impacto ambiental y de salud
Gestión de la calidad ambiental: Norma ISO 14.000, Sistemas de gestión Medioambiental y su relevancia en la salud ambiental
La norma BS 8800

HISTORIA DE LA SALUD

Fechas y horario: Diciembre 6 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 6:00 PM
Diciembre 7 8:00 AM - 12:00 M

Lugar: Auditorio Bloque 10-118 Ciudad Universitaria U. de A.

Coordinador: Pilar Pastor, José Pablo Escobar, Alvaro Casas

Contenidos: La policía médica y el movimiento higienista francés de la primera mitad del siglo XIX
La profesión médica en el siglo XIX, enseñanza, sociedades médicas, epidemias, endemias y epizootias.
El Instituto Rockefeller y las reformas sanitarias en América Latina
El movimiento sanitario británico del siglo XIX
El movimiento higienista en América Latina del Siglo XIX al XX
La higiene como ciencia fundamental y las transformaciones urbanas

Lleras Acosta y la bacteriología en Colombia
Políticas de salud en América Latina
Higiene Social y eugenesia. Las campañas sanitarias del siglo XX

ACTIVIDAD FISICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Fechas y horario: Diciembre 6 8:00 AM - 4:00 PM
Diciembre 7 8:00 AM - 4:00 PM

Lugar: Auditorio FNSP

Coordinadores: Ana Villa, Elkin Martínez, Fernando Estrada.

Contenidos: Promoción de la Salud en la Ley 100
La actividad física en el ámbito de la Salud Pública
La actividad física en el desarrollo del niño sano
El ejercicio en la prevención de las enfermedades cardiovasculares
El ejercicio en el control de peso y en la estética corporal
El ejercicio en ambientes laborales
Recreación y salud mental
Experiencia cubana en actividad física y promoción de la salud
Deporte y Recreación para todos
El ejercicio en la promoción de la salud

SALUD PUBLICA Y DESASTRES

Fechas y horario: Diciembre 6 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 6:00 PM
Diciembre 7 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 4:00 PM

Lugar: Auditorio Facultad de Medicina U. de A.

Coordinadores: Margarita María Montoya, Iván Darío Rendón

Contenidos: Prevención de desastres y su rol en Salud Pública
Estado actual de la educación superior en Desastres, experiencias formadoras
Papel de la OPS en desastres
Impacto ambiental por actividad antrópica
Desastres tecnológicos, historia y perspectivas
Riesgos biológicos y desastres
Ministerio de salud en desastres
Conservación de material biológico en desastres
El Derecho Internacional Humanitario
El sector salud en el desastre del eje cafetero

POLITICAS PUBLICAS DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA EN SALUD

Fechas y horario: Diciembre 6 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 6:00 PM
Diciembre 7 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 4:00 PM

Lugar: Aula 115 Facultad Nacional de Salud Pública

Coordinadores: Carlos Castro y Alvaro Quintero

Contenidos: Antecedentes y actualidades jurídico normativas del Sistema Nacional
de Ciencia y Tecnología
Formulación de políticas de CyT en salud.
Análisis situacional de CyT. Elaboración de un referente político, jurídico, normativo y administrativo por escenarios
Visualización del panorama competitivo y de condiciones de desarrollo institucional en CyT.
Experiencias y propuestas en CyT en salud.

Tendencias y escenarios de CyT para el próximo milenio
Modelos de gestión en CyT.
Herramientas y propuestas de gestión en CyT en salud.

APLICACIONES DE SOFTWARE PARA EL ANALISIS MULTIVARIADO EN EPIDEMIOLOGÍA

Fechas y horario: Diciembre 6 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 6:00 PM
Diciembre 7 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 4:00 PM

Lugar: Sala de cómputo FNSP

Coordinadores: Hugo Grisales y Juan Luis Londoño

Contenidos: Generalidades sobre el análisis multivariado
Análisis de regresión lineal múltiple
Construcción de un modelo de regresión lineal múltiple y su validación. Aplicación en Epiinfo y SPSS
Continuación de aplicaciones del modelo de regresión lineal múltiple en SPSS
Modelo de regresión logística
Construcción de un Modelo de regresión logística. Aplicación en el EGRET.
Continuación de aplicaciones del modelo logístico en el EGRET.
El modelo de riesgos proporcionales de COX.
Continuación del modelo de COX y aplicaciones en el SPSS.
Aplicaciones del modelo de COX en el EGRET

SERIES DE TIEMPO APLICADAS AL AREA DE LA SALUD

Fechas y horario: Diciembre 6 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 6:00 PM
Diciembre 7 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 4:00 PM

Lugar: Sala de cómputo Facultad de Medicina U.de A.

Coordinadores: León Darío Bello Parías

Contenidos: Conceptos básicos de una serie de tiempo (componentes)
Modelos de series (multiplicativo, aditivo)
Detección de valores atípicos en series de tiempo y su tratamiento
Métodos de suavización (promedios móviles, suavización exponencial)
Ajuste y eliminación de tendencia (lineal, cuadrática, exponencial)
Cálculo y eliminación de estacionalidad (índices estacionales)
Método de Holt Winter para el ajuste de la tendencia y estacionalidad.
Pronósticos
Funciones de series de tiempo en el paquete estadístico STATGRAF y EXCEL

DESARROLLO DE POLÍTICAS ESTATALES EN EL ÁREA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Fechas y horario: Diciembre 6 8:00 AM - 12:00 M 2:00 - 6:00 PM

Lugar: Auditorio 249 BI 9 Facultad Ciencias Sociales y Humanas

Coordinadores: Sara Yaneth Fernández y Margarita María Peláez

Contenidos: Sistematización de la experiencia de la conformación de red de Violencia Intrafamiliar en México.
Desarrollo de políticas estatales y conformación de redes de trabajo en Violencia Intrafamiliar.

ELEMENTOS PARA UNA GESTION EN SALUD

Fechas y horario: Diciembre 6 2:00 PM - 6:00 PM
Diciembre 7 9:00 AM - 4:00 PM

Lugar: Aula 304 Instituto Ciencias de la Salud CES
Calle 10 A No. 22 04

Informes : Teléfono 2683711

Coordinador: Hernán García

Contenidos: Principios de Bioética
 Prospectiva de la Seguridad Social
 Epidemiología Clínica
 Inputs y Outputs en Salud
 Estrategias de mercadeo en servicios de salud

**ACTO DE LANZAMIENTO CONGRESO INTERNACIONAL
" SALUD PARA TODOS, DESARROLLO DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA
PARA EL SIGLO XXI"**

John Flórez Trujillo

Decano
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Fue apenas en diciembre pasado cuando por voluntad de todos los asistentes al evento nacional que realizamos donde evaluamos la Reforma en Salud que se dio en Colombia, anunciamos el Congreso Internacional Salud para Todos, Desarrollo de Políticas en Salud Pública para el Siglo XXI.

No ignorábamos el compromiso que la Facultad adquiriría y el reto que nos imponíamos. Ha sido un trabajo arduo pero decidido de todos y cada uno de los estamentos de la Facultad y muy en especial de las comisiones de trabajo lideradas por una comisión organizadora y el gerente del evento, doctor José Pablo Escobar.

Será la gran oportunidad para el encuentro de todos los actores comprometidos con la Salud Pública en América Latina y muy especialmente de nuestro país.

Analizaremos y discutiremos los avances y las perspectivas de la estrategia de la Salud para todos con el fin de contribuir al desarrollo de las políticas de Salud para el siglo XXI, pero además, formularemos propuestas de intervención que permitan los avances en Salud Pública requeridos, y revisaremos y propondremos ajustes a las políticas de formación del Recurso Humano y de investigación en Salud Pública que desarrollen las Escuelas y Facultades de Salud Pública en los diferentes países del continente.

Para lograr lo anterior, vamos a revisar aspectos tales como:

Los principios y paradigmas de la Salud Pública ya que como aspecto dinámico por excelencia, requiere transformarse y estar acorde con cada momento de la historia del hombre.

La Historia de la Salud Pública, para mostrar como ha sido su desarrollo a la par de otras disciplinas sociales.

Planificación de la Salud. Es necesario describir la manera como se concreta el concepto de Salud Pública mediante el poderoso instrumento de la Planificación.

La Proyección Social de los Estudiantes de Salud Pública. Miraremos el papel de los estudiantes de Salud Pública como transformadores de la sociedad.

La Crisis de la Salud Pública. Esta será una temática que seguramente despertará el mayor de los intereses, pues por todos es sabido el estado deplorable en que se encuentra la Salud Pública dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual ha llevado a indicadores no muy halagüeños y a una crisis hospitalaria preocupante.

También auscultaremos aspectos como la Ciencia y la Conciencia en la Política Sanitaria, la Inversión Social y la Calidad de vida, el Desarrollo y la Pobreza y su relación con la Salud Pública, así como también la Salud y la Paz, las Reformas Sectoriales y la Organización de los Sistemas de Salud, la Salud Pública y la Seguridad Social, la Promoción y la Prevención en la Salud Pública, la Salud Ambiental y el Desarrollo Sostenible, los Actores de la Salud Pública, las Políticas Públicas en Salud, la Salud Pública y la Universidad, y por supuesto la Salud Pública para el nuevo milenio.

Que oportunidad la que tenemos, que mejor momento para abocar desde la Universidad esta temática que no dudo en calificar de palpante interés general.

Debemos confirmar y demostrar que la Universidad en virtud de su carácter transformador, busca influir en todos los sectores sociales mediante actividades que como las que hoy nos convocan, está presente en todo aquello que coadyuva al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

Expertos y estudiosos de tan delicada materia nos aportarán todo su interés para que continuemos el debate y la reflexión en torno a la Salud Pública, su quehacer, sus transformaciones más recientes y necesarias, así como su articulación con otras áreas relacionadas con la atención en Salud Pública y la Seguridad Social.

Expertos colombianos alternarán con ilustres conferencistas extranjeros provenientes de España, Salvador, Nicaragua, Estados Unidos, Cuba, Brasil, México, República Dominicana, para dilucidar todos aquellos aspectos atinentes a la Salud Pública y a la formulación de políticas de Salud Pública para el nuevo milenio, con el concurso además del Banco Mundial, el Instituto Nacional de Salud, la Universidad de John Hopkins, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, y el Ministerio de Salud de Colombia. Todos ellos aportarán sus experiencias, y estoy seguro que nos deleitarán con sus exposiciones.

Contaremos también, con el apoyo del DANE, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, la Secretaría de Seguridad Social en Salud de Medellín, la Cooperativa de Hospitales de Antioquia, la UNICEF, la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, y muchas otras instituciones del Sector Salud de Antioquia y Colombia.

Va a ser también esta la oportunidad para que los Estudiantes de Salud Pública realicen su Congreso al igual que los Egresados de la Facultad en sus 35 años, se celebrará la reunión de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, que congregará a representantes de las diez Escuelas de Salud Pública más importantes del continente, donde tendrán la oportunidad de analizar los cambios que habrá que dar en la formación del futuro Salubrista, y conformaremos un escenario de discusión permanente: la Red Latinoamericana por la Salud Pública.

Este esfuerzo que durante casi un año hemos venido haciendo, es el mayor garante de éxito. Estoy seguro que la Facultad Nacional de Salud Pública en nombre de la Universidad de Antioquia, con su capacidad de convocatoria, podrá entregarle a toda América una vez se realice el Congreso, derroteros claros que ayuden a vislumbrar una mejor Salud Pública para todos en el próximo milenio.

Como Decano de la Facultad Nacional de Salud Pública, los convoco a todos para que asumamos como universitarios y desde esta instancia académica, el papel que nos corresponde en la deliberación, la conciliación y la conducción sobre el tema: Desarrollo de Políticas de Salud Pública, e invito a todos a participar en este evento, cuyo fin es asegurar mayores niveles de bienestar y de salud de la población.

EL DERECHO A LA SALUD LA NECESIDAD DE REPENSAR LOS DERECHOS SOCIALES

Antonio Yepes Parra

R E S U M E N

Se plantea la necesidad de profundizar en el análisis acerca de la concepción del fenómeno salud - enfermedad en nuestro medio.

Se critica la concepción metodológica, basada en la orientación cartesiana y newtoniana que rige la actividad científica tradicional, debido a que ha fragmentado la vida, la comunidad, la persona y por supuesto la Medicina en cientos y miles de subsistemas. Se propone un enfoque integral que parte del estudio del conjunto en total en el cual se analizan las relaciones que sostienen los elementos constitutivos entre ellos y de su aporte a la esencia o núcleo de la estructura, de tal manera que los elementos derivan su significado del papel que cumplen para el todo.

Se propone repensar los derechos sociales haciendo énfasis en la necesidad de garantizar previamente el derecho a la inserción social.

A la luz de la necesaria integración entre lo económico y lo social, se plantea superar el esquema asegurador que se aplica a partir de la vigencia de la ley 100 de 1993, afectado directamente por la orientación neoliberal de nuestra política económica que ha originado desempleo masivo, subempleo y aumento de la economía informal reflejados en una marcada exclusión social, por el tributo directo que garantiza la atención básica universal.

Palabras claves: concepto de salud - enfermedad, enfoque integral, exclusión social, derechos sociales, inserción social, tributo directo.

Hay quienes piensan que la salud en el hombre debería considerar niveles de la conciencia y estados espirituales, pues consideran que la salud humana no puede reducirse a la concepción fisiológica de la homeostasis. Hay quienes en cambio, consideran toda alusión a dichos aspectos como un atropello al enfoque científico porque esos asuntos parecen escapar a la prueba y a la constatación experimental.

En el primer caso, nos vemos abocados a trabajar en los linderos de la Ciencia. Y en el segundo, nos vemos obligados a pensar que la salud se reduce a un mero equilibrio físico químico.

Ninguna de estas posiciones parece satisfactoria. Qué es lo que ocurre?

Hace poco, Michael Crichton, un médico de Harvard, relató un interesante episodio ocurrido durante sus años de estudiante mientras realizaba la pasantía en una sala de Medicina Interna (1).

Todos sus compañeros de grupo se sintieron muy defraudados en sus expectativas de aprendizaje pues en aquella sala casi todos los pacientes presentaban la misma dolencia: infarto del miocardio. Consideraban que su estudio de los sistemas orgánicos iba a resultar demasiado reducido y circunscrito. Las lesiones pulmonares, gástricas,

hepáticas, pancreáticas y renales, entre otras muchas, iban a quedar sin constatación empírica y directa.

Crichton sin embargo, pensó que aquella era una ocasión muy propicia para estudiar la perspectiva psicológica de aquellos pacientes. En esos días recordó una investigación realizada por un médico suizo, en los Alpes. Dicho médico, gran aficionado al esquí, atendía frecuentemente accidentes ocurridos a practicantes de tal deporte. En algún momento, empezó a indagar por las causas de los mismos, esperando respuestas de naturaleza física tales como una falla en los patines, una falta de consistencia en la nieve, un saliente rocoso inesperado, etc. Su sorpresa fue grande cuando empezó recoger datos como “rupturas psicológicas”, “pérdidas emocionales”, “presiones económicas” y “conflictos de negocios”, etc. como las causas determinantes de las distracciones que habían conducido a los accidentes.

En consecuencia, Crichton decidió sentarse del modo más cándido y natural en el borde de la cama de cada paciente y formular a cada cual la misma pregunta: “Porqué le dio infarto?”

Contrario a lo que esperaba, sus pacientes pudieron identificar con plena nitidez una situación específica de preocupación, un problema conyugal o laboral, un estado de angustia por la suerte de una persona amada, etc., como las causas efectivas y suficientes de su mal.

Ahora bien, hay quienes desean considerar estas informaciones como datos referentes a la relación mente-cuerpo, sugiriendo que los estados mentales pueden llevar a la enfermedad y, de la misma manera, a la sanación y curación de cualquier estado patológico. Y es en este punto donde la polémica se enciende, pues aunque una gran cantidad de médicos podría estar de acuerdo en considerar tales estados mentales como causas efectivas de la patología resultante, muchos no lo estarán en cambio con la segunda parte de la afirmación, es decir, con la suposición de que, cambiando el estado mental, se pueda llegar a la sanación y a la curación. Y ello, porque su práctica clínica así se lo demuestra en una gran cantidad de casos.

A su turno, quienes sostienen el enfoque de la relación mente - cuerpo no se sienten satisfechos con un tratamiento que sólo enfoca aspectos físico - químicos como grados de trabajo cardíaco, niveles de adrenalina circulantes, concentración de sustancias coagulantes y otras “cosas” más. Ellos creen que de esta manera se están dejando de lado – arbitrariamente además -, asuntos importantes que atañen directamente a la salud del paciente.

Investigaciones recientes sugieren que la dificultad para encontrar un criterio unívoco nace de un hecho básico y fundamental: **De enfocar la salud como si se tratara de un estado especial del organismo.**

Dicho en otros términos, la confusión nace al enfocar al paciente aislado de su medio. Para nosotros, los médicos formados en la tradición occidental, las causas de la enfermedad deben encontrarse directamente en el paciente, de la misma manera en que un germen o un parásito pueden detectarse en los tejidos o en los fluidos de su organismo. Aún en el enfoque de la relación mente - cuerpo, insistimos en considerar al organismo aislado y en encontrar dentro de él, la causa de su dolencia. Es un estado mental- un asunto dentro de él –lo que causa su enfermedad.

No nos salimos del organismo, más que para considerar las condiciones de un contagio. Claro está -decimos- que otras personas y animales pueden actuar como vehículos de la infección, pero para que el germen actúe, ha de instalarse en el organismo específico que enferma. Si no lo detectamos en sus tejidos no lo podemos certificar como causa efectiva del cuadro patológico.

Pero qué tal que las causas efectivas de la salud y de la enfermedad estuvieran en la naturaleza y carácter de las relaciones que el organismo sostenga con su medio? Qué tal que sean las relaciones- ese asunto fugaz y difícil de aprehender – las que puedan catalogarse como sanas o enfermas?

Un experimento en la Universidad de Ohio apunta en esa dirección. En un grupo de conejos que recibían una dieta de colesterol cuidadosamente proporcionada a su peso, se encontraron algunos que desarrollaron, en el mismo período experimental por supuesto, un 60% menos de arterioesclerosis que el resto de sus compañeros. Después de revisar cuidadosamente en busca de la causa de semejante diferencia, se encontró que esos animalitos eran sacados de sus jaulas y acariciados con regularidad, por uno de los investigadores.

Naturalmente, el experimento se replicó con dos grupos claramente diferenciados. Unos conejos a los que se suministraba colesterol y otros a los que se les suministraban colesterol y amor. El resultado se reprodujo en la misma medida. La diferencia era de un 60%.

Todo indicaba que el hígado de estos últimos, en respuesta a la buena fortuna de sus dueños, había decidido procesar su ración de colesterol de un modo distinto!

Pero, advirtámoslo, esta sería la conclusión simple si nos mantenemos en el enfoque del organismo cerrado y aislado. Esta sería la conclusión que atiende sólo al caso donde se redujo la arterioesclerosis. En otros términos, esa formulación del experimento apenas explica la diferencia entre unos sujetos y otros. Pero no da razón del efecto del colesterol sobre el organismo, que es, a fin de cuentas, el objetivo básico de la prueba.

Si enfocamos la relación en el caso de los restantes sujetos, entonces tendremos que admitir preguntas muy molestas. Porque no se trata, como engañosamente podemos suponer, de cotejar el efecto del colesterol sólo con el efecto que puede producir la mezcla de colesterol y amor!

Las variables completas de la situación experimental son muchas más. Y ello, porque las relaciones nunca son, digámoslo así, asépticas. Especialmente si se trata con organismos que presentan un cerebro emocional altamente desarrollado. Las relaciones implican al otro en un sentido específico y concreto! Son facilitadoras o inhibidoras; amigables u hostiles; en el máximo nivel de indiferencia pueden llegar a ser neutralizantes, pero nunca son inocuas.

Esto significa que las condiciones claves de est experimento tendrían que ampliarse. Y la pregunta resultante tendría que ser de este tenor:

“Qué papel cumple en el desarrollo de la arterioesclerosis, cierta dosis de colesterol, en conejos de X especie, siendo dicha dosis no elegida por ellos, manteniendo a los sujetos

aislados de su medio natural, impedidos de contactarse con sus congéneres, limitados al escaso espacio de la jaula experimental, privados de la oportunidad de elegir lo que comen y beben y adicionalmente, que, a pesar de poseer el cerebro emocional de los mamíferos, es decir, el cerebro emocional más desarrollado del planeta, sean tratados como seres insensibles?”^a

Si enfocamos la relación, las cosas pueden complicarse mucho. Porque tendríamos que explicar además los grados intermedios de la arterioesclerosis o las remisiones naturales de la misma. Qué pasaría por ejemplo si después de suministrar a cada conejo su dosis diaria de colesterol se les dejara en libertad en un medio natural donde pudieran ser observados? Qué ocurriría y a que conclusión llegaríamos si su ingesta libre contuviera nutrientes y químicos equilibrantes?.

En cualquier caso, hoy, a la luz del experimento a que aludo, no podemos dejar de lado las condiciones de aislamiento, de privación de movimiento, de restricción en la libertad para elegir su dieta, etc., a que también se encontraron sometidos los conejos acariciados. Es decir, que no resulta válido concluir que el colesterol, en condiciones naturales de la vida de estos conejos tenga un papel relevante en el desarrollo de la arterioesclerosis, porque no podemos descartar, sin más, el efecto de estas otras variables.

O dicho en otras palabras, el experimento no nos permite suponer que la misma dosis de colesterol, suministrada a conejos libres, sea perjudicial. Su diseño más parece apropiado para estudiar bajo que condiciones (aislamiento, restricción física, trato indiferenciado, etc.) podemos asociar el colesterol con la arterioesclerosis.

En qué nivel de credibilidad científica queda en esta perspectiva el control experimental que hace unos años se nos hacía tan riguroso? Me parece evidente que ese rigor sólo muestra una gigantesca ceguera y una tendencia facilista a simplificar para no tener que lidiar con la complejidad real de los procesos naturales. Como diría Einstein: “Todas las cosas deben hacerse tan sencillas como sea posible, pero no más sencillas de lo que son”.

Y por supuesto, no estamos abogando aquí por un control experimental menos riguroso! Al contrario. El control tendría que ser mucho más estricto para poder abarcar todas las condiciones relevantes. Dicho de otra manera, la simplificación y la omisión de variables que pueden tener una incidencia incluso mayor que las estudiadas sobre la patología y la salud, no pueden seguirse presentando – olímpicamente- como prácticas científicas.

Los resultados de ciertos experimentos y estudios recientes pues, parecen exigir un concepto de salud mucho más complejo que aquel al cual estamos acostumbrados.

^a Una división etológica de los instintos nos plantea la existencia de animales “precociales” que, como indica su nombre, son precoces, es decir, están listos para cumplir sus funciones tan pronto como nace. La mayor parte de estos responden a influencias hormonales externas y a estímulos específicos como la luz. Pero en la otra mano, aparecen los “altriciales”, cuya característica fundamental es el nacer desvalidos y en consecuencia, tener que depender de los padres o de otros adultos para su supervivencia. Esta característica se inicia en las aves y llega a su punto máximo en los mamíferos. Por supuesto, dentro de estos el hombre es el ser más desvalido al nacer y

su dependencia del aprendizaje y de los demás miembros de su especie es tal, que nunca alcanza un nivel de independencia total.

Un concepto que enfoca, no al organismo en sí, sino a la relación que sostienen los distintos organismos de una comunidad biótica y que buscaría las causas y las explicaciones de la enfermedad, lo mismo que los niveles crecientes de salud, en aquellas relaciones. **Esto significa armonía de todo el orden, una cualidad que se aplica al conjunto y no a los elementos que lo constituyen.**

De hecho, es un concepto que enfoca la salud de toda la comunidad como el verdadero dato de interés. Así como en la organización industrial resultó claro un día que la productividad aislada de una sección, por más alta que sea, nada indica sobre la productividad integral de la empresa y que antes bien, una altísima productividad de una sección, comparativamente con las demás, puede resultar en una severa desventaja para el conjunto total. En una ensambladora de radiotransmisores por ejemplo, puede existir una sección que produzca muchas piezas de un tipo, v.g. antenas, mientras otra, por ejemplo la sección encargada de producir los tableros donde se sintoniza el dial, solo alcanza a producir la mitad de las unidades. En ese caso la productividad integral de la ensambladora no se modifica por el aumento en la productividad de la primera sección, antes aumenta las existencias de antenas que nunca van a poder instalarse ya que la productividad real y total de la empresa siempre será equivalente a la productividad de la sección menos productiva. Si esta solo alcanza a producir 10 tableros al día, esa será la cantidad de radiotransmisores que salgan de la empresa; nunca un número mayor.

Este concepto se opone a la concepción tradicional, orientada por un paradigma analítico, según el cual, para comprender un asunto es necesario descomponer dicho asunto en sus elementos constitutivos antes de comprender las cualidades como propiedades y funcionamiento del conjunto.

En realidad, este paradigma es engañoso, porque nunca vuelve al Todo. Su método le impide regresar. Y ello es así, debido a que cuando aísla uno de los subsistemas para estudiarlo, ese subsistema se le convierte en un nuevo Todo, el cual, a su turno, debe ser descompuesto en sus elementos constitutivos antes de poder comprender sus características y funcionamiento integrales y así, hasta el infinito. Es un movimiento sin fin; es un paradigma que aunque parte de una formulación aparentemente integral, de una promesa de ocuparse del Todo, desarrolla un método de avance en una sola dirección: en la de separar, a cada paso, cada asunto, en sus elementos constituyentes. **No vuelve al Todo, porque no ha concebido jamás, una sola forma de aproximarse a él.**

Es una concepción metodológica que ha ido fragmentando la vida, la comunidad, la persona y por supuesto la Medicina en cientos y miles de subsistemas y que no tiene en su estructura un solo recurso para corregir el rumbo.

El nuevo paradigma en cambio, parte del estudio del conjunto total, su caracterización, sus propiedades y modos de funcionamiento y examina los elementos constitutivos a partir de la relación que sostienen entre ellos y de su aporte o contribución a la esencia o núcleo de la estructura. Los elementos derivan su significado del papel que cumplen para el Todo.

Esto significa que en el reconocimiento general de un paciente deberían ocupar lugar absolutamente principal las diferentes relaciones que este sostiene en el seno de su familia, en su trabajo, en su barrio y en su comunidad en general. Su salud será,

digámoslo así, proporcional al grado de integración, participación y contribución al conjunto u organismo mayor que lo contiene.

En esta concepción, el estado general de los sistemas orgánicos del paciente formaría parte de ese reconocimiento por supuesto, mas no como el terreno donde se da lo causal, sino como el terreno donde aparecen los efectos!

En esta dirección se han realizado estudios muy relevantes. Un estudio sobre relaciones parentales, efectuado entre estudiantes de Medicina, reveló que en la medida en que estas relaciones son más frías y en que dichos estudiantes presentan una mayor incapacidad de expresar sus emociones, hay una mayor incidencia de cánceres mortales (2). Y en el mismo sentido, un grupo de pacientes con cáncer de mama mostró diferencias significativas en el tiempo de vida entre las personas que expresaban sus emociones y las personas que se mostraban pasivas (3). Y como estos estudios, muchos otros que empiezan a revelar que los modos como se encaren las relaciones con los distintos ámbitos donde discurre nuestra vida son determinantes para el desarrollo de la salud y para la aparición de distintos cuadros patológicos. Estudios que muestran que tanto la longevidad, como la gripe o las infecciones coronarias, no pueden entenderse ni comprenderse cabalmente sin apelar al estudio de las relaciones que la persona sostiene con las comunidades donde habita.

Ahora bien, las concepciones predominantes de la salud en un país, se expresan en su educación y en su estructura asistencial y determinan en buena medida las posibilidades reales de asegurar el derecho de los ciudadanos a la salud!

En la primera concepción, las especializaciones reducen cada día mas la visión integral del organismo y mucho más, la visión integral de una comunidad. El "argot" usual de los profesionales de la salud revela incuestionablemente su visión recortada y el carácter despersonalizado de su relación con el paciente: "en la habitación 43 hay un enfisema pulmonar"; "en la 14 hay una diverticulosis", son expresiones comunes en hospitales y clínicas.

Cuando oigo estas expresiones no puedo dejar de preguntarme:

"Cómo podrá asumir el paciente un poco de responsabilidad sobre su estado de salud con este enfoque? Resulta tan absolutamente alejado, tan indescifrable para él, que la sola expresión de su diagnóstico, en el caso de acompañarse de suficiente ansiedad, tendría que bastar para matarlo!

Las especializaciones proliferan, no según la proporción y la distribución de las distintas patologías en el país, sino dependiendo de la rama profesional que se considere más prestigiosa, más exigente desde el punto de vista académico, más exclusiva, incluso más extraña o simplemente más rentable. Es decir, que la educación se mueve por criterios externos al estado real de salud de la comunidad!

A su vez la estructura asistencial está totalmente desintegrada y por lo tanto es completamente ineficiente.

Con el fraccionamiento no sólo de los servicios sino incluso de las instalaciones físicas, estamos asegurando que la población permanezca alejada hasta de la mera asistencia. La consulta externa por un lado; los laboratorios en otro; las farmacias en otro más; los servicios de vacunación en otro; el servicio de aquella especialidad no sólo demorado a

veces durante meses enteros sino además, ubicado en el otro extremo de la ciudad; las oficinas para las afiliaciones, los recaudos y la información en otras partes, en fin, cuando observo la gigantesca dispersión de la actividad, no puedo menos que comparar esta estructura con una serviteca.

En una serviteca moderna, uno lleva su carro a un servicio de alineación. Si el técnico detecta que el carro necesita antes la rectificación de un eje, inmediatamente lo pasa al taller que funciona allí mismo; si además determina que se requiere cambiar un guardapolvo, inmediatamente solicita el repuesto al almacén que se encuentra dentro de las mismas instalaciones; cuando usted lo llama para informarse de su carro, él le informa en detalle qué se le está haciendo, dónde se encuentra en el momento y la hora probable de entrega. Y cuando usted llega por él, puede esperar en una sala leyendo una revista y saboreando un tinto, mientras le preparan la factura y se la entregan en su silla. Usted sólo tiene que dirigirse a la taquilla que se encuentre libre y pagar, para recibir su factura cancelada. Mientras tanto, el técnico que le recibió el carro está sacándolo de su sitio de parqueo para entregárselo personalmente, directamente al frente de la puerta de salida.

Se puede pensar que un automóvil tiene asegurada en Colombia una asistencia más integral que el afiliado a nuestro sistema de Seguridad Social en Salud.

Introducir un nuevo concepto de salud en Colombia puede llevarnos el resto de nuestras vidas y más, pero parece lo único razonable que podamos emprender.

Un modelo que empieza por enfocar las relaciones que cada cual sostiene con los demás es un modelo que permite responsabilizar directamente a cada persona. Es un modelo que exige la reestructuración de los servicios asistenciales de salud en centros integrados, ubicados de cara a comunidades específicas, definidas, capaces de responder diferencialmente a las necesidades de estas, de realizar procesos educativos que lleven a la comunidad atendida a interesarse en estudiar la salud de todo el conjunto, detectar dónde y cómo progresa y dónde y cómo flaquea. Es un modelo que genera la necesaria participación.

Por supuesto, también es un modelo que exigirá una formación muy diferente de los profesionales de la salud. Y además reclamará cambios en la manera de formular políticas porque los esfuerzos sociales no podrán ser encarados a la ligera.

Es un desafío gigantesco, pero no encuentro otra ruta que pueda ofrecer verdadera esperanza.

En este orden de ideas es necesario por lo tanto repensar los derechos sociales y entre ellos, especialmente, el derecho a la salud.

Como ya lo anotamos la salud es un proceso dinámico, es un fenómeno holístico, por lo tanto no pueden darse definiciones estáticas, permanentes.

En ese proceso participan el individuo con sus componentes biológico y psicológico, pero a su vez también participan su entorno ambiental, social y económico.

El concepto de salud y los conceptos de enfermedad relacionados con él no se refieren a entidades bien definidas, sino que son partes integrantes de unos

modelos limitados y aproximativos que reflejan la red de relaciones entre los numerosos aspectos de ese fenómeno complejo y fluido que es la vida (4).

El organismo humano es un sistema dinámico con aspectos psicológicos y fisiológicos interdependientes, haciendo parte de sistemas mayores de dimensiones físicas, sociales y culturales con los que entabla relaciones recíprocas (5).

Por lo tanto no se puede hablar de la salud como un derecho absoluto que se concede, que se otorga y del cual son responsables sólo los médicos y los servicios de salud.

En ese proceso es necesaria la activa participación del individuo y de la comunidad y por lo tanto es una construcción colectiva, en donde existen derechos y deberes.

Se podría hablar del derecho a la atención en salud de manera aislada, pero de que le sirve a un ciudadano tener derecho a la atención en salud, si a la vez no tiene garantizados derechos fundamentales como los derechos a la vida y al trabajo, vulnerados en Colombia de manera permanente, si no tiene garantizada la protección a su vida y si logra sobrevivir no tiene la posibilidad de serle útil a la comunidad mediante el desempeño de una actividad que le permita realizarse como ser humano integrante activo de una comunidad.

Por ello, la salud es un proceso complejo, heterogéneo, que exige además de los esfuerzos individuales, la participación de todo el núcleo social.

En este sentido, el Estado no puede desentenderse de esta perentoria obligación constitucional. El Ministerio de Salud debe ser el eje del sistema, respondiendo por la aplicación de las políticas estatales, orientando las actividades, vigilando las tendencias epidemiológicas, coordinando la atención de los eventos catastróficos y articulando acciones con el sector educativo en la formación de los recursos humanos, con las calidades necesarias, en la cantidad y distribución apropiadas.

El avance del capitalismo salvaje y la aplicación del modelo de desarrollo neoliberal, basado en una apertura acelerada dejando el futuro de la comunidad dependiente de las tendencias del mercado, han originado en los países pobres, y en la mayoría de los desarrollados, una profunda crisis en los principios organizadores de la solidaridad y en la concepción de los derechos sociales (6).

Esta crisis repercute directamente sobre el sistema de los seguros de tipo social, cuyos procedimientos seguirán siendo insoslayables, permanecerán como una de las formas modernas del vínculo social, pero no desempeñarán un papel central en la aplicación de los derechos sociales, a los cuales pertenece el de la salud.

Por consiguiente, el estado como sociedad aseguradora también ha entrado al momento crítico y ya no puede seguir la mutualización creciente de los riesgos sociales.

Los derechos sociales, como compensadores de un disfuncionamiento pasajero ya no tienen vigencia.

El desempleo masivo y creciente, con su lógica consecuencia de una gran exclusión social ha desbordado el esquema asegurador, puesto que se ha formado un círculo vicioso incontrolable, mediante el cual es necesario indemnizar la exclusión social aumentando los aportes parafiscales, lo cual a su vez impide la generación de empleo estable, que disminuye el volumen de los aportes.

Antes de hablar de derechos sociales en las normas es necesario garantizar el derecho a la inserción social en la realidad.

La categoría unificadora del riesgo perdió su pertinencia, está todavía vigente pero cambió de escala, ya los fenómenos de exclusión social y de desempleo masivo no son riesgos ocasionales, han pasado a la larga duración y a la estabilidad.

Se plantea, entonces, el regreso al tributo directo para asegurar una atención de salud básica y universal, pero asociada a cambios en el modelo de desarrollo que le permitan a los ciudadanos participar activamente en la construcción de la sociedad y asegurar así la atención de ellos y de aquellos que padecen algún tipo de invalidez (7).

La sustitución de la figura del asegurado social por la del contribuyente se hace necesario debido a fenómenos demográficos, sociales y económicos que han incidido directamente para plantear la necesidad de esa transición.

El aumento en la expectativa de vida, la disminución de las tasas de natalidad, las diferencias en los costos, es una tercera parte para la población de 20 a 60 años comparada con la de 80 a 90 años de edad, el aumento del desempleo y el auge de la economía informal, han precipitado la necesidad de la transición propuesta debido a la amplia disociación que han producido entre el contribuyente y los derecho - habientes.

No se trata, entonces, de acabar con los mecanismos aseguradores, pero si es necesario diferenciar significados, el seguro es una técnica y la solidaridad es un valor; no son antitéticos, pero sí muy diferentes.

Todas las causas anotadas han llevado a la autodestrucción de la solidaridad, tal como afirma Jean Francois Revel.

La disociación profunda entre lo económico y lo social es también una consecuencia de las grandes contradicciones del capitalismo moderno y de la sociedad individualista y de consumo.

Ante estas dificultades no se puede caer en la tentación de establecer subsidios para la subsistencia o en introducir la victimización social, como la denomina Ronsavallon en su obra ya citada, estrategia que busca, especialmente en Estados Unidos, producir efectos de redistribución sobre la base de una filosofía de la indemnización; el individualismo radical pretende compensar a las víctimas y ampliar los derechos civiles, antes de afirmar los derechos sociales (8).

No se puede cambiar el derecho al trabajo, a la utilidad social, a asociar su ingreso al reconocimiento de una función social por el simple derecho al ingreso de manera subsidiada.

Es necesario pasar de una sociedad de indemnización a una sociedad de inserción.

Se debe pensar en un nuevo tipo de derecho social que ocupe una posición intermedia entre derecho y contrato sociales.

Se debe superar la protección y la dependencia para pasar a la participación social. Se debe abrir campo a un nuevo tipo de gravamen que permita efectuar una redistribución a partir de una comprensión ampliada de las diferencias y las desigualdades.

En la sociedad actual, marcada por el signo del capitalismo a ultranza se encuentra un gran dinamismo, mucha inequidad, marcadas desigualdades, que han reorganizado los modos de diferenciación que ya no son únicamente colectivos sino cada vez más individuales.

Se debe tener cuidado para que este reconocimiento de la individualidad y su autonomía sea compatible con la solidaridad, que la asistencia recibida sea un derecho y no una protección.

La nueva concepción de los derechos sociales exige profundas reflexiones en los medios académicos, amplias consultas con todas las organizaciones populares, decisión política para innovar y diseño de medidas audaces que vayan al fondo del asunto para plantear soluciones a largo plazo que tengan en cuenta una filosofía clara del proceso de la salud y la enfermedad ante los derechos sociales.

La reforma de la seguridad social en Colombia apenas tiene cinco años de aplicación, con un período de transición demasiado corto para los objetivos buscados, en medio de múltiples obstáculos, en un sector tradicionalmente marginado y deprimido.

Antes de proponer su derogatoria o reformas aisladas en aspectos circunstanciales, emprendamos un amplio debate social, orientado por las instituciones académicas, para tener la posibilidad de contemplar soluciones de fondo, que obedezcan a principios filosóficos y tengan legitimidad social.

Antepongamos lo importante a lo urgente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Crichton M. Viajes y Experiencias. Barcelona: Plaza & Janes. 1998.
- 2.- Thomas C.B. "Precursors of Premature Disease and Death: The Predicting Potential of Family Habits and Attitudes", *Annals of Internal Medicine*. 85: 653 – 658, 1976.
- 3.- Derogatis L.R., Abeloff y Melisaratos N. "Psychological Coping Mechanisms and Survival Time in Metastatic Breast Cancer", *Journal of the American Medical Association*. Vol. 242, # 14, Octubre 15: 1504 – 1508, 1979.
- 4.- Capra, Fritjof – El punto crucial – Ciencia, Sociedad y Cultura Naciente, Ed. Troquel, Buenos Aires, 1992.
- 5.- Ibid pág. 423.
- 6.- Rousavallon, Pierre. La nueva cuestión Social – Repensar el Estado Providencia, Ed. Manantial, Buenos Aires, 1995.
- 7.- Ibid – pág.
- 8.- Propuesta electoral de Bill Clinton en 1992, compilada en el libro *Putting People First*.

INAUGURACIÓN
CONGRESO "SALUD PARA TODOS, DESARROLLO DE POLÍTICAS EN
SALUD PÚBLICA PARA EL SIGLO XXI"

John Flórez Trujillo

Medellín, 7 de diciembre de 1999

No puede haber un momento más propicio para debatir uno de los elementos esenciales del bienestar del hombre cual es la Salud desde la perspectiva de lo público por su impacto en la comunidad.

No sólo por el hecho de que ya existen experiencias unas exitosas, otras no tanto, en cuanto a las reformas que el Sector Salud ha iniciado en muchos países del mundo y en especial del continente americano, y que es necesario confrontar bajo la óptica de la optimización de manera tal, que los beneficios finales los obtenga la sociedad, sino también porque a escasos días del inicio de un nuevo siglo se crea una especie de nueva esperanza enmarcada en este caso en el hecho de que quedará atrás una centuria de progreso tecnológico impresionante, pero de grandes inequidades sociales, para adentrarnos en lo que el señor Rector de la Universidad ha querido denominar el nuevo siglo de las luces.

Es un hecho excepcional, diría yo un privilegio poder contar con la presencia de lo más importante de la Salud pública del continente con el fin de enfrentar de manera conjunta los retos que la Salud Pública nos ofrece para el inmediato futuro, partiendo de un análisis retrospectivo que nos indique cuales podrían ser los elementos fundamentales que guíen las políticas de Salud Pública para el siglo XXI.

Bien sabemos que el sujeto primordial de la meta Salud para Todos formulada hace ya algún tiempo, son los grupos humanos que integran la sociedad, y no el individuo, ya que considera a la Salud como uno de los componentes básicos del bienestar, y para ello, aboga por la disminución de la desigualdad y poder resolver los problemas de salud con la mayor participación y eficiencia social posibles.

Consecuentemente, la meta se expresa no sólo en objetivos de Salud a alcanzar, sino en términos de acceso, uso y organización de los Servicios de Salud, que conjuntamente con el aporte de recursos y acciones de los otros sectores económicos y sociales, satisfagan las necesidades globales básicas de los diversos grupos humanos que integran las sociedades.

Este planteamiento que en lo teórico suena tan obvio y necesario se habrá cumplido al menos en parte? Qué tipo de análisis habrá que afrontar para ver si la estrategia de atención primaria surtió efecto y los grupos humanos postergados finalmente obtuvieron lo justo en cuanto a Salud se refiere? Cuál es el resultado de las Reformas en Salud que se han llevado a cabo en los países de América Latina y su real cumplimiento de los propósitos de la meta?

Prácticamente ningún país en América Latina consiguió construir una sociedad igualitaria y aseguradora de niveles universales de cobertura de las necesidades básicas; el desarrollo social y la distribución de la renta en general no corresponden a la riqueza relativa de cada país, medida en términos del producto bruto interno per cápita, y los problemas de equidad y exclusión son muy serios en la provisión de servicios sociales, en general, y de Salud en particular.

El tema de las Reformas aparece entonces por la exacerbación de los alarmantes índices de pobreza y agravamiento de las condiciones de vida y salud de las poblaciones, por la disminución de las inversiones públicas en el área y los costos crecientes de la asistencia médica. Los puntos fundamentales que se propone son aumentar la eficiencia por la vía gerencial, asegurar la contención de los costos en la provisión de servicios, fortalecer los controles sobre los prestadores y la fuerza de trabajo en el sector, y redefinir las representaciones políticas.

La complejidad de los esfuerzos necesarios para reformar los Sistemas de Salud - que reflejan las profundas inequidades sociales - no puede ser subestimada. Es urgente la necesidad de análisis que demuestren la viabilidad y la factibilidad de las reformas en el área de la Salud, en la perspectiva de construcción de propuestas e instrumentos que posibiliten evaluar y acompañar la obtención de mejores niveles de equidad. Para ello es preciso desarrollar nuevos enfoques teóricos y metodológicos que permitan identificar los factores que interfieren de forma significativa en la efectividad de esas políticas, y muy en particular aquellas que habrán de proveer una verdadera Salud Colectiva. No obstante, los proyectos de investigación existentes en Colombia dirigidos a la temática de la Reforma, así como para la comparación de diferentes procesos, es un trabajo sistemático que está aún por ser realizado.

Obviamente trabajar con una perspectiva de superación de inequidades, en una coyuntura restrictiva, impuesta por escasez de recursos y concentración de poder, presupone optar por preferencias y priorizar opciones.

La lógica de la mayoría de las propuestas de Reforma Sanitaria en curso en la región, es la de veto a la universalización y subordinación de los principios de equidad a los de eficiencia, costo efectividad y contención de los gastos públicos, argumentándose que por esa vía, serán alcanzadas las metas de mayor equidad sectorial. No obstante, esa afirmación carece de evidencias empíricas que necesitan ser demostradas.

Muy seguramente estas temáticas formarán parte del interés de cada uno de quienes hoy cumplen esta cita con la Facultad Nacional de Salud Pública que no es más que la cita con la nueva Salud Pública, la que tendrá necesariamente que terminar con las desigualdades en la provisión no sólo de Servicios de Salud, sino del acceso equitativo a todas y cada una de las implicaciones que tienen las funciones esenciales de la Salud Pública.

Pero para poder construir tan anhelado propósito, tendremos que formular propuestas de intervención que permitan los avances en Salud Pública requeridos, y además debemos revisar y proponer ajustes a las políticas de formación de recurso humano y de investigación en Salud Pública, para lo cual contamos en esta oportunidad con los Directores y Decanos de los principales entes académicos formadores de recurso humano en Salud Pública del continente.

También abordaremos:

Los principios y Paradigmas de la Salud Pública ya que como aspecto dinámico por excelencia, requiere transformarse y estar acorde con cada momento de la historia del hombre.

Le daremos una mirada a **la Historia de la Salud Pública**, para mostrar como ha sido su desarrollo a la par de otras disciplinas sociales.

Revisaremos **la Planificación de la Salud** ya que es necesario describir la manera como se concreta el concepto de Salud Pública mediante el poderoso instrumento de la Planificación, pero una Planificación moderna superando pasados esquemas que fueron útiles en su momento.

Analizaremos **la Proyección Social de los Estudiantes de Salud Pública**, y veremos el papel de los estudiantes de Salud Pública como transformadores de la sociedad.

También discutiremos acerca de **la Crisis de la Salud Pública**. Esta será una temática que seguramente despertará el mayor de los intereses, pues por todos es sabido el estado deplorable en que se encuentra la Salud Pública dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual ha llevado a indicadores no muy halagüeños y a una crisis hospitalaria preocupante.

También auscultaremos aspectos como la Ciencia y la Conciencia en la Política Sanitaria, la Inversión Social y la Calidad de vida, el Desarrollo y la Pobreza y su relación con la Salud Pública, así como también la Salud y la Paz, las Reformas Sectoriales y la Organización de los Sistemas de Salud, la Salud Pública, la Salud Ambiental y el Desarrollo Sostenible, los Actores de la Salud Pública, las Políticas en Salud, la Salud Pública y la Universidad, y por supuesto, la Salud Pública para el nuevo milenio.

Debemos confirmar y demostrar que la Universidad en virtud de su carácter transformador, busca influir en todos los sectores sociales mediante actividades que como las que hoy nos convocan, está presente en todo aquello que coadyuva al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

Muchos han sido los investigadores que inscribieron sus estudios para ser socializadas sus conclusiones, como un aporte a la solución de los problemas de Salud comunitarios.

Las Jornadas de Investigación, una vez más nos demostrarán que es a partir del conocimiento producto de estudios metodológicamente bien conducidos, que se deben hacer las propuestas renovadoras en Salud Pública.

Los estudiantes y los egresados han encontrado en este Congreso el espacio propicio para aglutinar sus intereses en torno a un pensamiento de Salud Pública que direcciona su accionar en el campo universitario o el laboral.

La Red Latinoamericana por la Salud Pública abrirá las puertas inconmensurables de la Tecnología Cibernética y las pondrá al servicio de una permanente discusión de la doctrina que en materia de Salud Pública deba nutrir las políticas estatales de cara al mejoramiento de la calidad de vida de todos y cada uno de los 511 millones de Latinoamericanos.

Señores asistentes, conferencistas e invitados especiales: Estamos todos comprometidos con la Salud Pública, su que hacer, su transformación, así como también con su articulación con todos los sectores que rigen la vida ciudadana.

Porque la Salud Pública entraña ambientes físicos y sociales donde se privilegie la vida, se respete la dignidad de cada ser humano y por ello hay que tener plena conciencia de que la paz, el empleo, la vivienda, la educación, el ingreso, la recreación y principalmente la integración social, serán requisitos fundamentales para lograrla.

Tenemos un compromiso ineludible con nuestro pueblo, no permitamos que la Salud siga moviéndose dentro de las fuerzas del mercado sin una vigilancia estrecha del estado, incrementando las desigualdades de por sí ya existentes entre ricos y pobres, mestizos e indios, ciudad y campo, hombre y mujer. Estas desigualdades son tan visibles y tan repugnantes que nadie puede quedarse impávido; ni el visitante, ni mucho menos los que las sufren. Estas desigualdades son y siguen siendo el motor de las rebeliones indígenas, de las luchas campesinas, de las huelgas obreras, de las luchas guerrilleras y de las revoluciones que forman el hilo esencial de la historia Latinoamericana (Muller).

La Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" de la Universidad de Antioquia, propicia nuevamente el encuentro alrededor de los actores sociales del escenario internacional de desarrollo de políticas de Salud y la formulación de la Salud Pública que se merecen todos los habitantes de este inmenso continente.

Siéntanse todos bienvenidos a la ciudad de Medellín y disfruten de su clima, de su belleza y muy especialmente de la calidez humana de los antioqueños, raza pujante que mira el futuro con optimismo, y para quienes no existe empresa imposible, a la vez que los convoco a todos para nos señalen un norte claro hacia el cual todos debemos dirigir los esfuerzos, y para que en muy poco tiempo las desigualdades en Salud sean historia y la paz y la justicia social sean una realidad.

“SALUD PARA TODOS Y DESARROLLO DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA”

Presentación del Congreso Internacional de la Facultad Nacional de Salud Pública Medellín, diciembre 7 al 10 de 1999

Alvaro Franco G.

Presentación:

El Congreso Internacional “Salud para todos y Desarrollo de Políticas de Salud para el siglo XXI”, realizado en la ciudad de Medellín en 1999, por la Facultad Nacional de Salud Pública con el auspicio y apoyo de varios organismos nacionales e internacionales, nos plantea varias inquietudes sobre el tema e interrogantes sobre el quehacer de la Salud Pública, además de enjuiciarnos en una dolorosa autorreflexión sobre las falencias que se traslucen en la Práctica Sanitaria.

Este artículo pretende acercarse conceptualmente a varios de los interrogantes suscitados y plantear algunos otros en la perspectiva de la Salud Pública para el próximo siglo, como se viene debatiendo alrededor de este importante evento.

En primer lugar, nos preguntamos por la “Salud para Todos” la política de salud más importante del siglo que culmina, con una visión integral, una cobertura y un compromiso orbital, ¿qué pasa en el cruce de los milenios con la salud humana y cuáles son las prioridades para el mantenimiento de esta política más allá del año 2000? ¿Tiene vigencia la Salud para todos?

En la segunda parte se intenta una respuesta alterna de las tendencias en Salud pública y la que ha dado en llamarse “Nueva Salud Pública” ¿Existe realmente una nueva Salud Pública y cuál es el papel de las “nuevas” funciones esenciales de la Salud Pública?

En tercer orden se aborda otro tema afín con el “desarrollo de políticas de salud para el siglo XXI”, se refiere a las políticas públicas, dentro de la concepción de “políticas saludables” derivados de los lineamientos de Otawa (Canadá) y la forma como se les ha concebido en varios de los países desarrollados en la última década. ¿Es necesario trascender el concepto de políticas públicas saludables?

Finalmente, nos preguntamos por la Formulación de políticas, más por su aspecto propiamente político y metodológico, por el referente en la formulación de políticas, los actores implicados y las opciones que se pueden explorar desde un análisis teórico, para una realidad como la de Latinoamérica azotada por la crisis económica y la recesión de final de siglo. Es posible encontrar en la nueva tendencia de las políticas de salud, alternativas para revitalizar la planificación en salud durante el próximo siglo y poderle dar un vuelco a la Reforma Sectorial.

Estas últimas son inquietudes que esperamos resolver, además de otras tantas, con la inteligencia y la sabiduría del importante número de participantes en el ***“CONGRESO INTERNACIONAL: SALUD PARA TODOS Y DESARROLLO DE POLITICAS EN SALUD***

PUBLICA PARA EL SIGLO XXI", provenientes de varios países de Europa y América.

1. La Salud para Todos :

El tema "Salud para Todos" concebido por momentos como estrategia, en ocasiones como una meta y hoy como política mundial es más que todo eso, es un imperativo de tipo ético, social y político. Nadie en el mundo, bien sea de las sociedades del norte o del sur, de los países con capitalismo desarrollado o los llamados del tercer mundo podrían negarse a esta aspiración orbital. Este convencimiento nos lleva a retomar esta política, que por más de veinte años ha liderado la O.M.S. y que sigue teniendo tanto o más vigencia hoy.

Existen varios análisis sobre el tema "Salud para Todos", sobre todo en lo referente a la "meta SPT 2000", muy centrados en las metas mínimas cuantitativas" partimos de esas evaluaciones para el presente ensayo, pero a su vez intentamos un análisis más contextual; nos basamos, no sólo, en el cumplimiento técnico de unos indicadores, muchos de ellos conseguidos por la inercia de una tendencia desde antes sino, también, en el compromiso con un modelo alternativo más justo para la humanidad. El supuesto está dado por la convicción de que se pudieron construir modelos alternativos que contemplaran sus posibilidades, pero no se hizo; desde el punto de vista ético, político y académico se requiere hoy plantearse de nuevo el reto: Interpretar nuevos desafíos y definir una perspectiva para una salud más universal, más equitativa y justa.

Un segundo referente para este análisis es la situación colombiana, puesta en relación con las oscilaciones de su desarrollo por lo menos en el último cuarto de siglo. Mucho de lo que aquí sucede se infiere, para el análisis a otros países con problemas similares en el desarrollo; América Latina, con sus propias condiciones, a pesar de la diversidad de países y grupos que la constituyen, representa nuestro foco de interés.

No desconocemos, tampoco que en los últimos años, el tema de la globalización económica trae consecuencias, por su impacto sobre lo social; los problemas son comunes a otros países de Asia y África. Así es que gran parte del análisis aquí expuesto puede asumirse para la política global de salud. El sólo hecho de que una meta como "SPT 2000", no haya logrado los efectos y compromisos propuestos requiere de una revisión con la perspectiva renovadora como se ha venido haciendo en otros lugares, pero más que ello habría que evaluar el compromiso de las clases dirigentes en las diferentes regiones y países.

En este orden de ideas, el reencuentro con la "Salud para Todos" desde el punto de vista conceptual y teórico es muy importante y valioso pero a su vez fijar posiciones frente al proceso también es urgente, para dirigir los esfuerzos colectivos en bien del desarrollo humano y la salud. Es nuestro interés propiciar el debate para dar comienzo a una definición colectiva de la SPT y la formulación de políticas; la estructura propuesta en este documento intenta construir una ruta para el debate y el proceso a seguir en esa perspectiva.

La evaluación general del tema de la "Salud para Todos", en la perspectiva de su renovación, abre así el camino para un gran movimiento académico en formulación de políticas de salud.

Con base en "Salud para Todos siglo XXI" de Franco G. Alvaro, Suárez Jorge E., Escobar José Pablo y Correa Francisco, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, 1998.

2. ¿Existe una “Nueva Salud Pública”?

Como veíamos, algunos consensos se van dando en torno a la Salud Pública y las condiciones de salud: la principal base de la problemática en Salud Pública es la inequidad, la injusticia social, la falta de seguridad social, el deterioro ambiental y la sumatoria de una deuda social grande que requiere superar balances negativos, en ese mismo sentido se plantea como reto, lograr una mejores condiciones saludables, la lucha por la democracia, la defensa de la salud, el desarrollo de los escenarios de la salud, la universalización en el acceso a los servicios mediante un modelo socio sanitario basado en el aporte multidisciplinario, pero enfatizando lo biológico y lo social; finalmente su concreción en la seguridad social y el bienestar colectivo; una gran preocupación hoy por la calidad de vida en un entorno sano y la superación de la gama de morbilidad en los países Latinoamericanos por acumulación de problemas, entre ellos, la paz respuesta a uno de los problemas más prevalentes.

Este es el contexto que se nos presenta con un objetivo amplio, el de la Equidad Social, el de la Justicia Social, el de la eficiencia de las organizaciones y el de una sociedad más productiva. ¿Es la Salud Pública, la nueva Salud Pública?, como señala una tendencia muy representativa hoy en la literatura; recoge estos principios y a su vez define los nuevos conceptos, tendencias, estrategias e instrumentos para desarrollar el objetivo.

Desde Alma Ata y la formulación de la “Salud para Todos”, en la última parte de la década de los años 70, grandes pasos se han dado en la formulación y desarrollo de la política de salud. Fueron renovadores la Carta de Otawa con una nueva actitud hacia la Promoción de la Salud y el informe de Marc Lalonde con su planteamiento sobre los Campos de la Salud, dos líneas de ese cambio paradigmático y conceptual; desde tiempo atrás ha existido esa Salud Pública, como planteamiento teórico a veces y otros como bandera de lucha política, representada por varios sectores de la intelectualidad latinoamericana; viene de muchas décadas atrás, como veremos, desde que se le ubicó en el campo social y político. Lo interesante de los dos informes Canadienses se centra en que recogen en un solo cuerpo los determinantes de la Salud, categorizándolos (Campos de la Salud) y planteando las estrategias en Promoción de la Salud (Carta de Otawa).

Más que una nueva Salud Pública, hablamos de nuevas tendencias en este espacio académico; lo nuevo está en la nueva dimensión que asume la salud en la promoción de la salud; la “nueva” Salud Pública es la promoción de la salud, pero entendida no sólo como el fomento, función tradicional que de nuevo en Colombia legitimó la Ley 100/93 bajo el entendido de la Educación para la Salud, de las técnicas de Prevención; nuevas tendencias que nos recuerdan los principios olvidados en la época de mayor crisis en el presente siglo. Hablar de nuevo y de tendencias, me obliga a señalar abiertamente que lo destacable en la Salud Pública es la oportunidad que se le abre a los actores no propios del sector, la búsqueda de otros escenarios de la salud, de los entornos saludables, es el rescate del ambiente y el espacio para las políticas públicas.

La “Nueva Salud Pública”, es reclamada hoy por diversas tendencias, sólo menciono tres: la corriente emancipatoria en América Latina, la fundamentada en las “políticas públicas

y los aportes de la Organización Panamericana de la Salud a través de varios de los debates en recientes reuniones interpaíses.

OMS. La Carta de Otawa. Ontario, Canadá 1986

Representado por el Ministro Canadiense en la conferencia de Salud Pública en Toronto - Canadá en 1984

saludables” y la promoción de la salud y las “*nuevas funciones esenciales de la salud pública (FESP)*” .

Nuevas Tendencias:

En las nuevas tendencias se integran cambios medioambientales, medidas preventivas sobre las personas, toma en cuenta los aspectos sociales de los problemas de Salud relacionados con estilos de vida, las Políticas de Salud de orden local y nacional; también aunque suene paradójico, se da realce a la Biología Humana, gracias al desarrollo tecnológico y científico en la Genética y la Inmunología, resurge el intervencionismo terapéutico, el de la asistencia y la clásica atención médica, soportado por la nueva tendencia gerencial y desarrollo organizacional e institucional. A ninguna de ellas, sobre lo cual se libra un intenso debate, la Salud Pública de hoy se puede abstraer.

Se va perfilando por lo tanto, una tendencia integracionista, macro, bajo una concepción holística de la Salud Pública. Este es el aspecto, si queremos hablar de un nuevo paradigma. En éste, la Salud y la Promoción de la Salud asumen un enfoque más amplio, la Salud además de ser un objetivo es un medio, para la vida y para el desarrollo social. Sigerist en 1941⁹, planteaba la necesidad de políticas globales (Educación gratuita, políticas de vivienda, políticas de empleo, políticas de recreación y ocio, un Sistema de Salud responsable de la Salud de todo los ciudadanos, entre otros).

Otro tanto podríamos hablar de la tendencia en Seguridad Social, de la nueva Seguridad Social que surge en 1942 después del informe de Lord Beveridge al Parlamento Británico, con una propuesta renovadora para la reorientación del Sistema de Salud Británico, pero que incluye políticas y acciones en varios de los componentes del bienestar, de la seguridad social, es decir la Promoción de la Salud en su verdadera dimensión, a gran escala.

En fin, en esta nueva lógica, además de holística e integracionista , debe concretarse en la acción política; esa nueva tendencia, incluye otros aspectos: análisis y pensamiento estratégico, negociación, competencia social o creatividad, políticas públicas, entornos sociales saludables, cambios en el concepto de lo público y salud, garantía de acceso a la Salud, democratización política, cultural y del conocimiento, fortalecimiento de la sociedad civil, desarrollo local entre otros.

3. La opción de las políticas públicas en salud:

Con el trabajo sobre ciudades saludables europeas, para influir y determinar opciones de salud, pero aún antes el informe Beveridge de 1942 se apunta a tener "un Programa Nacional de Salud".

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, difundió en 1988 en *El futuro de la salud pública*, la idea de crisis en este campo del saber lo cual fue acogido posteriormente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). De aquí surge, pero con dimensiones universales, la idea de definir las *funciones esenciales de la salud pública (FESP)*; con la ayuda de expertos se conjugan criterios y se determinan finalmente en varias categorías las FESP (monitoreo de la situación de salud, protección del ambiente, promoción de la salud, prevención de enfermedades transmisibles, regulación de la salud, salud ocupacional, servicios de salud, gerencia de la salud pública y atención de poblaciones de alto riesgo). En igual forma se definen las *prácticas sociales en salud pública*, espacios para aplicar las funciones, que fueron acogidas por la II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública (noviembre de 1998): construcción de entornos saludables, desarrollo de una cultura de vida y salud, generación de inteligencia en salud, atención a las necesidades y demandas en salud, garantía de la seguridad y calidad, intervención sobre riesgos y daños colectivos. _v. Editorial. En: Revista salud pública de México, 40(6), noviembre – diciembre de 1998, pág. 468 y Memoria de la II Conferencia, mayo de 1999, pag.12_

⁹ Sigerist, H. Citado por Aston, Jhon. En la Nueva Salud Pública, 1ª. Edición, pag. 32¹

Las **Políticas Públicas en salud** están concebidas para lograr una mejor calidad de vida y se entienden, de acuerdo con el concepto defendido en el Congreso Nacional de Salud Pública en la Universidad de Antioquia en diciembre de 1998 , como un “conjunto de decisiones estratégicas y acciones participativamente construidas e implementadas, mediante las cuales la sociedad bajo la dirección del estado busca garantizar el logro de un determinado objetivo”. Para nuestro anhelo debe ser garantizar el bienestar colectivo a todos y cada uno de los integrantes de ese Estado e incluye, en síntesis, conocimiento y creencias sobre el "bienestar colectivo", desarrollo de potencialidades individuales y social, conjunto de acciones para la vida, condiciones de vida y salud del medio, satisfactores a necesidades y grandes problemas de salud pública, salud como derecho y deber de todos, opciones saludables. En fin, como lo dijera el actual director de la O.P.S., integra el estado en que los seres humanos deben lograr el goce de opciones de vida (salud, educación, entorno, bienes materiales, democracia), mantiene un entorno saludable, un medio externo saludable y vigila la salud del ecosistema. Según el director, las **Políticas Públicas** sirven para “orientar la conciencia de decisiones de la salud (responsabilidad) para la acción local, saneamiento básico y convergencia de enfoques de control de enfermedades transmisibles y no transmisibles”.

Es sólo ese enfoque estructural el que aceptamos en la formulación de políticas, no la concepción auspiciada por algunos en las “*políticas públicas saludables*”, basadas en los estilos de vida y cambios culturales y microsociales, sin trascender a los modos de vida en la sociedad ni a otros determinantes del entorno.

BIBLIOGRAFÍA:

- OMS. *La Carta de Ottawa. Ontario, Canadá 1986*
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la Salud una Antología. Publicación Científica No. 557, Washington D.C. 1996. 403 páginas.
- NAISBITT, John y Aburdene Patricia. *Megatendencias 2000, 1ª. Edición. Bogotá - Colombia 1991.302 páginas*
- SINGERIST, H. En: Aston, Jhon. *La Nueva Salud Pública. Liverpool, ed.Masson.*
- BUCK, CAROL. Después de Lalonde: La creación de la Salud. En: Promoción de la Salud una Antología. OPS. Publicación científica # 557.
- KICKBUSC, ILONA. *Promoción de la Salud una Perspectiva Mundial. En: Promoción de la Salud una Antología. OPS / Publicación Científica #557. Pag. 15 - 24.*
- ASHTON Y SEYMOUR. *La nueva Salud Pública. Liverpool, Edit, Masson, S.A. p. p. 100-125*
- RESTREPO, H. *Políticos de Salud y Políticas Públicas. En: Cartilla de seguridad social No 5 Medellín: FNSP/ U de A. p. p 78-81*
- Milio, Nancy. *Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud. En: OPS/OMS. Promoción de la salud: una antología. OPS: Publicación científica No 557 Washington, 1996.*
- FRANCO, Saúl, *Hacia una política Nacional de Salud Pública. En: Cartilla de Seguridad Social, Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública, diciembre de 1998.*

HISTORIA DE LA SALUD PUBLICA

SIMPOSIO

SIMPOSIO PROFILAXIS Y ENFERMEDAD, FORMACIONES LOCALES, POLÍTICAS NACIONALES E INTERNACIONALES

Esteban Rodríguez Ocaña

La Medicina Social en Europa hasta la II Guerra

El nuevo poder que la bacteriología e inmunología confirió a la medicina, en su extensión al gran público a partir de finales del siglo 19, no obstante, como advirtió en 1915 Giuseppe Sanarelli (1864-1940), había sido incapaz de desterrar todos los males; al contrario, no se disminuían las lacras heredadas del siglo anterior (tuberculosis, venéreas, alcoholismo, neurosis), aparecían nuevas enfermedades sociales y el medio urbano suministraba las mayores cotas de deformes e incapaces para el servicio de armas; además, la agudeza de los conflictos entre trabajo y capital hacía patente la necesidad de conseguir la mayor integración social. Este higienista de laboratorio, discípulo de Pettenkofer y de Pasteur y catedrático en Roma desde 1915, se hacía eco en Italia de las propuestas de Higiene (o Medicina) Social promovidas en Alemania desde comienzos de siglo por, entre otros, Alfred Grotjahn (1869-1931).

La preocupación de esta que aspiraba a ser una nueva especialidad, recaía, en lo fundamental, en resaltar los aspectos propiamente humanos del medio ambiente (la cultura, las relaciones familiares y sociales, las desigualdades económicas), sin despreciar por ello los condicionantes físico - químicos y biológicos, que debían subordinarse a los primeros. A una metodología que hacía hincapié en el empleo de las ciencias sociales, incluyendo la Estadística, correspondió una práctica preocupada por la salud de las comunidades, la atención a los sectores en riesgo (estadísticamente definidos) y la mezcla de intervenciones médicas y socioeconómicas, que encontró un nuevo espacio para su aplicación, los dispensarios o consultorios.

El punto de vista médico - social suponía una consideración de la enfermedad como fenómeno colectivo, y una redefinición de los objetivos y técnicas de la asistencia y la prevención.

Hasta qué punto fuese esto novedoso, queda mejor explicado si atendemos a la necesidad que sintieron sus protagonistas de acuñar nuevos términos para nombrar este fenómeno. Así, en alemán, mientras la prevención sanitarista (öffentliche Gesundheitspflege, o higiene pública) correspondía a los saberes tradicionales, científico - naturales, de la Higiene, para designar las prácticas asistenciales exigidas por la nueva Higiene social se utilizó Gesundheitsfürsorge. De forma paralela, en Francia se contraponía la clásica hygiène publique, en tanto que medidas defensivas de salubridad general, a hygiène sociale, caracterizada por su finalidad meliorativa o de perfeccionamiento de la raza y encaminada a conseguir el bienestar físico y moral.

En una ciudad industrial típica alemana, a mediados de los años 20, esta modalidad asistencial se ubicaba en centros de salud (Gesundheitsstelle) integrados dentro de las administraciones municipales.

Sus principios de actuación eran: vigilancia médica de grupos en riesgo; consejo y educación sanitaria; y diagnóstico precoz. La proximidad a la población implicó un comportamiento más agresivo: no se esperaba que los enfermos acudieran al centro sino que eran buscados (por ejemplo, los dispensarios antituberculosos tenían como estrategia no prestar asistencia a los enfermos hasta que sus familiares hubieran pasado por el centro para ser reconocidos). El método de trabajo que seguían era el reconocimiento masivo en salud. Los grupos de riesgo se definían según dos premisas, aquellos cuya situación sociocultural así los colocaba (mujeres, lactantes, escolares, obreros industriales) o aquellos que eran portadores de elementos degenerativos perjudiciales para la colectividad (tuberculosos, sifilíticos, alcohólicos). La educación se convirtió en arma decisiva para la extensión de las prácticas higiénicas, es decir para el cambio de los comportamientos populares, a nivel individual y familiar, que se había de mantener mediante autoacción. De aquí que los gobiernos se volcaran en acciones dirigidas a la infancia con la esperanza de una socialización definitiva a largo plazo. Así podemos contemplar a comienzos de siglo el desarrollo en Francia del sistema Grancher (de colocación en el campo de niños nacidos en ambientes tuberculosos) y la proliferación de las "escuelas al aire libre" en Norteamérica, Inglaterra y Alemania. En España, las colonias escolares fueron las elegidas para desarrollar sobre los niños una labor pedagógica y de educación higiénica. El término "cruzada sanitaria" es original del francés Paul Strauss, quien publicó con ese título de *La croisade sanitaire* (París, Frasnelle, 1901) un libro comentario de las Conferencias sanitarias internacionales que establecieron los primeros convenios efectivos sobre vigilancia de enfermedades como la peste o el cólera. La referencia al mundo medieval asumía el paralelismo de un combate dirigido desde Occidente contra el Oriente musulmán, donde radicaban los riesgos de contagio pestífero.

Las coyunturas locales y nacionales fueron determinantes en el desarrollo de estos servicios, que, luego de una trayectoria más o menos larga, resultaron al fin unificados en organizaciones nacionales, pasando, en su caso, a nutrir las competencias de las distintas administraciones sanitarias estatales, que hasta entonces se habían limitado, preferentemente, al desempeño de tareas de vigilancia de fronteras y puertos y reparto de vacunas. Una visión comparada de lo realizado en Estados Unidos y Europa se encuentra en obras contemporáneas como la de René Sand (1920) *Organisation industrielle, médecine sociale et éducation civique en Angleterre et aux Etats Unis* -un título que es todo un programa o recapitulaciones como la de Ludwig Teleky (1950) *Die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge. Deutschland, England, USA*. Estudios recientes van haciendo posible el conocimiento de su devenir en la Unión Soviética, más allá del panegírico, donde los principios médico - sociales se habían incorporado, de forma natural, a la revolución colectivista.

RESUMEN DE LA PRESENTACIÓN: “*HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA Y LA EPIDEMIOLOGÍA EN COLOMBIA*”

Arturo Romero B.

El trabajo que se presenta, tiene como objetivo principal realizar algunas sugerencias iniciales sobre la historia de la Salud Pública y la Epidemiología en Colombia. Este preámbulo subraya la necesidad de tener en cuenta, en estos estudios, la diversidad y multiplicidad de las culturas, los pueblos y las costumbres de Colombia, ideas cargadas de profundas connotaciones sociales, culturales y biológicas. Asimismo se intenta indagar sobre la contribución de muchas disciplinas interrelacionadas con la Salud Pública y con la Epidemiología, tales como la historia de la filosofía en Colombia, la historia de la sociología contemporánea, la ética, la investigación sociológica de la salud y la enfermedad, las contribuciones negativas y positivas del campo económico sobre la salud y los cambios políticos sufridos por la sociedad y sus implicaciones sobre la situación de salud de la población. De la misma manera se pretende estudiar el conocimiento de factores tan complejos relacionados con la salud y con la enfermedad como la cultura, la educación, la juventud, la familia, la mujer, los problemas étnicos, la influencia de la opinión pública sobre la salud, el desarrollo demográfico, las proyecciones de la población, la política, el análisis social y demográfico de la población marginada de Colombia y el examen crítico de los actos legislativos y sociales relacionados con la salud.

Esta presentación también servirá de presentación del libro: “Historia de la Salud Pública y la Epidemiología en Colombia”, publicación patrocinada por la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP), la OPS/OMS y la Sociedad Colombiana de Epidemiología (SCE). El citado estudio aspira a llevar a cabo una reconstrucción de la historia de la salud y de la enfermedad colectivas en Colombia y de sus posibles factores causales. Pero el pretender alcanzar éste objetivo, no solo implica reconstruir, históricamente, la contribución de la salud pública y de la epidemiología en el proceso que da lugar a la salud o por lo contrario facilita la presencia de la enfermedad en la población colombiana, sino también descubrir las leyes sobre la salud colectiva que en nuestro país, han estado determinando no solo el perfil de salud imperante sino el quehacer social de las diversas profesiones que han estado relacionadas con ella.

EL ESTADO EN LA HISTORIA DE LA SALUD PUBLICA

Alvaro Cardona.

1. INTRODUCCION

Estamos afrontando una intensa discusión acerca del futuro de la Salud Pública y los grandes retos que debe enfrentar. Se ha hablado incluso de la crisis de la disciplina y de la necesaria adaptación de su quehacer a los requerimientos del modelo neoliberal de organización social que ha venido imperando en las últimas décadas y que se ha impuesto como modelo de recambio al Estado de Bienestar que moldeó la actuación de los países capitalistas desde la segunda postguerra.

Sostengo que esta demanda de adaptación a los requerimientos del modelo neoliberal se orienta a quebrantar los postulados esenciales en que se fundamentó el origen y desarrollo de la disciplina que contemporáneamente conocemos como Salud Pública y que la consecuencia de acceder a ellos significaría el abandono de lo que ha constituido su objeto de trabajo e investigación.

Este planteamiento implica, como consecuencia, que habría necesidad de establecer claramente que es Salud Pública y que no lo es, y de esa manera decidir que se defiende como tal.

Se requiere entonces una precisión: la historia de la Salud Pública, como disciplina científica, atiende a la comprensión de su proceso de elaboración conceptual y de las organizaciones creadas en contextos socio - históricos determinados con el propósito de mejorar la salud de la población. Así, la historia de la salud pública como disciplina científica es diferente de la historia de la salud o de la historia de las epidemias, de la misma manera que, por ejemplo, la historia de la Física es diferente de la historia de los fenómenos físicos.

Mantengo la hipótesis de que la Salud Pública (como disciplina científica) ha elaborado su objeto de trabajo en torno a los 2 siguientes conceptos básicos: i) Que la búsqueda de mejores condiciones de salud de los colectivos implica poner en ejercicio los mecanismos de la colaboración social y la solidaridad; ii) Que las variables determinantes de la salud colectiva son materia de la intervención del Estado, superando el concepto de que la salud es una responsabilidad del ámbito estrictamente individual.

He creído que en auxilio de esta hipótesis concurren los hallazgos de muchas investigaciones históricas acerca de la destacada importancia que los principales teóricos e impulsores de la Salud Pública en los países occidentales le asignaron a la participación del Estado en la transformación de las condiciones sanitarias de sus respectivas sociedades, al que le atribuyeron una especial función de redistribución de la riqueza que hiciera efectivo el concepto de solidaridad social. Estos hallazgos evidencian una profunda interacción entre las ideas fundadoras de la Salud Pública y la intervención del Estado como marco general organizativo para plasmar en la práctica sus ideas.

He encontrado que distintos autores han formulado apreciaciones semejantes a las que hay contenidas en esta hipótesis. Así por ejemplo, Patrice Pinell ha dicho que "El surgimiento de la salud pública en el siglo XVIII es indisociable de la construcción del Estado: la una y el otro se han confortado mutuamente". Esteban Rodríguez Ocaña conceptúa que "A finales del siglo XVII, hundiéndose sus raíces en los procesos de consolidación de los Estados nacionales, al descubrirse el valor de la población como factor productivo, parece estar ya delimitado un cuerpo de saberes y técnicas específicas en torno a la defensa de la salud de la colectividad, lo que denominaríamos como salud pública, el cual se desarrolló con posterioridad, bajo la forma disciplinar de Higiene Pública, en parangón con los procesos de industrialización y urbanización".

Puede incluso plantearse que desde el siglo XIX hubo un desarrollo constante y acumulativo de los derechos sociales, incluidos allí los relacionados con la salud, en correspondencia con las también crecientes responsabilidades asumidas por los Estados modernos. Se asumía sin muchas dudas que el progreso social debía encaminarse al logro de los mayores beneficios posibles que la sociedad pudiera aportar a los ciudadanos.

Pero esta tendencia a que los Estados participen crecientemente en la provisión acumulativa de derechos sociales ha venido a ser puesta en tela de juicio en las décadas recientes por el pensamiento neoliberal, con lo que tal vez pudiera identificarse una ruptura histórica de trascendencia en cuanto al pensamiento sobre tal tema. De hecho, el tema de los recortes a los derechos sociales adquiridos a instancias de la participación estatal es de ocurrencia común en muchos países.

En este marco es que deben entenderse el debate de la crisis de la Salud Pública. Por esta razón, los objetivos de esta ponencia son reseñar cuales fueron los conceptos que animaron las decisiones sanitarias que hoy consideramos como hitos destacados en la evolución de la salud pública moderna, resaltando la importancia que en ellos se le asignó al Estado, y destacar cuales fueron los debates que en torno a la intervención del Estado se hicieron en aquellas circunstancias históricas, a fin de relacionarlos con los debates que actualmente enfrentan a la doctrina neoliberal por un lado y las concepciones colectivistas por otro. Esto permitirá construir un campo de relaciones entre el pasado, el presente y el futuro, atendiendo a la sentencia de Umberto Eco de que no somos irreductiblemente esclavos del pasado, pero no podemos explicarnos sin ese pasado.

2. EL MOVIMIENTO SANITARISTA EN EUROPA EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XIX.

Desde que todavía era muy temprano el siglo XIX, los países europeos en donde era más dinámico el proceso de industrialización tuvieron que enfrentar la discusión acerca de los problemas sociales que aquel proceso estaba generando en los grandes centros urbanos.

Los problemas que concitaban la mayor preocupación eran el hacinamiento en los sitios de vivienda de los obreros industriales, las antihigiénicas condiciones de las barriadas obreras, el insuficiente suministro de agua apta para el consumo, las jornadas laborales extenuantes a que eran sometidos los trabajadores, incluidos mujeres y niños y las pobres condiciones de salud de esta población como consecuencia de estos y otros factores relacionados.

Son bien conocidos los estudios que sobre tales problemas sociales realizaron comisiones encargadas por los gobiernos de esos países, y que como en el caso de Gran Bretaña y Francia concluían proponiendo nuevos enfoques para el manejo de los factores que se consideraban determinantes de los problemas de salud de la población trabajadora.

En Gran Bretaña se puso en cuestión el sistema administrativo que desde principios del siglo XVII se había creado, con algunas modificaciones posteriores, para abordar el problema de los pobres y de sus condiciones de vida. Ese sistema administrativo se afincaba en la consideración de que la pobreza era una cuestión de responsabilidad netamente individual. El nuevo enfoque administrativo que comenzaba a abrirse espacio asumía, por el contrario, que la pobreza es un producto social y que por tal razón compete al Estado encontrar soluciones a ella.

Se vivió entonces un rico debate en el que se destacó la participación de Jeremías Bentham y sus discípulos que propugnaban por un nuevo sistema administrativo para el abordaje de los problemas sociales en que el Estado central tuviera una decisiva participación a fin de garantizarle eficacia y eficiencia al destino de los recursos destinados a tal fin. El resultado final sería la aprobación de una serie de leyes que daría estructura a lo que se conoce como la "Revolución administrativa Victoriana", en la que el Estado central asumía la responsabilidad por la formulación de políticas y la administración de las acciones en todo el territorio del reino que de ellas se derivaran.

Algunas de estas leyes, en las que evidentemente el Estado asumía un protagonismo de primera línea, fueron la conocida como "Nueva Ley de Pobres" de 1834 y la "Ley de Salud Pública" de 1848, que puede considerarse como la primera ley estructurada de salud pública en los estados occidentales modernos y que fue la conclusión triunfante de las ideas propuestas por el movimiento sanitarista de aquel país. Se había logrado que los problemas de salud de la comunidad se vincularan con los grandes problemas sociales desencadenados por la revolución industrial.

Recuérdese que como resultado de esta Ley de Salud Pública, se introdujeron decisiones como las siguientes:

- Designación de un organismo del orden nacional que orientara las políticas sanitarias en todo el país.
- Asignación de poderes especiales a las autoridades locales para que hicieran cumplir las disposiciones sanitarias
- Nombramiento de funcionarios médicos con remuneración a cargo del Estado para que cumplieran tareas fundamentalmente preventivas y de mejoramiento sanitario.

Considero que en estos contenidos, y en su filosofía subyacente, pueden encontrarse los lineamientos fundamentales constitutivos de lo que modernamente se ha llamado Salud Pública. Principalmente debe resaltarse que allí está presente el enunciado del vínculo de la salud con el bienestar y la justicia social que hasta hoy mantenemos como la base teórica con la que esta disciplina debe asumir el manejo de los complejos y numerosos problemas de salud de la sociedad, así como la idea conductora de que al Estado le corresponde cumplir la función de garantizar la máxima felicidad posible a sus ciudadanos y que es solo en virtud del cumplimiento de esta responsabilidad que el Estado construye su legitimidad.

La interpretación de las razones de esta revolución administrativa es muy amplia, pero varios autores sostienen, seguramente no sin razón, que ellas estuvieron soportadas fuertemente en un consciente ánimo de contraponer un antídoto al movimiento revolucionario de los trabajadores de la época. , Y se ha postulado incluso que en estos cambios administrativos del periodo victoriano están los orígenes del Estado de Bienestar Británico.

Como quiera que haya sido, según el profesor Christopher Hamlin esta ley británica resumió la tradición francesa de estudios estadísticos médicos así como la experiencia de la policía médica alemana y sirvió de modelo para el diseño de sistemas públicos de provisión de salud en todos los países del mundo que afrontaban la industrialización y la urbanización durante el siglo XIX. Y cabe decir además que ha servido de modelo teórico para la organización de los sistemas sanitarios de la mayoría de los países del mundo actual.

En Francia, por su parte, el proceso de industrialización y urbanización de principios del siglo XIX generó problemas semejantes a los que ocuparon la atención del movimiento sanitarista de Gran Bretaña. Y similarmente, los más connotados artífices del movimiento sanitarista en Francia, entre los que se destacan Louis-Rene Villermé y Alexander Parent-Duchatelet, realizaron estudios sobre las condiciones de vida de los trabajadores de los centros urbanos y postularon como consecuencia de sus investigaciones que era necesario un cambio administrativo para el manejo de esos problemas que involucrara una fuerte participación del Estado. Al respecto se ha destacado la importancia que tuvieron el "Comité de salud de París" y los "Comités de Salud" provinciales, que en los años 30 habían llegado a constituirse en los organismos administrativos en que se plasmaban los conceptos teóricos desarrollados por los líderes del movimiento sanitarista francés. Subyacía en ellos la idea de la importancia de una estructura nacional centralizada a través de la cual el Estado ejerciera su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos.

A impulso de estos conceptos, en 1841 se aprobó una ley que regulaba el trabajo de los niños en las fábricas, que es considerada como la primera pieza de legislación laboral en la historia de Francia. Posteriormente, en Agosto de 1848 se constituyó un comité asesor de Salud Pública adscrito al Ministerio de Agricultura y Comercio y en Diciembre de este mismo año se creó mediante ley una red de consejos locales de salud pública.

En Alemania, los conceptos elaborados por personajes como Virchow y Neumann en el sentido de que la salud de los ciudadanos es un problema de responsabilidad social, fundamentaron la necesidad de que el Estado participara activamente en la protección de la salud de la población, prestando asistencia a los ciudadanos que lo requirieran y asumiendo el derecho de interferir la libertad individual cuando se requiriera para proteger la salud del colectivo. Sería solamente cuando se logró la unificación de los estados germanos independientes en un solo imperio, después de la guerra franco-prusiana de 1871, que se establecería una estructura estatal sólida para atender a los problemas de salud de la sociedad. Así, fue en 1873 cuando se estableció la "Oficina de Salud del Reich", que comenzó a funcionar en 1876 y que según George Rosen fue el comienzo de una organización unificada de salud pública para Alemania considerada como un todo.

La creación de este esquema de seguridad social hizo parte del conjunto de estructuras estatales que Bismarck crearía para dar forma a un estado que desde entonces se proyectaría como la gran potencia política e industrial de Europa.

En España el movimiento sanitarista no tuvo la fuerza con que se propagó por los países más industrializados de Europa en la primera mitad del siglo XIX, no obstante lo cual la influencia de sus postulados puede verse reflejada en las siguientes decisiones: Creación del Consejo de Sanidad del Reino en 1840, la creación de las Juntas de Sanidad Provincial y de la Comisión de Salubridad en 1849, la promulgación de una Ley de una Ley de Beneficencia en 1849 y la promulgación de la Ley de Sanidad en 1855, que según María Isabel Porras significaron la aceptación de la idea de que la instrucción pública y la asistencia social son susceptibles de acción estatal.

La experiencia de la Salud Pública en los países socialistas desde el triunfo de la revolución bolchevique en Rusia ha estado articulada a los principios doctrinales de planificación centralizada por parte del Estado y se constituyó en un modelo que sin duda ha influido mucho sobre el desarrollo conceptual de la disciplina. Su valoración seguramente será posible hacerla de mejor manera cuando haya pasado la avalancha ensordecedora del triunfalismo capitalista con motivo de los cambios políticos ocurridos en los países de Europa del Este.

3. EL NACIMIENTO DE LOS SEGUROS SOCIALES EN ALEMANIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX.

Otros de los hechos más destacados en la historia de la Salud Pública ha sido reconocido en la creación de los seguros de enfermedad, riesgos profesionales y vejez en los años 1883, 1884 y 1889 respectivamente en el ya unificado Imperio Alemán bajo la conducción del Canciller Otto Von Bismarck.

Este esquema de seguros, que sirvió de modelo para la creación de sistemas de seguros sociales en la gran mayoría de los países del mundo hasta hace pocos años, significó la convalidación del argumento de la necesidad de que los Estados nacionales estructuraran esquemas de bienestar social para la población que contribuyeran a consolidar la unidad nacional y la legitimidad del Estado. D.G. Williamson conceptúa que "Aunque Bismarck estuvo lejos de ser ciego ante la necesidad de acrecentar la justicia social, el principal propósito de su programa de bienestar fue evitar la revolución a través de una oportuna reforma social que reconciliara a la clase trabajadora con la autoridad del Estado".

El influjo de la creación bismarckiana en Gran Bretaña se vería reflejado con la aprobación en 1911 de la "National Insurance Act" y en Estados Unidos con la aprobación de la "Social Security Act" en 1935, bajo el gobierno de Franklin Delano Roosevelt.

4. LA CREACION DEL "SERVICIO NACIONAL DE SALUD" EN GRAN BRETAÑA A PARTIR DE LA SEGUNDA POSTGUERRA.

La participación de los ciudadanos británicos en la segunda guerra mundial estuvo fuertemente estimulada por la promesa de que luego de la victoria el gobierno se empeñaría en la tarea de garantizar altos niveles de bienestar al conjunto de la sociedad. Estas expectativas comenzarían a ser satisfechas con la decisión del gobierno laborista surgida de las elecciones de 1945, presidido por el primer ministro Clement Attlee, de

someter a consideración del parlamento la creación del "Servicio Nacional de Salud", institución que fue aprobada en 1946 e iniciaría su funcionamiento el 5 de Julio de 1948.

Este "Servicio Nacional de Salud" se constituyo sobre la base de las conclusiones producidas en 1942 por una comisión encargada en 1941 por el gobierno de Winston Churchill para que estudiara los esquemas de seguridad social y servicios complementarios existentes en el país e hiciera recomendaciones. Las conclusiones de esta comisión presidida por William Beveridge incluían la aseveración de que los servicios de seguridad social eran dirigidos por una multiplicidad de organismos sin conexión entre ellos y trabajando con base en diferentes principios, que encarecían los servicios y traslucían serias deficiencias que debían remediarse. Entre las recomendaciones, se derivó lógicamente la de unificar las responsabilidades administrativas, que luego quedaría plasmada en la estructura de responsabilidad financiera centralizada y prestación de servicios regionalizados que adoptó el "Servicio Nacional de Salud" aprobado en 1946.

5. EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LOS PAISES LATINOAMERICANOS.

Se ha reconocido que los progresos importantes en las condiciones de salud de los países latinoamericanos solo se dieron a partir de la participación de la definición de políticas de salud de alcance general lideradas por los gobiernos centrales.

Esta participación de los gobiernos centrales, no obstante, fue bastante tardía en comparación con los países europeos. Las primeras organizaciones estatales para la acción sanitaria con alcance nacional surgieron entre finales del siglo XIX y comienzos del Siglo XX. Solo hasta la década de los años 20 de este siglo se inició la conformación de sistemas de seguros sociales siguiendo el modelo bismarckiano, pero con la característica general de existencia de multiplicidad de instituciones y sistemas relativamente independientes que atendían riesgos de salud a grupos sociales con fuerte influencia política, pero sin que hubiera políticas coherentes orientadas a la protección de toda la población. Así, se registra que el primer sistema de seguros sociales instituido en América Latina fue el de Chile en 1924, que consistió en un seguro de enfermedad - maternidad, invalidez y vejez para los obreros, pero que en 1952 se transformaría en un sistema nacional de seguridad social con financiación fiscal y cobertura para todos los trabajadores urbanos y rurales y sus familias.

Durante las décadas siguientes, la característica de la participación estatal en las políticas de salud estuvo principalmente constituida por la expansión de los seguros sociales clásicos, orientados a la protección de los trabajadores asalariados urbanos, complementada con el impulso de campañas sanitarias específicas relacionadas con los requerimientos del modelo de economía orientada a la exportación. La séptima Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en La Habana (Cuba) en 1924 estuvo claramente orientada a promover el saneamiento y el control de las enfermedades contagiosas a fin de facilitar el comercio internacional.

Fue solo hasta la década de los años 60 que el Estado asumió francamente, y de manera generalizada en los países latinoamericanos, la conducción de la organización sanitaria. La circunstancia histórica que dio lugar a esta generalización de la participación estatal fue la reacción continental frente al triunfo de la revolución cubana, liderada por el gobierno de los Estados Unidos a través de la llamada Alianza para el Progreso". Fue en

ese contexto que los gobiernos de la subregión acordaron en el año 1961 en Punta del Este (Uruguay), la conformación de "Sistemas Nacionales de Salud" que propendieran por el mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población como una estrategia de desarrollo que concomitantemente desestimulara el fervor revolucionario que había desencadenado el proceso insurgente cubano.

6. CONCLUSION.

El forjamiento de la Salud Pública como disciplina científica que se consolidó en la primera mitad del siglo XIX en los países más industrializados y urbanizados, incorporó como uno de sus más importantes fundamentos conceptuales la idea de que la acción del Estado debe orientarse al logro de la mayor felicidad posible para los ciudadanos y que en razón de ello debe intervenir para redistribuir equitativamente los beneficios logrados por la acción colaborativa de los miembros de la sociedad.

Atendiendo a esta evolución, puede formularse que no puede concebirse la Salud Pública desvinculada de los conceptos de intervención estatal, búsqueda de la justicia social y redistribución solidaria de la riqueza social.

Pero el reconocimiento y afianzamiento de estos postulados debió lograrse en franca disputa con otros conceptos que juzgaban inconveniente la intervención estatal y propendían porque cada persona se desempeñara de acuerdo con sus propias capacidades e iniciativas y en la medida de ellas derivara la satisfacción de sus particulares necesidades y expectativas.

En nuestros días se reedita con particular agudeza esta discusión. Las propuestas corrientes en muchos países en relación con los temas de la salud de las comunidades reclaman que el Estado abandone su pretensión de orientar racionalmente los esfuerzos por el mejoramiento de la salud colectiva y que sean las fuerzas del mercado las que diriman la asignación de recursos.

Sin duda, estas son propuestas que ponen en entredicho la esencia misma de la Salud Pública. Y siendo así, la discusión no podrá dirimirse accediendo a seguir hablando de una Salud Pública que pierda su esencia abandonando los conceptos que le son consustanciales. La resolución se dará en términos más o menos radicales: o la Salud Pública persiste manteniendo su identidad como disciplina en base al ejercicio teórico y práctico que ha sido su esencia, o desaparece en medio de una avalancha mercantilista en la cual no tendría sentido decir que existe como disciplina.

Sin embargo, la permanencia de la Salud Pública requiere afrontar nuevos retos. Si bien ha obtenido grandes logros en su discurrir como disciplina científica de acuerdo a la caracterización que de ella hemos hecho, le queda por delante la gran responsabilidad de formular y lograr soluciones a las deficiencias en la gestión estatal, a fin de garantizar que se pueda continuar mejorando las condiciones de salud de la comunidad.

MEDICINA SOCIAL EN EUROPA HASTA LA II GUERRA MUNDIAL

Esteban Rodríguez Ocaña

La visión tradicional respecto de lo que se conoció como Medicina social en la primera mitad de este siglo (en Gran Bretaña, el término desapareció hacia 1960, siendo sustituido por el de Medicina Comunitaria; en Alemania se unió al de Medicina Preventiva después de la Segunda guerra mundial, lo mismo que ocurrió en España; en la URSS, el concepto de Higiene social desapareció a comienzos de los años 30) la explica como la última etapa de la alianza "natural" entre salubristas y autoridades gubernamentales, que discurre en paralelo al fortalecimiento de los gobiernos centrales, desde finales del siglo XVI; de la policía médica a la medicina social (culminaría con el establecimiento de un sistema nacional de salud= fin de la historia).

Hoy no podemos conformarnos con este acercamiento, tan ferazmente aplicado por George Rosen (en ensayos como «What is Social Medicine? A Genetic Analysis of the Concept» (1948) y en su libro definitivo, A History of Public Health, 1958), simplemente porque habitamos un mundo distinto, que ya conoce las consecuencias de la puesta en práctica de aquellos principios defendidos antaño como universales. Tres son los nuevos caminos abiertos por la historiografía en los últimos años: 1. El reconocimiento de la sustitución de los supuestos socioeconómicos (conque habían trabajado los higienistas franceses de la primera mitad del XIX, o Virchow, en su descripción de las «epidemias artificiales» en 1848) por supuestos biológicos que condujeron a una ingeniería biotécnica (profilaxis moral + planificación sociobiológica). 2. Se advierte la ausencia del público, salvo como "receptor pasivo", y la contribución del ejercicio médico-social a una cultura tecnocrática. Los programas medicosociales encerraban propuestas dirigistas, construidas sobre una racionalidad científica, y aplicables mediante ciertas tecnologías sólo posibles mediante la intervención de expertos, dinastías segregadas de la población. 3. Relevancia del papel de los intereses profesionales, que generan expectativas y negociaciones con otros intereses y grupos, no necesariamente vinculadas a valores científicos o políticos. En esta exposición pretendemos desarrollar brevemente cada uno de estos aspectos.

PLANIFICACION EN SALUD SIMPOSIO

LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

Iván Jaramillo

Objetivos y Estrategias. A mediados de la década de los 80, Colombia abrazó la estrategia de reformar el Estado y su Administración Pública por vía de la descentralización política, fiscal y administrativa, y en ese proceso se vio involucrado el sector salud, el cual se había estructurado bajo modalidades centralistas con el Sistema Nacional de Salud en 1975. Las políticas de salud que se han pretendido impulsar con la descentralización del sector han tenido como objetivos explícitos ():

1. Apuntalar un nuevo modelo de salud basado en enfatizar la prevención y la acción intersectorial sobre los factores de riesgo para la salud, con la premisa de convertir los municipios, bajo la responsabilidad de los alcaldes, en Sistemas Locales de Salud que hiciera realidad el modelo de los Municipios Saludables.
2. Redistribuir las competencias de dirección y prestación de los servicios entregando a los municipios el manejo del primer nivel de atención y a los departamentos el segundo y tercer nivel, reservando para el Ministerio de Salud la competencia de producir políticas y normas y para la Superintendencia Nacional de Salud las funciones de inspección, vigilancia y control.
3. Crear nuevas fuentes financieras, estimular y hacer mas eficientes las existentes y reasignar las fuentes financieras, de tal manera que se privilegiara la financiación del denominado primer nivel de atención.
4. Conseguir una distribución mas equitativa y eficiente de los recursos fiscales distribuyéndolos con nuevos criterios entre las entidades territoriales y creando sistemas de asignación de recursos a los proveedores públicos y privados mediante la contratación de servicios finales a tarifas preestablecidas, que regularan la asignación eficiente de recursos a los hospitales.
5. Convertir los hospitales públicos en entidades autónomas patrimonial y administrativamente dirigidas por funcionarios con formación gerencial.
6. Instaurar el sistema de carrera administrativa para los funcionarios públicos de la salud y garantizar su afiliación a la seguridad social.

Por descentralización territorial en Colombia () se entiende la transferencia de competencias y recursos por parte de la Nación hacia las entidades subnacionales

Reorganización del Sistema Nacional de Salud, Una respuesta al cambio social, Memoria analítica de la ley 10 de 1990, Bogotá Octubre de 1990.

Colombia es un país de 40 millones de habitantes en 1999, con 1'138,338 kilómetros cuadrados, con un sistema político unitario y descentralizado en 32 Departamentos, 4 Distritos y 1079 municipios. Posee elección democrática de Presidente, Gobernadores y Alcaldes, y maneja cerca

denominadas: departamentos, distritos y municipios; y la descentralización institucional, por su parte, se refiere al otorgamiento de autonomía administrativa y financiera a las unidades de prestación de servicios denominadas por lo general hospitales, o también a las entidades gestoras del aseguramiento social, denominadas entidades promotoras de salud (). La descentralización territorial del Sistema Nacional de Salud en Colombia es producto de un efecto adaptativo del sistema de salud al proceso que desde 1983 se ha venido operando en el conjunto de la administración pública (); es, de otra parte, consecuencia de la corriente impulsada desde 1988 por la Organización Panamericana de la Salud -OPS- para la creación de los Sistemas Locales de Salud -SILOS- y de los Municipios Saludables, estrategias estas que en Colombia tomaron la forma de los Sistemas Municipales de Salud -SMS-.

La descentralización institucional de los prestadores públicos de servicios obedece a la introducción del manejo gerencial en hospitales en un ambiente externo de mercado que se ha venido impulsando desde 1987, a lo cual se agrega el impacto de las tendencias privatizadoras, las cuales en Colombia tomaron un camino especial, pues en lugar de liquidar los hospitales públicos se decidió reprivatizar algunos (que tenían origen privado y que eran manejados por el Estado) y adaptar a la competencia y al mercado a los otros (de origen netamente público). Con base al nuevo modelo gerencial, desde 1990, los hospitales de origen privado y sin ánimo de lucro que recibían recursos fiscales, iniciaron su reconversión hacia entidades de manejo totalmente privado y que hoy actúan bajo contratación con el estado para atender a la población pobre; posteriormente los hospitales propiamente públicos se les adaptó para que compitieran con los privados en la provisión de servicios mediante su conversión en Empresas Sociales del Estado.

Desde 1990 se estableció entonces una estrategia que combina la descentralización territorial hacia municipios, distritos y departamentos con un importante componente político, articulada simultáneamente con la descentralización institucional de los hospitales reprivatizándolos o convirtiéndolos en Empresas Sociales del Estado y con un importante componente gerencial. Además, se ha concebido la descentralización articulada también con la participación ciudadana en diversas formas e instancias.

Desde el punto de vista financiero es posible diferenciar en Colombia, además, dos clases de descentralización dentro de una estrategia dual: una descentralización soportada por transferencias financieras automáticas y otra de transferencias condicionadas. Con la primera se asignan por ley competencias y recursos a todos los municipios y departamentos y mediante la segunda se otorgan recursos adicionales y más autonomía de manejo a las entidades territoriales, cuando cumplen con ciertos requisitos de desarrollo técnico, financiero y e institucional. A las entidades subnacionales que cumplen los requisitos legales se les denomina entidades “certificadas” y para tal efecto reciben además formalmente mediante acta las instituciones, el personal y los recursos que quedarán a cargo bajo su administración territorial.

del 50% del presupuesto general de la nación como transferencias automáticas a las entidades territoriales.

En la mayoría de los países cuando se habla de descentralización en el sector Salud esta se refieren solo a la autonomía de los hospitales como en el caso de Perú e Inglaterra. Solo en casos como Chile y Bolivia se incluye el componente político - territorial.

Jaramillo Pérez, Iván, El Futuro de la Salud en Colombia, Fescol, FES, Corona, Restrepo Barco, Bogotá, Enero de 1999

Los Avances en la Descentralización: No obstante los retrasos y problemas, a Junio de 1999 el balance de las entidades descentralizadas es como sigue:

Sobre los municipios descentralizados:

- Desde 1987 todos los Municipios (1079) y los Distrito (4) habían recibido competencias asignadas por Ley en materia de responsabilidad para la construcción, dotación y mantenimiento de la infraestructura pública de primer nivel (hospitales locales, puestos y centros de salud) .
- Desde 1990 todos los Municipios (1079) y los Distritos (4) habían recibido competencias asignadas por Ley en materia de responsabilidad por la atención de la Salud Pública y para la prestación de servicios de primer nivel de atención.
- Desde 1994 todos los Municipios (1079) y los Distritos (4) reciben recursos para salud del Presupuesto General de la Nación en forma automática (recursos denominados participaciones municipales para inversión social) con base a una formula matemática alimentada con diversos indicadores. Los recursos recibidos deben ser destinados en un 40% a salud pública (servicios colectivos) y 60% a subsidios a la demanda para la población mas pobre (servicios privados) ; pero deben ser manejados en coordinación con los Departamentos mientras reciben “el certificado” de cumplimiento de requisitos.
- Los municipios que consiguen “la certificación” adquieren autonomía frente a los departamentos para manejar sus transferencias automáticas, pero además reciben recursos adicionales de los departamentos (50% del situado fiscal) y una contrapartida nacional de recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).
- El Balance de los municipios “certificados” llegó en junio de 1999 a las siguientes cifras, así:

1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
2	11	0	2	8	94	205	67	21

Total municipios “certificados”: 410 de 1079 en total = 38%

Municipios certificados vía Ministerio de Salud : 13

Municipios certificados vía Departamento: 397

Pese a que el número de municipios certificados es aún bajo, sin embargo los municipios grandes con mas población han sido por lo general los primeros en certificarse. De tal forma que entre los 410 Municipios y los 4 Distritos que hoy se encuentran “certificados” con el cumplimiento de requisitos formales gastan mas del 75 % de los recursos financieros para salud en el ámbito local y cubren mas del 75 % de la población del país (). De otra parte (), desde 1995 más del 32 % de los municipios poseen Secretaria Municipal de Salud autónoma y mas de la mitad poseían alguna dependencia que cumplía funciones de dirección sectorial en salud y casi todos los municipios poseen Fondos

Hay que tener en cuenta que solo el 9 % de los municipios tienen mas de 50,000 habitantes, concentran el 62.1 % de la población, y reciben 45 % de las transferencias nacionales.

Alcaldes y capacidad de Gestión, Reporte de Encuesta, DNP, revista Planeación y Desarrollo, Volumen XXVII, Nro. 3, Julio-septiembre de 1996, Pag.164.

Locales de Salud () dado que en una condición que les permite recibir recursos de ECOSALUD ().

Sobre los Departamentos y Distritos Descentralizados:

- Desde 1975, todos los Departamentos (32) y el Distrito Capital de Santafé de Bogotá recaudan recursos para el sector salud (denominados las rentas cedidas) y coordinan la administración con la Nación de los recursos de origen en el presupuesto nacional (denominados situado fiscal). Esta modalidad de manejo se considera hoy que consiste solo en una desconcentración regional del Ministerio de Salud mediante los denominados Servicios Seccionales de Salud.
- Desde 1990, todos los Departamentos (32) y el Distrito Capital de Santafé de Bogotá tienen competencias por ley para hacerse cargo de la salud pública y la prestación de los servicios de segundo y tercer nivel en su ámbito territorial. Pero solo tienen autonomía de manejo del situado fiscal cuando consiguen la certificación del cumplimiento de unos requisitos legales; mientras tanto co-administran con la Nación el manejo de los recursos y los servicios.
- Desde 1994 todos los Distritos (4), al igual que los Municipios (1079), reciben recursos para salud del Presupuesto General de la Nación en forma automática (recursos denominados participaciones municipales para inversión social) con base a una fórmula matemática alimentada con diversos indicadores.
- Desde 1991 los departamentos (32) y los distritos (4) se han ido “certificando” en forma progresiva, lo cual les permite recibir los recursos del situado fiscal en forma automática, actuar en forma plenamente descentralizada y pueden entonces manejar la salud autónomamente en forma más completa. El proceso de certificación -autonomización se ha dado así:

Total Departamentos “certificados”: 20 de 32 en total = 63%

1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1	0	0	8	2	6	0	3	0

Total Distritos “certificados” : 4 de 4 en total = 100%

1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1	0	1	2	***	***	***	***	***

Sobre los hospitales. Al proceso de descentralización territorial se ha sumado el proceso de descentralización institucional que incluye la transformación de los hospitales públicos en entidades autónomas denominadas: Empresas Sociales del Estado.

La conversión de los hospitales en entidades autónomas se ha hecho progresivamente con especial énfasis en los últimos años gracias al Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud PMSS y en la actualidad muestran el siguiente avance: El 98.6% de

Los Fondos Locales de Salud son cuentas especiales para el manejo de los recursos financieros de la salud.

ECOSALUD Empresa Pública Nacional que maneja el monopolio sobre los nuevos juegos de apuestas y azar, cuyas utilidades se destinan a los municipios.

las instituciones públicas objeto del PMSS han sido reestructuradas en Empresas Sociales del Estado.

- 143 de 145 hospitales de Niveles II y III –98.6%-().
- 250 de 500 hospitales de Nivel I – 50%-()

Impactos Financieros

La Descentralización territorial se inició con la transferencia de recursos y competencias de la Nación hacia los municipios y departamentos, primero con el Decreto Ley 77/87 y posteriormente con las Leyes 10/90 , 60/93 y 100/93. Este proceso ha permitido que las entidades territoriales asuman en mayor o menor grado el manejo de la salud pública y la asignación de los subsidios a la población pobre. Pero sobre todo ha producido un incremento significativo del gasto público en salud, permitiendo que el gasto agregado de la Nación, los municipios y los departamentos pasara entre 1987 y 1995 desde 1.1 % del PIB al 2.3 %, con lo cual se ha duplicado la importancia relativa del gasto público en salud en una década. A su turno la Ley 100/93 y con ella la Reforma de la Seguridad Social en Salud propició que el aporte parafiscal a la seguridad social en salud pasara del 1.6 % del PIB en 1987 hasta casi duplicarse con el 3.1% en 1995. El impacto agregado de las reformas permitió la duplicación del gasto en salud frente al PIB pasando en el período analizado del 2.7% al 5.4%, sin que aún se contabilice plenamente todo el efecto de la puesta en marcha del Régimen Subsidiado en Salud.

Pero no solamente se ha incrementado la financiación en términos reales sino que se ha logrado la reasignación del gasto en una forma más equitativa y eficiente. Así los departamentos, distritos y municipios más pobres reciben hoy un per cápita superior en ingresos corrientes de la Nación que en 1990 y superior al per cápita de los departamentos y distritos mas desarrollados. Se ha obtenido además que en forma específica para salud se fortaleciera el primer nivel de atención consiguiendo que los hospitales, centros y puestos de salud hoy gasten un 43% de los recursos del total gastado por todos los hospitales de los diversos niveles, cuando en 1990 solo se gastaba el 20% en el nivel básico. Las nuevas normas además evitan hoy que las transferencias nacionales se gasten en burocracia y el situado fiscal se asigna en un 94 % a la prestación de los servicios, cuando en 1990 se destinaba en lo fundamental a financiar los gastos de la sede. Se ha logrado además, contrario a muchas previsiones, estimular el esfuerzo fiscal territorial y prueba de ello es que en 1990 el situado fiscal financiaba el 60 % del gasto departamental en salud y hoy solo financia el 34 %, además los municipios están gastando en salud mas de lo obligatorio.

Impactos institucionales. Los hospitales públicos de mediana y alta complejidad se han transformado en entidades autónomas patrimonial y gerencialmente al convertirse el 98 % en Empresas Sociales del Estado, así mismo lo han logrado el 50% de los hospitales de baja complejidad, con lo cual se dotan también de las herramientas de la gerencia privada. Pero además, se debe tener en cuenta que el 32 % de la red hospitalaria que recibe recursos públicos está compuesta por hospitales de origen privado sin ánimo de lucro, los cuales fueron semiestatizados por el Sistema Nacional de Salud en 1975, a cambio de sostenerlos con recursos fiscales y ahora han recuperado su carácter de

Los Hospitales de Niveles II y III son los hospitales de mediana y alta complejidad.

Los hospitales de nivel I son los de baja complejidad. Para ellos no es obligatoria la descentralización institucional sin embargo han venido acogiéndola voluntariamente.

entidades privadas del tipo Organización No Gubernamental ONG y actúan bajo contratación con el Estado ante la prohibición establecida por la Ley 10/90 y la Constitución para recibir auxilios fiscales.

Como consecuencia de este proceso los hospitales han venido incrementando sus recursos financieros y expandiendo su capacidad operativa. Entre 1993 y 1997, los hospitales de primer nivel incrementaron sus recursos en 2.6 veces a precios constantes de 1997; a su turno los hospitales nivel II incrementaron sus recursos en 1.9 veces y los de nivel III en 1.5 veces. Es de recordar que en 1990 los hospitales de primer nivel recibían solo el 20% de la financiación y la ley 10/90 propuso invertir la tendencia y conseguir la meta del 50% para el primer nivel. Como se sabe el primer nivel si está bien financiado podría resolver el 80 % de los problemas de salud. Hoy la meta esta cercana pues, los hospitales locales y su red de centros y puestos de salud reciben el 43% de la financiación.

Se calcula que la fuerza de trabajo del sector público de la salud se incrementó en siete años en mas de treinta mil funcionarios, pasando de 75.000 en 1987 a 126,392 en 1995 aproximadamente, los cuales además por lo general han duplicado y en algunos casos triplicado su escala salarial, sin que se quiera ocultar que este proceso de reajuste ha sido difícil e incluso insatisfactorio para algunos. De otra parte, los técnicos y profesionales han mejorado su calificación, protección social y estabilidad, pues la descentralización fue acompañada desde 1990 con la instauración de la carrera administrativa o servicio civil escalafonado. Cerca de un 60 % de los funcionarios han sido incorporados a los sistemas de carrera, calificación del desempeño y de selección por concurso que la acompañan, así como a los sistemas de seguridad social en salud y pensiones en casi un 100 % de los casos, aunque se conservan graves problemas en materia de la prestación conocida como en derecho a cesantías.

En solo periodo 1994 y 1997() sin incluir el personal contratado directamente por los municipios y por las fundaciones de origen privado , el empleo de funcionarios públicos se incrementó en el 21% pasando de 86.693 a 105.235 .En el mismo periodo las escalas salariales crecieron el 48.5% real por encima de los ajustes normales que recibieron todos los funcionarios públicos.

Los Impactos en las Coberturas

En Agosto de 1997 (), la Universidad de los Andes (Programa CIDER-REUNIRSE) encontró que en las zonas pobres de las cabeceras de 110 municipios la accesibilidad a los servicios médicos cubría el 95% de la población consultada en cerca de mil hogares. Pero además, encontró que el 87% manifestaba estar satisfecha con los servicios recibidos. Simultáneamente la Encuesta sobre Calidad de Vida, realizada por el DANE durante el segundo semestre de 1997, encontró que el 57% de la población estaba afiliada a la seguridad social, el 85% de los afiliados consideraba que la atención había sido oportuna y el 82.5% evaluó la calidad del servicio como buena. En Junio de 1998 el Ministerio de Salud () estableció mediante dos estudios de oferta de servicios de los hospitales públicos que estos cubrían por si solos entre el 58% y el 67.5% de toda la

Censo del Recurso Humano y Dinámica salarial del Sector Salud Oficial 1994-1998, Ministerio de Salud, Aura Poveda Directora, Bogotá, Julio de 1998.

Encuesta de REUNIRSE, Universidad de los Andes, Agosto de 1997.

Estudio dirigido por Nelcy Paredes y Conrado Gómez, a propósito del estudio de costos sobre el Plan Obligatorio de Salud.

población del país, sin incluir la gran mayoría población cubierta por el Instituto de los Seguros Sociales y por las otras Entidades Promotoras de Salud de Salud tanto públicas como privadas.

Puede concluirse entonces que la reforma descentralista que tocó a las entidades territoriales y a los hospitales, permitió mejorar la accesibilidad a los servicios en siete años y en el solo caso de los hospitales públicos su cobertura evolucionó desde el 35% hasta el 63% aproximadamente. Globalmente la cobertura de entidades públicas, de la seguridad social y las privadas pasó de cubrir el 65% de la población hasta llegar al 95%; y la reforma a la seguridad social permitió modificar el grado de aseguramiento, pasando del 24% al 57%.

Impacto en la Salud

Es prematuro aún medir el impacto de estos cambios en la salud de la población y no es la pretensión de estudio hacerlo. Algunas encuestas muestran mejoras en la salud de las madres y deterioro en indicadores de salud infantil, al mismo tiempo en el periodo la esperanza de vida se elevó de los 69 a los 73 años, pero sería aventurado atribuir estos efectos al proceso de descentralización.

Conclusiones. El Proceso de descentralización tiene las siguientes características, logros y problemas:

1. Características

- a) El proceso de descentralización en Colombia combina una descentralización territorial con consideraciones políticas y una descentralización institucional con consideraciones gerenciales.
- b) El modelo separa los organismos de dirección y financiación de un lado y los organismos de prestación y aseguramiento del otro.
- c) El modelo de descentralización se combinó con un modelo de privatización e introducción de la competencia en la prestación y el aseguramiento.
- d) El modelo separa la prestación de servicios de salud pública (Colectivos, a cargo del estado y con recursos fiscales) y los servicios de beneficio personal (Individuales, a cargo de los particulares con recursos parafiscales principalmente).
- e) En Colombia se ha pretendido fusionar en un solo concepto los Sistemas Locales de Salud, la estrategia de los Municipios Saludables y la descentralización municipal generando los denominados: Sistemas Municipales de Salud.
- f) El modelo financiero se desarrolla sobre una estrategia dual que combina transferencias automáticas y transferencias condicionadas a las entidades territoriales.
- g) Las transferencias automáticas se distribuyen por una formula matemática con base a diversos indicadores.
- h) Las transferencias condicionadas se asignan previo el cumplimiento de requisitos mediante certificación.
- i) El proceso de descentralización sectorial se realiza en forma paralela a un proceso político global de descentralización municipal y departamental.
- j) El proceso de descentralización se desarrolla articulado aun proceso de creación de mecanismos diverso de participación ciudadana.

- k) Los hospitales descentralizados se convierten en Empresas Sociales del Estado incorporando la legislación privada en su manejo y la sustitución progresiva de los subsidios de oferta por subsidios a la demanda.

2. Impactos

- a) La descentralización ha permitido generar nuevos recursos financieros para el sector produciendo en 10 años la duplicación del gasto público con respecto al PIB (pasando del 1.1 en 1987 al 2.3 en 1995).
- b) La descentralización ha estimulado el esfuerzo fiscal municipal y departamental en la financiación de la salud.
- c) La descentralización ha producido un incremento del recurso humano en el sector salud con un crecimiento del empleo del 21% en solo cuatro años entre 1994 a 1997 y del 48% de crecimiento real en las escalas salariales en el mismo período.
- d) La descentralización ha permitido multiplicar por 2.6 veces el presupuesto de los hospitales de primer nivel de atención entre 1993 y 1997, mejorando además su participación en el gasto global de salud y pasando desde el 20% en 1990 al 43% en 1997.
- e) La accesibilidad a los servicios médico hospitalarios ha mejorado pasando desde el 65% de la población en 1990 a cifras superiores al 90% en 1987. La sola red pública amplió su cobertura desde el 35 % al 63%.
- f) La presencia de operadores privados en el proceso de aseguramiento dentro del régimen subsidiado ha permitido articular descentralización y privatización potenciando los procesos mutuamente.
- g) La descentralización ha mejorado los sistemas de control de los proveedores y aseguradores.
- h) La descentralización ha propiciado múltiples escenarios de participación social.

3. Problemas

- a) Mientras la cobertura de los servicios personales ha mejorado, la cobertura de los servicios preventivos se ha desmejorado y solo un 30% recibe atenciones preventivas y promocionales.
- b) La descentralización rompió las líneas de mando de la salud pública generando un retroceso en antiguos programas nacionales.
- c) La descentralización se ha visto entrabada por la lucha política entre departamentos y municipios por el control del sector salud.
- d) El pasivo prestacional de los hospitales y la dificultad para establecer los responsables de su pago han obstaculizado la descentralización.
- e) Los sindicatos se han opuesto al proceso de descentralización obstaculizándolo.
- f) Los gobiernos nacionales con nuevos liderazgos o con mucha debilidad política se han opuesto a la descentralización.

LA UTOPIA DE LA PLANIFICACION EN SALUD

Jorge Cardona O.

Antes de hablar de Planificación en Salud, entendiéndose por ésta la Planificación de Servicios de Salud ya que la Salud actualmente no es posible planificarla, es necesario hablar de la Planificación en general, pues la primera sin la consideración de ésta, no tiene ningún sentido.

La Planificación puede entenderse desde la perspectiva de ser una función del ciclo administrativo, en cuyo caso no queda la menor duda de que existe y se ha utilizado desde los comienzos de la humanidad. Algunas técnicas o metodologías de Planificación de Salud, se inscriben dentro de esta forma de caracterizarla como función del ciclo administrativo, en este caso de salud y, así por ejemplo, la metodología de CENDES/OPS cumple con todo el proceso administrativo de planificación, organización de recursos, dirección y control. De la parte de planificación hace parte la toma de la decisión política, la normatización, el diagnóstico de la situación de salud, la formulación de alternativas o de planes y la aprobación de los mismos. Luego de esto, continúa el proceso de organización de los recursos, dirección de los mismos y control del plan.

Pero también existe otra manera de entender la Planificación general y es desde la perspectiva de la Planificación del desarrollo económico social de una sociedad. Esta posibilidad de visualizar la planificación como algo más que una función de la administración, surgió con la Revolución de octubre en 1917 en Rusia y se consolidó con la formulación, por primera vez en la historia de la humanidad, del Primer Plan Quinquenal de la Unión Soviética 1929 a 1933. Esta Planificación del desarrollo de un país, rompe con el esquema imperante hasta ese momento de que era imposible la planificación puesto que eran las fuerzas del mercado las que regulaban absolutamente todas las relaciones económicas existentes en un país determinado.

La ruptura fue teórica y práctica. Teórica, porque ya Lenin había definido la Planificación General como "una proporcionalidad constante y conscientemente mantenida de la economía nacional, siendo la condición necesaria para el desarrollo de dicha economía a un ritmo veloz encauzado hacia el Socialismo y el Comunismo". Con esta definición, se desvirtúa cualquier posible confusión que se pueda presentar con lo que comúnmente se denomina planificación en el sistema capitalista.

Y práctica, porque desde el mismo momento de la implantación del Primer Plan Quinquenal, todas las fuerzas activas del país de los soviets se encaminaron a lograr las metas fijadas en el plan y se fue esbozando una metodología, ciertamente normativa pero no por ello menos efectiva, al desarrollarse en una sociedad, que si bien todavía en unas condiciones de guerra interna, permitía el desarrollo armónico y planificado de cada uno de los sectores de esa sociedad.

Simultáneamente, en el mismo año de 1929, cuando se implantó el Primer Plan Quinquenal, se producía la crisis más severa que hasta entonces había tenido el Capitalismo en su conjunto, acostumbrado ya a las crisis periódicas que se presentaban cíclicamente con intervalos de 6 a 10 años: La famosa crisis de la Bolsa de Valores de Wall Street que casi significó el derrumbe total del sistema capitalista.

La reflexión acerca de esta Crisis y de las crisis periódicas, llevó al surgimiento de las teorías económicas expuestas por el economista inglés John Maynard Keynes, en su

obra: Teoría General del Empleo, el Interés y la Moneda, de 1936, que da un nuevo aire al capitalismo explicando que el origen del paro, consecuencia inevitable de la crisis, se encontraba en la insuficiencia de la "demanda efectiva".

Para evitar las crisis y las situaciones de depresión económica, los Estados debían estimular esta "demanda efectiva", ya sea con medidas monetarias o realizando gastos de consumo e inversión por su propia cuenta, algo completamente contradictorio con la doctrina prevaleciente del liberalismo manchesteriano y con el papel del "laissez faire" y de servir de simple árbitro entre el capitalista y el obrero por parte del Estado.

Las teorías keynesianas van a producir el auge de la llamada Planificación capitalista, hasta mucho después de terminada la Segunda Guerra Mundial, pero que, comparada con la definición de Lenin, no hay otra manera de definirla sino como "un conjunto sistematizado de formas públicas y privadas de programación y control que pretenden un cambio parcial en un determinado sector".

La Planificación de la Salud (recuérdese que lo que se planifica son los servicios de salud), es hija de la Planificación General propuesta en el Primer Plan Quinquenal de la Unión Soviética. Al esbozar el Plan de Salud para la Unión Soviética, se van describiendo diferentes metodologías que con el tiempo se depuran y alcanzan una gran efectividad.

Por su parte, el capitalismo, que nunca antes había hablado de Planificación General ni de Planificación de Salud comienza a exigir la elaboración de Planes Generales y de Planes Sectoriales (entre ellos el de Salud), para poder acceder a los préstamos que prometía el Programa de la Alianza para el Progreso, propuesto a todos los países latinoamericanos en la Reunión de Punta del Este (Uruguay) en 1961 y cuyo fin político último era la exclusión de Cuba del seno de países existentes en la Organización de Estados Americanos, O.E.A.

Al no existir una metodología de planificación de salud, ésta se hace en el término de unos pocos años y surge así la Metodología de CENDES/OPS que se comienza a enseñar en las escuelas de salud pública de América Latina y que, entre otras cosas, fue uno de los motivantes de nuestra Escuela (hoy Facultad) Nacional de Salud Pública.

Las críticas a esta metodología son suficientemente conocidas y se basan en su carácter eminentemente economicista y racionalizador de recursos, a su surgimiento en un momento en que los sistemas de información de salud apenas estaban naciendo y a la poca viabilidad política de los planes que eran hechos por técnicos en planificación de salud recién egresados de las escuelas de salud pública pero a quienes nadie en el sector político les había pedido que hicieran planes. La inmensa mayoría de esos planes duermen el sueño de los justos en las bibliotecas de las mismas escuelas de salud pública, sometidos a la crítica roedora de los ratones.

A comienzos de la década del 70, ante la incapacidad de la metodología CENDES/OPS para estudiar las instituciones del sector salud y el sector salud en su conjunto, ya que se limitaba al estudio de los diferentes establecimientos por separado uno de otro, surge en América Latina la metodología del D.S.A.I., Diagnóstico Sectorial y Análisis Institucional, que no solo complementaba el método CENDES/OPS sino que entra a ser enseñado en las Escuelas de Salud Pública y a ser operativizado prácticamente en todos los países latinoamericanos. En nuestro medio, queda el magnífico estudio hecho por PLANSAN (Planificación de la Salud en Antioquia) precisamente para el departamento de Antioquia.

Las oficinas de Plansan ocupaban todo el cuarto piso de la actual Facultad Nacional de Salud Pública.

La Asamblea General de la O.M.S. reunida en Ginebra (Suiza) en 1977 lanza la mundo su propuesta de la Meta de Salud para todos en el año 2.000, entendida como la consecución, para todos los ciudadanos del mundo, de un nivel (o mejor de un estado) de salud, que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Como había sucedido con la definición de salud emitida por la misma O.M.S. en su carta de constitución de 1945, la propuesta de la Meta es acogida acríticamente por casi todos los países del mundo, sin saberse cómo se podría lograr tan ambiciosa meta. Al año siguiente, 1978, en la Reunión de Alma Ata (antigua Unión Soviética), los países firman su compromiso de lograr la meta con la Estrategia de Atención Primaria en Salud, relegando a un segundo plano, al menos en teoría, la Atención Secundaria en Salud que era el eje central de la Atención en la mayoría de Sistema de Salud del mundo.

Rápidamente, en el término de pocos años, se supo que el horizonte rígido de alcanzar la meta en el año 2000, era prácticamente imposible de conseguir y, por lo tanto, se sugirió un horizonte flexible, de acuerdo a las posibilidades y recursos de cada región y país.

Para la Planificación de salud, la Meta y la Estrategia plantearon retos interesantes, pues era obvio que las metodologías normativas, utilizadas hasta entonces en América Latina, no se compadecían con ellas, ni con los escenarios demográficos, epidemiológicos, sociales, económicos y políticos; ni con las condiciones en que se desenvolvían los sistemas de salud, ni con el estilo nacional de planificación.

Para esta época, y proveniente del sector económico, ya estaba en auge la Planificación Estratégica y por lo tanto se sugirió que solo era aceptable planificar estratégicamente la salud. Dentro del sinnúmero de aproximaciones estratégicas, vale la pena destacar la Planificación Situacional, muy bien referenciada por su impulsor Carlos Matus, la Planificación Prospectiva, la Planificación por Escenarios y el Enfoque Estratégico de Planificación de Servicios de Salud, el cual fue el único que se presentó completamente instrumentalizado al sector salud. El impulso de este enfoque estuvo a cargo de la O.P.S. y de la Facultad Nacional de Salud Pública, hasta el punto que en alguna bibliografía fue reconocido como el Enfoque Medellín.

Este enfoque, debe mucho a los doctores Juan José Barrenechea y Emiro Trujillo y la Facultad lo acogió para enseñarlo en todos sus cursos de Planificación de Salud, tanto de pre como de posgrado.

Durante unos cuantos años, inclusive se hicieron Cursos Internacionales de Planificación de Salud, en la Facultad Nacional de Salud Pública, con una duración de tres meses.

Lamentablemente hay que reconocer que han sido muy pocos los intentos por operativizar este enfoque en los diversos municipios y departamentos de Colombia, para no hablar de países. La mayoría de esos intentos son trabajos finales de cursos de planificación o trabajos de grado.

Para el caso concreto de Colombia, la Ley 100 de 1993 transforma por completo la concepción del Sistema de Salud y la pregunta es entonces cuál sería la metodología que estaría acorde con los cambios producidos o si el Enfoque Estratégico de Planificación de Servicios de Salud pudiera adaptarse a esos cambios.

Existen opiniones encontradas al respecto y la Facultad Nacional de Salud Pública no ha fijado una posición diferente a la que traía con su apoyo al Enfoque mencionado. Sin estar hablando a nombre de la Facultad sino a título propio, quisiera decir que las metodologías, técnicas y enfoques de planificación de salud, se han sobrestimado en América Latina y pareciera ser que el problema fuera de metodología, técnica o enfoque. Fracasado uno, por la razón que sea, se quiere reemplazar por otro.

Se hace caso omiso de la voluntad y decisión política y de los espacios donde se pueda planificar para reemplazarlos por la metodología, la técnica o el enfoque.

Entretanto, el único país en donde con claridad meridiana se observa una planificación de salud y una planificación general, en todo el continente americano, es Cuba. Y lo más paradójico es que allí no se encuentra una metodología, técnica o enfoque específico de planificación de salud. Lo que existe es un eclecticismo en el uso de diversas metodologías, técnicas y enfoques y, indiscutiblemente una decisión política clara y unos espacios bien definidos para planificar.

La Ley 152 de 1994, denominada la Ley del Plan, fija procedimientos precisos para la elaboración de los Planes Nacionales, Departamentales y Municipales, con plazos perentorios para su aprobación y la obligación de ser presentados. Cinco años después de expedida la Ley, la triste conclusión es que es más retórica que real y las críticas a la elaboración, presentación, aprobación y ejecución, son más que los pocos logros obtenidos.

El otro aspecto es la flagrante contradicción entre una Ley que obliga a planificar y una orientación político económica neoliberal que niega la planificación y que quiere dejar a las fuerzas del mercado la regulación de las relaciones económicas, minimizando el Estado y privilegiando la privatización.

El futuro que se visualiza es la presentación de nuevas metodologías, técnicas y enfoques, las cuales durarán lo que las decisiones políticas las hagan durar, sin cumplir con lo que debería pretender cumplir un verdadero Plan.

En las condiciones concretas de Colombia, de la mayoría de departamentos y de la inmensa mayoría de municipios, mientras existan cifras de desempleo superiores al 20% y el país marche a la deriva sin una clara orientación política y económica, poco más es lo que se puede pedir y exigir a la Planificación, porque nada hay más difícil que planificar la miseria.

Quizás en esos remedos de Planificación y de Planificación de Salud, nos vayamos adiestrando para cuando, en un país en paz y justo, con tasas de desempleo mínimas y sin el cáncer de la corrupción, existan espacios donde decisiones políticas claras permitan por fin la planificación del desarrollo y de los diversos sectores, entre ellos el sector de la salud.

PROYECCION SOCIAL DE LOS ESTUDIANTES DE SALUD PUBLICA SIMPOSIO

LA SALUD PÚBLICA CUBANA DE CARA AL PRÓXIMO MILENIO. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS DEL MODELO DE MEDICINA FAMILIAR CUBANA

René Ruiz Armas

Esta conferencia aborda los antecedentes del Sistema Nacional de Salud de Cuba antes de 1959, la Creación del Ministerio de Salud Pública en 1960, los Principios que sustentan este sistema, la evolución Histórica y las principales reformas en las décadas del 60, 70, 80 y 90, la estructura actual del Sistema Nacional de Salud, las principales estrategias y programas (con una breve explicación de cada uno de ellos) que se ejecutan y estarán vigentes hasta el 2005, la Carpeta Metodológica como instrumento de trabajo en todo el Sistema, los Recursos Humanos y Materiales con que cuenta el Sistema; así como los principales indicadores alcanzados en 1998-1999. Posteriormente en una segunda parte se aborda la experiencia cubana en Programa de Medicina Familiar iniciado en 1984 (enero) en un Área de Salud de la Ciudad de la Habana con 10 Médicos y Enfermeras y que ya en la actualidad cuenta con cerca de 30.000 médicos y más de 35.000 enfermeras, se hace una explicación del Programa, las dificultades y experiencias positivas, así como se hace referencia al proyecto de reforzamiento de la actividad Municipal como centro de este proyecto, se hace un resumen de la estrategia actual de la Atención Primaria en el país.

ANALISIS DE LA SITUACION DE LA SALUD PUBLICA

SIMPOSIO

La situación de salud en la Región de las Américas

Humberto Montiel,
Asesor Salud y Desarrollo Humano y Programa Especial de Análisis de Salud
OPS/OMS Colombia

Durante la última década la situación de salud en las Américas ha seguido mejorando de manera continua. Esto responde a diversos factores sociales, ambientes, culturales y tecnológicos favorables, así como a la mayor disponibilidad de servicios de atención de salud y de programas de salud pública. Sin embargo, esta mejoría no ha tenido igual intensidad y empuje en todos los países, ni en todos los grupos humanos de un mismo país. El análisis de la información sanitaria es fundamental para identificar y cuantificar las desigualdades en materia de salud y constituye una preocupación constante de la Secretaría de la OPS. Diversas publicaciones de la OPS (1-4) documentan estas desigualdades. Este informe anual describe los esfuerzos realizados para mejorar conceptual, metodológica e instrumentalmente la información para el análisis de la situación de salud en la Región de las Américas.

Disminuir las desigualdades y hacer realidad la meta de salud para todos en el mediano plazo constituye un desafío para los Gobiernos, la OMS, la OPS y otros organismos que actúan en este campo. La búsqueda de la equidad en salud es fundamental en la Región de las Américas, en particular en América Latina y el Caribe, que tienen la distribución del ingreso más inequitativa del mundo (5).

Hablar de desigualdad no es lo mismo que hablar de inequidad, esta última incorpora en su concepto el valor de justicia. La inequidad es una desigualdad injusta que podría ser evitada, de ahí su importancia para las esferas de decisión. Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas. ¿Cuáles son las causas de la inequidad en salud en la Región de las Américas? Aunque esta importante cuestión es materia de reflexión y debate, no constituye el objetivo central del presente informe.

Este capítulo se dedica al análisis de la situación de salud en la Región y a la medición de las desigualdades en salud. Medir las desigualdades, es decir obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es el primer paso para identificar las inequidades en salud. Los términos desigualdad (en su acepción inglesa "inequality") e inequidad ("inequity") se usan indistintamente en esta sección en un sentido descriptivo, pues no se discute aquí si las diferencias encontradas entre grupos socioeconómicos son injustas o no.

Luego del análisis de las tendencias generales de la situación actual de salud se presenta una sección que examina diversos indicadores propuestos para la medición de la

inequidad en salud. La metodología se complementa con pruebas empíricas sobre la distribución de la inequidad en los países de la Región, principalmente haciendo uso del Sistema de Información de Datos Básicos de Salud de la OPS. (1). Debe tenerse en cuenta que los resultados de los análisis con datos nacionales agregados, como los que se emplean en este capítulo, tienen como limitación principal el riesgo de suponer que los resultados encontrados en las poblaciones (agregados) se aplican o reproducen por igual en los individuos (falacia ecológica). Este abordaje metodológico es una primera aproximación que puede resultar de gran utilidad para las esferas de decisión de la Región en la búsqueda de desigualdades en salud, el análisis de la inequidad y la formulación de políticas orientadas hacia la equidad.

Para la OPS la búsqueda de la equidad en salud no es solamente una cuestión teórica sino un marco concreto para la cooperación con los países. Medir y monitorear las desigualdades en salud es de fundamental importancia para la toma de decisiones, pues la equidad en salud constituye un imperativo para el desarrollo económico regional. La cooperación técnica con los países debe concentrarse en la identificación de las inequidades en salud y en la definición de estrategias efectivas para reducirlas y, finalmente, eliminarlas.

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico

Como ya se mencionó, comparada con otras regiones del mundo la Región de las Américas es la más inequitativa en términos de distribución del ingreso per capita (figura 1). En 1990, el 20% más rico de la población de América Latina concentraba el 52,4% de los ingresos totales, mientras que el 20% más pobre recibía solo el 4,5% del total del ingreso (razón: 11,6). En contraste, en los países altamente industrializados y de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y de Europa del Este, las fracciones para los quintiles más ricos y más pobres fueron 39,8% y 6,3% (razón: 6,3) y 31,8% y 8,8% (razón: 4,3), respectivamente.

Por otra parte, la marcada inequidad en el ingreso que se observa en América Latina ha tenido una tendencia creciente. La razón de ingreso entre el 1% más rico y el 1% más pobre pasó de 363:1 en 1970 a 417:1 en 1995 (figura 2), aun cuando se considera el valor ajustado por el poder adquisitivo de la moneda o valor PAM. En el decenio de 1980, coincidiendo con la crisis económica de entonces, la razón de ingreso bajó a 237:1, mientras que la recuperación económica observada posteriormente fue seguida de una concentración desproporcionada de los ingresos en el sector más rico de la población.

Entre los países de la Región, el valor del producto nacional bruto per capita ajustado por el PAM para 1996 mostró una variación muy amplia, con un rango de US\$ 1.130 en Haití a US\$ 28.020 en los Estados Unidos de América. (2)

Contexto demográfico

La Región de las Américas, en especial las subregiones de América Latina y el Caribe, continúa experimentando cambios demográficos y epidemiológicos propios de las sociedades en transición. Todos los países presentan un proceso de envejecimiento de la población, descenso de las tasas de fecundidad y rápida urbanización de sus poblaciones.

Entre la primera mitad de la década pasada y la segunda mitad de los años noventa, la esperanza de vida al nacer en la Región aumentó de 69,2 a 72,4 años. Para el período 1995-2000; la esperanza de vida estimada en América del Norte es de 76,9 años, mientras que en América Latina y el Caribe es de 69,8. En todas las subregiones del continente la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres.

Como resultado de diferentes estrategias, la fecundidad disminuyó en las Américas entre 1980 y 1995. Las tasas de fecundidad descendieron en promedio un 19%, aunque en algunas subregiones, como América Central, el Área Andina y México, aún duplican las de América del Norte. En éste período la tasa global de fecundidad disminuyó de 3 a 2,4 hijos por mujer. En los países de la Región las tasas de fecundidad oscilaron entre 5 y más hijos y menos de 2 entre 1990 y 1995 (figura 3). El crecimiento promedio anual de la población se ha desacelerado desde 1980, pasando del 1,6% al 1,3% en 1995. A pesar de la disminución, algunos países del Caribe, de América Central y del Cono Sur aún tienen tasas superiores al 2,5%.

La urbanización está modificando el perfil demográfico en la Región de las Américas, lo que repercute tanto en la salud como en los servicios de salud. Este fenómeno se ha incrementado entre 1980 y 1995 como resultado tanto del crecimiento natural como de la migración rural-urbana en procura de trabajo y mejores condiciones de vida. En 1980 la población rural de las Américas representaba el 31 % del total, con un mínimo del 20% en el Cono Sur y un máximo del 58% en América Central. La tendencia estimada para el año 2000 señala que la población rural representará el 24% del total, el 15% en el Cono Sur y el 52% en América Central. En la figura 4 se presenta la distribución desigual de este indicador en países de las Américas en 1996, con un margen de variación entre 80% y más, y menos de 20%.

Contexto ambiental

Se estima que en 1997 alrededor del 80 % de la población de las Américas contaba con abastecimiento de agua potable por conexión domiciliaria o de fácil acceso, con un margen de variación entre 91 % en América del Norte y 67% en América Central. El 70% de la población de las Américas tiene acceso a agua desinfectada, lo que representa un avance enorme en relación con el 20% que la obtenía hace 10 años. No obstante los progresos experimentados en las últimas décadas, en las zonas rurales de los países de las Américas se observan diferencias de cobertura que oscilan entre más del 80% y menos del 20% alrededor de 1995 (figura 5).

El déficit en la disposición sanitaria de aguas residuales y de excreta es todavía muy acusado, aunque se redujo de un 35% en 1980 a un 24% en 1997. La cobertura en las

subregiones muestra diferencias importantes que van desde un mínimo de 67% en el Área Andina y el Brasil hasta un máximo de 94% en el Caribe no Latino. Si bien ha habido progresos en materia de cobertura en la Región, solo el 10% de las aguas residuales que se recolectan reciben algún tipo de tratamiento previo a su disposición final.

Otros problemas ambientales importantes en la mayoría de los países de la Región son la contaminación de los alimentos, la disposición inadecuada de desechos sólidos, la precariedad de las viviendas y la exposición a accidentes y enfermedades ocupacionales. La Región ha sufrido muchos desastres naturales durante los últimos cinco años, entre ellos los causados por el fenómeno de El Niño y los huracanes Georges y Mitch, que han producido pérdida de vidas y enormes daños materiales.

Mortalidad y morbilidad

Se estima que las tasas de mortalidad infantil habrán descendido de 36,9 a 24,8 por 1.000 nacidos vivos en toda la Región entre 1980-1985 y 1995-2000, y de 55,3 a 35,5 por 1.000 en América Latina y el Caribe. Sin embargo, existe una gran desigualdad en este indicador entre los países de la Región. Por ejemplo, al clasificar los países en cinco categorías según su producto nacional bruto, el grupo de mayores ingresos (tasa de mortalidad infantil de 7,9 por 1.000) presenta una tasa 8 veces menor que el de menores ingresos (63,0 por 1.000) (figura 6).

Entre 1980 y 1994, pese al aumento de la población y del total de defunciones, hubo una disminución de más del 20% en el número de años potenciales de vida perdidos en toda la Región, es decir, una disminución de las muertes prematuras (las ocurridas antes de los 75 años de edad). Aunque parte de este cambio puede atribuirse al envejecimiento de la población, su causa principal fue la reducción de la mortalidad en los primeros años de vida, sobre todo la debida a enfermedades transmisibles. Sin embargo, la intensidad y la velocidad de la reducción no fue homogénea en todos los países, y las desigualdades entre ellos se mantuvieron y en algunos casos se ampliaron. Actualmente, las enfermedades no transmisibles explican alrededor de dos tercios de la mortalidad general en América Latina y el Caribe.

Alrededor de la mitad de los 1,6 millones de casos de SIDA notificados en el mundo desde el comienzo de la epidemia a inicios de los años ochenta le corresponde a las Américas.

Después de una ausencia de casi un siglo, el cólera volvió a la Región en 1991 y 21 países han informado cerca de 1,2 millones de casos desde el inicio de la epidemia. Sin embargo, los 18.000 casos informados en 1997 representaron alrededor del 5% del número notificado en 1991 (figura 7). En 1998 hubo un recrudecimiento de la incidencia de cólera, sobre todo en el Área Andina y en América Central, vinculado a problemas de agua asociados con fenómenos climáticos y condiciones socioeconómicas precarias. Esto ha significado un aumento de más de 39.000 casos con respecto a 1997. El resurgimiento exige intervenciones sectoriales e intersectoriales sostenidas.

El dengue, el dengue hemorrágico y otras enfermedades transmitidas por vectores

todavía se presentan en forma epidémica en muchos países de la Región. La emergencia de nuevos agentes patógenos y enfermedades, la reemergencia de problemas como la tuberculosis, y la resistencia a los antibióticos ponen de relieve la necesidad de mantener y perfeccionar los sistemas de vigilancia de enfermedades y factores de riesgo.

Se observa una reducción del bajo peso para la edad y del bajo peso para la talla, sobre todo en las edades infantiles. Sin embargo, la prevalencia de baja talla para la edad de origen nutricional, que refleja períodos de nutrición inadecuada, es muy alta, y en algunos países alcanza a cerca del 50% de los niños preescolares y escolares. La obesidad, expresada en exceso de peso para la talla, presenta un ascenso acelerado en la Región, sobre todo en los grupos de nivel socioeconómico más bajo, en las zonas urbanas y en la población de mujeres. La obesidad, erróneamente concebida como un problema nutricional de "exceso", puede coexistir con deficiencias específicas de micronutrientes como el hierro, el ácido fólico y el zinc, lo que complica su manejo preventivo y curativo.

Aunque la deficiencia de yodo y de vitamina A se ha ido reduciendo en forma paulatina, la deficiencia de hierro sigue siendo el problema nutricional más prevalente, sobre todo en niños preescolares y en mujeres en edad fértil.

La repercusión en la salud pública de ciertos problemas sociales, como los accidentes y las distintas formas de violencia, incluida la familiar, constituye una preocupación para las autoridades sanitarias nacionales. Asimismo, la morbilidad creciente por trastornos mentales y la morbimortalidad asociada con el tabaquismo y el alcoholismo están creando la necesidad de fortalecer los programas preventivos en prácticamente todos los países de la Región.

MEDICIÓN DE LA INEQUIDAD EN SALUD EN LAS AMÉRICAS

La medición de la inequidad en salud es un tema de creciente interés, particularmente en dos campos de aplicación: la situación de salud y el acceso y uso de los servicios de salud. Los indicadores empleados en este informe para medir la inequidad en la situación de salud utilizan datos de morbilidad, mortalidad y factores asociados con el estado de salud contenidos en el Sistema de Información Técnica de la OPS. Para la medición de la inequidad en salud existen revisiones metodológicas importantes, como las de Mackenbach y Kunst (7,8) y las de Wagstaff, Paci y Van Doorslaer (9). En el análisis de las inequidades en los servicios de salud, los indicadores incorporan dimensiones asociadas con los conceptos de necesidad, acceso, eficacia, efectividad y calidad de vida.

Se han sugerido como características recomendables de un indicador de inequidad las siguientes: 1) que refleje la dimensión socioeconómica de las inequidades en salud, es decir, que estas estén sistemáticamente relacionadas con el estado socioeconómico; 2) que refleje la experiencia de la población en su conjunto, es decir, que el indicador use la información disponible de todos los grupos de la población, y 3) que sea sensible a los cambios en la distribución y tamaño de la población a lo largo de la escala socioeconómica (9).

De acuerdo con la metodología que aquí se utiliza, el análisis de las desigualdades en salud se basa en la comparación de indicadores y medidas estratificadas con arreglo al estado socioeconómico de los países. Desde esta perspectiva, la salud constituye una parte sustantiva de las condiciones socioeconómicas de los países. La comparación de la situación de salud entre grupos socioeconómicos se expresa tanto en términos absolutos (es decir, en unidades de magnitud de las desigualdades) como relativos (es decir, en relación con un valor de referencia). Estas comparaciones expresan el *efecto* de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su *impacto total* sobre la salud considerando la magnitud de dichas desigualdades en las poblaciones de los países de las Américas. Esto último conlleva importantes implicaciones para la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas orientadas hacia la equidad en salud.

Efecto de las desigualdades en materia de salud

Documentar el efecto directo de las desigualdades socioeconómicas sobre la salud en la población es un objetivo de gran importancia en la OPS para la definición de políticas públicas intrasectoriales orientadas hacia la equidad en salud.

Los indicadores de efecto son frecuentemente utilizados para documentar la presencia de inequidades en salud. El Informe Black (10), trabajo pionero de los años ochenta, describió la presencia de desigualdades en la mortalidad por clase social en Inglaterra usando indicadores de efecto. En el presente informe, los diversos indicadores de efecto permiten expresar la desigualdad absoluta y relativa existente entre países de la Región.

Se cuantifica aquí la magnitud relativa y absoluta del efecto de las desigualdades en la mortalidad materna en la subregión del Cono Sur para el período comprendido entre 1992 y 1997. La razón de tasas de mortalidad materna entre los países con menor y mayor PNB ajustado por PAM de 1996 fue 4,9 (123/25 por 100.000 nacidos vivos) y la diferencia de tasas, 98 por 100.000 nacidos vivos (figura 8). Esto sugiere que en el país con mayor desventaja socioeconómica de esta subregión las gestantes tienen casi cinco veces más riesgo de morir durante el embarazo, el parto o el puerperio que en el país con mejor estado socioeconómico y que el valor absoluto de esta desigualdad en salud representa 98 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

De manera análoga, para conocer las diferencias existentes en la esperanza de vida al nacer en 1998 entre los países de la Región, se ordenaron los países con más de 500.000 habitantes por el valor PNB ajustado por PAM de 1996 como un indicador socioeconómico y se calculó la mediana de la esperanza de vida del quintil superior e inferior. La mediana de esperanza de vida al nacer en los países que configuraron el quintil con mejor situación socioeconómica fue de 76,0 años, mientras que en los de peor situación socioeconómica fue de 66,5 años (figura 9). El efecto absoluto de las desigualdades entre los grupos extremos de ingreso económico en las Américas sobre la esperanza de vida mediana es de 9,5 años, lo que significa que en la Región los más pobres viven, en término medio, casi 10 años menos que los más ricos.

Algunas medidas de efecto, como las presentadas previamente, solo toman en cuenta las

desigualdades entre dos grupos socioeconómicos comparados, ignorando las existentes en los grupos excluidos de la comparación. Para resolver esta limitación, en este capítulo se incluye el "índice de efecto", que considera, mediante análisis de regresión, las diferencias entre todos los grupos de una población de interés. La pendiente de la recta de regresión, representa el índice de efecto absoluto e indica el cambio promedio de la variable de salud por cada unidad de cambio en la variable socioeconómica. Se analizó la situación de la mortalidad infantil y el porcentaje de población con acceso a agua potable, como variable socioeconómica, en países de América Central en 1997. La figura 10 muestra una relación en la que a mayor acceso al agua menor mortalidad infantil. La pendiente e de la regresión, $-0,53$ sugiere que en promedio por cada 1 % de aumento en el acceso a agua potable la mortalidad infantil disminuye en 0,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

Impacto de las desigualdades en materia de salud

Documentar el impacto total de las desigualdades socioeconómicas en la salud de la población es fundamental para la definición de políticas públicas intersectoriales orientadas hacia la equidad en salud. Se entiende aquí por impacto el efecto que toma en cuenta la extensión de las desigualdades en el estado socioeconómico del conjunto de la población.

Para la medición del impacto total se utilizaron categorías socioeconómicas definidas por cuantiles de población y se adoptó un referente de igualdad. Estos indicadores expresan el efecto "ajustado" de las desigualdades socioeconómicas en la salud de la población tomando en cuenta el tamaño de los grupos socioeconómicos. Como el tamaño y la distribución de los grupos socioeconómicos de situación más desventajosa están influenciados por otros sectores distintos al de salud, tales como los de economía y educación, se considera que las medidas de impacto reflejan el aspecto intersectorialmente modificable de las inequidades en salud.

Uno de los indicadores de impacto total más conocidos en salud es el riesgo atribuible poblacional (relativo y absoluto). Esta importante medida epidemiológica ha sido utilizada en este informe porque permite estimar la proporción reducible en la tasa general de morbilidad o mortalidad que ocurriría si todos los países presentaran la tasa del grupo de países con el nivel socioeconómico más alto. Mientras más se desvíe de cero, más desigualdad existiría y mayor sería el potencial de reducción. Se calculó el riesgo atribuible poblacional porcentual (RAP%) para la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Se utilizó como referencia (grupo con mejor situación) la subregión de América del Norte, donde la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas fue de 0,16 por 1.000 nacidos vivos en 1993; en la Región en su conjunto fue de 2.18 por 1.000 nacidos vivos. El RAP% fue del 92,7%, lo que significa que si todos los países presentaran la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años que muestra la subregión de América del Norte, habría 93% menos defunciones de menores de 5 años por esta causa en la Región.

Por otro lado, se analizaron las desigualdades en la incidencia de tuberculosis en las Américas utilizando los valores de razón de tasas ponderados por el tamaño de la

población de cada grupo de comparación. Se utilizó como referencia la subregión de América del Norte (8 casos por 100.000 habitantes). La tasa de incidencia de la tuberculosis del Área Andina fue de 74 por 100.000; la del Cono Sur 35; la del Brasil 55; la de América Central 39; la de México 18; la del Caribe Latino 48, y la del Caribe no Latino 11. Las fracciones de población que cada subregión representa fueron 0,38, 0,13, 0,07, 0,21, 0,04, 0,12, 0,04 y 0,01, respectivamente. Se encontró un RAP% de 76%. Esto sugiere que si los demás países de las Américas tuviesen las tasas de incidencia de tuberculosis de América del Norte, habría 76% menos casos de tuberculosis en la Región.

Tomando como base el análisis de regresión se obtuvieron otras medidas de impacto total en salud, incluyendo el índice de inequidad de la pendiente (IIP) y el índice relativo de inequidad (IRI). De acuerdo con estos índices, se consideraron tanto la situación socioeconómica de los grupos como su proporción poblacional (7). Los grupos se ordenaron de acuerdo con el estado socioeconómico (de mayor a menor desventaja). La pendiente de la recta de regresión corresponde al IIP y expresa la magnitud de cambio en la variable salud por cada unidad de cambio en la posición relativa en la jerarquía socioeconómica. El IRI representa cuántas veces la tasa de morbimortalidad del grupo socioeconómico más bajo es mayor que la del grupo socioeconómico más alto. Cuanto mayor sea el valor del índice, mayor será la desigualdad existente entre los grupos estudiados.

Se calcularon el IP y el IRI para la mortalidad en menores de 5 años en los países del Caribe con más de 150.000 habitantes, considerando la proporción acumulada de la población de nacidos vivos ordenada según su PNB ajustado por PAM de 1997 (figura 11). El país con mejor situación socioeconómica presentó una mortalidad en menores de 5 años de 15,3 por 1.000 nacidos vivos. El país con peor situación socioeconómica tenía una mortalidad de 131 por 1.000 nacidos vivos. En la regresión, el índice de inequidad de la pendiente fue de -113,12. Esto significa que en el país más desfavorecido mueren 113,1 niños menores de 5 años más por cada 1.000 nacidos vivos que en el país con mejores condiciones.

El IRI se obtuvo como el cociente entre el valor de la regresión y el valor predicho para la situación socioeconómica más alta. El valor obtenido representaría cuántas veces la tasa del grupo socioeconómico más bajo es mayor que la del grupo socioeconómico más alto, tomando en cuenta la experiencia de toda la población. El IRI fue de 7,41, lo que permite interpretar que en el país con menores ingresos del Caribe mueren casi 8 veces más niños menores de 5 años que en el de mayores ingresos.

Dada su relevancia sanitaria, se midió la inequidad en el acceso a agua potable en la Región de las Américas (figura 12). Se utilizó como variable socioeconómica para ordenar los países la agrupación de conglomerados (I-V) de países según su PNB usada en *La salud en las Américas*, edición de 1998 (4). La mejor situación corresponde al Grupo 1, con solo el 4,5% de la población sin acceso a agua potable. La peor situación se encontró en el Grupo V, con un 44% de la población sin acceso a agua potable. La de la regresión encontrada fue de -33,9, lo que indica que la población del Grupo V tiene 34% menos acceso a agua potable que la del Grupo 1, mientras que el IRI sugiere que en el Grupo 1 la población tiene 7,2 veces más acceso a agua potable que en el Grupo V.

Medición de desigualdades usando el coeficiente de Gini y el índice de concentración

En esta sección se presenta la medición de las desigualdades utilizando procedimientos que emplean la combinación de indicadores con presentaciones visuales, incluido el uso de índices como el coeficiente de Gini y la curva de Lorenz correspondiente, y otros derivados como el índice y la curva de concentración.

El coeficiente de Gini es una medida de inequidad bastante usada en el campo de la economía, que empieza a aplicarse en el de la salud. Se basa en la curva de Lorenz, una representación gráfica de frecuencia acumulada que compara la distribución de una variable con la distribución uniforme (de igualdad) en la población. Esta distribución uniforme estaría representada por una línea diagonal; cuanto más se distancia la curva de Lorenz de esta línea, mayor es la desigualdad; por tanto, la curva proporciona una forma visual de identificación de inequidades. El ejemplo clásico es la distribución del ingreso en la población. En una situación de igualdad, el ingreso debería estar distribuido uniformemente en la población (línea diagonal). En el caso de la Región de las Américas en 1995 (figura 13), los datos observados muestran una desviación con respecto a esa línea que indica que el 30% más rico de la población acumula alrededor del 60% del ingreso total. El valor del coeficiente de Gini es de 0,33.

En una aplicación específica de la curva de Lorenz al campo de la salud, se graficó la distribución acumulada de casos de cólera en la Región en 1998 (figura 14) y se estimó el coeficiente de Gini. El valor correspondiente de este indicador fue 0,91; de hecho, 3 de cada 4 casos de cólera notificados ese año ocurrieron en un solo país, que representa solo el 3,1% de la población regional. La situación epidemiológica del cólera indica un marcado deterioro, coincidente con los fenómenos climáticos ocurridos a fines de 1997 e inicios de 1998.

Es ampliamente reconocido que las diferencias en salud están mediadas por diferencias en el estado socioeconómico de la población. La aplicación directa de la curva de Lorenz y el coeficiente de Gini al análisis de las desigualdades en salud tiene como limitación que estos indicadores no incluyen la dimensión socioeconómica, pues solo se ordena la población en función de la variable de salud. Esta desventaja se superó en el presente análisis al agrupar jerárquicamente a las poblaciones ordenándolas de menor a mayor ingreso económico (PNB ajustado por PAM). Utilizando este procedimiento se produjeron la curva y el índice de concentración, que permiten distinguir la distribución de la variable de salud incorporando el efecto de la desigualdad socioeconómica (8).

El índice de concentración para la mortalidad infantil en 1997 en la Región de las Américas (figura 15) fue de -0,319 y el de mortalidad materna para el período de 1992-1997 (figura 16) fue de -0,481. Las correspondientes curvas de concentración están situadas arriba de la línea diagonal lo que indica una concentración de la mortalidad en los grupos socioeconómicos menos favorecidos. La curva de concentración de la

mortalidad infantil sugiere que casi un 35% de las muertes de menores de 1 año se concentran en el 20% de la población de nacidos vivos en peor situación socioeconómica de la Región. Para la mortalidad materna se puede sugerir que en el 20% de la población de nacidos vivos de mejor situación socioeconómica ocurrieron menos del 2% de las muertes maternas.

También se calculó el índice de concentración (-0,52) y se graficó la curva de concentración para los casos de rabia humana en 1997 (figura 17). De allí se desprende que cerca de la mitad de los casos de rabia ocurrió en el 10% de la población más pobre.

Otro enfoque para expresar cuantitativamente la inequidad en salud consistió en utilizar los cinco grupos de ingreso económico en que se clasificaron jerárquicamente los países y territorios de la Región de acuerdo con el valor de su producto nacional bruto, presentados en *La salud en las Américas*, edición de 1998 (4), como variable socioeconómica para el análisis. La figura 18 presenta la distribución del analfabetismo entre la población femenina de las Américas hacia 1995, ordenada según grupos de ingreso (del Grupo V, de menor ingreso, al Grupo 1) y representa la curva de concentración para esta variable. La curva muestra una concentración en los grupos con mayor desventaja económica. Alrededor del 70% del analfabetismo femenino se concentra en menos del 40% de la población más pobre de las Américas. El índice de concentración correspondiente es -0,42.

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares es uno de los principales componentes de la mortalidad general de la población de 45 y más años y representa aproximadamente el 30% de la mortalidad en la Región. Dada su importancia, se analizó la distribución de estas enfermedades con arreglo a grupos socioeconómicos de países. La figura 19 presenta la curva de concentración de la mortalidad para el quinquenio 199~1995 y, junto con su índice de concentración (-0,03), muestra un bajo grado de desigualdad en esta variable durante el periodo mencionado. Este patrón se mantuvo cuando se analizaron diferentes grupos de edad y distintos períodos. Se han sugerido algunas explicaciones posibles, entre ellas la competencia entre causas de muerte, el efecto de los rápidos cambios de modo de vida en los países más pobres, el efecto de un incremento de la esperanza de vida (o sobrevida) y el consiguiente aumento del riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares, y un posible efecto debido a la mala certificación de las causas de muerte con predominio de las enfermedades cardiovasculares. Por esta razón se considera que este singular hallazgo, que se repite en otros estudios e incluye a países tan diversos como China, los Estados Unidos de América, la India y México (11), merece un estudio más profundo para definir sus posibles determinantes.

Una tercera situación, la distribución regional de médicos en 1997, presenta un índice de concentración de +0,18 y su curva (figura 20) muestra la concentración del recurso en los grupos en mayor ventaja económica: el 40% de la población con mejor ingreso económico cuenta con el 60% de los médicos de la Región.

Información sobre la inequidad en salud como base para la definición de políticas

En la Región de las Américas, alcanzar mayor equidad en salud es un objetivo de la política de los Gobiernos y de la Secretaría de la OPS.

Este objetivo es un elemento imprescindible para el logro de un desarrollo humano sostenible. La dinámica de las transformaciones estructurales emprendidas por los Gobiernos, así como las repercusiones sociales de la inequidad en salud están afianzando esta convicción política. Así, hoy se observa una creciente necesidad de identificar, medir y reducir las desigualdades en las condiciones de vida y en las oportunidades de acceso, utilización y ganancias en salud (12).

Las situaciones de salud documentadas en este capítulo constituyen una aproximación sistemática al análisis de las desigualdades como primer paso para la identificación de inequidades en salud presentes en la Región de las Américas, haciendo uso de datos agregados a nivel de país. Existe una gran disponibilidad de datos agregados, sobre todo de mortalidad y morbilidad, y de otros factores relacionados con la salud considerados prioritarios por los Gobiernos, que pueden ser usados regularmente en los distintos niveles geopolíticos para el análisis de las desigualdades en salud.

La OPS reconoce que la información que se transforma en evidencia de una situación inequitativa en determinado aspecto de salud debe traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad y, finalmente, eliminarla. Como se mencionó al inicio de este capítulo la calificación de una situación desigual como inequitativa implica al menos establecer valoraciones de justicia, de causa y de necesidad social. La documentación objetiva de las desigualdades en salud es un aspecto fundamental para la definición de dichas acciones y en tal sentido el fortalecimiento de la capacidad analítica de datos e información sobre las inequidades en salud es una condición indispensable. Una vez que se han instrumentado las intervenciones específicas, los mismos métodos de medición y análisis servirán para la vigilancia y evaluación de su impacto en la salud.

La orientación y el alcance de las intervenciones en las condiciones de salud están mediados por valoraciones implícitas en el mismo proceso de medición. Así, la selección del estado de salud del mejor grupo socioeconómico o del valor promedio poblacional como referente de igualdad de un indicador de impacto total de inequidades en salud determinará que la intervención tenga un enfoque maximalista, de mejoría para todos, o conservador, que supone una solución redistributiva para el problema de la inequidad en salud. Por un lado, la decisión de aplicar medidas de impacto exigirá el diseño de políticas intersectoriales y de alcance poblacional para maximizar su efectividad. Por el otro, el uso de medidas de efecto requerirá intervenciones selectivas, de mayor nivel intrasectorial en salud, en los grupos menos favorecidos.

Para la Organización Panamericana de la Salud el análisis de la inequidad en salud y la definición de políticas equitativas tienen especial importancia, tanto para responder a su mandato constitucional como para establecer prioridades en materia de cooperación técnica. En la Región de las Américas el mejoramiento de la situación de salud, la recuperación económica, el fortalecimiento de la democracia y de la Sociedad civil, la integración subregional ponen en evidencia su legítima aspiración al desarrollo, así como el enorme capital humano con el que podemos actuar exitosamente sobre los determinantes de las inequidades en salud.

¹Este sistema comprende un conjunto de datos e indicadores demográficos, socioeconómicos, de mortalidad y morbilidad y de recursos, acceso y cobertura de servicios de salud de los países y territorios de la Región de las Amenaces; está basado en información proporcionada por los países y fuentes del Sistema de Naciones Unidas, es mantenido por la OPS y se disemina por vía electrónica (www.paho.org) e impresa, en un resumen anual (6)

²Los valores PAM se expresan en dólares "internacionales.": un dólar internacional tiene el mismo poder adquisitivo de un dólar estadounidense en los Estados Unidos de América.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*, edición de 1994, vol. I. Washington, D.C.: OPS; 1994. (Publicación Científica No. 549).
2. Organización Panamericana de la Salud. *Informe anual del Director 1995. En busca de la equidad*. Washington, DC: OPS; 1996. (Documento Oficial No. 277).
3. Organización Panamericana de la Salud. *Informe Anual del Director 1996. Gente sana en entornos saludables*. Washington, DC: OPS; 1997 (Documento oficial No. 283).
4. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*, edición de 1998, vol. I. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación Científica No. 569).
5. Deininger K, Squire L. A new data set measuring income inequality. *The World Bank Economic Review* 1996; 10 (3).
6. Organización Panamericana de la Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Programa Análisis de la Situación de Salud. *Situación de salud en las Américas*. Indicadores básicos 1998. Washington, DC: OPS; 1999. (OPS/HDP/HDA/98.01).
7. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health in health: an overview of available measures illustrated with examples from Europe. *Soc. Sci Med* 1997; 44 (6).
8. Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. Geneva: World Health Organization; 1994. (EUR/ICP/RPD 416).
9. Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer E. On the measurement of inequality in health. *Soc Sci Med* 1991; 33(5).
10. Townsend P, Davison N. *The Black Report*. En: Townsend P, Davison N, eds. *Inequalities in health*, London Penguin Books; 1988.
11. Murray CJL, Lopez AD. Estimating causes of death: new methods and global and regional applications. En: Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease*. Geneva: World Health Organization; 1996:118-200.
12. Alleyne GAO. La salud en el marco de reducción de la pobreza. 5ta. Reunión del Foro Permanente para la Aplicación de la Estrategia de Cooperación al Desarrollo. Lima: Organización Panamericana de la Salud.; 1998. (OPS/PER/99.03)

LA SITUACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA: UNA VISIÓN

Angela González

Introducción

Realizar un análisis de la situación de salud en Colombia, constituye un enorme reto, en un país caracterizado por su diversidad y convulsionado por una profunda crisis social que ha llevado a que la violencia sea el principal problema político, social y de salud pública del país.

Aproximarse a esta realidad implica buscar diferentes maneras de reconocerla, a través de diferentes maneras de medirla, usando para ello diferentes indicadores. Intentaremos describir la situación de la salud que vive la gente en Colombia ad portas del nuevo milenio.

Comprometernos con plantear que la estructura poblacional en Colombia y sus condiciones de salud son similares a las de otros países en vías de desarrollo no es suficiente. Intentaremos describir nuestras propias diferencias y particularidades. Esperemos que este análisis aporte en la búsqueda de mejores caminos de solución a nuestros problemas.

Transición demográfica.

Estructura poblacional:

La población colombiana en el año 2000 superará los 42.3 millones de habitantes y los 60 millones en el año 2025. La distribución de la población en Colombia por grupos de edad mostrará como los menores de 15 años serán el 32.7% y los mayores de 65 el 4.7%. Los hombres serán el 49.4%. La población femenina en edad fértil (15-49 años) representará el 24.7% de la población total.

La pirámide poblacional colombiana, es cada vez más estrecha por que la expectativa de vida es mayor, la proporción de grupos jóvenes menor y la mortalidad materna e infantil han disminuido. Llama la atención el estrachamiento de la pirámide en los grupos de 20 a 34 años en ambos géneros, siendo mayor en los hombres.

El número de nacimientos se mantendrá aproximadamente en 990 mil por año, la tasa media anual de crecimiento de la población se reducirá de 19.5 por mil en 1990-1995 a 11 por mil en el periodo 2020-2025. La dinámica demográfica conllevará a un envejecimiento de la población en tal forma que su edad media se incrementará en 10 años entre 1990 y el 2025 pasando de 22 a 31.3 años. Este envejecimiento implicará un crecimiento de la población mayor de 60 años que pasa de representar el 6% en 1990 al 14% en el 2025. La población en edad de trabajar (15-59 años), crece en una tasa de 17 por 1000 durante de 1990-2025. En 1990, la población de 15-59 años alcanzaba alrededor de 20 millones, incrementándose alrededor de 26 millones en el año 2000 y para el año 2025 ascenderá a 34 millones. Esta modificación llevará también a una reducción del índice de dependencia que pasara de 676 por 1000 en 1990 a 500 por 1000 en 2025.

La proporción de la población urbana es de 71% de la cual el 47% está ubicada en las capitales de departamento, 7% en otras grandes ciudades y 14% en pueblos de menos de 50.000 habitantes. El recrudecimiento reciente de la violencia ha sido un factor desencadenante de renovados éxodos migratorios, con el inminente despoblamiento rural, y el acelerado y desordenado proceso de urbanización y concentración en las grandes ciudades.

Fecundidad

En Colombia el continuo proceso de disminución en la tasa de fecundidad se inicia a mediados de la década de los 60. En 40 años la fecundidad del país se redujo en más del 50%, constituyéndose en uno de los procesos de más rápido cambio de la región. En los años 50, las mujeres de 20 a 24 años aportaban el 21% de la fecundidad, elevándose al 29% en los años 90, esto significó una reducción de aproximadamente 2 años en la edad media de la fecundidad. En la actualidad más del 52% del total de la fecundidad nacional la aportan las mujeres entre los 20 y los 29 años de edad con una tendencia hacia su incremento progresivo.

En el censo de 1993 la tasa de fecundidad total a nivel nacional fue de 3.1 hijos por mujer; la de las cabeceras 2.6 y la rural 4.4. La tasa de fecundidad total del quinquenio 1975-1980 fue de 4.34 hijos por mujer y la de 1950-65 fue de 6.76 hijos por mujer.

Un aspecto que cabe destacar es el incremento de la fecundidad de las adolescentes en la década de los noventa, elevándose su aporte por encima del 16%. La tasa de fecundidad adolescente fue de 97 por 1000 mujeres adolescentes para el total de mujeres, 84 por 1000 en las cabeceras y 135 por 1000 en el resto. Según la encuesta nacional de demografía de 1995, realizada por Profamilia, el 8,8 % de las mujeres tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, 35,6% antes de los 18 años y 55,3% antes de los 20 años. La edad mediana de unión de la mujer colombiana es a los 21.4 años, pero en el grupo de adolescentes de 15 años, ya estaban unidas el 5.6%, cifra que subió a 24% a los 18 años y a 40.4% a los 20 años.

El 17% de las mujeres de 15 a 19 años ya es madre o está embarazada de su primer hijo. A los 19 años ya son 4 de cada 10 y entre ellas hay un 9% que ya tienen por lo menos 2 hijos. Si bien existe una franca reducción de la fecundidad en Colombia, mayor en el área urbana que en la rural; la participación cada vez más importante de la mujer adolescente es preocupante.

Mortalidad

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil en Colombia ha venido sistemáticamente disminuyendo, tanto en la zona urbana como en la rural. En el decenio 1985-1995 la tasa de mortalidad infantil era de 31 por mil, para 1999 la tasa de mortalidad infantil en hombres es 33.01 por 1000 y en mujeres es 24.89 por mil. Cuando se relacionan las tasas de mortalidad infantil con el porcentaje de población en Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) se observa como los departamentos con mayor porcentaje de población viviendo en NBI presentan las mayores tasas de mortalidad infantil en ambos géneros

Por lo tanto a pesar de la tendencia al descenso de mantenerse las condiciones de desarrollo socioeconómico y territorial actuales las reducciones previstas en los niveles de mortalidad infantil en el futuro próximo, no serán suficientes para sacar al país de su condición de atraso en este campo.

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida en el caso de las mujeres ha logrado ganancias significativas más allá de las previstas en las proyecciones. Entre 1951 y 1993 se pasó de una esperanza de vida de 52 a 73 años. En cuanto a la población masculina la estimación indica que en 1950 la esperanza de vida alcanzaba 49 años y en 1993 64 años lo que corresponde a una ganancia de 15 años durante este periodo. Por efecto de la violencia durante los 80's

y 90's se produjo un incremento en la sobremortalidad masculina entre los 15 y los 40 años provocando un aumento en el diferencial de la esperanza de vida entre los dos sexos.

Para el género femenino se exhiben esperanzas de vida superiores al masculino, con ganancias en años (alrededor de dos años) en casi todos los grupos de edad, mientras que en el género masculino no se observan cambios en este indicador para los dos años analizados.

Las diferencias por género se visualizan hasta el último intervalo de edad analizado.

Es decir, de acuerdo a este indicador, nuestro país ha experimentado un cierto progreso en la transición demográfica en promedio de años que se espera vivan las personas de cada grupo de edad, a expensas casi únicamente de lo ocurrido en el género femenino.

Mortalidad proporcional por grupos de causas y género

La agrupación de las enfermedades que utilizaremos a continuación y en otros apartes de esta revisión son los empleados por Murray y López en sus estudios de mortalidad, están organizados en una estructura de árbol y responden a los grupos generales de clasificación de causas de mortalidad. El grupo I: Incluye Afecciones perinatales, Infecciosas y parasitarias, Infección respiratoria aguda, Enfermedades maternas y deficiencias de la nutrición. El grupo II: Enfermedades no transmisibles que incluye las enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes mellitus, enfermedades digestivas crónicas, enfermedades musculoesqueléticas, enfermedades genitourinarias, enfermedades endocrinas y enfermedades de la piel y el grupo III: Lesiones intencionales y no intencionales revisados por Rodríguez J en su libro próximo a publicar sobre la carga de la enfermedad en Colombia en el periodo 1985 y 1995.

La violencia constituye la principal causa de muerte entre los hombres y su peso absoluto y relativo se ha incrementado notablemente. En 1950 el 20% de las defunciones masculinas entre los 15 y los 30 años se produjeron por homicidios, mientras que en 1995 la proporción alcanzó el 70.4%. Entre los hombres, es clara la disminución del peso del grupo infecciosas, no así la del grupo de no transmisibles. Y, es evidente, el mayor peso del grupo de lesiones en el género masculino, con poco cambio durante el periodo, a excepción del incremento durante 1991 y 1992.

En las mujeres, se observa cómo disminuye lenta pero de forma sostenida el peso del grupo de enfermedades infecciosas, de igual manera, cómo incrementa su peso el grupo enfermedades no transmisibles, mientras, el grupo III de lesiones casi no cambia en el tiempo estudiado.

Se observa entonces una clara diferencia por género, evidenciándose cómo la ganancia de las mujeres en el grupo de 15 a 49 años es debida básicamente a la baja participación de la mujer en la mortalidad por violencia.

Migración

Interna: (Desplazamiento) A pesar de carecer de información exacta sobre el número y características de los desplazados, queremos destacar el desplazamiento, como una forma específica de migración y necesariamente como una variable de relevancia creciente para la salud de la población en la Colombia actual. Hablamos de las personas que se ven obligadas a cambiar su sitio de vivienda dentro del territorio nacional. El desplazamiento interno de la población causada por diferentes formas de violencia, se

viene presentando en el país desde el siglo XIX, sin embargo el conflicto armado que se viene presentando en el país durante las últimas décadas, principalmente a partir de 1985, constituyen la causa principal de desplazamiento.

Se calcula que cada hora son desplazados dos hogares por violencia en Colombia. Se estima que la violencia política y la generada por el tráfico de drogas ha causado la migración de más de 120.000 familias lo que puede representar una cifra aproximada entre 900.000 y 1.500.000 personas. El 64.5% pueden ser menores de 20 años. Aproximadamente el 77% de la población escolar en situación de desplazamiento forzado no accede al sistema educativo formal, el 23% no puede garantizar su continuidad y no cuenta con el sistema adecuado de recuperación psicosocial.

Veintisiete departamentos y 220 municipios del país son expulsores de población por diversas manifestaciones de violencia, 53% de esta población proviene del área rural. Y 86.31% llegaron al área urbana de por lo menos 7 departamentos y 35 municipios que reportaron llegada de hogares desplazados. Los actores armados responsables del desplazamiento son: guerrilla 26%, narcotráfico 2%, milicias populares urbanas 2 %, policía nacional, 3% fuerzas militares 16% autodefensas 3%, paramilitares 32%.

El desplazamiento forzoso de la población conlleva hacia la generación de problemas sociales de gran magnitud asociados con la marginalidad, el hacinamiento, la exclusión social, el abuso sexual, el maltrato a mujeres y menores de edad y la fragilidad de las redes sociales, tales como accesos a servicios de salud, de educación, de recreación etc. no adecuadamente evaluados en su magnitud. Lo más grave es que los complejos escenarios de paz o guerra que caracterizan la crisis nacional advierten sobre una continuidad del problema por lo menos durante los próximos 10 años. El Instituto Nacional de Salud, junto con el Ministerio de Salud desarrollará un proyecto tendiente a evaluar este complejo de factores de riesgo presentes en la población desplazada.

Transición epidemiológica

Según Omran de acuerdo a los cambios producidos en los componentes de la dinámica poblacional que hemos revisado anteriormente y a los cambios en los patrones de comportamiento de los principales problemas de salud, es posible identificar y definir diferentes estadios por los cuales “transitan” de manera gradual las poblaciones. (Transición Epidemiológica)

Las sociedades evolucionan, según esta teoría, desde un estadio con alta mortalidad y fecundidad, expectativa de vida al nacer muy baja, estructura poblacional joven y predominancia de enfermedades transmisibles, perinatales, maternas y nutricionales (Grupo I) a uno de baja mortalidad y fecundidad, incremento importante de la esperanza de vida y de la población mayor de 60 años con predominancia de las enfermedades degenerativas (Grupo II) y desarrollo desigual de las producidas por el hombre (Grupo III).

En el trabajo de Rodríguez J, se comparan dos momentos de la transición (1987 y 1995). Se puede observar en el mismo la posición relativa de Colombia con respecto a otros países americanos, nuestro país ha progresado con respecto a la distribución de muertes para los grupos de edad 0-4 y 65 y más, acercándose un poco a la distribución de los países que más progreso habían tenido en 1987. A continuación presentaremos la evolución en algunos de los eventos de cada uno de los grandes grupos

Grupo I:

Este grupo incluye: Enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias, Infección Respiratoria Aguda, condiciones maternas, afecciones perinatales y enfermedades de la nutrición) y ha venido disminuyendo como causa de mortalidad y discapacidad.

En el trabajo realizado por Rodríguez J, en el que se describe la mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad como medidas de la carga de la enfermedad en Colombia 1985-1995, tanto hombres como mujeres mostraron una disminución en AVISAS totales en este grupo así en 1985 las mujeres perdieron 1.205.396 años cifra que disminuyó para 1995 en aproximadamente un 30% a 829.224 años de manera similar los hombres quienes perdieron 1.551.643 en 1985 cifra que disminuyó a 992.824 en 1996.

Veremos algunos ejemplos de los componentes de este grupo que demuestran que a pesar de esta disminución, las enfermedades infecciosas no son un problema del pasado. En nuestro país las enfermedades emergentes y reemergentes entendidas como aquellas que han aumentado en las dos últimas décadas o aquellas que amenazan con aumentar en un futuro cercano o se han extendido a nuevas áreas son una realidad de prioritario interés para la salud pública.

Tuberculosis: En Colombia a diferencia de la mayoría de los países del mundo en los últimos dos años, las estadísticas muestran que el curso de la tuberculosis no ha aumentado; por el contrario se aprecia un descenso permanente a partir de 1970 (tasa de incidencia de 58.6 casos por 100.000 hbt) hasta 1998 (tasa de incidencia 19.6 por 100.000 habitantes). Esta disminución es aparente y se debe a la disminución en la búsqueda de sintomáticos respiratorios con la consecuente disminución de número de casos diagnosticados. Esto, en adición al problema de farmacorresistencia a las drogas antituberculosas observado en la última década.

Enfermedad de Chagas: Con base en la información obtenida a través del SIS-12 se encuentra a diferencia del resto de América Latina, una tendencia al incremento paulatino significativo para la tasa de Chagas en el país, pasando de 0,39 / 100.000 Hbt en el año 1992 a 0,87 / 100.000 Hbt para el año 1997 (el denominador utilizado es la suma de las poblaciones de los departamentos que reportaron para cada uno de los años estudiados). El análisis por edad para los años 1995 a 1997, a pesar de mostrar una tendencia al ascenso para los niños entre 1 y 15 años, no muestra diferencia significativa. Por el contrario, se observa comportamiento en meseta para las personas entre 15 y 59 años y en descenso para los mayores de 60 años; ambas diferencias son significativas ($p < 0,05$).

En un último estudio de prevalencia de infección por Chagas realizado por la Universidad de los Andes, el Cintrop de Santander y la CIB de Antioquia, en escolares menores de 14 años en el que se construyó un índice de riesgo basado en las características de la vivienda, la presencia de triatomíneos y la prevalencia de infección en el municipio, se encontró a los siguientes departamentos como en alto riesgo Arauca, Santander y Norte de Santander.

Durante los meses de abril, mayo y junio se presentó un brote de miocarditis chagásica aguda en el municipio de Guamal (Magdalena) con 13 infectados detectados por ELISA y 2 muertos confirmado por histopatología, que conllevaron a la implementación de un sistema de vigilancia activo de casos febriles para detectar tempranamente los nuevos casos que pudieran presentarse.

Malaria: Durante 1998 Colombia registró un incremento de malaria con la más alta tasa de incidencia de los últimos años y el aumento de las áreas de transmisión malárica. Especial relevancia ha adquirido la infección por *P.falciparum*, la cual ha aumentado desde 1996 alcanzando en 1998 la mayor tasa de incidencia de las dos últimas décadas. El alto número de casos debido a *P.falciparum* podría explicar el incremento de la incidencia de la malaria, toda vez que simultáneamente se ha registrado aumento de la

resistencia de esta especial a los medicamentos antimaláricos de primera línea usados en el país.

El incremento de los casos de malaria en 1998 y la dispersión geográfica de la enfermedad, están relacionados con factores que caracterizan la difícil situación social por la que atraviesa el país, como la pobreza, los desplazamientos humanos, los problemas de orden público, las malas condiciones de vida en el campo y factores asociados al fenómeno del Pacífico.

SIDA-Infección por HIV: Colombia se ubica en el cuarto lugar entre los países continentales de América Latina en el número total de casos reportados de VIH-SIDA. Desde 1983, año en el que se registró el primer caso de SIDA hasta abril 1 de 1999 se había reportado un total de 21.048 casos de infección por VIH y de SIDA, de estas 11.381 corresponden a personas asintomáticas viviendo con el VIH y 5782 personas viviendo con SIDA para un acumulado de 17163 personas y 3441 muertes causadas por el SIDA.

La tendencia de la infección por VIH mostró un incremento sostenido desde el inicio de la epidemia hasta el año 1.994. A partir de este año se registró un descenso marcado en el tiempo, con una tasa de incidencia de 3,7/100.000 habitantes en el año 1.998. Al realizar el ajuste del subregistro estimado entre 1.991 a 1.998, se observa un patrón en ascenso, con un ligero pico entre los años 1.993 y 1.994.

La tasa de incidencia corregida en el año 1.998 fue de 20,5/100.000 habitantes.

La tendencia del SIDA construida a partir de los datos brutos, muestra un comportamiento irregular a través del tiempo, especialmente entre los años 1.993 y entre 1.995 a 1.998, donde se presentan descensos importantes. Mediante la corrección del subregistro estimado entre 1.991 a 1.998, se observa que la tendencia del SIDA sigue un patrón lineal en ascenso, alcanzando una tasa de incidencia en 1.998 de 7,3/100.000 habitantes.

Mortalidad materna: Las complicaciones del embarazo y el parto, son las mayores amenazas a la vida y a la salud de las mujeres en edad reproductiva en Colombia. En Colombia la probabilidad de que una mujer muera por causas maternas durante su vida reproductiva es de 1 en 289, comparado con 1 en 700 en Chile, 1 en 6080 en USA y 1 en 13.000 en Canadá. En los últimos 8 años la tasa de mortalidad ha pasado de 119.8 a una tasa promedio de 78.2 por cien mil nacidos vivos con una tendencia de reducción del 34%. Sin embargo en un reciente estudio del FPNU y DANE (julio 99), estimó en 89.8 la tasa de mortalidad materna en el quinquenio 1992-1996.

La región del país con mayor tasa de mortalidad es la orinoquia-amazonia (141 por cien mil nacidos vivos), le sigue la región oriental con 110.5 y la pacífica con 105.6 por cien mil. Realizando una estimación de las tasas por municipio se encuentra que de los 1140 municipios del país se encontró que 79 municipios colombianos tienen tasa de mortalidad menores de 50 por cien mil nacidos vivos y 275 municipios tienen tasas mayores de 50 por cien mil.

Al relacionar las tasas de mortalidad infantil y materna por municipios, se observó que en aquellos municipios que cuentan con una tasa de mortalidad infantil por encima de 20 por mil (22 municipios), presentaron en promedio una tasa de mortalidad materna de 49 por cien mil, mientras que los que tuvieron una mortalidad infantil por encima de 51 y más, registraron una tasa de mortalidad materna de 133.4 por cien mil. Adicionalmente se documentó que las mujeres que tenían menos de 5 años de educación, en este período estudiado, presentaron tasas de mortalidad materna mayores de 150 por cien mil y con más de 8 años en promedio de educación tuvieron tasas de 68.4 en promedio.

A pesar de la disminución progresiva de la tasa de mortalidad materna en Colombia de continuar con las condiciones socioeconómicas del país, los logros obtenidos difícilmente podrán mejorarse o aún sostenerse.

Grupo II

El grupo II de enfermedades, enfermedades no transmisibles que incluye enfermedades Cardiovasculares Neoplasias malignas, enfermedades respiratorias, digestivas y genitourinarias crónicas, diabetes mellitus, enfermedades endocrinas y musculoesqueleticas y de la piel, ha venido incrementándose como causa de mortalidad y discapacidad. Los cambios sociales, económicos y demográficos de los últimos 20 años han generado una serie de cambios intrínsecos y de adaptación de los diferentes estilos de vida de las poblaciones que de manera directa o indirecta se comportan como factores protectores o de riesgo biológico, del comportamiento y/o del ambiente para la salud de los individuos (tipo de actividad laboral, estrés, cantidad y calidad y tipo de alimentos ingeridos, actividad física, ingesta de alcohol, consumo de tabaco, entre otros).

El efecto de algunos de estos factores sobre los perfiles de morbimortalidad en el país, se traducen en el incremento de casos de enfermedades no transmisibles, convirtiéndose estas enfermedades, en uno de los principales problemas de salud pública.

En el trabajo realizado por Rodríguez J, en el que se describe la mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad como medidas de la carga de la enfermedad en Colombia 1985-1995, tanto hombres como mujeres mostraron un incremento en AVISAS totales así, en 1985 las mujeres perdieron 1.479.940 años cifra que aumento para 1995 (1.813.126) de manera similar los hombres perdieron 1.554.185 en 1985 cifra que aumento a 1.786.110 en 1996.

El II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas –ENFREC II, realizado por el Ministerio de Salud, y que entregó sus resultados recientemente, mostró la prevalencia, los conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente a los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: entre ellos cabe destacar:

Tabaquismo: La prevalencia de tabaquismo encontrada en la población colombiana entre 18 a 69 años es de 18,9%, con un 26,8% en hombres y 11,3% en mujeres. La mayor prevalencia de fumadores estuvo en hombres entre 45 a 59 años y las mayores prevalencias se ubicaron en la costa atlántica y región central. La tendencia de reducción del consumo de cigarrillo es a expensa de jóvenes que no empiezan a fumar. También se encontró que la tendencia de fumar menos, esta relacionada con un mayor grado de educación. La tasa de abandono fue del 40%, mayor en la población urbana (42%) que en la rural (32%). Llama la atención que la prevalencia de tabaquismo en mujeres que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta es del 11,6%. Una alta proporción de los encuestados conoce los riesgos del tabaco para la salud y el 79,5% expreso estar de acuerdo con incrementar los costos de los cigarrillos a través de impuestos como medida de control. Los resultados permiten concluir que en Colombia se ha observado un progresivo descenso en las prevalencias de tabaquismo en adultos en los últimos 20 años, especialmente en el grupo de hombres.

Hipertensión Arterial: La prevalencia de población adulta informada de hipertensión arterial fue del 12,3%. Este factor de riesgo cardiovascular es más frecuente en mujeres de mayor edad, con menor nivel educativo y entre personas con percepción de peso alto. El 24,5% de los informados hipertensos se encuentran consumiendo medicamentos y un 7,7% utilizan sustancias no reconocidas como fármacos antihipertensivos para su control.

Percepción de peso: El 45,1% de la población colombiana esta insatisfecha con su peso y solo el 32,4% intenta modificarlo. La dieta es la medida utilizada para reducir de peso por parte de las mujeres, personas de menor escolaridad y residentes de municipios estratos DNP 5 y 6. Mientras que la práctica del ejercicio como medida para reducir de peso es más frecuente en hombres, adultos jóvenes, personas con mayor nivel educativo y residentes en los estratos DNP E y 1.

Perfil lipídico La prevalencia de colesterol total alto (>240 mg/dl) fue de 6,1% para el grupo de 18 a 39 años y de 12,7% para el grupo de 40 a 69 años. La prevalencia en la población total fue de 8,3%. La prevalencia de colesterol LDL alto en el país fue de 8,3%, significativamente mayor en mujeres especialmente a mayor edad, diabéticos, fumadores y exfumadores. La prevalencia de colesterol HDL bajo en el país es considerablemente alta, 52%, en los hombres y 26,5% en las mujeres. El grupo de edad más afectado es el de 40 a 54 años, la prevalencia es mayor en fumadores y exfumadores y en las personas con índice de masa corporal mayor o igual a 25.

La prevalencia de triglicéridos elevados es de 16,1% y la prevalencia de colesterol total / colesterol HDL en adultos entre 18 y 39 años fue de 36,2%. El 41,1% de los adultos entre 18 y 69 años presentan un a relación arterial mayor que 5. El problema es mayor en los hombres y en la región central del país.

Diabetes mellitus La prevalencia de diabetes mellitus en la población entre 18 y 69 años de edad fue de 2%, mayor en la zona urbana y de glucosa altera en ayunas de 4,3%. El 44,7% de los adultos mayores de 40 años nunca se han medido la glicemia. El 63% de los diabéticos identificados en el estudio, no habían sido diagnosticado previamente.

Cáncer de cuello y mama En las mujeres entre 18 y 69 años el 96,1% ha oído hablar de la citología cervicouterina. El 80,4% de las mujeres entre 25 y 69 años se han practicado la citología alguna en su vida y el 68,4% de las mujeres mayores de 25 años que debieron realizarse una citología, reportaron haberse realizado en examen al menos una vez en los últimos 3 años, esta proporción es mas baja entre menor grado de escolaridad exista y en las mujeres no afiliadas a salud.

En relación con el examen de mama, el 43,7% de las mujeres mayores de 35 años saben realizar el autoexamen, el 39,8% lo han realizado alguna vez. La practica es significativamente mayor en el área urbana. Al 25,7% de las mujeres mayores de 35 años le han practicado el examen clínico de seno. El principal motivo fue problemas de salud relacionados con la mama (34,9%). La prevalencia de práctica de mamografía fue del 10%, y la periodicidad del examen de 1 a 5 años es de 53%.

Grupo III

El grupo III incluye Lesiones intencionales y no intencionales. En Colombia la muerte violenta ha sido la forma mas frecuente de morir desde 1980. Entre 1990 y 1994, murieron en forma violenta aproximadamente 80.000 jóvenes entre los 15 y 29 años y de estos, el 80% murieron asesinados. La tasa de mortalidad por homicidios se ha incrementado en un 150% en los últimos treinta años, aunque el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses informa una tendencia leve al descenso a partir de 1994.

A partir del cálculo de los años de vida ajustados por discapacidad totales, es decir, sumados los años que se pierden por mortalidad prematura y los que se viven con discapacidad, la medición de la carga de enfermedad para Colombia en el año de 1995 muestra que los hombres, principalmente entre los 15 y los 29 años, aportan casi un millón de años perdidos más que las mujeres (1129927 y 205090 respectivamente) comparando con 1985 en que se perdieron 859785 y 181590 respectivamente

El costo de la violencia medido como el esfuerzo adicional que hace el país para compensar la disminución de la esperanza de vida y alcanzar el mismo nivel de desarrollo que tendría si se perdieran menos vidas muestra que el Producto Interno Bruto tendría que haber sido entre 2.7% y 3.6% mas alto en 1994 con el aumento normal de la esperanza de vida.

En 1995 perdieron la vida 4070 peatones (INMLyCF) representando el 51% de muertos en accidente de tránsito. La tendencia de la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito parece estar en aumento ligero: 20.4 por 100.000 en 1975, 24 por 100.000 en 1994.

Lesiones no fatales: En 1994 el Instituto Nacional de Salud realizó un estudio para estimar la demanda de atención por lesiones de causa externa en cinco ciudades del país, en total se logró documentar que en los hospitales estudiados se atendieron 82928 consultas de urgencias por LCE (25% del total de consultas) y 29569 hospitalizaciones por esta misma causa 27% del total de hospitalizaciones generándose un gasto de \$25.441.892.456, siendo del 15 al 45% del presupuesto de los hospitales estudiados.

Violencia contra los niños: Entre 1990 y 1991 el Instituto colombiano de Bienestar Familiar atendió por maltrato a 207.000 niños menores de 7 años entre los usuarios de los centros de atención preescolar. En 1995 el INML y CF conoció de 8.098 casos de maltrato al menor principalmente entre niños de 7 a 15 años de edad.

Violencia contra las mujeres: Por cada mujer que fue asesinada en Colombia en 1990, hubo 13.4 hombres asesinados. En un estudio de homicidios en mujeres en Medellín en la década del 80, el 30% fueron perpetrados en la propia casa y en la gran mayoría de casos el móvil fue pasional o de asalto sexual. Según la encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia en 1995 una de cada cinco mujeres unida ha sido golpeada, este tipo de comportamientos se observa mas en Boyacá-Cundinamarca-Meta y Cauca y Nariño Entre menor es la educación y mayor el numero de hijos vivos, mayor es la violencia física.

Transición en los sistemas de prestación de los servicios de salud

Colombia pasa por una transición en los sistemas de prestación de servicios de salud que ha sido mayor en los últimos 10 años, el proceso de descentralización y la reforma del sector iniciados desde la ley 10 de 1990, 60 de 1993, la constitución política de 1991 y la ley 100 de 1993 plantearon al país la construcción de un nuevo sistema de salud y seguridad social actualmente en desarrollo y ajuste.

La reforma estableció un solo sistema de salud para públicos y privados, con nuevos y diferentes actores que realizan en forma autónoma e independiente las funciones de dirección, financiación administración y prestación de servicios en un marco descentralizado donde el municipio ejecuta las acciones finales de la política de salud en un escenario ideal jurídica, administrativo y conceptualmente, pero sin fortaleza aun para la toma de decisiones y entrega de acciones a la comunidad, con una financiación mayor para el sector en casi tres veces a la existente en el sistema nacional de salud. Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tiene fuentes diferentes de recursos y se encuentran repartidas en los diversos planes de atención en acciones colectivas e individuales.

La transición en el sistema indiscutiblemente ha traído dificultados en la prestación de los servicios, donde los derechos obtenidos por la población no son aun claros para expresar su demanda, los intereses económicos de aseguradores y prestadores obstaculizan el

acceso a todos los servicios de los asegurados y han venido interfiriendo en la entrega final de acciones prioritarias en salud pública.

Con relación a la cobertura de la población pobre afiliada a la seguridad social en un reciente estudio realizado por la Superintendencia Nacional de Salud, cinco años (1988) después de implantada la ley 100, donde se evalúa las coberturas del régimen subsidiado en la población con Necesidades básicas Insatisfechas en cada uno de los departamentos y municipios se encontró un promedio de afiliación de 57.5% de la población NBI que esta afiliada al régimen subsidiado (56.07% mediana). Esta meta es menor a la mínima exigida para el quinquenio (71.5%). Al interior de esta cobertura promedio se observan inequidades entre departamentos y al interior de los mismos, los rangos de cobertura son tan bajos como 32.75% en Magdalena y 34.23% en Córdoba, comparados con coberturas de 88.67 en Santafé de Bogotá.

La vacunación es un ejemplo de esta situación. Colombia es el país con el esquema de inmunización mas completa de América Latina, y donde la financiación se garantiza en su totalidad por el estado colombiano, tanto a los afiliados y no afiliados al sistema de salud. Las coberturas de vacunación han mostrado un descenso preocupante desde 1997 siendo los departamentos con mayores Necesidades Básicas Insatisfechas registran los que más bajas coberturas tienen. Situación preocupante por qué es de los logros más importantes que el país ha tenido en el campo de las enfermedades infecciosas.

Discusión

Colombia ha mostrado un continuo avance que coloca al país en una clasificación de Intermedio Alto en la transición epidemiológica según las categorías construidas por Omram basados en la identificación de los pesos porcentuales que, en el total de muertes, tienen los grupos de edades extremos, 0-4 y 65 y más. Sin embargo permanecen enormes brechas entre la población urbana y rural, entre los mas y los menos pobres y ahora en nuestro escenario entre los no desplazados y los desplazados, presentando simultáneamente poblaciones en todas las etapas de la transición epidemiológica. Los más vulnerables tienen un retraso de cerca de 10 años de esperanza de vida, una tasa de analfabetismo 3.5 veces mayor, una tasa de mortalidad materna mayor de 100 por cien mil, una tasa de mortalidad infantil mayor de 50 por mil que de continuar la tendencia no lograra una reducción mas allá del 5% por año.

El peso de la desigualdad es de tal magnitud que al comparar los departamentos con altos y bajos índices de desarrollo humano, estos últimos muestran índices de desarrollo similares a los que Colombia tenia hace 10 años. Así mismo la violencia como primera causa de muerte en la población colombiana compromete el mayor numero de años de vida saludables perdidos en hombres jóvenes. Si bien hemos logrado un aumento de la expectativa al nacer en la población colombiana la población joven masculina tiene un alto riesgo de morir por violencia cuando pasa por el grupo de edad de 15 a 24 años y las mujeres por morir a causa de una enfermedad asociada a la etapa reproductiva en una relación de 13:1

La muerte por enfermedades infecciosas, desnutrición y relacionadas con el escenario reproductivo y perinatal, son la expresión de mayor inequidad en nuestro país. Y no solo en nuestro país sino en nuestro continente: Si todos los países de las Américas tuviesen las tasas de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años que tiene América del Norte habría 93% menos defunciones en la región y si todos los países tuviesen las tasas de incidencia de tuberculosis de América del Norte habría 76% menos casos de tuberculosis en la Región. En Colombia se pierden vidas por causas evitables y prevenibles en poblaciones principalmente pobres y con baja educación. En los municipios más pobres del país se encuentran las mayores tasas de mortalidad infantil y

materna y estos, en su mayoría, son los municipios con menor acceso de la población pobre a la seguridad social,

Las enfermedades crónicas han ido aumentando lenta pero progresivamente, como causa de muerte y de discapacidad en ambos géneros. Si se tiene en cuenta que la proporción de la mortalidad atribuible a la hipertensión arterial es de 8.1% al sedentarismo es de 3.9% y al consumo de tabaco es 3.3%, la disminución de los factores de riesgo en adultos debe ser una prioridad en nuestro país.

Requiere un especial interés el seguimiento y atención del grupo de población desplazada por su aumento desproporcionado y su alta vulnerabilidad; la principal característica de esta población es su dispersión y su anonimato y el deterioro dramático de su calidad de vida con relación a las condiciones de las que gozaba antes de su desplazamiento, favoreciendo la presencia de factores de riesgo que afectan los tres grupos de enfermedades.

Para hacer frente a los problemas planteados por la situación demográfica, de mortalidad y de morbilidad descrita, es necesario realizar intervenciones rápidas, eficientes integrales, interdisciplinarias y con la demanda a los sectores que deben intervenir factores de riesgo de estos problemas en estas poblaciones reconociendo sus particularidades para buscar rápidos caminos de acción que supriman o aminoren los factores de riesgo prevalentes (promoción de la salud) o intervengan para evitar que el daño en la salud aparezca, se prolongue o genere secuelas evitables (prevención de la enfermedad).

Las políticas nacionales deben ser dirigidas hacia la búsqueda de una mayor equidad entre grupos sociales, entre regiones y entre zonas. Es indispensable el fortalecimiento de la capacidad analítica de los datos que documenten las desigualdades para definir las acciones pertinentes y establecer sistemas de vigilancia y monitoreo del impacto de las mismas.

El compromiso de los actores políticos para la construcción de políticas públicas para la disminución de la guerra, el aumento de la seguridad en las ciudades y las estrategias para el desarrollo de la convivencia ciudadana, deberían tener un impacto muy significativo sobre la mortalidad evitable y los AVISAs del grupo III. Esto también podría disminuir o cortar el flujo de desplazados a las ciudades.

En cuanto a las enfermedades infecciosas el fortalecimiento de la capacidad de los nuevos actores municipales y del Sistema de Seguridad Social en general para la intervención de estas, al igual que informar a la comunidad de sus deberes y derechos en el nuevo sistema de salud tendrá un impacto en las enfermedades del grupo I.

Si se derrota la pobreza, la inequidad y la violencia se podrá convertir a este país en "el país próspero y justo que soñamos: un país al alcance de todos"

Agradecimientos: Las autoras agradecen a Jorge Jara, Diana Carolina Cáceres, médicos epidemiólogos de la División Centro Control de Enfermedades del Instituto Nacional de Salud, Jaqueline Acosta médica epidemióloga de la oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arquidiócesis de Bogotá-CODHES *Desplazados Huellas de nunca Borrar Casos de Bogotá y Soacha junio de 1999.*Santafé de Bogotá 1999

Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos UNICEF *Un país que huye: Desplazamiento y violencia en una nación fragmentada*. Santafé de Bogotá: Unicef; 1999

Departamento Administrativo Nacional de Estadística Fondo de Población de las Naciones Unidas. *La mortalidad materna en Colombia Estimaciones Departamentales y Municipales*. Santafe de Bogotá 1999.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística *Colombia Estimaciones Departamentales de la mortalidad infantil 1985-1996 Perspectivas para mediano plazo 1995-2005*. Santafe de Bogotá: DANE; 1998

Departamento Administrativo Nacional de Estadística *Colombia. Proyecciones Quinquenales de Población por sexo y edad, 1950-2050*. Santafe de Bogotá: DANE; 1998

Departamento Administrativo Nacional de Estadística *Colombia. Proyecciones Departamentales de Población por sexo y edad, 1990-2015*. Santafe de Bogotá: DANE; 1998

Departamento Administrativo Nacional de Estadística *Colombia. Proyecciones Anuales de Población por sexo y edad, 1985-2015*. Santafe de Bogotá: DANE; 1998

Departamento Administrativo Nacional de Estadística *Colombia. Tablas Abreviadas por sexo para fechas censales y estimaciones quinquenales, 1995-2025*. Santafe de Bogotá: DANE; 1998

Departamento Administrativo Nacional de Estadística *La Fecundidad en Colombia según el censo de 1993. Estimaciones departamentales y municipales*. Santafe de Bogotá: DANE; 1998

Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas. *Estado de la Población Mundial* Washington; FNUAP:1998

Ministerio de Salud *Vida Salud y Paz El Sector Salud frente a la Violencia en Colombia* En: Foro Nacional sobre Salud y Violencia Santafé de Bogotá 1997.

Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud Epidemiología de la tuberculosis en Colombia IQEN 1999; 4(6): 82-85

Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud Investigación de un brote de síndrome febril con miocarditis aguda en Guamal, Magdalena, 7-11 de junio 1999 IQEN 1999; 4(12): 180-186

Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud La transición epidemiológica en Colombia 1985-1995 IQEN 1999; 4(14): 209-210

Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud Resurgimiento del Sarampión en las Américas 1997-1998 IQEN 1998; 3(23): 333-334

Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud Situación de malaria en los departamentos del pacífico colombiano IQEN 1998; 3(10): 135-140

Omran, A.R.: *The epidemiological transition in the Americas*. PAHO, WHO, The University of Maryland at College Park. 1996.

ONUSIDA. Ministerio de Salud. *Infección por VIH y SIDA en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo.* Santafé de Bogotá 1999-12-01

Organización Panamericana de la Salud *La Salud en las Américas.* Washington, DC: OPS; 1998. (publicación científica 569).

Organización Panamericana de la Salud *Informe Anual del Director* Washington, D C: OPS; 1998.

Profamilia Demographic and Health Surveys Institute for Resource Development/Macro Interntional, Inc. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995* Santafe de Bogotá 1995.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Departamento Nacional de Planeación *Informe de Desarrollo Humano para Colombia para 1998.* Santafé de Bogotá; TM Editores: 1998

Rodríguez J. Mortalidad y Años de Vida ajustados por Discapacidad como Medidas de la Carga de Enfermedad Colombia 1985-1995 Documento en Prensa.

Superintendencia Nacional de Salud Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *Indicadores de cobertura 1998 Régimen Subsidiado. Serie Estadística No.1 1999-12-01*

DESARROLLO, POBREZA Y SU RELACION CON LA SALUD PUBLICA SIMPOSIO

POBREZA, DESARROLLO Y SALUD

Alberto Vasco U.

Ha sido clásico el tratamiento de la relación Salud y Desarrollo, como una especie de paradigma, o teoría explicatoria, tanto del desarrollo social, como del concepto mismo de salud. En alguna forma el llamado desarrollo es una de las formas de referirse a los países desarrollados, a los países ricos y por lo tanto el subdesarrollo se asimila a los países pobres.

El tema de, Pobreza y Desarrollo, sugiere al observador desprevenido una contradicción. El tema debería ser, de acuerdo a lo anteriormente expuesto, Riqueza y Desarrollo.

Los términos del mismo nivel serían; Riqueza, Desarrollo y Salud, ó, Pobreza, Subdesarrollo y Enfermedad. Si planteamos los términos en pares contrarios, obtendríamos, Riqueza, Pobreza; Desarrollo, Subdesarrollo; Salud, Enfermedad.

La formulación de pares contrarios ha sido un abordaje importante en la historia del pensamiento tanto en lo social como en lo biológico y lo médico, pero en el fondo es toda una concepción del mundo que se mueve entre la idea del bien y del mal, como la gran contradicción.

Si agregamos este nuevo par nos quedaría: Riqueza, Desarrollo, Salud, el Bien, ó Pobreza, Subdesarrollo, Enfermedad, el Mal.

Existe la tendencia a hacer una lectura según la cual el mensaje a entender es: Riqueza es desarrollo, es salud y es el bien y por lo tanto lo contrario debe entenderse: pobreza es subdesarrollo, es enfermedad, es el mal. Estamos en presencia de una cierta y particular forma de explicar el mundo, de una teoría para entender las condiciones de vida y la vida misma de las personas.

Estas afirmaciones se basan en el supuesto de que la riqueza es lo contrario, lo opuesto a la pobreza, el subdesarrollo lo es al desarrollo, la salud a la enfermedad y el bien al mal.

Personalmente pertenezco a una tradición ético filosófica según la cual, no es posible ser solamente malo, ni solamente bueno; de una tradición socioeconómica en la que la riqueza no puede entenderse sin la pobreza; de una corriente sociopolítica en la que no puede explicarse el desarrollo sin el subdesarrollo y me adjudico, ser pionero en la tesis de que no hay salud sin enfermedad y de que, felizmente, no existen los sanos.

Quizá desde esta perspectiva, el análisis de la pobreza nos permita comprender sus relaciones con la riqueza, con el desarrollo social y con las condiciones sanitarias de la población, que es lo que nos proponemos demostrar.

He dedicado buena parte de mis esfuerzos, en el campo teórico, a demostrar que detrás de esta supuesta teoría - la que relaciona la riqueza, con el desarrollo, con la salud y con el bien -, o su contraria, el tristemente famoso círculo vicioso de la pobreza - es decir que la pobreza es producida por el subdesarrollo, por la enfermedad, por la pereza -, se oculta una tautología, es decir, que se trata de conceptos que se definen mutuamente, o dicho

de otra manera, que el unos contienen, por definición, a los otros, razón por la cual no se trata de ninguna teoría, sino de una burda simplificación de un problema más complejo y hoy en día cada vez más importante de comprender, si se quiere realmente superar.

¿Qué es la pobreza?

Cuando se me formuló la invitación a participar con ustedes en esta reunión, debo reconocer y así lo manifesté por escrito a los organizadores, mi extrañeza por el tema propuesto.

En primer lugar, por perspectiva teórica, filosófica y política, siempre he pensado que la categoría pobreza y la condición de pobre, esta cargada de contenidos culturales e ideológicos que la hacen difícil de utilizar en el análisis socioeconómico, prefiriendo referirme a las personas con relación a la forma como se vinculan a la sociedad, la forma como se relacionan con los demás miembros de la sociedad o el grupo, y en particular, en la forma como están vinculados o no al proceso productivo en su concepción más amplia, es decir en la producción y reproducción biológica, de bienes, de servicios, de organización político administrativa y de cultura.

A pesar de esta dificultad, de lo poco claro del concepto, de sus múltiples interpretaciones y significados tanto en el lenguaje académico como en el lenguaje común, he decidido aceptar referirme a dicho concepto, entre otras razones, por su extendido y permanente uso y porque ya hemos tenido que inventar incluso, una categoría de estratificación social referida y llamada, por debajo del nivel de la pobreza.

En segundo lugar me preguntaba: ¿Será posible que después de treinta y cinco años de vida de una institución como la Facultad, este tema de la pobreza sea aún de interés, cuando ya los conflictos sociales y la forma de resolverlos parecen resueltos, y las viejas respuestas, las de los marxistas por un lado, yacen sepultadas por los escombros del muro que construyeron y las de los cristianos por otro, están devaluadas mientras están dedicados a adorar al buey Apis?

¿Qué interés puede tener la pobreza y qué relación puede tener, de importancia, para el desarrollo y la salud pública, un concepto que hace parte del lado oscuro de la vida, que desaparecerá cuando impere el reino de la riqueza, así como el mal desaparecerá cuando impere el reino del bien?

Es cierto que hace unos doscientos años, Marx escribía el Manifiesto Comunista y Hans Christian Anderson describía a su manera, La vendedora de Cerillas, y hace dos mil años Jesús de Nazaret anunció un discurso en favor de los pobres y los desposeídos, pero evidentemente estos discursos están hoy bastante venidos a menos.

Qué sentido tiene este pensamiento, al parecer obsoleto, si en el fondo las actuales teorías acerca del desarrollo social y económico, lo que proponen, o mejor, postulan, es que el incremento de la riqueza, en sí mismo, será tal que en un momento dado y por abundancia, se distribuirá en el conjunto de la población y en el conjunto de la sociedad, en la misma forma como una fuente de tanto producir agua termina derramándose, analogía utilizada como explicación con demasiada frecuencia.

La idea de la fuente inagotable está muy arraigada en nuestra concepción del mundo, tanto la judeo cristiana, en su visión homocéntrica del mundo, como incluso en la marxista en la que las fuerzas productivas parecen no tener límite.

El desarrollo de la ciencia nos permite hoy tener elementos para superar tanto al homocentrismo biológico, como a la idea de lo ilimitado de los recursos productivos, o al

menos para intentarlo.

El concepto de "outless limit", ese límite externo, y en general el conocimiento de la naturaleza a partir de una visión ecológica, nos obligan a reflexionar sobre el conjunto de la vida en la tierra, la delimitación de sus recursos y la interrelación, a veces curiosa y a veces paradójica, entre todas las formas de vida.

El desarrollo actual del pensamiento humano en su conjunto, la ciencia, la filosofía, la cultura religiosa y la tecnología, nos está obligando, felizmente, a repensar la vida, la sociedad, o como siempre insistí tanto en mis cursos y aun lo sigo haciendo, en la necesidad de preguntarse acerca de la realidad.

Analicemos el concepto desde diferentes aproximaciones.

Pobreza y religión

En el terreno de las concepciones ideológico religiosas, la transformación en la concepción del mono, es notable y digna de tener en cuenta sobre todo en una país y en una sociedad como la nuestra.

De una forma global, la idea de un dios único, de una fuerza espiritual, se abre paso sobre la idea de un dios propio, tan importante para el mundo católico. Se comienza así a derrumbar la idea de que el mundo no cristiano es despreciable y como allí reside lo que se denomina la pobreza en sus formas más espectaculares y aterradoras, la explicación muchas veces inconsciente, de que esa pobreza se debía a su condición de no católicos comienza a derrumbarse y a plantear nuevos interrogantes.

Efectivamente se pensaba y aún se piensa que para sacar a la gente de la pobreza, lo que hay que hacer en primer lugar es convertirla al cristianismo al dios propio, donde resulta que el cristianismo es además de un decálogo ético y moral, un manual más o menos burdo de lo que para occidente es la vida moderna.

Pobreza religión y desarrollo

Hoy se plantea el problema en una forma mucho más concreta sin que ello signifique que sea mejor. Se ha separado y eso está bien, el concepto de desarrollo económico de las formas políticas, económicas, culturales y religiosas de los pueblos. Se puede vender coca cola en una país islámico, en la pobre y desconocida África o en la enigmática China. Se acepta que es respetable toda idea de dios y el espíritu ecuménico acompaña, ahora, al concepto de globalización y a la idea de un mercado mundial sin límites.

Dicho de otra forma, antes se necesitaba ser cristiano para beber coca cola y ahora no. Lo ecuménico ya no es pues el cristianismo, sino el mercado. Del imperio cristiano se pasa al imperio económico. O al imperialismo como preferimos decir algunos.

Pero dentro del mundo cristiano también se plantea que el mundo católico es más atrasado y más pobre, con relación al mundo cristiano mal llamado protestante. Sobre este tema Max Weber teorizó con propiedad e incluso en Colombia, algún ex presidente la asumió como una teoría importante para entender la situación del país.

Efectivamente se puede constatar de forma empírica que los países con predominio de confesiones luterano calvinistas, son en general, más desarrollados, más ricos que aquellos en los que predomina la religión católica.

Esto significa que según el autor mencionado, el problema no es tanto de tipo religioso en general, sino que la asociación con la riqueza se atribuye al calvinismo en concreto.

Ciencia y religión

No sólo ha habido cambios en el campo doctrinal sino en la relación de la doctrina con el pensamiento científico.

El hecho de que la iglesia católica reconozca que la evolución es una explicación posible de la vida en el mundo, es una situación de la mayor importancia en la medida en que todo cristiano o mejor toda persona influida por la cultura judeo islámico cristiana, como yo, nos vemos obligados a repensar el significado del conjunto de los mensajes y explicaciones bíblicas y religiosas, no como creen algunos para enterrarlas y despreciarlas, sino quizá para extraer de ellas un mensaje diferente, el mensaje del mito en la forma freudiana, o de Thomas Man, es decir como una forma particular de registrar la historia de la cultura de la humanidad, en la que el tiempo o mejor la cronología, quizá no es lo más importante.

Lo religioso debe entenderse en esta perspectiva como un aspecto de la vida social de la mayor importancia, si se quiere comprender una realidad socioeconómica concreta y no como una simple esfera de la vida social a la cual no tienen acceso, ni deben tenerlo, sino los sumos sacerdotes. Lo religioso es entonces, a mi juicio, un aspecto esencial para la comprensión de la vida social en general, de la política y en particular, de lo económico como concepto global y a la economía en concreto, en el ámbito mundial y en el caso colombiano, donde este aspecto está particularmente ligado a la política y a la economía y por qué no decirlo, a la pobreza.

El estudio y la comprensión de los aspectos religiosos ha sido hecho entre nosotros con grandes limitaciones, entre otras cosas porque al ser todo el mundo católico confeso, se piensa que existe una homogeneidad a ese respecto, lo cual es totalmente falso. El estudio de diferentes creencias y actitudes, así como los tipos de formación y de práctica religiosa, en la vida cotidiana, dentro de ese amplio e indefinible "ser católico", estudiados detenidamente y en relación con otros aspectos de la vida de las personas, nos serán de gran utilidad a la hora de entender y explicar muchas actitudes hacia nosotros mismos, en salud por ejemplo, y hacia los demás, hacia las relaciones sociales con nuestro entorno.

Otro cambio destacable ha sido la desaparición del cielo y del infierno como lugares físicos por fuera de la existencia universal, lo cual no es asunto de poca monta ni ajeno a lo que venimos comentando. ¿Que debe entender hoy el mundo cristiano, el de los ricos y el de los pobres, de frases como, "los últimos serán los primeros" ó "de los pobres estará lleno el reino de los cielos" ó "más fácil entra un camello en el ojo de una aguja que un rico en el reino de los cielos"?

En otras palabras, vuelve a tener vigencia la pregunta acerca de quiénes somos, en dónde vivimos y para dónde vamos, pero ahora con la necesidad al menos en términos religiosos, de referirnos a un mundo más inmediato, más terrenal.

Desde el punto de vista cristiano surgió, sobre todo en su forma calvinista, la idea de la autonomía individual, lo que en religión significó un cisma con respecto a Roma, pero que en economía sentó las bases para la idea de un consumidor soberano e independiente, en un mercado infinito de posibilidades.

Desde el punto de vista católico en particular, los nuevos planteamientos significan, o deberían significar, que el cristiano no debe ni puede enajenar su existencia en aras de una vida posterior, lo que debería obligar a algunos y permitir a otros, plantearse el problema de la pobreza y de los pobres en una forma diferente.

Religión, política y pobreza

La idea de una igualdad como punto de partida, como situación original en la existencia humana, tan significativa para el mundo cristiano, surgió hace dos mil años precisamente como una reivindicación en un mundo de esclavos. Fue la ideología de una profunda subversión, según la cual la pobreza era una posibilidad de dignificar la existencia así fuera en la otra vida. Lo que se negaba en el fondo era que la condición de esclavitud era natural, y por el contrario a que lo natural era la igualdad ante dios.

Este discurso sin embargo se ha ido modificando en una forma por lo menos curiosa.

La igualdad como condición representada bucólicamente como la igualdad de una grey, condujo a una pérdida de la identidad individual o mejor a una pérdida del peso específico del individuo en la sociedad, situación que redujo la vida política a un problema entre señores, siervos, sacerdotes y reyes todos unidos en el mismo rebaño de dios y por supuesto dirigido por sus pastores o representantes.

Se comenzó a deslizar el concepto de igualdad ante dios, hacia el concepto de igualdad en la tierra, una igualdad de hecho, una igualdad como condición básica e inicial de la vida, para lo cual fue necesario reivindicar la idea de la individualidad. La idea de un rebaño dirigido por uno o varios pastores, todos representantes de dios, comenzó a ser sustituida por una sociedad compuesta de individuos con autonomía y libre albedrío. La protesta de Calvino y Lutero ante el poder por lo demás corrupto de Roma, se abrió paso para dar piso a una nueva concepción religiosa, más acorde con la nueva idea liberal de la igualdad promulgada por la Revolución Francesa y del papel del hombre en la tierra.

De la idea de la igualdad de los hombres ante dios, se pasó a la idea de que los hombres son, somos iguales. Somos individuos iguales. Esta idea de la igualdad como punto de partida de la existencia tiene dos efectos fundamentales. Uno teórico, digamos positivo, según el cual la igualdad se debe traducir en unos derechos de cada ciudadano, en los derechos humanos. Pero también en una condición práctica según la cual la igualdad inicial deja a la condición individual la explicación de cualquier resultado concreto de una vida en particular. Se hace énfasis en la igualdad a pesar de constatar las enormes diferencias sociales existentes.

En otras palabras se acepta en la teoría la igualdad, pero se enfatiza en las diferencias individuales a la hora de explicar las desigualdades. Surge así una especie de efecto perverso de la idea de igualdad, cual es el de considerar las desigualdades especialmente en la vida económica y política, como un resultado de la mala administración individual de aquella igualdad original.

A una persona le va mal, si es pobre, y es pobre porque no ha administrado bien su potencial de igualdad, con lo cual además de tener el defecto de ser pobre, empieza a ser culpable de serlo.

En esta forma, de paso, se explica la riqueza, el éxito, por la habilidad individual para conseguirlo. De repente, en dos mil años, la condición de rico, ha pasado de ser un obstáculo para ingresar al reino de los cielos, a ser la principal virtud de una persona.

El pobre empieza a ser considerado ya no como aquel digno de una limosna, de una caridad que enaltecía a quien la daba, sino como una persona más o menos despreciable a quien se le recrimina su condición de pobre, pues se supone que es tal, porque es una persona perezosa, porque no trabaja, y en el fondo, porque no es capaz de aprovechar las oportunidades que el buen dios, desde el punto de vista cristiano, o su condición de individuo igual desde el punto de vista laico, le han dado.

Economía y pobreza

La economía surge como una disciplina moderna en la medida en que fue necesario superar la explicación de la sociedad como un rebaño con una división del trabajo entre siervos, artesanos y poseedores del conocimiento y el poder.

La innovación científica y el desarrollo tecnológico potenciaron de tal forma el trabajo humano que su capacidad de generar excedente creó una situación nueva que debía ser explicada.

La aparición o mejor el incremento y evolución del mercado, como resultado de nuevas y más abundantes formas de producción, centró la atención de los economistas clásicos, para señalarlo como el escenario a través del cual se desarrollan las relaciones entre los hombres y la naturaleza. En el estudio de aquel mercado, se detectaron desigualdades relacionados con la forma de producir, y no simplemente como formas de ser, y muy pronto, desde Hobbes, el concepto de clase social emergió como una forma de referirse a esas diferencias.

La economía explicaba la producción, la riqueza, el excedente, pero su interés por la pobreza llegó a ser marginal. El desarrollo del capital en su fase temprana empleaba a la pobreza, a los pobres como fuerza de trabajo, incluyendo a mujeres y niños, lo cual dio un lamentable resultado en la medida en que se puso en peligro la existencia misma de esa mano de obra. Fue pues necesario establecer condiciones específicas para los trabajadores, crear escuelas para que los niños no trabajaran, se inventó la niñez, se establecieron algunos límites al trabajo físico de las mujeres y se fue, aceptando poco a poco el derecho de los ancianos a no trabajar.

Sin embargo el interés por la pobreza en si misma fue secundario y sólo se registró a través del arte, la pintura y la literatura en lo que a la postre se identificó como la miseria. Es el mundo de los miserables. Es el mundo al que hoy nos ha hecho asomar, "La vendedora de rosas" y al que se habían referido Víctor Hugo y Christian Anderson desde hace más de ciento cincuenta años y que para sorpresa de algunos y beneficio de muchos, hoy sigue vivo y presente.

No fue pues Marx quien descubrió o inventó las clases sociales ni al proletariado. Si intentó explicar su existencia y proponer una salida. En otras palabras introdujo como parte importante del análisis económico, de Lo Económico, o Lo Capital, a la antítesis de la economía, es decir al trabajo y no al capital y la tecnología, y a la pobreza y no sólo a la riqueza.

Redefinió Lo Económico, como la forma básica o determinante de las relaciones entre los hombres y no entre estos y la naturaleza, identificó la participación en el proceso social de producción y reproducción, como causa de desigualdades que niegan de hecho la idea de igualdad como algo a priori, de las condiciones reales en las que se desarrolla y se puede desarrollar la vida de un individuo y su grupo de pertenencia, concretó el concepto de clase, con relación a una polaridad entre dueños de medios de producción y proletarios dueños exclusivamente de su cuerpo, de su fuerza que deben vender, como la polaridad básica y determinante, sobre otras diferencias, otro tipo de formas de existir y de vivir, como los intelectuales, los indígenas y algunos campesinos.

El alto grado de abstracción de estos conceptos, seguramente ha llevado a que en la práctica, las corrientes marxistas y quienes las combaten, hayan desestimado el análisis de la pobreza en si misma, se hayan referido al proletariado como un conjunto más o menos impersonal de trabajadores que tienen importancia por el conjunto y no por los

individuos, una visión en el fondo y en la práctica muy cristiana, seguramente a pesar su autor.

Encontramos entonces que desde las diversas corrientes del pensamiento económico se ha hecho una distinción entre la economía formal con patrones y obreros, y el resto de la vida social, en la que campesinos y pobres o marginados, parecen pertenecer a un mundo aparte, un mundo en alguna forma equivocado, que constituye en sí mismo un lastre a la vida social y a la economía misma.

Conocimiento, economía y pobreza

En la actualidad, esta distinción entre los grupos sociales, las clases, con base en su ubicación con respecto a los medios de producción, ha tomado un rumbo cualitativamente diferente en la medida en que la riqueza no se asocia a la tenencia de los medios de producción exclusivamente, sino que gracias a la tecnología, a la cibernética y a la informática, es posible acceder a esa riqueza a través de la apropiación de conocimientos en estas materias. La idea es que, reforzando la ideología individualista, el acceso a la riqueza depende de la capacidad individual de apropiarse de un conocimiento, de la "inteligencia" de cada individuo, conocimiento que al parecer no tiene ninguna base económica o política, sino que es el fruto del desarrollo abstracto de la ciencia y de la tecnología. La pobreza por el contrario es una condición propia no sólo de los perezosos, sino además, de los brutos.

Estanislao Zuleta decía que le llamaba la atención que se hablara de inteligencia como la cualidad de quienes se han podido dedicar a pensar y no se hablara por ejemplo de la "caminancia" como la virtud de quienes se ven obligados a caminar todo el día.

Se plantea entonces un problema importante cual es el de determinar el carácter social o individual del conocimiento científico y de su aplicación tecnológica. ¿Es un computador un medio de producción? ¿Es el conocimiento un salto cualitativo de la mente y el espíritu, sin una base material? O es además, el resultado de un trabajo social acumulado.

La información y la comunicación ¿son formas de producción? Es decir, ¿son formas de producir valor en la economía, o son simples formas de agregar valor a una mercancía para el mercado? ¿O son formas más o menos sofisticadas y aparentemente legítimas de apropiación, a través de las cuales lo que ocurre simplemente (o complejamente) es que se incorpora valor agregado a un objeto?

La respuesta a estas preguntas ha de ser importante para encontrar nuevos rumbos en el análisis de lo social y lo económico en los actuales rumbos de la vida de nuestros países, sin embargo no tener una respuesta acabada o satisfactoria, no nos debe servir de disculpa para posponer otros análisis que nos permitan mejorar nuestra comprensión de los problemas actuales.

Pobreza y marginalidad

Lo anteriormente expuesto parece conducir a aceptar que la vida económica y política tiene su centro, su determinación en la esfera de la producción y apropiación formal de la economía, mientras la pobreza y la marginalidad son obstáculos no deseados para acceder al desarrollo.

Me atrevo sin embargo a formular una vieja pregunta. ¿Será posible entender la riqueza sin la pobreza? ¿La economía depende exclusivamente de la producción formal?

Me refiero a un tipo particular de riqueza, es decir a las formas actuales de apropiación de inmensas cantidades de dinero, a una riqueza especulativa, a los capitales golondrina, a la manipulación de los precios y de las tasas de intercambio, y en general a aquel enriquecimiento ajeno a la producción misma de bienes y servicios.

Quizá sea el momento de asumir el análisis del conjunto de la sociedad no sólo desde el punto de vista de sus estratos o componentes, los ricos y los pobres, sino también desde el punto de vista de su distribución geográfica, las regiones y los países y de las diferentes economías, la formal y la informal.

Comienza a haber intentos teóricos y académicos serios, por involucrar la llamada economía marginal en la explicación del conjunto del desarrollo económico. Mi pregunta es ¿es realmente una economía marginal? O es un componente esencial y necesario del desarrollo de la economía formal.

Pobreza y Geografía. Geografía de la pobreza

Uno de los aspectos que refuerzan empíricamente la separación en el análisis de la pobreza del de la riqueza es su ubicación geográfica. Existen lugares en donde vive la pobreza y lugares en donde existe la riqueza. Esta distinción territorial se especifica en la existencia de los países ricos y la de los países pobres, lo que, ubicándolos por ejemplo con relación a la línea ecuatorial, lleva a la conclusión de que la riqueza se asocia con el Norte y la pobreza con el Sur.

La historia de mediados del milenio, es la historia de los países coloniales, los imperios, y las tierras colonizadas. El desarrollo socioeconómico alrededor de la llamada revolución industrial desarrolló formas específicas de producción, de desarrollo del capital y además, de una nueva distribución geográfica según la cual aparecen unos países ricos y otros pobres, como una especie de distribución natural de la riqueza geográfica, en un curioso olvido, una especie de Alzheimer social, de la triste y depredadora condición colonialista.

En los años sesenta la discusión acerca de la explicación del subdesarrollo de algunos países, insistía por una parte en aspectos geográficos, religiosos, culturales o psicológicos y por otra en establecer el nexo colonial como la explicación del resultado de una acumulación en la metrópoli y de la pobreza en la periferia. La sombra del concepto de monopolio y de Imperialismo, como lógica consecuencia de la colonización y necesidad básica del desarrollo capitalista según Marx, centró el análisis de la explotación, o de la distribución de la riqueza, en un problema entre países, desestimulando el análisis de las realidades internas en cada uno de ellos. En otras palabras se pretendió explicar la vida social y económica a partir de una perspectiva predominantemente de política internacional, de un factor externo.

La idea de que la pobreza es de otro lugar, de otra región o de otro país, resulta casi indispensable para los países llamados ricos, y sobre todo para sus habitantes ricos, entre otras razones porque así se puede explicar que la pobreza de afuera, no tiene nada que ver con la situación de riqueza de dentro.

Aceptar que la actual y particular distribución física de la riqueza y de la pobreza obedece a causas comunes a todos los países y a la forma como se han relacionado, resulta difícil de aceptar y sobre todo muy incómodo.

Como resultado adicional de la idea de que la pobreza es algo propio y natural de los otros, en un mismo país y en una misma ciudad, coexistimos con la pobreza, con la firme convicción de que ella existe sin ninguna relación con nuestra forma particular de vivir.

Globalización y pobreza. La pobreza migra

Pero en la actualidad el panorama es significativamente diferente.

Si por un importante período de tiempo en este siglo el énfasis de la política y la economía se realizó a partir de entidades nacionales, la necesidad de abrir mercados exigida por el desarrollo del capital, llevó al comienzo de una eliminación progresiva de barreras, que expandieron el límite de los mercados por encima de aspectos nacionales o culturales, produciendo entre otros varios efectos de gran significación.

Uno de ellos fue el desmoronamiento del llamado mundo comunista, tanto desde el punto de vista político como desde el punto de vista económico, al no poder competir con una ampliación del mercado de los países occidentales e incluso a la irrupción de este mercado en su propio territorio físico.

La caída del muro de Berlín fue el símbolo del deterioro de una alternativa aparente de desarrollo, pero al mismo tiempo fue la apertura definitiva a un proceso de globalización de la economía cada vez más necesario e imparable y en el que la persistencia de dos tipos de economías y dos formas de mercado resultaron insoportables e imposibles.

Los efectos de la globalización se han ido presentando de forma progresiva, aunque sus implicaciones ideológicas y culturales sigan siendo un tanto contradictorias.

Se postula el libre comercio, pero se establecen barreras arancelarias de acuerdo al tipo de país y al tipo de producto, y con relación a los recursos humanos, a la población, se ponen toda clase de trabas para su libre movimiento.

Por una parte, se genera en la economía un proceso de integración, acumulación y monopolio desconocidos hasta ahora. La liberalización de la economía en vez de producir una competencia perfecta, lo que conduce es a un desarrollo del monopolio.

El desarrollo de monopolios supranacionales, genera a veces conflictos entre empresa y nación pero casi siempre coloca a la nación al servicio de la empresa. En los años sesenta se hablaba de imperialismo como un proceso político nacional. Hoy quizá debemos, al hablar de globalización, referirnos a un imperialismo económico, que entre otras cosas es al que Marx se refería, al señalar la necesidad del capital de homogeneizar y ampliar el mercado.

Por otra parte, el derrumbe de las barreras comerciales, conduce poco a poco al derrumbe de los obstáculos que impiden y controlan las migraciones, con lo cual, paulatinamente, la pobreza de los países ricos hasta ahora mantenida fuera de sus territorios nacionales, empieza a hacerse presente como en una invasión de los hoy ciudadanos libres, pero desgraciadamente pobres, al territorio de la riqueza.

El fenómeno es particularmente llamativo en Estados Unidos y Europa, pero es un viejo fenómeno presente en la historia interna de todos los países y particularmente del nuestro.

Alfredo Molano ha descrito en detalle y con maestría la forma como la pobreza ha migrado internamente en Colombia en los últimos sesenta años, un fenómeno que ni siquiera el actual tema de la paz y su discusión en aquellos territorios hoy "despejados" nos ha permitido comprender, ni menos aceptar en su verdadero significado, significado que entre otros aspectos implica la demostración de las enormes riquezas que surgen a través de aquellos territorios miserables a través de una economía pobre e informal.

A finales del siglo pasado y principios del presente, la cultura cafetera con su familia

expulsadora de sus hijos menores, había penetrado en todo el país, haciendo de la "bandeja paisa", un verdadero plato nacional.

Es un fenómeno inicialmente de migración hacia territorios desconocidos, tierras deshabitadas, una especie de migración exógena, en el sentido de que huye o se aleja de las fuentes o los centros tradicionales de la economía. Es lo que se conoce como, Colonización.

Pero existe otro tipo de migración diferente, cual es la que en vez de dirigirse a hacia regiones deshabitadas, se orienta hacia los centros de mayor riqueza, dentro de un país hacia las ciudades con mayor desarrollo, conocidas como migraciones internas, que en el fondo son formas de expulsión de masas de población de zonas rurales en donde se da una lucha por la propiedad de la tierra y su ampliación.

Detrás de todo proceso de violencia existe un proceso de apropiación de tierras y detrás de toda violencia, siempre queda una redistribución de esa tierra, por lo general en muy pocas manos, como lo demostró el mismo Estanislao en un trabajo sobre la violencia en el Tolima en los años cincuenta, cuando el número de propietarios antes de la violencia era de unos cuarenta mil y de unos siete mil después de ella. Por esta razón preferimos utilizar el término Desplazados, al de Migrantes.

Otro tipo de migración es el que se da, por idénticas razones, entre países, hacia aquellos con una economía más desarrollada, a los países ricos y dominantes.

La "pobreza" no migra porque se lo permitan, o porque se vea seducida por una imagen externa de bonanza, y nunca es como se quiere presentar, un fenómeno espontáneo, sino porque es una necesidad inaplazable para sobrevivir. Desde hace mucho tiempo los colombianos pobres están migrando hacia los Estados Unidos a través del famoso pero innombrable "hueco". Es esta la explicación de la existencia hoy en aquel país de más de 3 millones de conciudadanos. Ya lo habían hecho internamente hacia las fronteras externas ya mencionadas, hacia Venezuela en los años cincuenta y sesenta, lo han hecho a otros países vecinos y hoy incluso se atreven con Europa.

Sólo hoy se habla de ellos debido a la migración reciente de una serie de personas adineradas y profesionales, pero esa realidad tremenda existe hace mucho y explica, entre otras cosas y al menos en parte, la existencia del tráfico exitoso de drogas al resto del mundo y más específicamente a Norteamérica.

Pobreza y productividad

Veamos un poco quienes son esos pobres, esos ciudadanos que debieron abandonar el país, queriéndolo tanto, porque en él no encontraron oportunidades para sobrevivir con un mínimo de dignidad.

Sobre una población de 37 millones de habitantes, Colombia cuenta con la mitad de ellos por debajo de quince años. Digamos que un millón más son mayores de 65, lo que significa que de una población económicamente activa de unos 18 millones de personas, más de tres millones han debido emigrar. Uno de cada seis. Esto sin contar los casi dos millones que viven en los países vecinos, especialmente en Venezuela, y en Europa, con lo cual quizá deberíamos hablar de uno de cada cinco.

No son parias ni campesinos analfabetos. Son habitantes de las ciudades con un mínimo de instrucción, con habilidades aprendidas en una economía informal y algunas veces formal, pero con pautas bastante actualizadas con relación al manejo del dinero, la utilización de una tecnología mínima, saber conducir, utilización de herramientas más o

menos sofisticadas y sobre todo con unas enormes ganas de salir adelante. Aquellos perezosos locales son en realidad máquinas incansables de trabajo cuando este trabajo les permite ver algunos resultados.

Y esos pobres, perezosos e improductivos que acá consideramos, consciente o inconscientemente, una carga social, pasan de repente a ser una fuente importante de la economía formal, en la medida en que comienzan a enviar parte de sus ingresos para sus familiares en el país.

Estanislao Zuleta se refería a la pereza con la que se pretende identificar a la pobreza y al subdesarrollo, no como un defecto sino como una gran potencialidad, en la medida, decía él, que no querer trabajar sin obtener beneficio de ese trabajo, es un signo de gran cordura.

En una revista nacional reciente, se estima la cifra de ingresos provenientes de este tipo de envíos monetarios en varias decenas de millones de dólares anuales, en franco incremento, un monto casi similar al obtenido por las llamadas exportaciones no tradicionales.

Podemos hablar entonces con propiedad hoy, de lo que señalé en un libro sobre la cultura cafetera hace más de quince años. Somos un país exportador de recurso humano, por no decir expulsador de sus ciudadanos, en la misma forma en que nuestra famosa y benemérita organización familiar, ha sido expulsadora de sus hijos.

Quizá sea el momento de dejar de pensar que la pobreza y la marginalidad son fenómenos no deseados del desarrollo económico y en alguna forma, naturales e inevitables, sino más bien y por qué no, parte importante del sistema productivo global y del formal, sustento de él y en alguna manera su amortiguador. Quizá la llamada economía formal sea desde el punto de vista de la población general, sólo la punta del iceberg de la economía realmente global.

No podría entenderse la economía norteamericana ni la de ninguno de los países más ricos (los pertenecientes al grupo de los 7) sin sus relaciones globales, anteriores y actuales, ni sin la presencia de millones de inmigrantes, quienes, a pesar de lo aparente, resultan muy productivos.

En España en concreto y por estas mismas razones, se calcula que para el año dos mil habrá que importar 45.000 inmigrantes y ello a pesar de tener un empleo por encima del 14%.

Desde una perspectiva más amplia y siguiendo las ideas esbozadas antes, quizá estamos ante un fenómeno relacionado más que con la pobreza, con la aparición de una riqueza desmesurada y diferentes intentos o iniciativas para apropiarse de ella.

Mucho tendremos que trabajar para poder apreciar la importancia y las repercusiones que este enfoque puede tener en relación con el tema tratado.

Pobreza y salud

La idea general y comunmente aceptada es la de que la enfermedad está asociada a la pobreza y en general esto resulta cierto. Sin embargo conviene hacer algunas puntualizaciones.

En rigor la pobreza se asocia incluso con determinación causal con la mortalidad general, aunque resulta inevitable mencionar aquel lugar común que tanto nos molesta, como es el de que en todas partes, todo el mundo se muere.

Como toda cifra relativa, la mortalidad debe ser asociada a períodos concretos de tiempo, en cuyo intervalo, la proporción de muertos por habitante, la proporción de muertos por edad e incluso con relación a los nacidos vivos, es sistemáticamente mayor entre los países llamados pobres que entre los ricos, en el subdesarrollo que en el desarrollo.

La comparación entre países, muy utilizada sobre todo por la necesidad de hacer cálculos con relación al tamaño del mercado real de consumidores en todo el mundo, de globalizar el número de consumidores, resulta poco útil a la hora de tratar de entender el problema de la enfermedad en cada país y no sólo poco útil sino muchas veces problemática, en la medida en que oculta realidades parciales y locales que a la hora de pretender ser abordadas y resueltas, son las verdaderamente importantes.

Pobreza y perfil epidemiológico

Tanto en el ámbito internacional como al nivel de los países, hemos desarrollado en forma importante el agrupamiento de la mortalidad y la morbilidad por grupos de enfermedades, con lo cual hemos definido un perfil epidemiológico propio de la morbimortalidad en los países pobres y en los países ricos, perfiles cuyas diferencias están dadas por el compromiso mayor de unas enfermedades con respecto a otras, según el caso.

De esta forma decimos que los países desarrollados tienen un componente de morbimortalidad atribuible a la enfermedad cardiovascular, al cáncer y a riesgos de estilo de vida. Por el contrario los países subdesarrollados tienen un perfil atribuible a enfermedades infecciosas, desnutrición y últimamente, en los últimos quinientos años, a accidentes y violencia. En realidad atribuible a otro estilo de vida.

Tenemos también un conocimiento aceptable con relación a la morbimortalidad por grupos de edad, en donde la mortalidad infantil por ejemplo, muestra diferencias abismales, por todos conocidas, entre los países pobres y los países ricos.

La transición epidemiológica.

La definición de unos indicadores de desarrollo, de riqueza, y otros para el subdesarrollo, para la pobreza, han llevado a establecer entre esas cifras una línea, que por un efecto matemático resulta siempre ascendente colocada en un gráfico, que de forma por lo demás curiosa, hemos convertido en un camino, camino que según parece, conduce necesaria e inexorablemente, del subdesarrollo al desarrollo, de la pobreza a la riqueza. Por ello, entre otras razones, ya no se habla de países subdesarrollados, sino de países *en vía de desarrollo*. Según la idea que se desprende de tal imagen, de tal analogía, no debiéramos hablar de pobres, sino, más bien, de personas en trance de ser ricos.

Esta misma idea trasladada a las cifras en salud, han hecho postular la idea de que existe una transición de la morbimortalidad de los países pobres, hacia la de los países ricos y además, se nos presenta como un logro. Se nos dice en el fondo, que es mejor morirnos de cáncer que de diarrea y que es mejor enfermarnos de algo incurable que de algo curable.

No quiero decir que la utilización de estos indicadores y su evolución no sea importante a la hora de diseñar políticas, de asignar recursos tanto físicos como monetarios y sobre todo humanos, pero si llamo la atención acerca de que la utilización de cifras agregadas, no permite particularizaciones acerca de la vida de las personas y puede conducir a falsas generalizaciones.

Tampoco permiten estas cifras, por más que se quiera, señalar un futuro ni presentar ese futuro como una meta, precisamente porque esas cifras, por ser globales, no dependen

de variables específicamente de salud, psico bio sociales, sino más bien están asociadas a variables macroeconómicas, a las condiciones de vida de cada grupo, de cada estrato y en últimas, de cada tipo de organización social.

Perfiles establecidos con otros criterios

De forma un tanto curiosa y quizá sospechosa, tenemos un peor manejo de las cifras con relación a los grupos definidos, por ejemplo con respecto al nivel de ingreso, al tipo de empleo, a la forma como se integran o no en la sociedad y en la economía, a su pensamiento religioso cultural, a su nivel de instrucción, etc.

Permítanme explorar algunas cifras y algunos indicadores.

La Expectativa de vida para Colombia es de unos 70 años, pero la Expectativa de vida para los indígenas del Cauca es de 34 años.

No sabemos o no utilizamos la Expectativa de vida de los obreros, trabajadores de cuello azul, en relación con los trabajadores de cuello blanco, como diría un sociólogo norteamericano.

Ni siquiera nos interesa conocer la expectativa de vida de las personas que viven en los barrios marginales y menos la de los desplazados. No sabemos la expectativa de vida de los pobres.

Preferimos trabajar en asociaciones bastante generales como la que existe entre fumar y cáncer de pulmón, pero trabajamos poco en la contaminación ambiental por ejemplo de origen industrial o por el uso de una tecnología obsoleta en los automóviles.

Siempre me ha llamado la atención de que se considere a John Snow como el padre de la epidemiología, por sus trabajos, notables por cierto, sobre el cólera en Londres y ni siquiera se mencionen los trabajos de Marx, basados en el estudio de los informes de los inspectores de higiene, en la misma época y en el mismo Londres, con relación a la forma como los alfareros enferman, al papel de la tuberculosis en las fabricas de carbón, al efecto de las fabricas de seda especialmente en los trabajadores infantiles, y en general al papel de la jornada de trabajo y de las condiciones ambientales en las que se realiza con relación a la enfermedad, el riesgo de accidente, la salud mental e incluso, la muerte, aportes hechos a través de un verdadero análisis multivariado, desconocido en la época y que se pueden leer en el primer tomo en general y en el capítulo 10 en particular, de El Capital.

Definitivamente debemos reconocer que tenemos un cierto desinterés por la salud de los pobres, o mejor dicho por entender la forma como viven y enferman.

Ante la necesidad de racionalizar el recurso económico en salud, hemos diseñado importantes indicadores para tratar de evaluar las pérdidas en años de vida y por lo tanto en dinero, atribuibles a diferentes fenómenos y enfermedades.

Es el caso de los Años de vida potencial perdidos, Apps, basado en la mortalidad y el más sofisticado y preciso, Años de vida saludable perdidos, Avsp, que incluye un análisis de morbimortalidad. Como todo indicador, su utilidad va a depender del enfoque bajo el cual se utilice y los propósitos que impulsan a quien obtiene ese tipo de información.

Si se usan estos indicadores referidos a la población general, su significado varía con respecto a su uso, teniendo en cuenta no sólo los grupos de edad, sino por ejemplo, los grupos de ingreso económico. Veamos un ejemplo.

Si muere un ciudadano del Cauca a los 30 años y se compara con la mortalidad general

para el país, se han perdido cuarenta años de vida potencial. Si incluimos la morbilidad y ese ciudadano era hipertenso, como la expectativa de vida de un hipertenso es menor que la general, digamos en diez años, el país habrá perdido 30 años de vida saludable. Si hacemos la comparación con respecto a su grupo de pertenencia y ese ciudadano resultó ser un indígena, sólo se han perdido cuatro años.

El problema surge sobre todo a la hora de interpretar estos datos. Se puede pensar que todo ciudadano muerto antes de cumplir la expectativa de vida es una pérdida para el país, proporcional a la edad, pero también podemos caer en la tentación de pensar que si se mueren los que menos expectativa de vida tienen, esto es más económico para el país. De acuerdo a lo anterior, una buena política de salud, en términos monetarios, sería la de dejar que se mueran, quienes tienen menos expectativa de vida, es decir, los pobres.

No sé por qué, pero tengo la sensación de que eso es lo que hemos venido haciendo.

Salud, violencia y pobreza

Hoy la violencia en general y los homicidios en particular, son la primera causa de morbimortalidad en la población económicamente activa en Colombia.

Existe la idea más o menos generalizada en que la violencia se asocia a la pobreza y en particular que los pobres son casi por definición, violentos.

Al observar la historia del país y en general la historia, podemos apreciar que esta afirmación o esta creencia tiene poco fundamento y por lo tanto requiere al menos algunas precisiones.

En el libro de Saúl Franco, *El quinto, no matar*, entre otras cosas un serio e importante intento por abordar el tema a partir de datos empíricos, se hace alguna discusión sobre este aspecto, a partir de la cual, es posible afirmar que por el contrario, la violencia está asociada es a la riqueza, como ya lo insinuábamos al hablar de la tenencia de la tierra.

Estanislao Zuleta, nuevamente, había superpuesto el mapa de la violencia en los cincuenta, al mapa de la riqueza en la misma época y coincidían completamente. En la actualidad, las tasas de violencia están asociadas a los centros de mayor desarrollo en el país y en el caso de la coca, a los centros de producción en donde se inicia el proceso de enriquecimiento más importante de la actualidad, como lo han demostrado varios autores.

Una forma de analizar la relación pobreza - violencia, ha sido el intento de relacionarla con el desempleo. La idea que subyace a esta posible relación es la de que una persona desempleada, y por lo tanto pobre, se puede desesperar y volverse violenta, como reivindicación o como simple rabia. En alguna forma estamos dispuestos a entender el fenómeno, siempre y cuando se acepte que en el fondo es la pobreza la que produce la violencia. Que los pobres son los violentos, pues es esta la justificación última de la represión hacia ellos y hacia quienes son, o se dicen sus representantes.

(En el libro de Franco, hay un intento de correlacionar las cifras de desempleo con las cifras de la violencia, medida a través de la tasa de homicidios. Al aplicar un coeficiente de asociación a una serie de varios años, entre el 85 y el 90, encuentra que este no es significativo.

Al observar aquellos datos, encontré por un lado que la razón por la cual no daba ninguna asociación, se debía al comportamiento variable de la relación, que hacía que, medida en su conjunto, se anularan los valores. Analizados los mismos datos pero en períodos cortos de tiempo, se puede observar que en la medida en que aumenta el desempleo,

disminuye la violencia homicida y en otros períodos ocurre todo lo contrario, es decir que al aumentar los homicidios, disminuye el desempleo, lo que resultaba paradójico.

En el fondo lo que los datos dicen es que hay una asociación negativa entre empleo y tasa de homicidios, lo que significa, en otras palabras que a más desempleo menos tasa de homicidios, es decir todo lo contrario a lo que usualmente se cree, y se pretende argumentar.

Por supuesto que hay que ser muy cautelosos con sacar conclusiones de datos tan globales y de indicadores a veces tan gruesos o poco fiables. Recordemos que el desempleo se mide, por ejemplo, por la cantidad de personas que en un momento dado dicen que están buscando empleo.

Pero a veces las imprecisiones o los mismos errores una vez entendidos –cuando de un mal, se pasa a un malentendido -, nos pueden arrojar luces sobre los problemas que estudiamos.

En este caso una hipótesis al respecto podría ser que en la situación colombiana y en particular en las zonas más violentas como puede ser Medellín, las personas dedicadas a “ejercer” la violencia, aunque no tienen un empleo formal y por lo tanto registrable, con toda probabilidad no están buscando empleo, mientras están dedicados a hacer subir la tasa de homicidios, es decir, ya tienen un empleo, aunque inconfesable.

Hago énfasis en el ejercicio de la violencia, para señalar cómo, ese ejercicio directo, es apenas una expresión de la violencia real, que ciertamente tiene una autoría intelectual y social que apenas y con muchas dificultades, comenzamos a identificar.

En este punto quizá sea la hora de proponer que este congreso pregunte una vez más y exija una respuesta, acerca de la autoría del asesinato de Héctor abad Gómez y de Leonardo Betancur.

Podemos decir que el principal problema de salud pública del país es la relación pobreza - riqueza. Nos diferenciamos así de quienes piensan que es el SIDA o la violencia, por ejemplo.

A manera de conclusión

Para finalizar, podemos decir entonces, que el principal problema del país es la pobreza - riqueza, pero que ese problema no se resuelve sin los pobres. No es pues la pobreza en sí misma sino su relación con la riqueza. Es pues un problema de relaciones sociales, económicas y políticas.

Resulta obligado de acuerdo a lo anterior, hacernos la siguiente pregunta;

¿La pobreza existe porque sí?, ¿Es un hecho, un dato?, ¿O porque es un resultado, es generada, es producida, en forma “natural” por nuestra forma de organizar la vida del país y, ¿por qué no del mundo?.

Debemos pasar de la identificación de los efectos, como la pobreza, y asumir el reto de identificar, para modificarlas, las causas o factores que los y la determinan.

Habrá que tratar de entender el mundo, la realidad, a través de la comprensión también y además, de cómo se produce la pobreza, como ha sido propuesto en varios momentos del pensamiento humano y no como ahora, y en los últimos tiempos, únicamente haciendo énfasis en cómo producir más riqueza y como apropiarnos de ella.

LA POBREZA ANTAGONISTA DE LA SALUD.

Virgilio Vargas Pino

INTRODUCCION.

A lo largo de la historia las luchas sociales unas veces soportables o encubiertas, y en otras con violencia inusitada y fuerza destructora, se han caracterizado, por alcanzar la igualdad de las condiciones de vida para la comunidad, para que todo ser humano tenga accesibilidad a las oportunidades que conducen al disfrute de una vida digna y decorosa, es decir de lograr las variables que integran el bienestar: empleo, vivienda, servicios públicos, alimentación, educación, salud, vestido, transporte, recreación, etc., en un sano ambiente de tolerancia, de respeto, de convivencia y de afecto.

El respeto a los derechos humanos considerados inalienables, se resalta en las luchas sociales como el triunfo por la Justicia Social, cuya meta fundamental para la humanidad, es la de la eliminación de La Pobreza.

La situación de Pobreza permanente en que viven, miles de millones de seres humanos, que para algunos organismos de poder y de carácter mundial como las Naciones Unidas, y sus organismos OMS, UNICEF, UNESCO, PNUD., FAO, UNCTAD, PMA, etc., sobrepasa el 50% de la población mundial.

La CEPAL mide la Pobreza comparando el ingreso de una familia frente al costo de la Canasta Familiar mensualmente. La Canasta se integra de los elementos necesarios para vivir en condiciones dignas y decorosas como son: alimentos, y elementos de higiene (50% del valor de la canasta), y de otra parte vivienda con servicios, vestidos, educación, salud, recreación, transporte, etc., (el otro 50% del valor de la canasta). Cuando los ingresos son equivalentes o menores al sólo costo de la alimentación y los artículos de aseo, se considera que se está en Extrema Pobreza o Indigencia.

Para otros organismos internacionales, por ejemplo para el Banco Mundial la definición y medición de la Pobreza, se concibe en forma individual y diaria, y no mensual y familiar, y se considera como Pobre la persona que percibe un ingreso diario igual ó inferior a US 2.00, y en Extrema Pobreza o Indigencia quien percibe diariamente un ingreso igual ó inferior a US 1.00.

CONDICIONES DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA.

La Calidad de Vida es un objetivo de todo ser humano o comunidad, pues según sea buena regular o mala, permite una determinada Esperanza de Vida, que expresa en promedio los años probables de vida. Se aspira al mayor número de años de vida, disfrutándolos a plenitud, sin deterioros ni sufrimientos, por estar en deficientes condiciones de salud.

Aunque existen otras variables que la afectan, para una buena Calidad de Vida son esenciales las Condiciones de Vida, y la variable económica es fundamental para unas buenas, regulares o malas condiciones de vida. Por ello la Pobreza es antagonista de primer orden de La Salud, se podría decir que la pobreza es el peor enemigo que tiene la

salud, la peor peste, o que la peor enfermedad que padece una sociedad, comunidad, familia o persona es La Pobreza.

“Salud Para Todos en el Año 2000”, denuncia la desigualdad económica del mundo cuando en su numeral II expresa:

“La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países”. (Subrayado nuestro).

El énfasis de la OMS en Ginebra (Suiza) en 1977, y en Alma-Ata (Rusia) 1978, se hizo sobre la necesidad de actuar especialmente en los Grupos Humanos Prioritarios, definiendo que estos son los pobres.

LA POBREZA EN EL MUNDO.

Como La Pobreza incide directamente en las Condiciones de Vida y en las variables que integran el bienestar, los organismos mundiales y los gobiernos de los países, necesitan el desarrollo económico con una distribución equitativa y justa de la riqueza, que logre disminuir el abismo económico que separa a los ricos de los pobres, aplicando políticas y reformas de justicia social con mayores inversiones en áreas como la educación y la salud.

Informes provenientes de la ONU, sobre la evolución del abismo que separa a los ricos de los pobres, señalan que el ingreso del 20% más pobre del mundo, frente al 20% más rico, entre 1960 y 1989, con proyección al año 2000, va aumentando distancia, agravando la situación de los pobres.

Para el año 2000 la distancia que pobres y ricos, se aumentó duplicándose entre 1960 y 1989, con la probabilidad de que para el año 2000 sea de US 75.00 para el 20% de los más ricos, frente 1 dólar que seguirán recibiendo los pobres.

La Pobreza a su vez crea dificultades ante la posibilidad de obtener Educación y el nivel de educación influye en varios de los indicadores de salud, como son por ejemplo la Prevalencia de la Enfermedad, la Mortalidad Infantil y la Esperanza de Vida, que según el nivel de educación del jefe del hogar: analfabeta, con primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, etc., estos indicadores mejorarán a medida que se adquiere una mayor educación.

Canadá en la década de 1980, analizó los indicadores Esperanza de Vida y Esperanza de Vida en Ausencia de Discapacidad, clasificando la población en 5 grupos por nivel de ingreso de: Muy Bajo, Bajo, Medio, Alto y Muy Alto.

Con relación a Esperanza de Vida, se encontró que para el 20% de ingreso Muy Bajo su Esperanza de Vida era de 71.9 años, y para el 20% de ingreso Muy Alto, 76.4 años, estos con 4.5 años más de esperanza de vida. Para a la Esperanza de Vida en Ausencia de Discapacidad se encontró una diferencia de 11 años más de Esperanza de Vida en Ausencia de Discapacidad, para el grupo de ingresos Muy Altos frente al grupo de ingresos Muy Bajos, lo cual significa que la discapacidad afecta especialmente a los pobres.

LA POBREZA EN AMERICA LATINA.

La CEPAL aplicando su definición de Pobreza, realizó un estudio sobre 10 países latinoamericanos que consideró como muestra representativa, acerca de su porcentaje de pobreza comparando los años 1970 y 1981, y calculando una proyección del porcentaje de pobreza de dichos países para el año 2000, según que su crecimiento fuera de 4.7% por año considerado como bajo, y un crecimiento de 5.9% por año considerado como alto, expectativas que en la mayoría de los países no se han podido cumplir.

En el informe de CEPAL "Panorama Social de América Latina" de 1996, el nivel de la pobreza y la indigencia y sus tendencias porcentuales entre 1980 a 1994 porcentualmente en 19 países de América Latina.

Para 1980 el promedio del porcentaje de hogares en situación de pobreza en América Latina era del 35% y en la indigencia el 15% de los hogares, para 1990 la región había sufrido en su evolución un deterioro, pues el 41% de los hogares estaba en situación de pobreza y el 18% en la indigencia, y para el año de 1994 el 39% de los hogares en situación de pobreza y el 17% en la indigencia, y aunque se mejoró poco la situación de 1990 en un 2% la pobreza y en 1% la indigencia, el balance final del período en 1994 es peor que lo inicial de 1980, por cuanto se aumentó en 4% la pobreza y en 2% la indigencia.

LA POBREZA EN COLOMBIA.

CEPAL para Colombia y para el período comprendido entre 1970 con proyección al año 2000, observó que para 1970 el porcentaje de población en pobreza era de 45%, para 1981 43%, y para el 2000 según que el crecimiento económico fuera bajo calculado como del 4.7% anual se tendría el 41% de la población en pobreza, y con crecimiento económico alto de 5.9%, la población en pobreza sería el 40%. Los cálculos de crecimiento económico no se cumplieron.

El informe "Panorama Social de América Latina de 1996, CEPAL con relación a Colombia, enseña que para 1993 Colombia tenía el 42% de su población en pobreza, y para 1994 el 41%. Debido a la crisis económica que afecta al país desde 1997, con sus secuelas de desempleo, que para finales de este año/99 se ubica por encima del 20%, y por efectos de la violencia con más de 500.000 "desplazados", en la más conmovedora situación de miseria, es lógico deducir que el 41% en vez de disminuir ha vuelto a incrementarse.

Con base a datos de ANDE y FENALTRASE, en Indices de El Espectador de Marzo 17/95, en su página 1ª, se publicaron datos estadísticos, que para este período de 1993-1994 ubican a 14.400.000 habitantes en situación de miseria y a 7.000.000 de ciudadanos devengando el Salario Mínimo Mensual Vigente, y a 5.000.000 sin techo, entre otros datos, para un cuadro verdaderamente desolador.

Con base en datos estadísticos de boletines del DANE, siguiendo una secuencia que enfrenta el valor del salario mínimo mensual vigente frente al costo de la canasta familiar, observamos que la tendencia es a la depauperación del salario mínimo con relación al costo de la canasta.

El Artículo 13 de la Constitución Política de la República de Colombia, proclama la igualdad de derechos, sin ninguna discriminación de todos los colombianos:

ARTICULO 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.” (Subrayado nuestro).

El Artículo 49 de la Constitución Política de la República de Colombia expresa:

“ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud....

...La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.” (Subrayado nuestro).

El Artículo 366, de la Constitución es explícito en cuanto a la prioridad para el gasto público social, cuando determina:

“ARTICULO 366. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades básicas insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.”

El ex presidente Alfonso López Michelsen, como expositor central del simposio con que el país celebró los 70 años de existencia de la Federación Nacional de Cafeteros, expreso:

“Es así como, en nuestro suelo, las utilidades declaradas de los cuatro primeros capitalistas del país rondan los 1.400 millones de dólares, lo cual quiere decir, si se tiene en cuenta que el Producto Bruto de Colombia se calcula en 70.000 millones de dólares, y que el crecimiento del PIB fue del 2.1%, que el ingreso proveniente de estas fortunas particulares se incrementaría anualmente en una proporción mayor a la de todo el país. Es la relación entre el 2.1% del crecimiento nacional sobre los 70.000 millones de dólares del PIB y los 1.400 millones de dólares declarados por los particulares”. (Subrayado nuestro).

Hay un claro señalamiento en la intervención del ex presidente López, según el cual se explica porque el abismo que separa a los ricos de los pobres, en lugar de disminuirse, se amplía, más grave cuando en su declaración el Dr. López resalta con relación a dicha

concentración: *“No porque los beneficiarios hayan procedido indebidamente o su riqueza sea el fruto de operaciones ilícitas, son las consecuencias del sistema mismo...”*

LA LLEGADA DEL 2000.

En Ginebra (Suiza) en 1977 la OMS elabora su plan de acción “Salud Para Todos en el Año 2000”, y en 1978 en Alma-Ata (URSS) la estrategia principal para lograrlo: “Atención Primaria de Salud”, y llegamos al 2000...

A lo largo de estos 50 años Colombia ha mejorado los 5 indicadores a un ritmo pausado, pero si nos atenemos al momento en que se propuso “Salud Para Todos en el Año 2000”, era de esperarse que en los últimos 4 quinquenios dichas tasas mejoraran a un ritmo mayor demostrando que las propuestas de Ginebra y Alma-Ata, eran altamente positivas. Consideramos que si no lo fueron es por efecto de la poca voluntad política de la comunidad mundial y de nuestros gobiernos para atender el numeral X de Alma-Ata, y la conclusión final:

“Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo”. Y como conclusión final:

“La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional...” (Subrayado nuestro).

El 14 de Mayo/98 el Presidente cubano Fidel Castro, en la sesión conmemorativa del 50 aniversario de la OMS, en Ginebra (Suiza), hizo las siguientes denuncias::

“Si la economía mundial según cálculos de prestigiosos analistas, creció seis veces y la producción de bienes y servicios pasó de menos de 5 billones a más de 29 billones de dólares entre 1950 y 1997, ¿por qué mueren todavía cada año 12 millones de niños menores de 5 años, es decir, 33 mil por día que podrían salvarse en su inmensa mayoría? En ningún lugar del mundo, en ningún genocidio, en ninguna guerra se matan tantas personas por minuto, por hora y por día como las que matan el hambre y la pobreza en nuestro planeta 53 años después de creada la Organización de las Naciones Unidas.

Los niños que mueren y que podrían salvarse, son casi un cien por cien pobres; y de los que sobreviven, ¿por qué cada año 500 mil quedan ciegos por falta de una simple vitamina que cuesta al año menos que una caja de cigarrillos? ¿Por qué 200 millones de menores de 5 años están desnutridos? ¿Por qué 250 millones de niños y adolescentes trabajan? ¿Por qué 110 millones no asisten a la escuela primaria y 275 millones están fuera de la escuela secundaria? ¿Por qué 2 millones de niñas son prostituidas cada año?

¿Por qué en este mundo que produce ya casi 30 billones de dólares en bienes y servicios por año, 1.300 millones de seres humanos viven en pobreza absoluta? ¿Por qué reciben

menos de un dólar diario per cápita, cuando hay quienes reciben más de un millón de dólares cada día? ¿Por qué 800 millones carecen de los más elementales servicios de salud? ¿Por qué de los 50 millones de personas que en total fallecen cada año en el mundo, adultas o niños, 17 millones, es decir, aproximadamente 50 mil cada día, mueren de enfermedades infecciosas que podrían casi todas curarse o, mejor todavía, prevenirse a tiempo muchas de ellas, a un costo que a veces no rebasa un dólar per cápita?

¿Cuál es el precio de una vida humana? ¿Cuánto cuesta a la humanidad el injusto e insostenible orden económico establecido en el mundo?

Quinientas ochenta y cinco mil mujeres fallecieron en 1996 durante el embarazo o el parto, el 99 por ciento en el Tercer Mundo; 70 mil por abortos en malas condiciones, 69 mil de ellas en América, África y Asia.

Aparte de la diferencia abismal en la calidad de vida, en los países ricos las personas viven, como promedio, 12 años más que en los países pobres; en determinadas naciones la diferencia entre los más ricos y los más pobres es de 20 a 35 años." (Subrayado nuestro).

Es pregunta que vastos sectores del mundo, ubicados a lo largo y ancho de la esfera terrestre, ahogan en su garganta por su situación de hambre y de miseria. En la antesala del año 2000 el balance para los países del Tercer Mundo es lamentable, por cuanto los condicionantes de Alma-Ata no se aplicaron, y muy especialmente no se practicó la atención para los Grupos Humanos prioritarios que son los pobres, como lo exigía Alma-Ata.

Trabajadores de la salud, defensores de los derechos humanos, comunidades y especialmente los pobres, todos, unidos, debemos con renovados bríos reiniciar la lucha por: un orden económico mundial más justo y equitativo; por la paz mundial en contra el militarismo y el armamentismo; por la soberanía e independencia de los pueblos; por el desarrollo con distribución más justa y equitativa de las riquezas producidas; por una verdadera cooperación internacional; y por el uso racional y adecuado de la alta tecnología. La aplicación de estos condicionantes de Alma-Ata, podría erradicar la pobreza, la miseria y la inequidad imperantes y lograr para todos lo habitantes del mundo el bienestar y con ello la salud.

CIENCIA Y CONCIENCIA EN SALUD PUBLICA.

Esteban Rodríguez Ocaña
Universidad de Granada, España

Pretendo mostrar, con el empleo de ejemplos históricos, que el cumplimiento del objetivo fundamental de esta actividad científica exige una capacidad de autorreflexión que vaya más allá de la aplicación de los propios recursos técnicos de la misma. Y ello es así porque la ciencia encuentra límites notorios en todas las épocas, además de que es de difícil segregación del contexto político, social profesional y cultural en el que se desenvuelve. La historia (el conocimiento histórico) puede desempeñar un papel destacado en esta tarea crítica.

ECONOMIA, GERENCIA Y SALUD PUBLICA

SIMPOSIO

Economía saludable para las políticas de salud*

*Grupo de Economía de la Salud. Centro de Investigaciones Económicas -CIE-
Faculta de Ciencias Económicas. Universidad de Antioquia
<http://www.agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>*

Resumen:

En esta ponencia se hace una reflexión general sobre el papel de la economía en el sector de la salud. Para ello, se diferencia el trabajo que hace o debe hacer el economista, de aquel que llevan a cabo profesionales de las disciplinas dominantes en el sector, en particular quienes hacen la gestión, para los cuales en el contexto de reforma aumentan las exigencias sobre conocimiento y habilidades en materia económica. En las conclusiones se llama la atención sobre la necesidad de encontrar un equilibrio adecuado entre las posturas y actitudes de ambos profesionales, para no caer en juicios indebidos sobre la reflexión y los aportes de la economía al tema, ni propiciar decisiones equivocadas o que no consulten la realidad del sector.

Como un aporte para adelantar este diálogo, se discuten cuatro ideas o relaciones claves que hacen parte de las reformas contemporáneas: salud y crecimiento económico, la frontera entre lo público y lo privado, competencia y mercado, y eficiencia y rentabilidad. En cada caso se busca precisar el alcance del concepto económico, en términos teóricos y de su confrontación con el mundo real y, al mismo tiempo, se ilustra su aplicación de acuerdo con las realidades del sector en América Latina y, de manera especial, con alguna evidencia empírica que se posee sobre el desarrollo del sistema general de seguridad social en salud en Colombia.

Abstract:**

With the introduction of new reforms in the health sector physicians, nurses and health business administrators require to know economics concepts. On the other hand economists have to understand some realities of the health sector. Usually economists and health professionals do not have good and continuous dialogue along their relationship so it is important to improve it looking for a right development of health economics. The main goal of this presentation is to state clearly the role of economics in the health sector. We do so distinguishing the role of economists and role of health professionals in health economics, specially conducting policy.

* Ponencia presentada en el congreso internacional: *Salud para todos: desarrollo de políticas en salud pública para el siglo XXI*. Medellín Colombia, diciembre 6-10 de 1999. Elaborada por Jairo Humberto Restrepo Zea (Profesor Coordinador del Grupo), Fernando Tobón Bernal (Profesor-Investigador), Verónica Salazar Restrepo (Investigadora) y Juan Miguel Gallego Acevedo (Pasantía Comité de Investigaciones de la Universidad -CODI-). Agradecemos los valiosos aportes y comentarios de los profesores Jorge Pérez Restrepo, Christian Fresard Briones y David Tobón, al igual que el apoyo logístico de Sandra Rodríguez y Rodrigo Taborda (estudiantes del programa de economía).

**This paper was presented at the International seminar: *Salud para todos, desarrollo de políticas en salud pública para el siglo XXI*. This seminar was held in Medellín Colombia, december 6th to 10th , 1999.

To advance in the dialogue we explain four key concepts of the recent reform: health and economic growth, the role between public and private, market and competition, efficiency and profitability. In the four cases we try to explain the scope of economics concepts, making clear the use of the economic theory and its applicability to the real world. We also apply this concepts to the evidence found in the health sector of Latin America, specifically in the colombian system.

Introducción:

La culminación del siglo XX se encuentra marcada por la globalización económica y sus consecuencias de diverso orden, en especial en lo social, lo cultural y lo político. En el marco de este fenómeno y de manera coincidente con la crisis económica que parece distanciar aún más al norte del sur del planeta, la gran mayoría de países ha venido realizando reformas de carácter estructural inspiradas especialmente en la liberación de mercados, la privatización, la focalización del gasto público y la descentralización. Dichas reformas han abordado los sectores sociales y es así como se desarrollan cambios e innovaciones, entre otros, en seguridad social, educación, salud, servicios públicos domiciliarios y medio ambiente.

En el caso de la salud y la seguridad social, el esquema que ha predominado en América Latina para adelantar reformas en medio de dificultades financieras ha consistido, por una parte, en modernizar el sistema de asistencia pública mediante la introducción de mecanismos de competencia y eficiencia, como la autonomía de los hospitales públicos y la adopción de nuevas modalidades de pago a éstos, al mismo tiempo que se definen unos paquetes básicos de servicios para atender a la población pobre. Por otra parte, los sistemas de seguridad social han sufrido ajustes en cuanto al monto de las contribuciones, los planes de beneficios y los aportes adicionales de los beneficiarios para acceder a los servicios de salud.

Estos cambios se producen con el liderazgo de algunos organismos internacionales, particularmente el Banco Mundial, quien desde 1993 presentó su informe *Invertir en Salud* en el cual se esbozaron los lineamientos básicos de las reformas, al igual que acogen una serie de recomendaciones teóricas derivadas del estudio de la economía de la salud como un área de trabajo de economía aplicada. Del mismo modo, una vez introducidas las reformas y como apoyo al desarrollo de los sistemas de salud, de manera creciente se demandan profesionales e investigaciones sobre diversos tópicos que hacen parte de la agenda de trabajo de la economía de la salud, entre otros, los estudios sobre costo-efectividad, la demanda de servicios de salud, la tecnología, los mecanismos de pago y las fuentes de financiamiento.

En el caso colombiano, se experimentan varias características que diferencian su reforma de otras que se han adoptado en América Latina, particularmente en Chile, México, Perú, Venezuela y varios países de Centroamérica y el Caribe. En especial, en Colombia se hizo la reforma en ausencia de crisis financiera y su propósito esencial era el de extender la cobertura de la seguridad social en salud a toda la población, para lo cual se estableció un aumento importante de los recursos destinados a afiliar población al sistema. La reforma viene siendo implementada a partir de 1995 y en dicho proceso ha sido notoria la vinculación de nuevos profesionales y la renovación del perfil de los encargados de hacer la gestión a nivel global y de cada organismo en particular, y de ellos se exige un buen conocimiento de cuestiones económicas y, de igual manera, se espera de los economistas y de quienes acceden al conocimiento de esta disciplina, la aplicación adecuada de los conceptos y las teorías que la economía de la salud ha venido desarrollando desde hace varias décadas.

Por esta razón, el grupo de investigación sobre Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia, que se encuentra en formación, quiere vincularse a este Congreso en la perspectiva de un diálogo interdisciplinario, ofreciendo y clarificando con sentido crítico elementos básicos que sirven de soporte a la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Al mismo tiempo, se propone establecer con otras disciplinas la aplicación de dichos elementos en el desarrollo de la reforma y en el qué hacer de los diferentes profesionales que participan en dicha labor.

La ponencia está organizada en cuatro partes. En la primera, se presenta una visión general acerca de la relación entre economía y salud y se destacan los principales logros y desafíos que enfrentan los países en la actualidad. En la segunda, se discuten algunos aspectos esenciales sobre lo que el grupo entiende por economía de la salud y los alcances de esta área de trabajo académico. En la tercera, se desarrollan los cuatro temas sobre los cuales se propone adelantar la discusión en el Congreso: salud y crecimiento económico, la frontera entre lo público y lo privado, competencia y mercado, y eficiencia y rentabilidad. Por último, se plantean unas conclusiones centrales con las cuales se invita a continuar el debate y aumentar los esfuerzos para el desarrollo académico de la economía de la salud.

1. Economía y salud al final del milenio

Al concluir este siglo, la agenda sobre las políticas de salud de nuestros países resulta incompleta y a la misma se suman retos adicionales para enfrentarse al nuevo siglo. Se destacan, entre otros

fenómenos, la persistencia de desigualdades y de enfermedades de fácil control y con un gran efecto sobre el estado de salud de la población, los cambios demográficos impuestos por la mayor urbanización y el aumento porcentual de la población adulta, las demandas sociales sobre los sistemas de seguridad social, y la eficacia del Estado.

La salud se ha convertido en uno de los sectores sociales con mayor interés económico y político en todo el mundo, debido especialmente a su incidencia en el bienestar y el crecimiento económico, así como por las necesidades en materia de recursos. Aunque persisten desigualdades entre países, entre regiones y entre grupos específicos de población,²¹ se destaca un balance satisfactorio en el presente siglo: según el informe de la Organización Mundial de la Salud -OMS-, correspondiente a 1999, la esperanza de vida en los países de ingresos altos aumentó entre 30 y 40 años en este siglo; y en la mayoría de los países que hoy se catalogan como de ingresos bajos y medios, dentro de los cuales se encuentra la región de América Latina, se han experimentado ganancias aún mayores. Adicionalmente, como también lo comenta el informe de la OMS de 1999, se erradicó la viruela en todo el mundo y hoy una mayoría substancial de la población mundial posee un riesgo relativamente bajo de padecer enfermedades infecciosas de cualquier género.

Luego de estos avances, la esperanza de vida al nacer alcanza hoy los 77 años en los países industrializados y los 71 años en América Latina y el Caribe. Para obtener mejoras en estos indicadores, una vez que se ha avanzado en la transición epidemiológica con la reducción y eliminación de enfermedades infecto-contagiosas y el ascenso de las correspondientes a las crónicas y degenerativas, cobra gran interés la reducción de la dispersión de la esperanza de vida mediante la atención de los grupos de población con los resultados inferiores, y la introducción de tecnologías y prácticas que contribuyan a contener el gasto.

Los principales desafíos: obstáculos para alcanzar salud para todos

El mejoramiento continuo en el estado de salud es el reflejo de diversos factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos, así como también de los avances en la ciencia médica. No obstante, estos logros plantean la necesidad de enfrentar la transición demográfica, la dinámica de la población en cuanto a nuevos hábitos y las migraciones, los efectos de la globalización sobre la

²¹ En el informe de la OMS para 1999 se menciona que cerca de mil millones de personas en el mundo entrarán al siglo XXI sin haberse beneficiado de la revolución de la salud, a la cual contribuyó de manera especial la conferencia de Alma Ata de 1978 con su énfasis sobre el papel de la atención primaria. Estas personas excluidas siguen teniendo una vida corta y marcada por la enfermedad.

industria farmacéutica y la tecnología médica, al igual que la crisis económica y, en el caso de los países de América Latina, el nuevo capítulo de reformas políticas y fiscales. Estos factores hacen que los sistemas de salud se enfrenten a la atención creciente de enfermedades crónicas y degenerativas con unos altos costos de tratamiento debido a la adopción de tecnologías para el diagnóstico y la curación, así como a la estancia prolongada en hospitales y el uso intensivo de medicamentos y atenciones terapéuticas.

En el caso de América Latina y el Caribe los sistemas de salud se enfrentan a patologías que están demandando importantes recursos y unas políticas eficaces que ayuden a conservar y mejorar los indicadores ya alcanzados. En esta región no se ha completado la transición epidemiológica y es así como se da la persistencia, el resurgimiento y la aparición de enfermedades infecciosas, atribuidas principalmente a problemas de desarrollo que se manifiestan en carencias básicas para los hogares (alimentación, saneamiento, agua potable y educación, entre otros).

En este sentido se pueden mencionar ejemplos como el creciente número de casos notificados de sida, que alcanzó en 1997 los 808,540 casos en las Américas, así como la reaparición de enfermedades con altas externalidades, como la malaria, el cólera y la tuberculosis. Además de lo anterior, la región también está expuesta a lo que la OMS ha denominado la epidemia del tabaco sobre la cual advierte que su magnitud y consecuencias son inesperadas. En estos casos, se pone de relieve la necesidad, entre otras acciones y estrategias, de mantener y perfeccionar los sistemas de vigilancia de la enfermedad, el control de vectores y los mecanismos de información a la ciudadanía, prevención, detección y tratamiento oportuno.

Todos los esfuerzos que se vayan a plantear en la agenda para el nuevo siglo, parten de dos premisas fundamentales que se analizan muy bien desde la teoría económica: la contención de gastos y los efectos de la inversión en salud. Esto implica, desde el punto de vista macroeconómico, establecer reglas para alcanzar un gasto agregado en salud que sea compatible con la elección social adelantada por cada país, la misma que debe involucrar el tamaño del paquete de servicios financiado con recursos públicos y, en consecuencia, regular principalmente la adopción de nuevas tecnologías con criterios claros de costo-efectividad. En el nivel microeconómico, es necesario fortalecer los mecanismos de pago y otros incentivos para alcanzar la eficiencia de los sistemas de salud, en lo cual están involucrados tanto prestadores como consumidores.

2. ¿Qué entendemos por economía de la salud? ... ¿Qué debemos entender?

Debido al alto contenido económico de las políticas que han facilitado los resultados en salud, y las que permitirán abordar los retos para el nuevo milenio, es importante tener presente las dos dimensiones que se destacan en la relación entre economía y salud: por una parte, la salud es considerada como un componente del bienestar, siendo a la vez determinante del bienestar social y del desarrollo económico; por otra parte, la salud se analiza como un sector económico que involucra recursos para la organización de los sistemas de atención, incluidos todos los organismos que de alguna manera participan en la promoción y rehabilitación de la salud y en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

De este modo, se está expresando el campo de estudio de la economía de la salud, el cual va más allá de relacionar a la salud con investigaciones que impliquen dinero, negocio y lucro privado. Más bien, el problema consiste en decidir entre distintas alternativas la que permite obtener el mayor estado de salud posible con la utilización de los recursos disponibles o, para decirlo de otra manera, alcanzar las metas sobre mejoramiento de la salud con los menores costos. Este llamado de atención, sobre el qué hacer de la economía de la salud, fue planteado hace cuarenta años por Selma Mushkin²² y hoy en día cobra gran importancia si se tiene en cuenta la confusión, la malicia y los errores que comenten diversos agentes, partícipes de la reforma del sistema de salud, escudándose en la aplicación de conceptos a nombre de la economía. Este problema es delicado e involucra tanto a economistas, que incursionan al sector sin medir el alcance y las limitaciones de su disciplina en esta área, como a profesionales de la salud y de otras disciplinas que actúan como usuarios de la economía pero que no tienen los conocimientos básicos o no hacen el mejor uso de ella.

La economía de la salud debe pensarse de manera amplia y contribuir con ella a la solución, entre otros, de problemas como: ¿cuáles son los aportes de la salud al crecimiento económico?, ¿cuáles son los determinantes de un mejor estado de salud?, ¿cuál es la naturaleza del mercado de servicios médicos?, ¿cuáles son las implicaciones de adoptar un sistema de salud basado en el seguro?, ¿cómo financiar la atención de la salud y cuáles son las formas de remunerar a los prestadores?, ¿cómo varía la demanda y la oferta de servicios de salud?.

²² En un trabajo seminal, esta autora definió la Economía de la Salud como "un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud. Su tarea consiste en estimar la eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización" (Mushkin, 1999).

La necesidad de articular el trabajo entre profesionales del sector de la salud y economistas, con el propósito de contribuir al desarrollo de las reformas, puede sintetizarse con las palabras pronunciadas por Philip Musgrove, economista de la salud que trabaja en el Banco Mundial, en una mesa redonda realizada en Santiago de Chile en 1996 (Aedo, 1996):

“La pérdida de control de parte de los médicos es algo que no terminó de producirse y que es bueno en parte y malo en parte y que trae muchas implicaciones <...> En el Banco Mundial me toca trabajar con gente que está tratando de reformar sistemas de salud en cuatro países : Brasil, Argentina, Chile y Colombia. En todos hay algún grupo, generalmente no médico, generalmente recién llegado, generalmente inteligente, joven y acaso ignorante de la medicina, que están con una impaciencia tremenda para transformar un sistema que creen fallado <...> El hecho es que los economistas y los médicos, si bien estamos hablando unos con otros mucho más que hace cinco años, todavía no nos entendemos muy bien <...> todavía hay mucha ignorancia que necesita corregirse” (subrayado nuestro)

3. Aportes para el estudio y la aplicación adecuada de la economía de la salud

La solución a los interrogantes planteados en la sección anterior está acompañada de cuatro temas básicos sobre los cuales es necesario adelantar una gran labor pedagógica y la búsqueda de consenso para que las reformas a los sistemas de salud sean implementadas de una manera adecuada:

3.1 La salud y el crecimiento económico: la integralidad de la política

Es fácil comprender que los mejoramientos en el estado de salud de la población tienen efectos positivos sobre el crecimiento económico; para mostrarlo de una manera sencilla, téngase en cuenta que los niños asimilan mejor el conocimiento cuando están aliviados y cuentan con las calorías necesarias para tener una buena disposición en las jornadas académicas; que el trabajador, al no encontrarse enfermo, es más productivo en su puesto de trabajo; y que, en general, la gente disfruta estando aliviada.

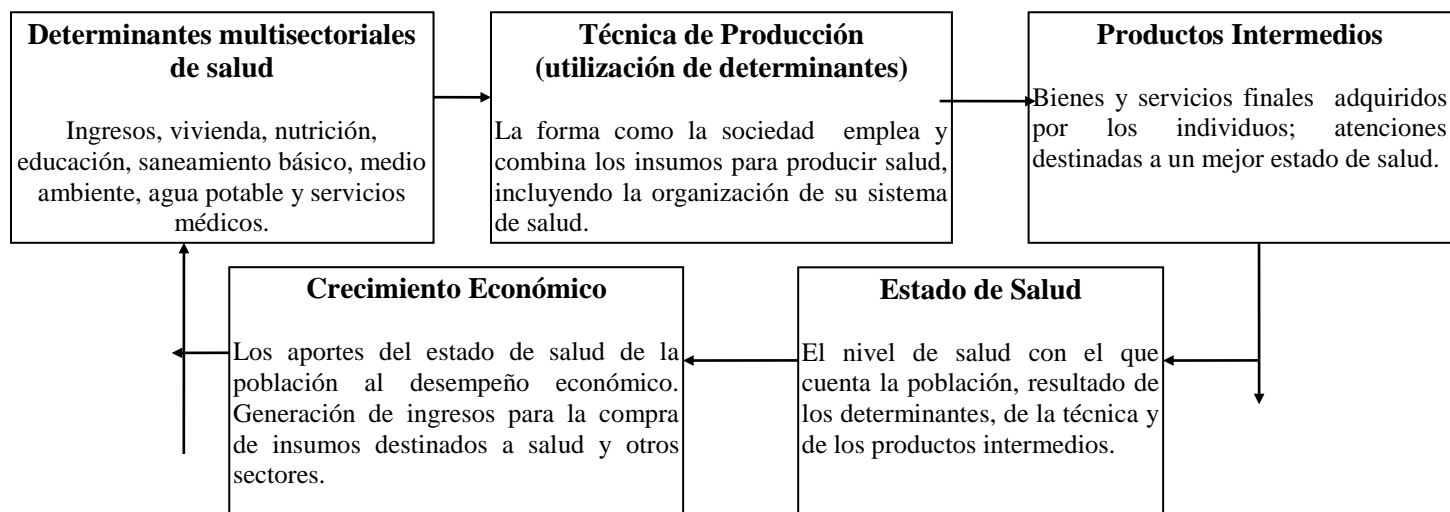
A partir de lo simple e intuitiva que resulta esta idea, los economistas han tratado de construir y expresar de manera formal y sistemática una teoría sobre la relación existente entre lo que ellos han denominado capital salud y el crecimiento económico. La validez de estos dos conceptos se hace explícita cuando los aportes teóricos de los economistas son utilizados para diseñar políticas encaminadas al diseño de un sistema de salud, de modo que el mal o el buen entendimiento de uno de ellos tiene implicaciones importantes sobre la política.

Pero, ¿qué se puede entender por capital salud? Autores como Selma Mushkin (1962) y Michael Grossman (1972) hicieron grandes esfuerzos por construir y formalizar un concepto de capital

salud. Sin embargo, pese a la frecuente utilización de este concepto y a la importancia del mismo, la definición es menos precisa; en palabras simples, se dice que el capital salud es un bien o activo que puede ser acumulado por más de un periodo de tiempo y es productivo, en otras palabras, puede ser utilizado en la producción de otros bienes. El capital salud es la capacidad y destreza que adquieren las personas mediante la inversión en salud, como la adopción de hábitos saludables, la compra de servicios médicos, la dedicación de tiempo a la recuperación de la enfermedad y la adquisición de defensas mediante inmunizaciones, entre otras inversiones.

Lo fundamental del concepto anterior para el diseño de un sistema de salud es preguntarse qué insumos o determinantes de la salud deben hacer parte de la acumulación de este capital, o mejor, qué está determinando el estado de salud de la población. La respuesta puede ser más difícil de resolver que la construcción del mismo concepto; sin embargo, existen algunas ideas que se han expresado por parte de muchos estudiosos del tema y que apuntan a considerar la salud en un sentido amplio y de esta manera mantener una gama extensa de determinantes, entre ellos los servicios de asistencia médica. Al pensar en una política que desee una alta acumulación de capital salud, ésta no debe ser limitada a uno o dos determinantes de la salud, es decir, no sólo se deben considerar los servicios médicos dentro del diseño de la política sino integrar otros factores como seguridad alimentaria, saneamiento, agua potable y control de vectores (véase esquema).

Esquema sobre salud y crecimiento económico



El segundo concepto, el de crecimiento económico, ha sido ampliamente estudiado por los economistas y se ha definido como la variación de la producción de un país, el cambio en el volumen de los bienes y servicios que producen los agentes económicos en un período determinado, un año o un trimestre; no obstante, más que entender la propuesta teórica, resulta más útil para la comprensión de la relación anterior, expresar cómo aporta la salud a este fenómeno.

Desde la teoría económica, los aportes sugeridos pueden agruparse en dos sentidos; el macroeconómico y el microeconómico. Si bien los estudios empíricos no son muchos y más que probar generan intuiciones, algunos artículos de Robert Barro (1995, 1996) apuntan a demostrar que los países con una mayor acumulación de capital salud presentan un mejor desempeño económico. Desde el punto de vista macroeconómico, la salud ayuda a mejorar la transición demográfica, generando un número mayor de personas saludables en edad de trabajar y que gozan de una esperanza de vida más amplia, la cual pueden destinar a la vida productiva.

En los aspectos microeconómicos, los mejoramientos en salud hacen referencia a la capacidad productiva de los individuos y las posibilidades de mejorar sus ingresos. Un ejemplo que permite mostrar cómo una población menos productiva, debido a dificultades sanitarias, asegura menores ingresos que una población aliviada, se registra en algunos estudios de la OMS realizados en Indonesia, los cuales concluyen que los adultos en edad de trabajar que se encontraban anémicos fueron un 20% menos productivos que los que no lo estaban (este deterioro en su salud se expresó en diferencia de ingresos, lo cual enseña también la relación entre los efectos de la enfermedad y la equidad).

Aunque existen grandes avances en las teorías del crecimiento económico y los aportes que la salud puede hacer a éste, falta mucho por investigar a nivel teórico y empírico. En lo teórico los economistas debe procurar desarrollar un análisis más profundo de los avances en la tecnología médica y sus aportes al crecimiento, enmarcándolo en los estudios del cambio tecnológico endógeno²³. En los aspectos empíricos, el trabajo debe ser interdisciplinario con el fin de interpretar las hipótesis teóricas, siendo muy importantes los aportes de los profesionales de la salud en una aproximación más precisa a la medición del capital salud de una población, poniendo especial

²³ En un comienzo (1956), las teorías sobre el crecimiento económico adoptaron la tecnología como una variable conocida y sobre la cual podría ejercerse alguna influencia directa y a partir de ello se estimaban los efectos sobre el crecimiento. A la luz de un nuevo enfoque (1986), no es posible mantener esta influencia y es el mismo crecimiento económico el que explica y se ve explicado por el cambio tecnológico. De allí que se hable de una variable exógena en el primer caso, y de una variable endógena en el segundo.

atención a cuáles son los determinantes del estado de salud y, de ellos, elegir los que aportan más al crecimiento para poder ser incluidos en el diseño de la política.

En síntesis, la economía de la salud ofrece una mirada integral sobre las políticas de salud, de manera que tomando como objetivo central el mejoramiento del estado de salud de la población, se aborda la contribución de éste al crecimiento económico y al bienestar, al igual que se propone intervenir los distintos factores que determinan el estado de salud, tanto los que son manejados por el sector salud como otros más propios de educación, medio ambiente, seguridad alimentaria y vivienda, entre los más destacados.

Las reformas recientes generan algunos riesgos sobre esta visión integral, provenientes de su diseño o de la manera como se han implementado, y, en consecuencia, se pueden obtener pérdidas en cuanto a eficacia, eficiencia y efectividad. Para ilustrar estos riesgos, se consideran dos puntos críticos sobre la reforma adoptada en Colombia. Primero, es una idea general de los actores del sistema que la reforma de 1993 adoptó un sesgo hacia la medicina curativa, con una desarticulación de los esfuerzos que se realizan en otros sectores sociales y centrándose entonces en la cobertura del seguro de salud y en los aspectos institucionales del sistema; como se expresó anteriormente, en muchos países se pueden obtener mayores aportes al crecimiento económico con altos resultados en salud vía políticas de acción preventiva y de promoción de la salud. En este sentido, es de alto riesgo para Colombia no considerar la integralidad de la política evitando el surgimiento y la persistencia de enfermedades altamente contagiosas que pueden ser combatidas con acciones más preventivas que curativas.

Segundo, la lucha contra la pobreza y contra una de sus manifestaciones, como es el estado de salud, no parece ser la más efectiva en el país. Con la reforma se ha sesgado esta lucha hacia la atención curativa de las personas pobres con falencias en salud. Sin embargo, la manifestación de estas enfermedades son, en muchos casos, una consecuencia de la insatisfacción de necesidades básicas, como una nutrición inadecuada, la presencia de vectores generadores de virus y la ausencia de agua potable. Así, se está sesgando la lucha de la pobreza en los aspectos de salud hacia las consecuencias y se dejan de lado las causas de ésta, incurriendo en menores aportes al crecimiento y en la utilización de recursos que al final obtienen menores resultados. El caso reciente, con un mayor deterioro en las condiciones sociales y económicas que se expresa en una alta tasa de desempleo y en la caída de los ingresos familiares, ha estado acompañado de un descuido oficial y de acciones enmarcadas en la insistencia por elevar la afiliación al sistema, cuando existen

estrategias más flexibles que permitan utilizar los recursos existentes, en un escenario de crisis, buscando un mayor beneficio económico y social.

3.2 La frontera entre lo público y lo privado: no más fetiches

La discusión sobre el papel del Estado y del mercado, para promover la eficiencia y el bienestar, ha ocupado buena parte del trabajo adelantado por los economistas desde el nacimiento de su disciplina. Además, los países recorren ciclos en la relación entre ambos mecanismos, percibiéndose desde hace dos décadas un proceso de fortalecimiento del mercado y de reformas profundas al Estado, en cuanto a su tamaño, funciones y controles, aunque en la actualidad se perciben algunos cambios que darían señales sobre un nuevo viraje en torno a lo que se ha denominado el nuevo centro o la tercera vía, en torno al papel de líderes occidentales como Tony Blair en Inglaterra, Lionel Jospin en Francia y Gerhard Schröder en Alemania.

Esta discusión, tanto en sentido académico como desde el punto de vista de las políticas públicas, también toca a la salud y, en general, al estado del bienestar. Por ello es importante precisar los aportes que sobre el particular puede hacer la economía, para lo cual un buen punto de partida consiste en caracterizar los bienes y servicios que un sistema de salud ofrece para la promoción de la salud y la prevención y la atención de la enfermedad. Las características de estos bienes y servicios, para precisar su carácter público o privado, se refieren en primer lugar a lo que los economistas denominan el principio de exclusión, de manera que si es posible y deseable por razones de eficiencia cobrar al usuario, se trata de un bien privado y su asignación es la mejor aplicando el mecanismo de los precios. En segundo lugar, se pregunta si existe competencia o rivalidad en el consumo, lo que implicaría que si se trata de bienes y servicios escasos que están sometidos a racionamiento y congestión, son bienes privados.

Bajo estos parámetros, por su definición económica la mayoría de las atenciones en salud son bienes privados²⁴ y, en consecuencia, el mercado facilitaría su mejor asignación. No obstante, desde cuando se comenzó a formalizar el estudio de la economía de la salud, el Premio Nobel de Economía Kenneth Arrow afirmó: “Una gama extensa de bienes es no comerciable y una de las precondiciones básicas del modelo competitivo no llega a satisfacerse <por lo que> para acercarse a

²⁴ En efecto, gran parte de las atenciones en salud (consultas, hospitalizaciones, ayudas diagnósticas, cirugías, medicamentos, etc.) pueden cobrarse y aplicar así el mecanismo de los precios para racionar su uso, además de que las mismas están sometidas a listas de espera que dan cuenta de la competencia entre usuarios por acceder a unos servicios limitados.

un estado óptimo será necesario recurrir a cualquier mecanismo de acción colectiva, vía impuesto o coerción pura y simple” (Arrow, 1963).

En ese trabajo pionero, Arrow se refería tanto a las dificultades sobre los mecanismos de mercado, para que estos se apliquen realmente al caso de la salud, como a “la preocupación de los individuos por la salud de sus semejantes”, hecho que favorece la acción colectiva en pro de mecanismos diferentes al mercado, como la intervención gubernamental y la beneficencia en cabeza de organismos privados sin fin de lucro. Todos los trabajos posteriores conservan este esquema y, a pesar de los hallazgos empíricos y de un mayor grado de formalización, Musgrove reconoció hace pocos años que “existe desconocimiento sobre lo que son realmente las fallas de mercado y qué importancia tienen” (Aedo, 1996).

De lo anterior se precisa que existen intervenciones en salud que reciben el carácter de bienes públicos puros, es decir, no es posible aplicar la exclusión y se encuentran disponibles para todos sin existir congestión; algunos ejemplos son la erradicación de vectores y la información sobre salud reproductiva. Otras atenciones constituyen bienes con altas externalidades, al ser aplicadas sobre el individuo y generar efectos positivos sobre los demás agentes, como son las vacunas y la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas. Sobre otra serie grande de atenciones recae una valoración social para que sean entregados servicios de salud por razones de equidad,²⁵ de manera que a pesar de ser bienes privados desde el punto de vista económico, se hacen públicos a partir de una decisión de carácter político y en la literatura económica se les conoce como bienes preferentes.

El problema económico fundamental, en los casos señalados anteriormente, se refiere a la existencia de dificultades para revelar la demanda por la atención y la falta de incentivos para que los agentes privados se encarguen de su provisión, de manera que el resultado por parte del mercado sería que no se daría la atención o su volumen sería insuficiente. A esto era que se refería Arrow para reconocer mecanismos de acción colectiva.

Ahora bien, es necesario diferenciar el carácter público o privado, referido a la necesidad colectiva o particular que atienden los bienes bajo estas consideraciones, de la forma de financiar y de los

²⁵ El caso del seguro de salud, que generalmente ha sido provisto de manera pública con la notoria excepción de Estados Unidos y parcialmente de Chile, si bien se trata de riegos que generan la demanda de bienes estrictamente privados, el carácter catastrófico del gasto facilita la aplicación de la solidaridad para garantizar la cobertura universal.

mecanismos de proveer la atención de la salud. Por una parte, la combinación del gasto público y del privado en salud está sometida al ciclo referido anteriormente, notándose en la actualidad para el primero una concentración sobre los bienes públicos y la atención de la población más pobre, estrategia conocida como focalización, mientras se promueve un ascenso del segundo para complementar el financiamiento del gasto creciente y cubrir las intervenciones menos costo-efectivas y la atención de las personas catalogadas como no pobres.

Por otra parte, en cuanto a los mecanismos de provisión, también puede contarse con una oferta de servicios mixta, lo mismo que se da en la administración de riesgos. En esta parte es en donde se presentan las mayores confusiones y además se hacen señalamientos no justificados sobre las bondades e imperfecciones del sector público y del sector privado como agentes productores. Sobre el particular, Joseph Stiglitz, luego de hacer una revisión sobre éxitos y fracasos en empresas públicas y privadas, señala :

“El estudio de los expertos confirma la ineficiencia del sector público. No obstante, el Estado no tiene el monopolio de las prácticas ineficientes <...> La cuestión es la siguiente : ¿existe alguna prueba que induzca a pensar que el despilfarro es mayor en el sector público que en el privado ? Desgraciadamente, existen pocos estudios sistemáticos sobre el funcionamiento relativo del sector público y del privado y los que hay deben interpretarse con cautela” (Stiglitz, 1992 :209-210).

Para esta discusión, es importante reconocer que el problema está determinado, más bien, por los incentivos que poseen quienes hacen la gestión y trabajan en uno y en otro sector. En cuanto al sector público, ciertamente existen dos diferencias cruciales con el sector privado que pueden hacerlo más propenso a la ineficiencia: la imposibilidad de quiebra y la ausencia de competencia. Sin embargo, muchas reformas buscan modernizar la gestión a través de las empresas públicas autónomas, sin transferencias y con la amenaza de su liquidación, al tiempo que se introducen mecanismos de competencia para asignar los recursos.

Una lectura del sistema colombiano de seguridad social en salud, tanto sobre su diseño como sobre el desarrollo que ha tenido en sus primeros cinco años, permite puntualizar algunos aspectos. En primer lugar, al aumentar la cotización de las personas con capacidad de pago, desde el 7% al 12% de su ingreso declarado, y al imponer una inversión forzosa para salud a municipios y al propio gobierno nacional, entre otros cambios importantes, Colombia adoptó la vía de aumentar el financiamiento público y garantizar la provisión de un paquete de servicios a través del seguro único de salud, el cual fue adoptado con carácter universal.

A partir de esta concepción macro, que se resume en la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía y en la adopción del plan obligatorio de salud, POS, como un bien preferente. Adicionalmente, el plan de atención básica, PAB, reúne acciones de salud pública dirigidas a toda la colectividad y en tal sentido merece la categoría de bien público. Desafortunadamente, la delimitación entre este último plan y el componente de promoción y prevención del primero, ha sido lenta y su ejecución ha estado sometida a conflictos e inacción por la participación de numerosos agentes (direcciones territoriales de salud, empresas promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado y empresas sociales del estado) que terminan diluyendo sus responsabilidades, con un descuido grave sobre la salud pública. En pocas palabras, el concepto del bien público no ha sido considerado con rigor, al igual que las fallas de información y las externalidades, con la creencia de que la atención y la promoción estarían guiadas por la demanda y podría proveerse mediante un mercado competitivo.

Por último, además de haber introducido la competencia en la administración del POS y de la cotización, en el país se ha venido desarrollando con mayor fuerza una oferta mixta de servicios, con la hipótesis de que ha aumentado la participación privada especialmente en la parte ambulatoria. En ambos casos, los organismos públicos son acusados de ineficiencia y sobre los mismos se plantean dudas acerca de su viabilidad. Sin embargo, en esta discusión existen más pasiones que razonamientos y hacen falta muchas precisiones que en todo caso podrían borrar el estigma que se ha impreso sobre la oferta pública.²⁶

3.3 Competencia y mercado: del dicho al hecho ...

En el diseño y desarrollo de los sistemas de salud modernos usualmente se adoptan, dentro de los principios fundamentales, la eficiencia y la satisfacción de los usuarios, entendida esta última como parte de la calidad de los servicios. Para alcanzar estos propósitos se presenta la competencia como estrategia fundamental y se establecen, entre otras medidas y acciones, el ingreso de más agentes al sistema y la libre elección por parte de quienes se vinculan en calidad de contribuyentes o como usuarios de los servicios.

²⁶ En esta discusión, es necesario tener en cuenta que ciertamente el sector público posee una carga prestacional y un pasivo laboral muy grandes, los mismos que han sido la causa de quiebras en empresas de naturaleza privada. De modo que al competir con nuevos organismos y nuevas formas de contratación, resulta obvio que muchos organismos públicos no sean viables, pero esta condición no surge precisamente del hecho de ser público y la misma puede solucionarse con reformas estructurales que en parte corrijan la situación originada por la propia reforma al restringir sus grados de libertad.

De este modo ha hecho carrera el comentario de que la competencia mejora la calidad de los servicios y permite alcanzar la eficiencia, llegando en casos desafortunados a tomar la competencia como un fin en sí mismo y olvidando su papel como un medio para contribuir al alcance de la eficiencia. Por esta razón, es importante matizar aquella afirmación de acuerdo con los postulados que establece la teoría económica y, en consecuencia, reconocer sus límites y las condiciones bajo las cuales resulta ventajoso promover la competencia o, en caso contrario, admitir arreglos diferentes que ofrezcan mejores resultados.

Antes de introducir cualquier consideración económica, resulta conveniente precisar la definición que la Real Academia de la Lengua Española le asigna a las palabras competencia y mercado. Para la primera, se ha dicho que se trata de la “disputa o contienda entre dos o más sujetos sobre alguna cosa; oposición o rivalidad entre dos o más que aspiran alcanzar un objetivo”. Para la segunda, se trata de un “sitio público destinado en forma permanente o días señalados para vender, comprar o permutar bienes o servicios”.

A continuación tiene sentido preguntarse entonces qué significa un mercado competitivo, en qué condiciones éste permite alcanzar la eficiencia y cómo se aplican estos conceptos a la realidad del sector de la salud. Para dar una respuesta, es necesario considerar los supuestos básicos sobre los cuales descansa el modelo económico convencional, el mismo que consiste en una formalización de los aspectos filosóficos planteados por parte de Adam Smith a finales del siglo XVIII y cuya discusión ha sido permanente en la historia de la economía y de la política en todo el mundo al plantear el dilema entre mercado libre e intervención estatal.

El mercado competitivo, también llamado de competencia perfecta, descansa sobre tres grupos de supuestos (Barr, 1993). En primer lugar, el mercado se piensa con la existencia de información perfecta, lo cual implica que los individuos poseen los datos necesarios, en especial sobre precios y calidad, para ordenar sus gustos y determinar la cantidad de bienes y servicios a consumir y a producir. Además, se supone que existe información sobre lo que puede pasar en el futuro.

En segundo lugar, la competencia perfecta implica que el poder de todos los individuos es igual, existe un número grande de compradores y vendedores y cada uno de ellos busca un objetivo propio, guiado por el egoísmo y la racionalidad. Se piensa así que no es posible para algún agente en particular distorsionar las principales variables del mercado, en especial los precios, de manera

que éstas constituyen un dato para cada uno y las mismas resultan de la confluencia de todos los agentes (la contienda entre la oferta y la demanda).

En tercer lugar, el modelo convencional supone un mercado perfecto en el cual todo es comercializado y apropiado, es decir, se refiere estricta y exclusivamente a los bienes privados. Adicionalmente, al no existir barreras para el ingreso de cualquier agente, se supone la existencia de costos crecientes a escala (a mayor escala de producción, a partir de un nivel óptimo los costos medios se hacen mayores y es necesario aumentar el tamaño de la planta para retomar niveles de costos inferiores).

Como podrá criticarse, en forma complementaria a lo tratado en la sección anterior, estos supuestos limitan la aplicación de la competencia al caso de la salud. En especial, la falta de información y la incertidumbre permiten advertir que la demanda por servicios no puede homologarse a la demanda de un bien cualquiera. De igual manera, en la realidad se observa la existencia de monopolios y oligopolios (como el caso de la industria farmacéutica) y el comportamiento estratégico de parte de gremios y profesiones que adquieren poder, entre otros procesos, sobre la determinación de precios, el ejercicio profesional y la fijación de planes de beneficios. Por último, el mercado presenta dificultades atribuidas a su propia configuración, al tratarse de un sector muy complejo que comprende principalmente la parte educativa, el aseguramiento, la prestación de servicios asistenciales, los medicamentos y la investigación.

Para los propósitos planteados en esta ponencia, interesa resaltar los límites para la promoción deliberada de la competencia que resultan principalmente del tamaño de los mercados. Una lectura del caso colombiano enseña que con la adopción del sistema general de seguridad social en salud, por una parte se liberó el mercado de aseguramiento al introducir las empresas promotoras de salud –EPS-, las cuales entrarían a competir con el Instituto del Seguro Social –ISS- y, en un marco regulado por variables como el plan obligatorio de salud –POS- y la unidad de pago por capitación –UPC-, habrían de disputarse la población potencial para la afiliación. Por otra parte, en la prestación de servicios también se adoptó la libre elección para el usuario y los organismos prestadores habrían de competir por los recursos dispuestos por los agentes administradores (EPS y entidades territoriales).

Las dificultades que pueden preverse sobre este esquema se atribuyen a las exigencias sobre el tamaño adecuado de los grupos de población que se van a asegurar, así como de los organismos

prestadores. En el estudio sobre los mercados de seguros se advierte que la competencia puede llevar, dependiendo de su tamaño, a elevar los costos debido al esfuerzo realizado en publicidad y en general a administrar el sistema, fenómeno que se expresa en unos costos de transacción altos y permite reconocer que la competencia impondría así una pérdida de eficiencia importante y resultaría más conveniente la producción pública (Stiglitz, 1992). De igual manera, en la oferta de servicios se encuentra que, dependiendo del tamaño de la población que se va a servir, en muchos casos se presentan costos decrecientes y en consecuencia se justificaría la presencia de un solo prestador, de manera que la aplicación de la libre elección y la competencia misma entre prestadores resulta así negada por razones de eficiencia.

Para ilustrar los matices, sobre la aplicación indiscriminada de la competencia en la prestación de servicios de salud, se recuerda lo afirmado por el equipo de la Universidad de Harvard quien desde 1995 estuvo trabajando en el diseño de un plan de implementación del sistema adoptado mediante la Ley 100 de 1993:

“Para el año 2005 tal vez entre un 40% y un 50% de la población colombiana vivirá todavía en comunidades en donde las condiciones competitivas razonables no pueden ser establecidas para soportar la competencia administrada (...) una tercera parte de la población puede sostener un ambiente competitivo; además, entre un 20% y un 30% vive en una región que puede tener el potencial para ser competitivos en servicios de hospital, y en gran parte del país se puede soportar la competencia ambulatoria (Harvard, 1995: 84,86).

Además de esta ilustración, pueden anticiparse algunos resultados de los análisis que se adelantan en el Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia sobre la evolución del sistema de seguridad social en salud en municipios con población inferior a los 50,000 habitantes²⁷, destacándose una caracterización sobre la oferta del aseguramiento en el régimen contributivo y en el subsidiado, así como la oferta de servicios por parte de organismos prestadores públicos y privados. En términos generales, como era de esperarse, se encuentra el predominio de municipios con un único prestador y la presencia también limitada de las administradoras del régimen subsidiado –ARS-, además de la tendencia a que tanto en este como en el régimen contributivo se presente una concentración en pocos organismos (véase anexo 1).

²⁷ Con el apoyo de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en el CIE se adelanta el proyecto de investigación Monitoreo local del sistema de seguridad social en salud, el mismo que comprende un seguimiento sobre lo sucedido a nivel local entre 1993 y 1998 en cuanto a variables relevantes del sistema como: recursos públicos, cobertura en aseguramiento, oferta de servicios y producción de servicios.

3.4 Eficiencia y rentabilidad: aproximación a los hospitales públicos en Colombia

Desde el punto de vista económico, la eficiencia se refiere a la aplicación de los recursos disponibles logrando su máximo provecho o, en sentido inverso, a la obtención de un producto determinado al mínimo costo. La eficiencia, junto con la universalidad y la solidaridad, está presente en los objetivos de las reformas emprendidas sobre los sistemas de salud y tiene su expresión macroeconómica en los resultados del gasto agregado en salud, lo cual lleva a revisar lo planteado en esta ponencia en la sección sobre salud y crecimiento y recordar los esfuerzos que deben hacerse sobre evaluación económica aplicada a los programas de salud. De igual manera, la eficiencia también tiene una expresión microeconómica y se aplica sobre cada uno de los organismos que participan en el sistema, buscando en cada caso la optimización de los recursos empleados para la función en la cual se participa (políticas públicas, administración del seguro y prestación de servicios).

Por su parte, la rentabilidad se refiere a la utilidad que resulta de aplicar los recursos en cada función en particular y se expresa como una diferencia entre los efectos logrados y los recursos empleados. En el análisis de la rentabilidad se diferencian tres acepciones fundamentales que a su vez dan cuenta de miradas diferentes sobre el carácter del gasto y los objetivos de las inversiones que realizan los agentes: primero, la rentabilidad financiera se relaciona con las ganancias de un negocio y sólo tiene en cuenta los ingresos y gastos del inversionista; segundo, la rentabilidad económica adiciona otros ingresos y gastos que consideran el costo de oportunidad de los recursos empleados y los beneficios adicionales que reporta la actividad privada; tercero, la rentabilidad social incorpora especialmente un análisis sobre los beneficios para los distintos grupos sociales.

La diferencia entre la eficiencia y la rentabilidad parece diluirse cuando muchas personas que actúan dentro del sector de la salud los mencionan indiferentemente, además de que no se precisa el tipo de rentabilidad sobre el que están interesados. En Colombia, un buen ejemplo de esta situación se encuentra en las empresas sociales del estado –ESE-, una figura jurídica creada por la Ley 100 para darle autonomía a los hospitales públicos y permitir su inserción a la oferta de servicios para el sistema general de seguridad social en salud.

El análisis sobre el desempeño de las ESE es conveniente realizarlo comparando los resultados obtenidos con el objeto o la misión social que les han sido asignados en el sistema. Los resultados finales de sus operaciones se encuentran condicionados al entorno económico en el cual se desenvuelven estos organismos, el cual se encuentra marcado, de manera importante, por una actividad completamente regulada e impuesta por agentes y factores externos en cuanto a precios (la unidad de pago por capitación –UPC-), costos (definición de salarios, incluida la nivelación y otros costos laborales), modalidades de

contratación o formas de pago con organismos intermediarios y con las direcciones territoriales de salud (al tiempo que se produce una concentración de EPS y ARS, el hospital pierde poder de negociación y estos organismos avanzan significativamente en el diseño de modalidades que pueden afectar los balances del hospital) y las características de la demanda, en especial el hecho de que la enfermedad es incierta y lo que desea cualquier individuo o comunidad es reducirla a su mínima expresión.

Lo anterior describe el panorama complejo en el que se desenvuelve el hospital público en Colombia. Para insistir sobre el particular, téngase en cuenta la multiplicidad de agente pagadores con los cuales se relaciona una ESE y la vulnerabilidad que adquiere para mantener sus ingresos mediante contratación y el pago oportuno de los mismos por parte de cada uno de los contratantes (EPS, ARS, direcciones territoriales).

De la misma manera como se procedió en la sección anterior, y en forma complementaria con la misma, se observa que la aplicación de los conceptos de eficiencia y rentabilidad en las ESE también tiene límites relacionados con el tamaño de los municipios en donde se asientan éstas, su carácter social y la evolución de algunas variables claves del sistema de seguridad social en salud, especialmente la cobertura, las tarifas y las modalidades de contratación. Como ejemplo, considérese el caso de un centro de salud en una comunidad apartada y muy pequeña, en donde un análisis sobre eficiencia mostraría una muy baja utilización de la capacidad instalada y no existirían incentivos para obtener rentabilidad privada o financiera; en otro caso, podría alcanzarse la eficiencia mas no la rentabilidad financiera, como sucedería con una alta producción de servicios y un volumen grande de cuentas por cobrar.

Para aproximarse a una evaluación de tipo económico sobre cualquier ESE, los usuarios de la información en el subsector de prestadores de servicios de salud (Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, direcciones territoriales de salud, universidad y centros de investigaciones, entre otros) disponen principalmente de información contable, presupuestal y de producción de servicios. La información financiera cuenta con la ventaja, sobre todo para adelantar evaluaciones comparativas globales, de la uniformidad que surge para impartir normas en esta materia por parte de la Contaduría General de la Nación y del propio Ministerio de Salud. En este campo, la evaluación podría efectuarse por medio del balance general, el estado de resultados y el informe presupuestal (véase anexo 2).

4. Conclusiones

Los logros sobre salud alcanzados al concluir el siglo XX a nivel mundial enseñan una relación importante entre el estado de salud de la población y el desempeño económico de los diferentes países. De igual modo, las reformas implantadas sobre los sistemas de salud en los últimos años poseen una justificación y un diseño económico importantes, proponiéndose dentro de sus objetivos básicos el alcance de la eficiencia y adoptando mecanismos de competencia y otros

aspectos correspondientes al reparto de funciones entre diversos organismos de origen público y privado.

La incorporación de nuevos mecanismos para la gestión de los sistemas de salud y de cada uno de sus organismos en particular, da mayor fuerza a la relación entre economía y salud y llama la atención para que se lleve a cabo un diálogo permanente entre los profesionales que tradicionalmente han tenido asiento en el sector de la salud y los economistas. Sin este diálogo, se corren riesgos importantes al pretender aplicar un modelo económico convencional sin validar su aplicación para el caso de la salud, al mismo tiempo que se originen ideas y acciones que si bien se hacen a nombre de la economía, ellas han sido distorsionadas por falta de un manejo adecuado de los conceptos y las herramientas ofrecidas por la disciplina económica.

Como un aporte para avanzar en esta interacción y contribuir al desarrollo de la economía de la salud, resulta importante centrarse en cuatro aspectos básicos que se encuentran en el corazón de las reformas en marcha en América Latina. Cada aspecto merece ser analizado a partir de los postulados que ofrece la teoría económica y, a continuación, buscar su contraste con las posibilidades y realidades que se presentan en el sector de la salud y, de este modo, facilitar su desarrollo y plantear alternativas y complementos para el avance de la reforma.

En primer lugar, *la teoría y la evidencia empírica disponible invitan a retomar esfuerzos en la definición y el seguimiento a la política de salud en términos integrales*, es decir, considerar la salud como el resultado de varios determinantes y no solo de los servicios de salud, estimando los aportes de los diferentes sectores y formulando así metas para cada uno de ellos en forma compatible con las aspiraciones sobre crecimiento económico. Esta visión implica revisar y moderar las acciones y estrategias que profundicen el carácter médico de la salud, ocasionen sesgos inapropiados en la lucha contra la pobreza al resolver sus manifestaciones sin hacer frente a sus causas principales, y apliquen recursos sin consultar una evaluación económica.

En segundo lugar, *se requieren esfuerzos importantes para permitir una convivencia sana y adecuada entre lo público y lo privado*. No pueden tratarse ambos de manera excluyente ni basados en prejuicios y estigmas sobre cada uno. Más bien, resulta útil tener muy claro el carácter de los bienes por su naturaleza económica para plantear los mecanismos de provisión y la participación adecuada de la demanda, al mismo tiempo que se generen incentivos adecuados para que los diferentes agentes que participan en la oferta lo hagan en un marco de eficiencia. Sobre el particular, es importante consultar experiencias sobre mecanismos de contratación y de pago adoptados en distintos países, en particular el caso de los compromisos de gestión en Chile y Costa Rica (Sojo, 1999). En este último país, por ejemplo, la caja del seguro social fue reformada bajo un esquema de cuasimercado, lo cual implica mantener unicidad jurídica y ausencia de competencia, pero se introducen al interior incentivos para establecer remuneraciones guiados por ciertos mecanismos de competencia.

En tercer lugar, *la búsqueda de la eficiencia y el mejoramiento de la calidad pueden facilitarse por la competencia, pero ésta no constituye una condición suficiente.* La competencia presenta restricciones importantes que permiten diferenciar su aplicación según el cumplimiento de unas condiciones básicas, referidas especialmente a la información y al tamaño del mercado. Resulta apropiado establecer entonces unos patrones acerca del tamaño óptimo para el desarrollo de funciones sobre dirección territorial, el aseguramiento y la prestación de servicios, al mismo tiempo que se ejercite una regulación efectiva. El caso de la descentralización, con las advertencias que ya se escuchan sobre sus efectos negativos y eventuales fracasos, exige un tratamiento adecuado para que verdaderamente contribuya a los propósitos planteados sobre los sistemas de salud.

En cuarto lugar, *la rentabilidad y la eficiencia se encuentran condicionados por los objetivos trazados sobre la política de salud y merecen una lectura cuidadosa para no caer en juicios indebidos.* Ciertas políticas sobre disponibilidad de recursos para garantizar el acceso a servicios y mejorar la equidad no resultarían eficientes ni rentables si se realiza una simple evaluación económica, así que es importante conservar un equilibrio adecuado entre los diferentes propósitos y, al mismo tiempo, desarrollar indicadores para dar cuenta de los resultados de los diferentes organismos que participan en el sistema.

Con estos puntos, el debate continúa y el mejoramiento de los sistemas de salud y sus resultados es un compromiso en el cual todos estamos involucrados. De igual manera, la economía de la salud habrá de continuar creciendo y por ello es muy importante contar con los mensajes que ofreció Víctor Fuchs, profesor de la Universidad de Stanford, en un artículo reciente en el cual discute el futuro de la economía de la salud en su doble papel de ciencia de conducta y como insumo para la política de salud y la investigación sobre los servicios de salud. El artículo de Fuchs constituye una adaptación de la presentación que él mismo hizo en Rotterdam en junio de 1999, en donde se llevó a cabo el segundo congreso mundial de la Asociación Internacional de Economistas de la Salud y reunió cerca de 800 participantes provenientes de 55 países. Los mensajes de Fuchs son los siguientes.

Recordar las raíces de la ciencia económica: La destreza de los economistas de la salud para entender los problemas del sector vienen del conocimiento de la ciencia económica; el objetivo es mantener estas habilidades y estar en continuo conocimiento de los avances en economía. Quedarse con el conocimiento asimilado en los años de estudiante es peligroso para el desarrollo de la investigación y el diseño de políticas.

Conocer más sobre la atención y los organismos del sector de la salud. La solidez en el conocimiento de la teoría económica es necesaria pero no suficiente para ser un buen economista de

la salud. Un economista que esté interesado en aplicar sus conceptos al sector de la salud debe aprender en gran detalle los aspectos relacionados con el avance tecnológico y el desarrollo institucional, como la existencia de prestadores de servicios sin ánimo de lucro.

Ser listo en el trabajo. Aprender los conceptos económicos y conocer más acerca de la salud es un trabajo obvio, pero más importante es trabajar de manera lista. El desarrollo de la economía de la salud como área de estudio ha sido muy amplio, lo cual genera un problema de saturación en la información y en los temas de estudio. El trabajo debe estar encaminado a una excelente decisión de las cosas por aprender y de los datos por analizar.

No tratar de ser académico y un hacedor de política al mismo tiempo. Ambos papeles tienen diferentes destrezas y virtudes. Las cualidades más importantes de los hacedores de política son la lealtad y la velocidad en el diseño.

Cultivar las virtudes académicas: La excelencia en la investigación requiere de muchas virtudes, pero se pueden resaltar tres: La primera es la honestidad; un académico debe ser consciente de los alcances de su investigación, es decir, confrontar la información y las limitaciones de los métodos aplicados. Segunda, los académicos no deben ser tímidos en la defensa del problema de investigación ni de los métodos elegidos. Finalmente, los investigadores deben ser pacientes, pocos científicos avanzan rápidamente en el desarrollo de sus trabajos, pero esto es, más bien, el resultado de muchos años de trabajo duro y conocimientos especializados; por tanto debe evitarse caer en la tentación de llegar a ser un miembro del club de los escritores de artículos mensuales sin tener los conocimientos necesarios.

Referencias bibliográficas :

Arrow, Kenneth (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*. Vol. 53, No. 5.

Banco Mundial (1993). *Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud*. Washington D.C. Banco Mundial.

Barr, Nicholas (1993). *The economics of the welfare state*. 2nd. ed. London, Weidenfield and Nicolson.

Barro, Robert. (1995). Determinants of Economic Growth: A Cross-country Empirical Study. *National Bureau of Economic Research, Working Paper No 5698*.

Barro, Robert, (1996a). Three Models of Health and Economic Growth, *Working Paper*, Harvard University.

Barro, Robert (1996b). Health and Economic Growth, *Working Paper*, Harvard University.

Fuchs, Victor (1999). The future of the health economics. *National Bureau of Economic Research Working Paper Series, 7379*. Cambridge,.

Grossman, Michael (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*. Vol 80, No 2, March-April.

----- (1999). The Human Capital Model of the Demand for Health. *National Bureau of Economic Research, Working Paper Series No 7078*.

Katz, Jorge y Miranda, Ernesto (1995). Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos. *Serie Políticas Públicas. No. 12*. Santiago de Chile, CEPAL.

Mushkin, Selma (1962). Health as an investment. *Journal of Political Economy*. No. 2, suppl: 129-57.

----- (1999). "Hacia una definición de la economía de la salud". En: *Lecturas de Economía No 51*. Junio-Diciembre (traducción Juan Miguel Gallego y Jairo Humberto Restrepo).

Organización Panamericana de la Salud. (1998) *La salud en las Américas*. En: <http://www.paho.org>. Organización Panamericana de la Salud.

Restrepo, Jairo H. (1997). Aspectos financieros sobre la atención de la salud. En: Blanco, Jorge H. y Maya, José María. *Fundamentos de salud pública*. Medellín, Corporación para Investigaciones Biológicas, págs. 18-32, T. 2.

----- Monitoreo local de la reforma al sector salud en Colombia (1998). *Coyuntura Social*. Santafé de Bogotá, Fedesarrollo.

Romer, Paul (1986). Endogenous Technological Change. *Journal of Political Economy*. Vol 98, No 5, October.

Solow, Robert. (1956). A Contribution to the Theory of Economic Growth. *Quartely Journal of Economics*. Vol 70, No 1, February.

Sojo, Ana (1998). Compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparada. Revista de la CEPAL No. 66. Santiago de Chile.

Stiglitz, *La economía del sector público*. 2a. ed. Barcelona, Antonio Bosch.

Swan, Trevor. (1956). Economic Growth and Capital Accumulation. *Economic Record*. Vol 32, November.

World Health Organization (1999). *The World Health Report 1999: Making difference*. Ginebra, WHO (<http://www.who.org>).

ECONOMÍA DE LA SALUD: UN NUEVO CONCEPTO DE LA ATENCIÓN SANITARIA

**Ramón Abel Castaño, MD., MS.
Consultor en Seguridad Social en Salud.**

La economía de la salud es una ciencia joven; desde las primeras aproximaciones de Kenneth J. Arrow en 1963 y los subsiguientes aportes de Fuchs, Feldstein, Newhouse y otros posteriores, se ha avanzado de manera importante en la aplicación de conceptos microeconómicos al sector de la salud, con el fin de orientar las políticas sectoriales.

El campo de la economía de la salud hizo su debut en Colombia en un momento muy particular, es decir, simultáneamente con el inicio de la reforma del 93; esta coincidencia le ha dado al tema de la economía de la salud una connotación de neoliberal, la ha hecho sinónimo de mercado libre, de mercantilización de la salud, en fin, toda suerte de epítetos con los que los opositores de la reforma descalifican este campo del conocimiento como un sinónimo de la reforma a la que se oponen.

Nada mas lejos de la realidad que lo anterior; economía de la salud no es sinónimo de lo mencionado, sino por el contrario, la aplicación de conceptos fundamentales de microeconomía, tales como oferta, demanda, elasticidades, costo marginal, utilidad marginal, etc., conceptos que se aplican en otros mercados sin ningún problema. Lo que hace difícil su aplicación en el sector es la convicción que tenemos los trabajadores de la salud de que lo nuestro no es un mercado, ni la salud es una mercancía; ciertamente los servicios de salud tienen una connotación que hacen este mercado distinto a otros mercados, por su relación con el sufrimiento, la discapacidad, el dolor y la muerte; pero en ningún modo ello impide que haya un comportamiento racional del consumidor o del productor, y mucho menos evita el que haya que enfrentar el problema de la escasez, asunto fundamental que justifica la aplicación de los conceptos económicos.

El problema de la escasez es la razón de ser del análisis económico; cuando no hay escasez no es necesario pensar en cómo maximizar los recursos disponibles, pues éstos nunca se acabarán; como esto no sucede en la realidad, ni siquiera en los servicios de salud, es necesario entonces aplicar herramientas de análisis económico, que aunque por sí solas no representan un marco moralmente legítimo, se constituyen en elementos importantes en la toma de decisiones sobre recursos escasos.

El problema de la escasez lo define Victor Fuchs en tres puntos:

1. Los recursos son escasos en relación con los deseos humanos
2. Los recursos tienen usos alternativos
3. Los deseos de los humanos son diferentes y la importancia relativa que se les da es variable.

En estos tres puntos se resume un problema muy familiar para el economista pero poco familiar al profesional de la salud; como los recursos son escasos, es necesario que su

Arrow KJ. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*. 53(5):941-73.

Fuchs VR. Who shall live? Health, economics and social choice. World Scientific Publishing, Co. 1998.

utilización sea la óptima, y que el último peso gastado se utilice en aquella opción que aporte el beneficio adicional mayor, en comparación con las demás opciones en que se podría haber gastado; o dicho de otra manera, que el último peso gastado genere un beneficio adicional igual en cualquiera de las opciones de gasto.

Esto se puede ilustrar con un ejemplo de la vida real: supongamos que una pareja tiene tres hijos, uno de los cuales sufre un problema severo de salud, razón por la cual tiene menos posibilidades de progresar en comparación con sus otros dos hermanos; los padres de esta familia tienen un salario fijo y no pueden expandirlo a su antojo; en este caso cómo creen ustedes que padre y madre distribuirán su ingreso entre los tres hijos? Destinarán todos sus recursos a sacar adelante al menos dotado, así le anulen toda posibilidad de educación y progreso a los otros dos? O destinarán todo a los otros dos, que tienen más chances de progresar, mientras dejan abandonado a su suerte al hijo enfermo? Estoy seguro que una pareja razonablemente inteligente no optará por ninguno de los dos extremos, sino que tratará de gastar su ingreso de modo que logren sacar adelante de la mejor manera a los tres hijos; los padres de esta familia, aunque no sepan de economía, se comportarán como maximizadores de utilidad, es decir, gastarán su ingreso de manera que el último peso gastado aporte un beneficio marginal igual a cualquiera de los tres hijos.

Este ejemplo ilustra de manera clara el problema de la escasez: aunque haya situaciones particularmente difíciles y sensibles, ello no implica que para subsanarlas se deben dedicar recursos indefinidamente sin importar cuál es el efecto sobre las otras opciones en que se hubieran gastado esos recursos; aparece aquí entonces el concepto económico del costo de oportunidad, es decir, cuando los recursos tienen usos alternativos dada su escasez, el costo de oportunidad es lo que se deja de hacer en otras opciones cuando se decide gastar los recursos en una de ellas.

El concepto de costo de oportunidad siempre está presente cuando hay recursos escasos; para quienes creen que la vida y la salud no tienen precio, y que para su protección el Estado debe dedicar recursos sin ningún límite para obedecer a su obligación de proteger el derecho de las personas a la salud, quiero transmitirles lo que Victor Fuchs comenta sobre esto:

“...implícitamente ponemos precio a la vida siempre que (nosotros o nuestros representantes) tomamos decisiones sobre la cobertura de una póliza de seguros de salud, la instalación de un semáforo, la extensión de un programa de subsidios alimenticios, u otros innumerables ítems.”

En otras palabras, el costo de la salud o de la vida no son los billetes sucios o los cheques con que se pagan los servicios de salud, sino lo que se deja de hacer con estos recursos; cuántas vidas se podrían salvar de manera más eficaz si los recursos gastados en X o Y intervención se gastaran en otras intervenciones que ni siquiera benefician a los enfermos actuales, y que en ocasiones ni siquiera corresponden al sector salud? Esta es una pregunta que se responde con herramientas de la economía, y que no le resta ninguna validez al argumento de que la vida y la salud son valores altamente apreciados por la sociedad; el problema es que por su alta apreciación, la sociedad pretende desconectar estos valores del concepto de la escasez y del costo de oportunidad; nada más miope

Véase el tratado de Calabresi y Bobbit sobre las decisiones trágicas; los autores argumentan que cuando las decisiones sobre distribución de recursos escasos tienen

que asumir esta actitud y pretender que haciendo grandes milagros con los servicios de salud no se está pagando un precio en vidas de otras personas o en bienestar de otros, que no podrán beneficiarse de los recursos que ya se gastaron.

Siguiendo a Fuchs, quien nos muestra de manera cruda las realidades económicas e insoslayables del sector de la salud, el autor describe dos enfoques diferentes al del economista frente a la manera de resolver problemas humanos: el enfoque romántico y el monotécnico. El primero se ilustra cuando un defensor de una causa cree que los problemas se pueden resolver con la simple implementación de sus intenciones, con el fin de satisfacer lo que la gente necesita o debería tener; este enfoque desconoce el problema de la escasez, y busca cualquier chivo expiatorio para culparlo por la insuficiencia de recursos: el neoliberalismo, la oligarquía, la insurgencia, el comunismo, etc.

De otra parte, el enfoque monotécnico es el que caracteriza a los profesionales y a los técnicos; ellos han sido entrenados para resolver un problema de manera técnicamente óptima, utilizando todos los recursos que sean necesarios para ello, sin importar si hay un costo de oportunidad; el caso más ilustrativo es el del médico, quien basado en el principio de beneficencia que es el fundamento de la ética hipocrática, está obligado a utilizar para su paciente todos los recursos que sean necesarios para obtener un resultado óptimo, en el que prima una relación riesgo beneficio: mientras los beneficios superen los riesgos, así sea mínimamente, el médico está obligado a agotar hasta el último recurso. Este enfoque monotécnico también ignora el hecho de que las preferencias de los humanos son variadas, y que el hecho de utilizar los recursos para resolver de manera óptima un problema no necesariamente implica que se está resolviendo de manera óptima el conjunto de problemas de una sociedad; en este caso la distribución de los recursos entre opciones que compiten entre sí, debe tener en cuenta las preferencias de la sociedad en su conjunto por cada una de las opciones alternativas.

Esta distribución se puede lograr mediante mecanismos de mercado cuando se trata de mercados perfectos o al menos altamente competitivos, pues en la producción y en el consumo de los bienes o servicios de esos mercados se están reflejando los costos marginales y las utilidades marginales de manera equilibrada y ambos se reflejan en los precios. En cambio en el caso de los mercados imperfectos, el sistema de precios falla, y genera una producción y un consumo por encima o por debajo del óptimo social, como en el caso de la salud; la asimetría de información entre el médico y el paciente y la presencia de terceros pagadores, son los factores que más distorsiones generan y que más influyen en el desequilibrio.

Para lograr una adecuada distribución de los recursos de la sociedad, la primera decisión que ésta tiene que enfrentar es: cuántos recursos dedicar a salud? Una vez llegada a

que ver con valores aparentemente por encima de cualquier consideración monetaria, pero que terminan teniendo precio en términos de costos de oportunidad, la sociedad debe enfrentar este tipo de "decisiones trágicas" con mecanismos de distribución explícitos. Calabresi G, Bobbit P. Tragic choices. WW Norton Co. New York, 1978.

Fuchs V. op. cit.

Véase mi trabajo previo sobre el papel del médico en el contexto de la escasez, y la necesidad de renovar el contrato social con la profesión médica como única salida al conflicto de los profesionales con las reformas a los sistemas de salud. Castaño RA. Medicina, ética y reformas a la salud. Fundación Creer, 1999.

este punto, la siguiente decisión es: cómo gastar los recursos de salud entre un grupo de personas que demandan protección? El problema de la distribución, cuando no hay mecanismos de mercado que lo permitan de manera óptima, se debe resolver entonces mediante diferentes combinaciones entre mercado y regulación, y es allí donde la economía de la salud entra a aportar sus herramientas para establecer unos parámetros; la eficiencia distributiva, aquella situación en la cual el último peso gastado genera un beneficio marginal igual en cualquiera de las opciones de gasto, es el objetivo que busca el análisis microeconómico.

Pero la eficiencia distributiva por sí sola es un criterio necesario mas no suficiente. Hay otro criterio que se debe poner enfrente y es el de la equidad; estos dos conceptos se encuentran en ambos lados de una balanza, en un delicado equilibrio en el cual no es posible favorecer uno sin afectar el otro; si nos atenemos al concepto básico de equidad, de cada quien según su capacidad y a cada cual según su necesidad, caeríamos en una distribución altamente ineficiente, pues aquellos con mayor necesidad son justamente los enfermos terminales o los que tienen graves padecimientos; si nuestro objetivo es mejorar la salud de un pueblo haciendo una inversión en salud, es difícil justificar el que se dedique una proporción importante de nuestros escasos recursos en actividades que a duras penas logran mitigar el efecto de un daño que ya es irreversible; generaría mucho mas eficiencia invertir esos recursos en prevención y promoción, pues se evitarán grandes padecimientos en el futuro y con los mismos recursos se lograría un mejor estatus de salud en la población.

Sin embargo, no hay una regla objetiva y precisa que permita saber cuándo un beneficio marginal importante para una sola persona equivale a la suma de beneficios marginales pequeños a un gran número de personas. El análisis de Costo-Efectividad y de Costo-Beneficio son herramientas que tratan de aproximarse de manera mas o menos imprecisa a la valoración de conceptos como la salud, la discapacidad o la vida misma. Son estas herramientas instrumentos típicamente económicos, que pretenden materializar los beneficios para poder hacer comparaciones cuantitativas entre ellos.

Sin demeritar la utilidad de estas herramientas cuantitativas, su alcance es limitado pues nunca será posible llegar al pretendido grado de objetividad que se les atribuye. Mas bien, estas herramientas son un insumo de gran importancia para la construcción de un proceso democrático en el que entren a deliberar de manera abierta los integrantes de la sociedad que deben tomar tales decisiones trágicas; este enfoque democrático ha sido propuesto por el propio Amartya Sen, y por otros filósofos que han abordado el problema de la escasez en la prestación de servicios de salud. Esto pone de manifiesto que el problema de la eficiencia distributiva es un asunto de valoración, de cómo se instrumenta, mas no un problema de la definición en sí misma; es decir, el problema existe y es inescapable, y la economía tan solo aporta herramientas de análisis, sin aportar el marco ético que subyace a la decisión final. La construcción de dicho marco es un ejercicio que compete al proceso político en el que se inserta el análisis económico como una simple herramienta de aproximación.

Sen A. La salud en el desarrollo. Discurso ante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, Mayo 18 de 1999.

Véase por ejemplo: Daniels N, Sabin J. (1997) Limits to health care: Fair procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs*. 26(4):303-350.

LA SALUD Y LA PAZ

SIMPOSIO

LA SALUD EN LA CONSTRUCCION DE LA PAZ

Saúl Franco A. MD. PhD.

El objeto de estas reflexiones es tratar de aportar elementos para la comprensión de los significados y alcances de las relaciones entre la salud y la paz en la actual situación de violencia que vive el país para, a partir de ellos, lograr aclarar tanto los aspectos de salud que deben incluirse en la agenda de negociaciones con la insurgencia armada, como el tipo de políticas y modelos de salud y seguridad social que pueden contribuir a la creación de condiciones estables de paz y convivencia. Para evitar equívocos o confusiones conceptuales, es lógico empezar por una síntesis de las categorías y los términos incluidos. Y para captar las especificidades del problema, es necesaria una breve descripción de la situación de violencia que vive el país, en particular en sus relaciones con la salud y el sector salud.

Salud, violencia y Paz. En esta presentación, el *concepto de salud* se entiende en el sentido de bienestar, de vida digna y buena, de adecuada calidad de vida para las personas y los diferentes colectivos de una determinada sociedad. Es decir: el concepto de salud no se reduce a la atención médica de las enfermedades y al consiguiente suministro de medicamentos y servicios clínico-hospitalarios, como generalmente se entiende y se practica. Los incluye, pero los trasciende. Además: el logro de tales condiciones de vida y bienestar es el producto combinado de decisiones y acciones de los individuos, la sociedad y el Estado. Se toma así distancia tanto de los planteamientos que pretenden atribuir la responsabilidad exclusiva de la salud a las acciones estatales, como de quienes en la actualidad pretenden dejarla en manos de las opciones de la conducta individual o de las regulaciones y altibajos del mercado. Resulta entonces que la salud tiene afinidad con la tranquilidad en la vida cotidiana, producto de la garantía efectiva de los principales derechos, en especial el derecho a la vida, y con tener satisfechas las necesidades fundamentales mediante el acceso a las oportunidades y servicios socialmente construidos. La salud se ubica así en el territorio de los derechos y en el de las necesidades. Es decir: la salud es en sí un derecho social, en íntima relación con el derecho fundamental a la vida. Y la salud es en sí una necesidad humana, esencialmente relacionada con la satisfacción de otras necesidades del ser humano y de la sociedad.

Entendida así la salud, resulta un concepto diferente pero con bastante proximidad al de paz. Aún etimológicamente el concepto de paz se relaciona con tranquilidad, con buen funcionamiento, con relaciones armónicas, con resolución negociada de las diferencias inevitables en la convivencia colectiva, con condiciones propicias para que todos los miembros de una sociedad determinada puedan sentirse igualmente protegidos, respetados y tenidos en cuenta. La diferencia está en que la paz se refiere principalmente al equilibrio y funcionamiento de tales relaciones en el orden político, en las intersecciones Estado - individuo, Estado- organizaciones sociales y políticas, individuo – individuo, individuo – organizaciones político-sociales . Y para que tales dimensiones políticas

funcionen, deben estar respaldadas por normas y reglas consensuales y un ordenamiento económico equitativo y estable. Podría decirse que la paz es la salud política, producto de pactos humanizados, de normas y valores compartidos y de condiciones de equidad en la riqueza y las oportunidades.

De lo anterior puede concluirse que existe una relación de complementariedad y doble vía entre salud y paz. La paz es precondition para la salud y la salud es pre-requisito para la paz. En otros términos: sin paz no hay salud y sin salud no puede haber paz. Esto puede entenderse mejor más adelante al describir algunos aspectos de la actual situación de violencia.

Si salud y paz son realidades afines y de igual signo, salud y violencia son realidades de signo contrario. Violencia tiene que ver con intento de resolución mediante la fuerza de desacuerdos y diferencias. Es además esencial al concepto de violencia la producción de daño, lesión, de alteración negativa bien sea del funcionamiento orgánico y la estabilidad psico-emocional individual, como del bienestar colectivo en términos de seguridad y tranquilidad. La violencia es entonces negación del bienestar. Resulta imposible en una situación generalizada de violencia gozar de condiciones de salud.

Una última precisión conceptual. Hay que diferenciar la guerra de la violencia. La guerra implica enfrentamiento de fuerzas, en general organizadas, armadas y con móviles de poder político, y se convierte en el imperio total de la violencia. Es violencia plena por motivos sociales y políticos. Pueden darse por tanto muchas otras modalidades e intensidades de violencia, sin que pueda hablarse de una guerra. Para el caso colombiano esto tiene importantes implicaciones. En concreto: no es lo mismo hacer la paz que superar la violencia. La firma de unos acuerdos de paz entre las partes en conflicto armado no implica necesariamente el fin de todas las violencias, como bien lo demuestran ya las experiencias centroamericanas. Inclusive es posible que, de no tomarse las medidas pertinentes de orden económico y político-social, puedan incrementarse ciertas formas de violencia y delincuencia con posterioridad a los acuerdos de paz al quedar algunos de los agentes armados de las partes en conflicto sin empleo, seguridad o función social adecuadas. En el caso colombiano todo indica que los acuerdos de paz entre las partes en conflicto armado son precondition esencial pero insuficiente para la superación de las violencias. Esto último implica la simultaneidad y complementariedad de diferentes decisiones, estrategias y acciones estatales, sociales e individuales.

Guerra, violencias y salud en Colombia. En varias publicaciones recientes , , se da cuenta del impacto específico del actual conflicto armado colombiano sobre el personal y las instituciones del sector salud en términos de violaciones al Derecho Internacional Humanitario. Cada día crece la lista de médicos, enfermeras, auxiliares e investigadores de salud asesinados por alguna de las partes en conflicto, o forzados a salir de sus centros y lugares de trabajo bajo el chantaje y la presión armada. Y crece también el número de ambulancias tomadas por los diversos actores armados y utilizadas al servicio

Franco, Saúl. *El quinto: No Matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Iepri – Tercer Mundo Editores. p:3. Santafé de Bogotá, 1999.

Comité Internacional de la Cruz Roja. *Infracciones a la misión médica en el conflicto armado colombiano, 1995-1998*. Santafé de Bogotá, 1999.

De Currea-Lugo, Víctor. *Derecho Internacional Humanitario y sector salud: el caso colombiano*. Plaza y Janés. Bogotá, 1999.

de sus intereses, diferentes al que les es propio. Y el de hospitales y puestos de salud convertidos en trinchera de unos o centro de operación de otros. Resaltando hoy la gravedad y frecuencia creciente de tales hechos, conviene describir brevemente algunas otras de las múltiples relaciones existentes entre la violencia y la salud en Colombia.

La tesis general consiste en afirmar que **la violencia constituye hoy el principal problema de salud pública de Colombia**. Y lo es tanto por ser la primera causa de mortalidad general en el país, como por sus efectos sobre la morbilidad y por el deterioro que viene produciendo en la salud mental y en la calidad de vida de la población. Algunos datos y cifras pueden sustentar estas afirmaciones.

En primer lugar: en lo que va de la última década de este milenio, los homicidios se han mantenido y consolidado en el primer lugar de las causas de muerte en Colombia. Hoy representan el 20% de la mortalidad total del país, porcentaje que asciende al 25% para los hombres (2, p:94). Con varios agravantes. El primero: que se concentra selectivamente en población masculina- entre ellos muchos líderes sociales, populares y políticos - cada vez más joven, hasta el punto de que ya aparecen en las estadísticas tasas preocupantes de homicidios en niños de 5-14 años. El segundo: que la tendencia es en general creciente, lo cual hace pensar que, de no introducirse variaciones importantes en las condiciones actuales, terminaremos este siglo con el actual promedio anual de 25.000 homicidios y un alarmante acumulado de aproximadamente 500.000 homicidios en los últimos veinticinco años del milenio. Y el tercero: que se está recurriendo a formas cada vez más crueles y masivas de violencia para asesinar a las víctimas. Se han generalizado las masacres – asesinatos colectivos en situación de indefensión - se desconocen los mínimos éticos y humanitarios en la selección de las víctimas y en las modalidades de los asesinatos, y se ha establecido una especie de competencia por la crueldad entre los diversos actores. Es lo que he denominado *el paso de la violencia a la barbarie*. Es conveniente precisar también que si bien un porcentaje que varía entre el 10 y el 15% de los homicidios se deben a causas directamente político-sociales – situación verdaderamente alarmante -, el resto de los homicidios colombianos encuentra su explicación en el entramado de las demás formas de violencia, entre ellas las relacionadas con el narcotráfico, el robo, el asalto, los secuestros, los conflictos interpersonales y el consumo de licor.

La violencia no es sólo la primera causa de muerte. A ella se debe una proporción cada vez mayor de los distintos factores de la morbilidad nacional. Las heridas, lesiones y traumas violentos y sus consecuencias sobre los distintos órganos y funciones; el impacto negativo sobre la salud mental de las víctimas y de sus parientes, vecinos y amigos; el saldo acumulado de la viudez, la orfandad, las desapariciones, el miedo, las amenazas y el desplazamiento forzoso, configuran un escenario propicio tanto para la emergencia de múltiples patologías orgánicas, como para una verdadera epidemia de patologías mentales.

Franco, Saúl. *Violencia y salud en Colombia*. En: Cepeda, F. Fazio, H. Franco, S. y otros. *Colombia Contemporánea*: 205-235. IEPRI-ECOE Ediciones. Santafé de Bogotá, 1996.

Uribe, María Victoria y Vásquez Teófilo. *Enterrar y callar: masacres en Colombia, 1980-1993*. Comité Permanente por la defensa de los Derechos Humanos. Santafé de Bogotá, 1995.

Resulta fácil entender por qué las violencias, que incluyen pero trascienden el conflicto armado, han llegado a constituir el principal factor del creciente deterioro de la calidad de vida en Colombia. De un lado, se ha ido perdiendo el respeto al derecho y a la dignidad de la vida. La muerte violenta es ya algo casi rutinario. Se asesina por las más simples razones, con la mayor frialdad y a cualquier persona. Y en los sobrevivientes va quedando la sensación de la inseguridad esencial, de la impunidad y del riesgo inminente de ser la próxima víctima. Al dolor se agrega el terror; a la soledad la impotencia, y al miedo de morir la certeza de una vida menos digna, menos alegre y más insegura.

Existe una dimensión del impacto del conflicto armado y de las demás formas de violencia frecuentemente no exploradas en los materiales referentes a las violaciones del DIH. Se trata, de un lado, de la sobrecarga en la demanda. A servicios asistenciales de suyo limitados y con enormes carencias en personal, recursos e infraestructura, se les demanda la atención, generalmente compleja, inmediata y costosa, de las víctimas de las violencias. Esto rebosa sus capacidades y obliga al desplazamiento y postergación de otras personas y patologías que no tienen el mismo carácter de urgencia pero que alteran también la calidad de vida y demandan soluciones. De otro lado, la naturaleza de muchos de los eventos violentos y de sus consecuencias, y las circunstancias en las cuales se hace necesaria o se impone la atención médico-sanitaria, están cuestionando la fundamentación ética y la estructura y dinámica de los servicios asistenciales. Es el caso, por ejemplo, de la viabilidad del secreto profesional, precepto muy apreciado en toda la tradición médica occidental, en condiciones de conflicto armado y ante las amenazas de los distintos actores y las demandas de las instancias jurídico-penales. O la obligatoriedad de la atención bajo presiones y amenazas armadas. O, en otro nivel y circunstancias, la atención a las víctimas de violaciones sexuales en las mismas circunstancias, con el mismo equipo humano y con los mismos criterios médicos con que se atiende una enfermedad cualquiera del tracto genito-urinario femenino. Todas estas situaciones, cotidianas en la coyuntura colombiana, están demandando consideraciones y alternativas dentro de una estrategia global que diferencie el momento de negociación del conflicto armado del momento de construcción de las demás condiciones esenciales para la superación de las violencias. Sobre ello justamente se volverá más adelante.

LA SALUD Y EL SECTOR SALUD EN EL PROCESO DE CONSTRUCCION DE LA PAZ

Es preciso diferenciar, en primer lugar, tres momentos en la superación de las violencias colombianas. Uno inicial de negociación del conflicto armado; uno intermedio de construcción de condiciones de paz, y un tercero de reducción significativa del conjunto de las violencias restantes. Cada uno de tales momentos tiene actores, contenidos, alcances y escenarios distintos. Teóricamente los tres momentos pueden ser independientes, pero deben ser complementarios. En especial los dos primeros momentos aparecen estrechamente unidos dado que la superación del conflicto armado implica la simultánea construcción de sólidos acuerdos políticos y económicos. Hay que advertir además que dado el peso que el problema del narcotráfico ha tenido en la actual etapa de violencia del país y las estrechas relaciones que ha tenido con los diferentes actores armados, su resolución – que demanda el compromiso efectivo y no retórico de la llamada comunidad internacional - se hace también esencial para avanzar en una paz estable.

En segundo lugar, es claro que las negociaciones en salud hacen parte del conjunto de temas-problemas a resolver en el proceso de negociación del conflicto global. Esto tiene una doble implicación: el sentido de totalidad de las negociaciones, y la necesidad de desarrollar la especificidad de la problemática particular. La primera pone de presente la necesidad de una comprensión y manejo global de las negociaciones. La segunda abre los espacios para aproximaciones particulares, para construir una cierta línea y agenda de trabajo que permita madurar internamente las propuestas específicas.

Como derecho y necesidad social la salud hace parte del conjunto de elementos y preocupaciones básicas de la sociedad. Y lo es también del conjunto de las tareas y responsabilidades estatales, generalmente tratada dentro de las denominadas políticas sociales. Todo Estado y cualquier proyecto político global para una sociedad deben contener necesariamente políticas sociales, incluidas las de salud. En el caso colombiano es claro que tanto el Estado tiene trazadas sus políticas de salud – cuyos lineamientos generales se sintetizarán más adelante – como que la insurgencia armada ha incluido en sus motivaciones y propuestas políticas y de negociación la temática de la salud. Además, el desarrollo del conflicto armado ha evidenciado constantes violaciones al derecho a la vida y al derecho a la salud, al tiempo que ha puesto de presente algunos aspectos críticos del modelo de atención en salud y le ha causado al sector salud altos costos en personal, recursos y tensiones. Todo esto le ha permitido al propio sector identificar algunos elementos que deben ser considerados en los distintos momentos de la superación de las violencias. Algunos de ellos se desarrollan a continuación.

1. La salud y el sector salud en el proceso de negociación del conflicto armado. La experiencia viene demostrando que en el proceso de negociación de un conflicto armado como el colombiano tiene tanta importancia la claridad en los contenidos y alcances de lo negociable, como la identificación y el cuidado de los actores, escenarios y mecanismos de la negociación. Las dificultades del proceso - que no es un juego de buenas voluntades como ingenuamente algunos pretenden entenderlo, sino un conjunto de intentos por concertar intereses y estrategias de poder encontradas y cada una debidamente sustentada y respaldada - igual pueden depender de confusiones en los contenidos o desconocimiento de los actores, que de imprecisiones y desacuerdos en las formalidades y procedimientos. En el caso concreto de las negociaciones de aspectos relacionados con la vida, la salud y el sector salud es preciso, por tanto, tener claros los contenidos, los objetivos, los actores y los escenarios posibles de cada etapa de la agenda del proceso negociador.

Dados los niveles de degradación a los que se ha llegado en el desarrollo del conflicto armado colombiano – colectivización del secuestro y de los asesinatos, implicación forzosa e indiscriminada de la población no combatiente, crueldad creciente en las acciones armadas, indefensión de las víctimas, utilización abusiva y con fines bélicos al servicio de uno de los actores del conflicto de las personas, instalaciones y equipos sanitarios, entre otros hechos ya enunciados – parece lógico que un proceso de negociación hacia su superación se proponga como objetivo inicial **la humanización del conflicto**. Humanización que significa el acatamiento de los mínimos éticos y humanitarios planteados para situaciones de guerra y contenidos en general dentro del Derecho Internacional Humanitario. Desde el campo de la vida y la salud los acuerdos en este momento deben orientarse hacia la garantía del respeto a la vida de los no combatientes, la renuncia explícita a la crueldad y el respeto a la denominada misión médica por parte de todos los actores del conflicto.

Es obvio que los protagonistas en la resolución del conflicto armado, son los propios actores armados. Es a ellos a quienes competen en principio los acuerdos y mecanismos conducentes a la humanización del conflicto. Pero el proceso resolutorio requiere la presencia participativa del resto de la sociedad. El país no puede asumirse como una propiedad negociable por dos o tres actores armados. Para garantizar la legitimidad del proceso es esencial la presencia real de la sociedad mediante voceros que no sólo expresen la voluntad del gobierno de turno sino la esencia constante y la cambiante diversidad nacional tanto en lo económico como en lo político y cultural. Si bien es necesario y conveniente que cada gobierno se proponga metas claras y ambiciosas que permitan lograr los máximos avances posibles en su cuatrienio hacia la construcción de la paz, es de lógica elemental que la superación de un conflicto que tiene ya varias décadas requiere políticas, esfuerzos y terapias que trasciendan el estrecho límite de cuatro años. Para el tema en cuestión resultan claras dos implicaciones al respecto. La primera: que cada uno de los actores armados debe incluir tanto en su temática como en sus objetivos y propuestas en esta primera fase la problemática del derecho a la vida y del Derecho Internacional Humanitario. Esto debe conllevar tanto la disposición a discutir y llegar a acuerdos específicos dentro de las condiciones nacionales y regionales, como la inclusión en los equipos de negociadores y de garantes de los pactos de personas neutrales en relación con los actores armados y con reconocido interés y manejo del tema. La segunda: que la sociedad en general y el personal vinculado al sector salud en particular - tanto en los niveles de orientación y dirección de políticas, como en los académicos y de prestación de servicios - deben asumir con mayor rigor e interés esta problemática en la etapa inicial del proceso de negociación. El reconocimiento, divulgación y análisis de la situación, la formulación de propuestas concretas, la presión permanente para lograr su inclusión en las agendas y la vigilancia del cumplimiento de los acuerdos son algunas de las tareas requeridas.

Es preciso reconocer que el trabajo en esta temática, su inclusión en la agenda de paz y los eventuales acuerdos chocan contra múltiples obstáculos, algunos de ellos de difícil remoción. De un lado el desinterés o el rechazo de cada uno de los actores armados en reconocer sus infracciones tanto contra el derecho a la vida como contra la misión médica y contra el DIH en general. En algunas ocasiones, inclusive, voceros reconocidos de las distintas fuerzas han expresado su desconocimiento al DIH y su opinión de la necesidad de pactar normas propias y particulares para el conflicto interno. Y aún ante evidentes violaciones del DIH son frecuentes explicaciones y conductas evasivas por parte de los distintos actores, incluidos en ocasiones algunos agentes del sector oficial. De otro lado ha ido tomando fuerza el peso de la intimidación y de las amenazas de los actores armados sobre la población civil y en particular sobre el propio personal del sector de salud. Intimidación que se hace más eficaz dado el estado de aislamiento, desprotección y abandono oficial en que labora con frecuencia el personal sanitario en especial en las regiones más apartadas y más controladas por los actores armados. Con frecuencia es difícil lograr aún el informe y la denuncia oportuna de los hechos dado justamente el efecto intimidatorio. Y, en tercer lugar, resulta un obstáculo especialmente difícil la indiferencia generalizada de la sociedad ante estos aspectos y consecuencias del conflicto armado. A fuerza de la gravedad y barbarie de muchos hechos contra la población civil y contra el resto de las instituciones, aparecen como de menor cuantía las agresiones contra el personal y las instituciones sanitarias. Y debido al proceso de banalización de la violencia y su conversión en realidad cotidiana, resulta casi normal la pérdida del derecho a la vida y la implicación del sector y del personal de salud en el conflicto. Con el agravante adicional de que buena parte de la dirigencia política y sanitaria nacional continúa pensando, orientando y actuando en el sector como si la

guerra no existiera, como si se tratara de un país en paz del denominado primer mundo en el que lo esencial fuera regular el mercado asistencial. Remover estos obstáculos se convierte entonces en una especie de pre-requisito para lograr la inclusión del tema en la política y la agenda de negociación del conflicto armado.

2. Políticas de salud y seguridad social para la paz. Como condición para la solución del conflicto armado, o como producto de la primera fase de su negociación, será inminente en una segunda fase del proceso hacia la paz la formulación y puesta en práctica de un conjunto de políticas económicas y sociales – incluidas las de salud -. Se trata de crear consensos en torno a unos principios generales de política social que inspiren la concepción del bienestar y la seguridad de la sociedad y de los ciudadanos a nivel de normas y mandatos constitucionales. A partir de ellos deberá estructurarse todo el conjunto de estrategias, modelos y normas de defensa de la vida, promoción de la salud, prevención de las enfermedades, atención y prestación de servicios asistenciales, ciencia y tecnología en salud y aseguramiento y financiamiento sectorial que hagan posible la vigencia efectiva de los principios constitucionales y del derecho social a la salud. Dichos modelos y normas deben perfilar además el papel del Estado, de los ciudadanos y de las iniciativas privadas, y los niveles y mecanismos de participación de cada uno de ellos en el logro del objetivo común de garantizar la vida con dignidad y el bienestar general con los mejores niveles posibles de calidad de vida para los individuos y la colectividad.

La construcción de este tipo de consensos trasciende el escenario inicial de negociaciones entre actores armados. Presupone un amplio espacio de participación ciudadana, con mecanismos y prácticas que superen las viejas formas de la democracia formal y hagan efectiva la democracia real. Presupone a su vez disponer de períodos adecuados para la formulación y discusión de las diversas propuestas y la progresiva construcción de consensos constitucionales, legales y programáticos.

La amplitud y complejidad de la problemática a resolver, la diversidad de enfoques teóricos e intereses políticos y la confrontación de poderes y experiencias en juego harán muy difícil el trabajo. Y es preciso presupuestar estas dificultades para evitar ingenuidades o abortar el proceso cuando apenas comience a evidenciarse su complejidad.

Una cuestión que amerita un esclarecimiento preliminar al respecto es la validez de las actuales orientaciones constitucionales y del modelo vigente en salud y seguridad social. A continuación se intenta ubicar de manera sintética la discusión, señalar algunos de los aspectos más controversiales e indicar algunas de las ideas que posiblemente serán prioritarias en la discusión de las nuevas orientaciones en salud y seguridad social coherentes con la construcción de la paz.

No hay dudas acerca de que en términos de salud y seguridad social la Constitución de 1991 contiene avances notables con relación a las disposiciones constitucionales vigentes desde 1886. En el Capítulo Segundo de la Constitución del 91, relativo a los derechos sociales, económicos y culturales, se define en su artículo 47 que “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad,

en los términos que establezca la ley” . En el artículo 49 señala que: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” (8, p:11). Se colocan entonces la atención de la salud y la seguridad social en salud como *servicios públicos a cargo del Estado*, quien debe asumir las funciones de dirección, coordinación y control. Y se sientan tres principios generales para ambos servicios públicos: eficiencia, universalidad y solidaridad. Lógicamente tiene mayor categoría un servicio público basado en estos tres principios, que un conjunto de acciones de beneficencia motivadas por un sentimiento caritativo. Con todo, es preciso reconocer que desde la perspectiva de los derechos sociales, la Constitución del 91 se quedó corta en salud. Una cosa es un servicio y otra cosa es un derecho. La Constitución no definió la salud como un derecho y la redujo al terreno asistencial: no habla de salud sino de “atención de la salud”, que en realidad es atención de la enfermedad. Además, dejó abiertas las puertas para que fueran las leyes las que determinaran los alcances y las condiciones en las cuales sería posible la prestación de tales servicios.

Y en efecto, la Ley 100 de 1993 sobre el *Sistema de Seguridad Social Integral* entró a definir los lineamientos y el modelo prestacional y de atención de la enfermedad . Sin duda la Ley 100 constituye la mayor transformación en políticas de salud en el país y el cambio más radical en las orientaciones y en la estructura del sector salud. Puede afirmarse también que la Ley 100 incluye el enunciado de los mejores y más universales principios que pueden orientar un sistema de salud. A más de retomar los tres principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia, agrega los de integralidad, unidad y participación (9, p:2), e inclusive al iniciar el Libro Segundo, dedicado específicamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, agrega entre otras las siguientes “reglas”: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, participación social y calidad (9, p:83-84). No parece haber discusión en torno a la importancia y validez de tales principios. El debate se inicia en el modelo mediante el cual la mencionada Ley pretende hacerlos viables y, sobre todo, en los resultados obtenidos y las consecuencias producidas en los primeros años de aplicación del modelo.

Las cifras descriptivas, los enfoques interpretativos, las críticas y las propuestas consiguientes son muy distintas y en ocasiones contradictorias , , , , . Dependen

República de Colombia. **Constitución Política de Colombia.** Editorial Lesi. Santafé de Bogotá, p: 11. 1991.

República de Colombia. *Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral.* ECOE Ediciones. Santafé de Bogotá, 1994.

República de Colombia. Ministerio de Salud. Universidad de Harvard. *La reforma de salud en Colombia y el plan maestro de implementación. Informe final.* Santafé de Bogotá, Abril de 1996.

OPS/OMS. **Reforma del sector salud en el área andina.** Memoria del foro subregional de ministros de salud en la región andina. Impresa. Quito, Ecuador. Octubre de 1996.

Franco, S. *La reforma a la seguridad social en salud en Colombia: una mirada desde la salud pública.* Documento presentado a la X Conferencia Nacional de Salud de Brasil. Brasilia, Septiembre de 1996.

Jaramillo, I. **El futuro de la Salud. La puesta en marcha de la Ley 100.** FESCOL, FRB, CORONA; FES. Santafé de Bogotá, 1997.

mucho del ángulo desde el cual se haga el análisis y de los intereses que se defiendan abierta o larvadamente. Es posible que se requiera aún más tiempo de aplicación de la Ley y mayores insumos teóricos para poder valorar de mejor manera sus posibilidades y limitaciones. Y es apenas obvio que haya aspectos positivos y algunas ganancias en la aplicación de la Ley. Pero ya es suficientemente claro que la Ley contiene orientaciones político-conceptuales que no sólo le impiden ser garante del derecho a la salud sino que además la colocan en contravía de la fundamentación de condiciones de equidad, participación ciudadana y paz. Además, la experiencia de la aplicación de la Ley ha puesto de presente grandes carencias y múltiples efectos negativos. La prioridad real que le da a la consideración de la atención de la salud como mercancía antes que como un derecho; la dilución que ha hecho de la responsabilidad estatal en la garantía efectiva de la que denomina “servicio público de salud”; el bajísimo perfil y el papel secundario que le ha asignado a la salud pública; el grave desconocimiento tanto de la realidad sanitaria nacional como de la cultura y los patrones de organización del país y de los ciudadanos con los cuales ha pretendido operar; la complejidad de su funcionamiento y administración, y el incumplimiento de algunas de sus premisas básicas – tales como una sociedad con economía estable y empleo creciente – son algunos de los elementos e indicadores negativos de la Ley y su implementación que requieren modificarse de manera substancial si se quiere apuntar hacia políticas sociales favorables a la paz y al logro de los principios generales contenidos de manera paradójica y casi contradictoria en la propia Ley y enunciados anteriormente.

Acogiendo los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia y sin pretender resumir la totalidad de aspectos incluidos en los diferentes documentos producidos tanto por las organizaciones armadas como por el activo debate entre los diversos actores del sector salud, se enuncian a continuación algunos de los núcleos temáticos - problemáticos que seguramente orientarán la discusión en la búsqueda de consensos desde la salud para la ambientación de la paz.

.La garantía del fundamental derecho a la vida. En la culminación de un ciclo de violencia que, como ya se anotó, se aproxima a los 500.000 homicidios en veinticinco años, en un país que aún no llega a los cuarenta millones de habitantes, aparece como un clamor generalizado y como una deducción casi elemental que lo esencial es recuperar el sentido y el valor del derecho a la vida como el derecho fundamental de cada individuo y como la primera responsabilidad social y estatal. Es posible que sea esta la piedra angular de un nuevo pacto social y, por tanto, de la nueva conceptualización y el nuevo ordenamiento sanitario que se pretende construir. Derecho a la vida que consiste en primer lugar en que no me maten ni maten a nadie por ningún motivo, menos aún por el hecho de propender por un proyecto social o político diferente. Pero advirtiendo siempre que el derecho a la vida no se agota en el hecho de que no haya homicidios, sino que implica la garantía de los requerimientos básicos para que la vida sea posible y amable para cada persona y para la sociedad en su conjunto.

. La integralidad de las políticas sociales. Más allá de la integralidad interna de las políticas y programas de salud, que también debe orientar los conceptos y las prácticas

ASSALUD, FESCOL, Fundación Corona, FES, GTZ. **La Ley cien: cuatro años de implementación.** Informes Técnicos, No. 2. Santafé de Bogotá, Septiembre de 1998.

Academia Nacional de Medicina de Colombia. **Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud.** Santafé de Bogotá, Febrero de 1999.

sectoriales, lo que interesa es resaltar la integralidad como uno de los principios básicos de las políticas sociales. La esencial interdependencia entre vivienda-alimentación-salud y educación debe ser suficiente para hacer ver que el trabajo debe ser conjunto, que debe atacarse simultáneamente por los distintos frentes. Inclusive en algunos discursos relativamente novedosos en el campo de la salud, como el de la Promoción de la Salud, se califican varios de los frentes de las políticas sociales como *pre - requisitos* de la salud . En la crítica coyuntura colombiana, mientras persista el actual divorcio entre política económica y políticas sociales y la descoordinación entre las diferentes políticas sociales, se continuará creando y aumentando el caldo de cultivo básico para la persistencia de las diversas violencias. Por esto propuestas como la del Plan de Desarrollo del actual gobierno, paradójicamente llamado “Cambio para la paz” constituye en realidad más un obstáculo y una amenaza que una semilla o un aporte para la paz. La sociedad colombiana de posguerra que soñamos y que se pretende construir será viable y estable en buena parte en la medida en que logre articular las macropolíticas económicas con el conjunto de sus políticas sociales.

. *La salud como derecho social.* Se trata de entender y convertir en práctica social, estatal e individual el hecho de que la salud es un derecho social en cuya garantía deben empeñarse las principales estrategias y los mayores esfuerzos y recursos de la sociedad, del Estado y de los ciudadanos. En otros términos: de reconocer que la salud ni es en esencia una mercancía que se compra y se vende en el mercado, ni es sólo la garantía de la asistencia en caso de enfermedad, ni es un conjunto de acciones secundarias al Estado y relegadas a la beneficencia y a la buena voluntad de algunos.

De la formulación de la salud como derecho social y su explícito reconocimiento constitucional se desprenderían cambios esenciales tanto en el consiguiente ordenamiento legal como en la asignación de responsabilidades para lograr su garantía. Se reformularía, por ejemplo, el papel que en la práctica le ha asignado la Ley 100 al Estado. De ser un árbitro impasible del mercado sanitario, con mayores complicidades con la ganancia de algunos que con el bienestar de todos, posiblemente pasaría a entenderse y a ser considerado como el principal gestor, garante y organizador para crear las condiciones y mecanismos, y aportar o regular los recursos necesarios para hacer posible el bienestar, la seguridad social y el cuidado de las enfermedades y de los enfermos. Dado que el carácter de derecho no implica la gratuidad, se establecerían criterios y prácticas que, anteponiendo el bienestar colectivo y la atención oportuna a la ganancia y acumulación particulares, permitan el financiamiento necesario con aportes estatales, institucionales y personales. Una adecuada y eficiente gestión estatal, inspirada en la garantía del derecho a la salud y en la reformulación de las prioridades y tareas sociales del Estado, permitiría además la supresión de buena parte de la intermediación administrativa y financiera que con el modelo de la Ley 100 vienen haciendo múltiples empresas, facilitando el desvío de recursos y encareciendo de manera significativa los costos de las acciones de atención. Finalmente, el reconocimiento de la salud como derecho social estimularía la participación ciudadana tanto para velar por su garantía y realización como para identificar los mecanismos más adecuados para el cumplimiento de las responsabilidades correlativas correspondientes a los ciudadanos y ciudadanas y las diversas instituciones y sectores sociales. De hecho el reconocimiento de la salud como derecho no implica su estatización sino su socialización, su conversión en derecho, deber y prioridad de todos, con la mediación y garantía efectivas del Estado.

. *La vigencia del principio de realidad.* En uno de los artículos referentes al trabajo, la Constitución de 1991 consagró como uno de los “principios mínimos fundamentales” el de la “primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales”(8, artículo 53, p:12). Pues bien, este principio de validez universal es el gran ausente en la Ley 100 de 1993. Ella no fue pensada para la realidad sanitaria nacional. Los grandes problemas de la vida diaria de los colombianos y colombianas y de la salud pública del país no le interesaron. Ni la violencia, principal problema de salud pública desde hace casi dos décadas, ni la situación de acumulación epidemiológica – que implica la persistencia de viejos problemas como la desnutrición y las diarreas infantiles; el incremento desbordado de patologías antes parcialmente controladas, como el paludismo, el dengue y el cólera; y la emergencia de nuevas patologías como el sida y las derivadas del estrés y las formas actuales de vida – parecieron haber estado entre las preocupaciones de los inspiradores y legisladores del actual modelo sanitario. Darle vigencia al principio de realidad en salud implica tener como punto de partida y como objeto de transformación la realidad sanitaria nacional, su problemática epidemiológica, sus recursos humanos, su experiencia acumulada. Un modelo sanitario que sirva para ambientar la paz - entendida en los términos antes enunciados - no puede construirse de espaldas a la realidad y de cara al mercado. Por descontado que el principio de realidad no implica la aceptación pasiva y acrítica de la realidad. Al contrario, significa el reconocimiento de lo existente, su análisis crítico y la decisión e imaginación para transformar los aspectos negativos y desarrollar los positivos. Y es justamente eso parte de lo que falta en salud y de lo que debe hacerse para que sea funcional a la paz y no al incremento del malestar, las enfermedades y la inequidad.

. *La prioridad del gasto social.* Hay consenso en las propuestas preliminares de las distintas organizaciones armadas sobre la necesidad de un incremento substancial del gasto social. Ellas coinciden con la opinión de distintos sectores sociales que consideran no sólo escaso el gasto público en el sector social, sino desproporcionado con los montos asignados a otros rubros, como defensa. Recientemente ha sido casi ofensiva la multimillonaria inversión de fondos públicos en los esfuerzos por salvar de la quiebra a diferentes instituciones financieras del sector privado, en contraste con la indiferencia y casi complicidad estatal ante la quiebra generalizada de instituciones de salud públicas, privadas y de economía mixta. La situación se ha hecho más crítica y desesperanzadora al observar la corrupción imperante en el manejo de los dineros públicos .

A partir del **principio de equidad**, que para algunos debe ser considerado “como el horizonte y principio rector de la sociedad” , y de una cultura anticorrupción en la gestión pública, el proceso de negociación en salud y de construcción de políticas sociales para la paz va a requerir cambios fundamentales en la estructura del gasto público, con incrementos significativos en el porcentaje presupuestal destinado al sector social, que incluye el de salud. El esfuerzo redistributivo deberá complementarse con otro quizás más difícil dada la situación predominante: lograr que los recursos lleguen oportunamente a su destino, superando los vicios del clientelismo, la corrupción y el formalismo burocrático. Como puede apreciarse, en lo que aparece como una cuestión cuantitativa de asignación de recursos, se juegan principios fundamentales de la vida en sociedad, poderes establecidos o en emergencia, prioridades de la función estatal, ética de la función pública y eficiencia en los aparatos y procedimientos administrativos y de gestión financiera. Y todo ello debe replantearse si se toma en serio el intento de

construir no sólo pactos provisionales de alto al fuego sino consensos, principios y políticas para una sociedad en paz.

Como se advirtió al iniciar estas reflexiones, no se pretende agotar ninguna materia ni cerrar ningún debate sino contribuir a ir diferenciando los distintos momentos del proceso, los ejes temáticos y problemáticos que ya se van perfilando, y a reconocer la complejidad pero al mismo tiempo las enormes posibilidades que desde las preocupaciones por la vida y la salud pueden abrirse en el camino de construcción de la paz.

3. Las tareas restantes para superar las violencias. Como ya se señaló, ni el fin de las guerras es el final de las violencias, ni los acuerdos de paz producen necesaria e inmediatamente cambios fundamentales en conductas inveteradas de las personas y los colectivos. Es preciso, por tanto, pensar y actuar en una doble dirección.

En primer lugar en trabajar, simultáneamente con los esfuerzos por lograr acuerdos y políticas de paz, en el abordaje y enfrentamiento de las formas de violencia diferentes al conflicto armado y generadas en otros espacios de la vida social. Es el caso de la violencia intrafamiliar, la violencia en el trabajo, la delincuencia callejera y las múltiples violencias de la vida cotidiana cuya resolución no da espera ni su enfrentamiento debe supeditarse a los avances en los procesos de negociación del conflicto armado. Para cada una de ellas se requieren estudios serios, políticas, estrategias y acciones coherentes y coordinadas, y recursos suficientes y oportunos. El conocimiento disponible demuestra cómo una de las características de la actual violencia colombiana es su complejidad cada vez mayor. Y parte de la complejidad se expresa en la creciente interacción y potenciación entre las diferentes formas de violencia y en la mayor dificultad para trazar la frontera entre ellas. Cada vez son más complejos los vínculos y las relaciones entre las violencias de la vida pública y las de la vida privada, entre la violencia política y las violencias sociales, entre la violencia por razones económicas y las debidas a otras motivaciones. Sin pretender entonces desvincularlas, y sabiendo del impacto positivo que el trabajo sobre una de ellas puede tener sobre el resto, es preciso intensificar las acciones sobre aquellas formas de violencia que en cada caso y en cada contexto estén contribuyendo más al deterioro de la calidad de vida.

Y en segundo lugar. Aún asumiendo que en un mediano plazo se logren acuerdos serios y estables de paz, es necesario prepararse para actuar en ese escenario posible y deseable frente a la persistencia de las viejas modalidades violentas y a la eventual emergencia de nuevas violencias derivadas tanto de las secuelas del actual ciclo violento, como de las deficiencias de las políticas y modelos de transición y de la impredecible condición humana. Para ello habrá más tiempo y, seguramente, mayor tranquilidad y mejores condiciones.

SALUD Y PAZ

RUBEN DARIO JARAMILLO CARDONA
CONSEJERO DE PAZ
GOBERNACION DE ANTIOQUIA

Salud y paz son dos componentes que reúnen valores universales. Cada uno por si mismo tienen la mayor importancia en cualquier sociedad y en cualquier época, pues definen el derecho a la vida de cada uno de los seres humanos, objeto de su estudio.

El fracaso o el éxito de las sociedades está medido y mediatizado por indicadores de salud mental, por índices de calidad de vida, por las garantías civiles otorgadas y satisfechas en una comunidad a cada uno de sus individuos.

Como nos lo recuerda la organización mundial de la salud en erudita síntesis : " la salud mental es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo, se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social".

La paz, por su parte, es una situación compleja, llena de variables que definen una calidad de vida. La paz reúne factores estructurales de orden económico, político y social, así como la construcción de nichos protectores que permiten educar ciudadanos en medio de valores de grupo y que nos dejan concluir que una sociedad en paz, que soluciona sus conflictos macro o micro en forma civilizada, con criterios de equidad y justicia, es una sociedad que produce individuos plenos, sanos mentalmente.

Salud y paz son dos ejes con un mismo norte: la felicidad interior, la calidad ética, la conformación de lazos sociales de solidaridad y la defensa de la dignidad humana.

Busquemos en la práctica, en el hoy de esta Colombia amarga, cubierta por diferentes niveles de violencia, entre ellas la violencia política, una interpretación de su conflicto armado interno y como contribuye a afectar la salud de los colombianos.

Problema central

¿Contribuye el conflicto armado interno, sus actores, sus acciones militares a transformar cualitativa y cuantitativamente la salud de los colombianos?

Es indudable que el conflicto armado interno altera la vida cotidiana, los programas de gobierno, las redes viales, la infraestructura productiva, los espacios culturales, los conceptos mentales de una sociedad como la colombiana.

No queremos una especie de contextualización psiquiátrica del conflicto. No queremos discutir o aceptar que hay hombres guerreros que matan y son normales o no, dentro de los relativos parámetros que la psiquiatría y sus tendencias de pensamiento nos revela.

Queremos exponer tres bloques de problemas específicos, resultado de la guerra contra el estado librada por fuerzas insurgentes y de extrema derecha. Pero previamente deseamos enfatizar dos ideas básicas: la guerra colombiana, en primer lugar, es una

guerra irregular y extraña; es asimétrica porque su intensidad se vive y se siente en las áreas rurales, es menor en ciudades intermedias y más alejada de sus ciudades capitales teniendo incluso zonas fronterizas, zonas de costa y de montaña de no desarrollo de esta guerra. La guerra además, es una experiencia colectiva que deja huellas profundas en la memoria social, prolonga el dolor individual, atemoriza y origina desasosiego. La guerra destruye el tejido social, debilita a todas las instituciones, desafía todos los mecanismos de defensa en una sociedad y su imaginación para reaccionar e incluso crea el derecho de resistencia y nuevas formas de relación entre los hombres.

Primer bloque: se refiere a como las hostilidades militares afectan las misiones médicas, el personal médico y paramédico, a los insumos y materias primas, los programas masivos de atención en salud, la infraestructura hospitalaria, a la salud mental del personal en salud. Es una área que tiene relación con las denominadas infracciones al derecho humanitario internacional y la aplicación de normas internacionales sobre protección del área de la salud.

Segundo bloque de problemas en salud: aunque la intensidad del conflicto no golpea a todos los sectores sociales o más a unos que a otros, poco a poco afecta a amplios núcleos de la sociedad, no necesariamente víctimas directas del conflicto armado. Le quita sentido a sus vidas, destruye la estabilidad de la economía, desata crisis existenciales y de visiones de proyectos de mediano o largo plazo en diferentes áreas productivas o de servicios. La guerra mata a un miembro de la familia y destruye la unidad familiar. Este bloque podríamos llamarlo pérdida de sentido de pertenencia y dolor individual y tiene que ver mucho con la salud mental.

Tercer bloque de problemas: hace referencia al afán de venganza o retaliación, a la necesidad de superar el trauma de la guerra como comunidad o como individuo, al enfrentamiento de dos rostros de un mismo cuerpo: verdad y justicia de un lado y reconciliación del otro.

Propone el significado de la esperanza: ¿cómo construir país y vida mientras el conflicto termina y si ha finalizado el conflicto cómo salir adelante? ¿ Lo llamaremos bloque de reconciliación.

Los bloques

Veamos sucintamente cada uno de los bloques problemáticos: el primero es el que tiene mayor información en los medios masivos de comunicación y mayor literatura en las librerías. Hay lentamente la consolidación de una estadística que resume y clasifica actos como los ataques a ambulancias y a las infraestructuras hospitalarias, a la vida e integridad personal del personal de salud, actos de perfidia o de violación del secreto profesional, homicidios de heridos entregados a la protección de la misión médica, etc. Prácticas guerreras como la destrucción del helicóptero del programa aéreo de salud, la militarización de hospitales, el éxodo de funcionarios de la salud, produce el aumento de índices de enfermedades sometidas a control en perjuicio de las comunidades campesinas o indígenas, generan estrés en el personal de salud, reducen la cobertura de la misión medica, aplazan programas de vacunación masiva y generan otros efectos dañinos que ponen contra la pared a los funcionarios públicos de la salud.

Con imaginación buscan alternativas individuales de respuesta a cada problema y trauma: por ejemplo, dialogo con los actores armados, estímulos a la profesión médica, hacer

alianzas con las comunidades para que ellas deslegitimen la guerra, hacen puentes y traslados de pacientes por otros municipios y redes viales para no dejar abandonada una zona, etc. Pero cada una de estas respuestas desgastan con el transcurrir del tiempo. Se necesita mucho coraje, demasiada labor comunitaria, intensa disciplina, elocuente discurso, eficaz neutralidad ante los sectores armados, para poder tener credibilidad y defender la salud de un municipio que es una forma heroica de entregar la vida por el país.

La única alternativa global que proponemos para manejar este bloque de problemas o infracciones al derecho humanitario internacional es la de edificar un acuerdo humanitario especial sobre el tema de la salud para Antioquia en el que está trabajando la gobernación que permita distensionar y mejorar las condiciones de salud en aquellas zonas afectadas por el conflicto armado interno.

El acuerdo humanitario en salud exige una metodología especial de interlocución, con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, con algunos frentes del eln y las farc, con las autodefensas unidas de Colombia, con las autodefensas unidas del Magdalena Medio, con la fuerza pública legítima, para precisar el alcance del tema y lograr un compromiso de todos los actores del conflicto y del gobierno nacional.

Desde el punto de vista político, un acuerdo humanitario especial es un gran logro pues se distensiona y se aclimata un ambiente favorable al ejercicio de la práctica médica y del personal auxiliar y es un valor en cuyo contenido se beneficia a la población civil ajena al conflicto, a la fuerza pública regular, a los propios combatientes, y los funcionarios públicos.

El segundo bloque de problemas tiene que ver entre otros, con los siguientes procesos traumáticos:

El secuestro, la desaparición forzada

La extorsión y atentados terroristas a la industria nacional.

Atentados contra la infraestructura de servicios (torres eléctricas, puentes, carreteras, hidroeléctricas, casas de la cultura, etc.) .

Deterioro del empleo socioeconómico en zonas de relativo o alto nivel del conflicto.

Emigración a otros países, exilios, desintegración familiar.

Este conjunto de acciones y efectos de la guerra implica para la academia, el estado colombiano y la empresa privada el ingenio de programas sociales que permitan superar los efectos negativos de distinto grado. Por ejemplo, la inducción en manejo de secuestros, las medidas de seguridad permanentemente en evaluación, la creación de redes sociales que denuncien la desaparición forzada y acompañen a los familiares de las víctimas; la búsqueda de alternativas de empleo, la revisión de técnicas y terapias psicosociales, la educación en defensa de la salud mental de los colombianos, respondiendo con urgencia y con programas de buena cobertura territorial.

El tercer bloque de problemas no es para la etapa del posconflicto o de la firma de la negociación política de paz. Debe tener respuesta desde ahora, en virtud del acumulado histórico de dolor, del sufrimiento que necesita ser exorcizado colectivamente. Exige una reflexión que evite el desarrollo de nuevas violencias y la construcción en cadena de ciclos de venganza en las comunidades.

Implica igualmente un gran debate en el país sobre la impunidad del pasado y del presente, una nueva definición de hacer justicia, mecanismos alternativos de solución de conflictos.

Es vital que los funcionarios de la salud, especialmente enfermeras, siquiátras, sicólogos, contribuyan a la necesidad de la elaboración de duelos sociales e individuales, a la reflexión sobre la memoria de los acontecimientos traumáticos sin dolor, a la reparación de estructuras de personalidad desadaptadas donde el estado tiene que responder con políticas sociales de capacitación laboral, empleo, proyectos productivos, etc.

La reconciliación es una labor interdisciplinaria donde la medicina, la siquiatria, el derecho, el trabajo social, la política criminal, la antropología tiene mucho que decir. Un país en guerra tiene que replantearse su identidad cultural, no perder sus raíces históricas, desarrollar mecanismos de defensa comunitarios e individuales.

Existe en síntesis, un gran aporte del personal médico, paramédico, de las enfermeras, de los odontólogos, de la siquiatria. La guerra es un desafío que trasforma nuestra mentalidad, nuestro habitual comportamiento, que demanda enormes sacrificios, ingentes recursos económicos, creatividad para más que respuestas individuales crear solidaridad, colectividad, redes institucionales que respondan ante las necesidades y las crueldades que el conflicto armado desarrolla.

La guerra nos desata de las especializaciones; si bien cada cual trabaja o pretende trabajar en lo específico, nos convoca y nos ordena la labor de grupo, las metodologías interdisciplinarias al máximo, aprendemos a ahorrar recursos y materias primas, identificamos temores concretos, valoramos mucho mas lo que es la vida y las orillas de la muerte.

La guerra es destructora por excelencia, pero a nosotros no nos queda mas alternativa que usar nuestras únicas fortalezas: la inteligencia y la cultura, para generar mecanismos de defensa, formas de evitar mayor dolor, capacidad de simulación frente al enemigo, identificación de los sociopatas y saberlos manejar y otros comportamientos.

La guerra ... Esa suma de tragedias o se asume y se enfrenta o se elude, viviendo en otros territorios. Ella mide nuestra valentía, nuestro coraje; ella arriba hasta nuestros linderos humanos, intelectuales y espirituales, los traspasa y nos acorralla o de sus coletazos y sus garras nos zafamos, con la pericia del ser humano que se sabe tranquilo, malicioso y que se conoce a sí mismo. Todos sus lenguajes se desdibujan y son de fácil ubicación.

La guerra seduce a los guerreros, a los locos, a los desesperados. A nosotros nos tiene que hacer más cuerdos, mas adaptados, más astutos, para enfrentarla con la serenidad del que hizo de su vida lo que los versos de Antonio Machado:" gozar y no morir de contento; sufrir y no vencerse en el sollozo, oh¡ que ejemplar severidad del gozo y que serenidad del sufrimiento!

La guerra, esa maldición, pule a los más reflexivos, desespera a los ambiciosos y egoístas de cualquier profesión, desnuda a todos los seres humanos por su capacidad de desarticular linderos, defensas y principios filosóficos. Obliga al sacrificio y al pragmatismo, pero revela al ser moral, ese que en los momentos de la peores crisis es héroe, mártir, líder o simplemente un hombre autentico.

No asuman mis palabras como un elogio de la mierda de la guerra; solo que hay que conjurarla si ella se impone sobre nuestras vidas. Quien se acostumbra a interpretar y manejar la salud de los otros, tiene que ser un filósofo, un hombre dispuesto a la sorpresa y la guerra con toda su carga espuria y fratricida, es igualmente un reto: defender la vida con nuevos sentidos de esperanza o esperar su agujón letal en cualquier esquina, traicionando el juramento de Hipócrates y la dignidad de la estatura de ser hombres y mujeres abiertos al destino que nos toca asumir, que acaba con utopías putrefactas y funda otras sobre las cenizas de las anteriores.

No les pido el máximo valor: morir en nombre de una profesión y por salvar a otros. Les pido ser los mejores, a pesar de la guerra y en medio de vuestras posibilidades. Somos carne y miedo, herida y pregunta, certeza y duda, ternura y miseria, compasión e indiferencia. Si la noble profesión de la salud está patas arriba con el conflicto armado, volvamos a armar el rompecabezas, que con seguridad es construir sueños y asumir con intensidad lo que todos los días ejercíamos de otra manera, quizás en forma desdeñable o cuestionable.

Si la guerra pues es simplemente la muerte moriéndonos a dentelladas, recordemos que es la vida la que justifica todo por más humilde que sea nuestra labor.

SALUD PUBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL SIMPOSIO

SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD EN COLOMBIA -Análisis del estado de la Reforma-

Alvaro Franco G.

INTRODUCCIÓN:

Varios eventos se han realizado alrededor del tema de la Seguridad Social en Colombia y más específicamente sobre la ley 100 de 1993, con diferentes visiones y posiciones acerca del real estado de la Reforma colombiana. La mayoría de las veces las presentaciones, aún las del medio académico, terminan en la polarización de unos defendiendo el sistema y otros como detractores del mismo, aunque ya son menos quienes se consideran protectores de una reforma que cada vez encuentra más dificultades.

No cabría, por lo tanto, volver a hacer evaluaciones apasionadas o en defensa de una u otra posición que propicie prerrogativas para cualquiera de los actores; el hecho de jugarse en cada caso fuertes intereses de algunos de los grupos del sistema, muy diversos y en contradicción con los otros, ha impedido la síntesis. Digo no, desde el medio académico, aunque es deseable el logro de acuerdos y negociaciones, base de la toma de decisiones dentro del sistema, lo cual sería de muy buena valoración por todos nosotros si así se diera, favoreciendo el interés colectivo.

Este ensayo parte de una concepción más global e integral de la Salud Pública y la Seguridad Social, manteniendo de todas maneras como eje del análisis el tema de la Reforma Sectorial, recurrente siempre que intentamos abordajes conceptuales o metodológicos en Salud Pública, aunque opino que no debiera ser así; por lo menos, eso acontece durante toda esta década de los años noventa y hará su transición hacia los primeros años de la próxima. Indudablemente, el tema obedece a la política internacional, a los mismos hilos conductores de la globalización y por lo tanto es imprescindible referirse a ello y no quedar por fuera del contexto pragmático de los servicios de salud.

Si empezamos con el análisis de las motivaciones iniciales de la política global y posteriormente identificamos algunas falacias y equívocos que han sido señalados como soporte, podemos centrarnos luego en el caso colombiano y llegar a algunas conclusiones sobre lo que viene sucediendo a partir de 1993.

Nos apoyaremos en algunos conceptos aceptados históricamente, que nos pueden brindar un entorno para el análisis y formulación de la política de salud como debe estar implícito en los objetivos de este evento internacional. Sobre la parte concreta de la reforma colombiana ya se vienen publicando varios estudios y evaluaciones alrededor de

Ponencia presentada en el Congreso Internacional "Salud para todos, desarrollo de políticas de salud para el siglo XXI" en el evento conmemorativo de los 35 años de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, diciembre 9 de 1999.

Profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Médico, Magíster en Salud Pública y Especialista en Administración de Hospitales.

los 5 años de su implementación , , , , a los cuales haremos referencia en cada caso aparte de la concepción ideológica que direcciona cada estudio, suplen en alguna medida las limitaciones del sistema de información en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

1. MOTIVACIONES DE LA REFORMA SECTORIAL:

a. El Entorno de la Salud Pública y la Seguridad Social:

La última década se ha caracterizado por enormes cambios en el orden económico mundial y en las relaciones entre países. Tenemos que dar cuenta de indudables efectos de las megatendencias sobre las naciones, sobre el Estado y, en particular, sobre la Salud Pública y las organizaciones de salud. La gestión en salud se ha visto así condicionada de mil maneras, pero destacamos solo algunos de los hechos más importantes :

- La globalización de la economía, los cambios en el nuevo orden económico internacional y la aparición de nuevos bloques económicos entre los cuales sobresale la Comunidad Económica Europea; los cambios políticos e ideológicos, acaecidos desde la caída del Muro de Berlín y los efectos de la “Perestroika” en la antigua Unión Soviética; la crisis económica a pesar de los tratados de libre comercio ya mencionados, la agudización del desempleo, el trabajo a destajo y la reconversión del recurso humano; los cambios en el mercado y en la relación oferta - demanda; las contradicciones entre la globalización, la individualización y la consiguiente pérdida de interés por lo colectivo; nuevos desarrollos tecnológicos y del conocimiento en el campo de la gerencia y las estrategias de desarrollo empresarial; nuevos modelos de redes alimentadas por la introducción de la cibernética, la transmisión electrónica y el acopio de información gracias al gran desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y las telecomunicaciones.
- Paradójicamente se observa un deterioro social y decaimiento humano a pesar de las expresiones en favor del “capital humano” pero sin una específica responsabilidad por el bienestar y mejoramiento de las personas. Los cambios han llevado a pensar lo social más en función de los costos y la racionalidad económica, en transformar las empresas, en involucrarse en la carrera local por la competencia a riesgo de su propia supervivencia y la desaparición de las instituciones, principales formas organizativas sociales. Pero la guerra no sólo es del mercado, también opera militarmente; al superarse la guerra entre occidente y el polo oriental, se desplaza el armamentismo hacia la guerra entre microrregiones.
- Nuevos tratados de libre comercio en América del Norte, en el Cono Sur, en los países del pacífico, etc., demarcan poco a poco el nuevo orden económico internacional, con

El consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha hecho su propia evaluación al presentar el informe anual al Congreso de la República, en julio de 1999; el Ministerio de Salud también ha propiciado la evaluación en el momento de convocar a los diferentes actores para que presenten propuestas de reforma a la “Reforma”; la Facultad Nacional de Salud Pública ha hecho otro tanto con su estudio sobre “las implicaciones de la reforma (...) sobre la organización institucional...”; Jaramillo, Iván, con el texto “El futuro de la Salud en Colombia”, 4ª. ed. 1999; y así, otros más.

LONDOÑO, Juan Luis, BELTRÁN López, Ulahy, REDONDO, Herman, GRANADOS, María del Pilar. En: Revista Hospitalaria 2(7) ACHC. Santafé de Bogotá, octubre de 1999, p. p. 3-14.

ESLAVA C., Juan Carlos. Seguridad social en salud: reforma a la reforma. En revista de salud pública. Universidad Nacional de Colombia 1(2). Santafé de Bogotá, 1999, p. p. 105-117.

Revista “Vía Salud” 10 (8), Centro de Gestión Hospitalaria. Santafé de Bogotá, pág. 3-13

CUESTA Fernández Felix. La empresa virtual , serie MC Graw – Hill, Madrid, 1998.

una doble tendencia: "el compromiso entre la microsegmentación y la globalización de los mercados" , la situación de los mercados locales microsegmentados dentro de la mundialización de la economía y el fuerte efecto de las ventajas competitivas sobre los mismos.

Los efectos no se han hecho esperar: el desequilibrio entre oferta y demanda por pérdida de la capacidad adquisitiva de la población y la disminución del consumo por efecto del desempleo; en los servicios públicos se ha impuesto la teoría del cliente y la gerencia del mismo con serias implicaciones en las relaciones que se han establecido sobre todo en salud, con aparente pérdida del rol político subyacente y la deshumanización del servicio; no se traduce efectivamente en soluciones a los problemas sociales de la salud.

Como lo describe descarnadamente el autor de la referencia, es interesante ver el mundo repartido en grandes bloques: "el mundo de la materia prima", en el Cono Sur; "el mundo de la fabricación" y el empleo, en Asia; el mundo del consumo y la comercialización" en Norte América y Europa; preguntamos, ¿ y el resto que? como puede sospecharse, ninguna de las tres opciones, ni empleo, ni riqueza, ni trabajo, ni posibilidades de acceder al consumo. Una aterradora conclusión! desde esta óptica; los demás países son el subproducto del mundo globalizado.

b. La crisis de la Seguridad Social:

Así es que el tema que hoy nos deja inmersos en la globalidad no es propiamente la seguridad social, es la crisis de ella, ante todo los problemas del financiamiento y de la organización de los sistemas que son de una dimensión universal y siempre en estrecha relación con la macroeconomía; por eso indicadores tan de moda como las tasas de interés, la política de vivienda, la inflación, la devaluación, etc., tienen nexos incontrovertibles con aquella. Pero si algo debemos destacar como determinante de la seguridad social es el empleo; éste es el núcleo de la misma, como lo señalara uno de los Magistrados de la Corte Suprema de justicia: "el empleo es la savia de la seguridad social" .

Tan grave ha sido la crisis de fin de siglo que hasta los principios y valores han sido cambiados por fuerza de las circunstancias, en razón de las explicaciones de la recesión económica ante todo. Como ejemplo, tenemos la tendencia a dudar de la importancia de la seguridad social; hoy se aduce pérdida de relevancia y se sugiere hasta su abolición, como bien lo anuncian algunos autores . Hoy se asocia el desprestigio de la seguridad social con las críticas al Estado de Bienestar y fundamentalmente se hace por los defensores del mercado, proclives a la "individualización" y amparados en la libertad que supuestamente garantiza el mercado; lo que antes debía resolverse por la vía de la solidaridad intergeneracional, hoy podría quedar como tantos otros servicios sociales sujeto a la dinámica del mercado. Es decir, predomina la preocupación por los resultados económicos frente a los réditos sociales derivados de una política dada.

CUESTA Fernández Felix. La empresa virtual , serie MC Graw – Hill, Madrid, 1998, pág. 4.

HERRERA, Roberto, Prólogo. En: El sistema pensional colombiano, Legis, 1999, pag.8

Ver, MIDGLEY James: ¿La Seguridad Social ha perdido relevancia? En: Revista internacional de Seguridad Social –AISS, No. 52 (2). p. p. 111-121.

Peor aún, cuando encontramos cierta nubosidad ética en los planteamientos sobre la intrascendencia de la seguridad social, desconociendo las responsabilidades de unas generaciones frente a otras o de unos sectores sociales hacia otros. Me refiero al debate suscitado en Europa, E.E. U.U y los países de capitalismo avanzado, que cuestiona seriamente la asistencia pública y la seguridad social.

Una de las estrategias beneficiada con semejante andanada ideológica es la privatización; el ejemplo de la privatización chilena sigue siendo paradigma de lo bueno y lo malo para unos y otros, quienes defienden la práctica social o quienes abogan por su recorte. En Colombia, este debate en lo que respecta a salud, ha alcanzado más de 5 años desde que se promulgó la ley 100 de 1993, pero en lo referente a los regímenes pensionales de la seguridad social apenas toma forma con las recientes exigencias del Fondo Monetario Internacional antes de otorgar préstamos de alto valor al país. El Banco Mundial, por su parte, sigue impulsando la privatización y la gestión comercial de la seguridad social en todos los países .

Midgley , refiriéndose al tema anota que "tanto en Gran Bretaña como en los Estados Unidos se aboga más frecuentemente por la idea de privatizar la seguridad social", pero sabemos que el "mandato" del Banco es para todos. La principal crítica que se les hace a los sistemas de seguridad social es su inviabilidad en el mediano plazo, esencialmente en lo relacionado con los regímenes de Reparto Simple, tradicionales en el sistema público.

La privatización apunta a la comercialización en las formas y mecanismos de seguridad social ; sus elementos son: "Abolición de los programas de jubilación, sobrevivientes e invalidez (...) (del) seguro social y su sustitución por otros sujetos a gestión comercial" , con un ardid muy atractivo para los gobiernos, cual es el crecimiento e impulso económico, al evitarse el gasto en la protección social. Contrariamente a los argumentos esgrimidos, es necesario reconocer la posición opuesta que defiende el papel del Estado, para regular y garantizar un sistema con transferencias intergeneracionales; para estos últimos, en términos de solidaridad, "es preferible ver al estado financiando el interés colectivo y social y no a los fondos privados desfinanciados".

Los argumentos de inequidad, endilgados a los fondos con base pública en esta réplica contra la seguridad social, son contrarios a la realidad de los efectos solidarios intergeneracionales, aunque debe reconocerse que históricamente se pudieron equivocar al dar privilegios a los trabajadores sobre la base de una imposición general, con beneficios sólo para la clase obrera.

Más que el debate entre lo privado y lo público de la seguridad social, o entre el Estado y la comercialización, nuevas preocupaciones tomarán más fuerza: la seguridad social para los desempleados, para una mano de obra móvil, para los más longevos por el aumento

v. BANCO MUNDIAL. Informe "Envejecimiento sin crisis", 1994

MIDGLEY James: ¿La Seguridad Social ha perdido relevancia? En: Revista internacional de Seguridad Social –AISS, No. 52 (2). Pág.114

La Seguridad Social, según los prolegómenos conceptuales de la O.I.T., incluye protección de los ingresos, asistencia social, mandato a los empleadores, seguro social, asignaciones sociales; luego se fue ampliando cada vez más durante el presente siglo hasta el momento de la crisis.

MIDGLEY James: ¿La Seguridad Social ha perdido relevancia? En: Revista internacional de Seguridad Social –AISS, No. 52 (2). Pág.116

de la expectativa de vida; ¿que hacer con la gran masa de pobres que sigue aumentando? ¿cómo resolver el desarrollo humano frente a la ideología del crecimiento económico?. Estas son preocupaciones generales a la seguridad social pero atraviesan también, en lo específico, la “reforma sectorial” objeto de análisis en este artículo.

c. Las motivaciones colombianas:

Para los fines de este ensayo es importante sintetizar en este apartado algunas de las tendencias que afectan al país y lo seguirán haciendo, de acuerdo con el contexto anterior:

Nos vemos afectados por los grandes problemas, consecuencia de la mundialización y del reacomodo de los mercados intercontinentales, tales como: el incremento del desempleo, la flexibilización laboral, los recortes a la seguridad social y, específicamente en Colombia, las dificultades de la guerra; el país, en razón de su conciliación con las determinaciones invisibles pero muy reales de la política internacional, viene cediendo a las recomendaciones internacionales en lo relacionado con la gestión las políticas sociales.

En el campo sectorial, las motivaciones aparecen más atenuadas que lo mostrado por las tendencias antes descritas. *De acuerdo con estudios previos sobre la reforma colombiana , las principales razones que llevaron a replantear el sistema de salud anterior fueron: consideraciones de equidad y solidaridad, reorientación del gasto en salud y aumento de la financiación, privatización de los servicios y búsqueda de la eficiencia, instaurar una modalidad de competencia regulada en el sistema colombiano, diferenciar completamente las funciones de aseguramiento y las de prestación de servicios, separación de las funciones de la atención médica de las de la salud pública (entendida esta únicamente como el componente que atribuye responsabilidades sobre acciones y riesgos con externalidades), pasar de una racionalidad paternalista basada en el subsidio a la oferta hacia otra en concordancia con el aseguramiento, basada en el subsidio a la demanda.*

2. ANÁLISIS SOBRE EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA:

Este aspecto, tan importante sigue siendo objeto de grandes controversias en el país aunque no tan antagónicas como en un principio y además con cierto desencanto por parte de todos los actores aún por los más recalcitrantes defensores. Durante 1999 el Ministerio de Salud tuvo la firme intención de presentar ante el parlamento Colombiano una ley de “Reforma a la Reforma”, sobre la base de revisar la ley 100 de 1993. Varios de los actores fueron convocados a presentar propuestas, algunas de las cuales se han venido consolidando por diversos analistas , , que destacan, con base en documentos del Ministerio de Salud, problemas como dificultades para hacer la conversión del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, no afiliación del sector informal, desigualdades regionales en la asignación de recursos, poco control de la elusión y la evasión y otros más; se va dando cierta coincidencia en el análisis a pesar de las diversas perspectivas:

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Programa de Apoyo a la Reforma y Universidad de Harvard. Evaluación de la Reforma Colombiana. 1995

LONDOÑO, Juan Luis, BELTRÁN López, Ulahy, REDONDO, Hermán, GRANADOS, María del Pilar. En: Revista Hospitalaria 2(7) ACHC. Santafé de Bogotá, octubre de 1999, p. p. 3-14.

ESLAVA C., Juan Carlos. Seguridad social en salud: reforma a la reforma. En revista de salud pública. Universidad Nacional de Colombia 1(2). Santafé de Bogotá, 1999, p. p. 105-117.

Demasiada normatividad que ha generado suficiente confusión en el sistema y sensación de desorden en todos los niveles; carencia de un sistema de información y falta de un sistema de garantía de calidad; ausencia de liderazgo del sector y del Ministerio de Salud por la obsolescencia de su estructura más que por las personas; ausencia y debilitamiento de los sistemas de vigilancia y control administrativo y epidemiológico; **burocratización** del sistema, limitando el acceso de la población y el flujo oportuno de los recursos; la crisis del modelo económico por su parte deteriora la base del sistema de seguridad social en salud al romperse todos los supuestos macroeconómicos en que se basó; la pobreza, el desempleo y la informalidad de la economía dan al traste con los objetivos de un sistema montado sobre la base de los asalariados, el aseguramiento y los subsidios marginales; grandes problemas en la regulación y modulación por el ente central y la articulación a través de las EPS y administradora en general, como síntesis.

La Facultad Nacional de Salud Pública ha mantenido su distancia frente al modelo estatuido por la legislación de la reforma, se ha insistido en más de una ocasión sobre las debilidades sociales de la Reforma colombiana, el deterioro de la salud pública a partir de los cambios introducidos en 1993, y fundamentalmente por la ausencia de una real política de salud pública.

En reciente debate con los profesores de esta entidad académica y algunos miembros del Parlamento de la república del Paraguay, quienes gentilmente visitaron nuestra ciudad, se analizan los síntomas más notorios de la Reforma colombiana, así : el punto de mayor consenso se refiere al efecto negativo que tuvo la ley 100 de 1993 sobre las funciones de la salud pública y sobre la situación de salud de los colombianos.

También se considera que los mecanismos del mercado, columna vertebral de la reforma, han tenido serios efectos sobre la dignidad de los médicos y profesionales de la salud, sobre la solidez de los hospitales generando una crisis de imprevisibles consecuencias; se ha incurrido en flagrante abandono de la responsabilidad estatal, en general se observa la imposibilidad de competencia de lo público frente a un mercado abierto; el sistema tuvo un ligero crecimiento en sus inicios, en lo referente a coberturas y aseguramiento pero posteriormente se disminuyeron sus indicadores de logros, por la inercia del empleo y del deterioro de la economía; se insiste en que el legislador en 1993 pensó en la salud privada y olvidó la Salud Pública, es muy evidente la pérdida de la promoción y prevención en salud, muy a pesar de los mecanismos de financiación establecidos en la misma reglamentación; otros aspectos muy relacionados con el sistema, carencia de una política de personal y desarrollo del recurso humano, además de la asfixia económica por un pasivo prestacional nunca sometido a los cálculos actuariales ni a financiación alguna, carga entregada ahora a los entes descentralizados y a las Empresas Sociales del Estado.

En síntesis las principales críticas se orientan hacia el componente socio- sanitario de la reforma que tiene una trascendencia única, por ser el centro o el deber ser de una política social.

En contraste, otro enfoque del análisis apunta a elementos estructurales, reconociendo la misma problemática pero en relación con otros factores no atribuibles al modelo de "la reforma", así:

Basado en los conceptos emitidos por el "grupo de seguridad social", Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública, octubre de 1999.

- Se aduce en tal sentido, que el diseño y el modelo colombiano goza de una configuración y coherencia interna de incalculable valor, susceptible de aplicación en otras realidades menos críticas que la de Colombia, donde existe una gran distancia entre el modelo teórico y el que ha sido implementado.
- La política de descentralización que inició el país y concretamente el sector antes de 1993, no logró allanar el camino oportunamente para los cambios que demandaba el novedoso sistema de seguridad social en salud, tampoco se logró cambio deseado en el modelo sanitario tradicional.
- No podemos negar la importancia de la ley 100 de 1993 como una ley de seguros, el aseguramiento es un tema certeramente introducido al país mediante esta norma muy a pesar de las grandes limitaciones en extensión de coberturas. Podría aceptarse también, que intentó la modernización del Estado y de sus instituciones y por ello fundamentó su estrategia en la eficiencia gerencial pero se equivocaron quienes tenían la responsabilidad en las políticas de salud y seguridad social en el país, quienes se olvidaron de esta parte.
- Los ejecutores del modelo priorizaron la aplicación del concepto de eficiencia al dominio macro de las políticas y asignación de recursos y se olvidaron del concepto de eficiencia en el componente microeconómico de las organizaciones, en lo cual la evaluación también nos puede mostrar pobres resultados.
- Puede argumentarse que en la ley quedaron dos mojonos importantes para la salud pública, el PAB (Plan de Atención Básica) y los recursos para promoción y prevención, nunca antes separados de los fondos comunes en los departamentos y municipios; es cierto, aunque la reglamentación posterior no logró una adecuada logística para su ejecución y, peor aún, en la práctica se han dilapidado los recursos. Aunque los recursos públicos para salud se han cuadruplicado en la última década, según descripción al pie de esta página.

3. ALTERNATIVAS:

Con el ánimo de encontrar salidas a la actual coyuntura del sistema, descrita anteriormente, podrían plantearse algunas opciones entendibles como **Reforma a la Reforma**, las cuales apuntan a hacer más viable el sistema dándole cabida a posiciones más plurales. Dentro de este marco, algunas líneas de cambio se pueden mencionar:

Se concreta en la ley 10 de 1990, que reforma el anterior Sistema Nacional de Salud.

A propósito, según datos del Departamento Nacional de Planeación (PNUD), Colombia destina a salud el 10.8% del PIB y un gasto público social en salud, per cápita de 85.526 en 1999, con un notable incremento a partir de 1980 (presentaba 20.891); aunque es necesario reconocer que el producto interno bruto ha venido disminuyendo en los últimos años. El gasto público incluye el gasto central (40%) de Ministerio de Salud, ICBF, Fondos de Inversión Social FIS, Fondo de Solidaridad y Garantía; Recursos Territoriales (53%); o sea, situado fiscal, rentas cedidas, rentas propias, recursos municipales (participación en ICN); y otro 7% por Fuerzas Armadas, Magisterio, Ecopetrol, Caja del Congreso.

Editorial, Revista "Vía Salud" 10 (8), Centro de Gestión Hospitalaria. Santafé de Bogotá, pág. 4.

Aunque algunos cambios propuestos apuntan a reformar varios aspectos en el actual sistema, en los cuales no hay consenso: integrar servicios personales y colectivos, suprimir la intermediación en el sistema por el aumento de costos e ineficiencias, acentuar los mecanismos de control estatal, incentivar la participación social, incrementar los contenidos del POS, mejorar las relaciones y reglas de juego entre EPS públicas y EPS privadas y ARP, obligar al gobierno al cumplimiento de responsabilidades (el *paripassu*, por ejemplo), la igualación de regímenes (Contributivo y Subsidiado), recortar el gasto central, autonomía real de hospitales públicos, reestructuración del ISS, mejorar aseguramiento, transformar las ARS en aseguradoras, entre otras.

- Desarrollar una Política de Salud Pública, complementaria o integradora de la contemplada en la Reforma Sectorial basada en la prestación de servicios y en el mercado.
- Establecer un Régimen de financiación de los *Vinculados*, que a su vez garantice el adecuado y oportuno flujo de recursos para el sistema hospitalario colombiano y las *Empresas Sociales del Estado*.
- *Mantener y fortalecer el aseguramiento pero acabar con la intermediación administrativa; llevar paulatinamente hacia la consolidación de un sistema de aseguramiento universal, con, posiblemente, varias agencias aseguradoras entre ellas el Estado, garante ante todo para aquellos víctimas del desempleo (no es propiamente un seguro de desempleo, sino de salud).*
- *Establecer una ley Hospitalaria cuyo fin sea asegurar el financiamiento de Hospitales y clínicas, permitiendo el sistema de competencia regulada pero no la competencia perversa con la intermediación del dinero, y garantizando el desarrollo institucional y la mejora de la calidad en el servicio. Incluye la redefinición y diseño de un verdadero Sistema Hospitalario. La Financiación de los hospitales por la vía de la oferta puede hacerse manteniendo el esquema de la competencia si aplicamos y hacemos viables los desarrollos gerenciales y los indicadores de gestión.*
- *Definir, diseñar y gestionar Sistemas Territoriales de Salud, de orden local y regional pero con cobertura nacional y con carácter de red global, aprovechando las experiencias en promoción de la salud, municipios saludables, etc.; constituir, así un verdadero Sistema de Salud colombiano a partir de las redes y experiencias locales.*
- *Establecer un sistema de desarrollo profesional de los trabajadores de la salud, que más que una discusión por el salario se convierta en una posibilidad de dignificar la profesión y la opción para liderar el sistema y convertirse en el actor modulador y ponderado, negociador entre los intereses de los otros actores, pero la ley debe otorgarle ese poder y definir los mecanismos pertinentes.*
- *Alternativas para asegurar a todos los pobres, sin selectividad ni sistemas diferenciales, acabando con eslabones sin continuidad en la cadena del aseguramiento.*

4. HACIA LA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD:

Se puede concebir el cambio global como : "la integración referida a cada uno de los componentes esenciales de los sistemas de salud, a saber, las poblaciones y las instituciones". Varios autores coinciden en que es necesario tener un pensamiento sistémico y global para solucionar la crisis del sistema de salud , , , en ese sentido se puede proponer lo siguiente:

El norte de cualquier reforma en los sectores sociales deberá estar puesto siempre al servicio del **Bienestar Social**, de un mejor nivel y situación de salud y de las condiciones de vida de la población. Recordemos el Artículo 366 de la Constitución Nacional: "El

FRENK, Julio y Londoño, Juan Luis. El costo de no reformar. En Cuestión Social No. 42. México: IMSS, 1998, pag. 27

FLÓREZ, John, Franco Alvaro y otros. Propuesta para reformar la ley 100 de 1993. En: Revista Facultad Nacional de Salud pública. Medellín, febrero de 1999.

Editorial, Revista "Vía Salud" 10 (8), Centro de Gestión Hospitalaria. Santafé de Bogotá, pág. 3.

ESLAVA C., Juan Carlos. Seguridad social en salud: reforma a la reforma. En revista de salud pública. Universidad Nacional de Colombia 1(2). Santafé de Bogotá, 1999, p. p. 105-117.

FLÓREZ, John, Franco Alvaro y otros. Propuesta para reformar la ley 100 de 1993. En: Revista Facultad Nacional de Salud pública. Medellín, febrero de 1999.

bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de sus necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y agua potable". Por consiguiente, es necesario que hablemos de una **reforma sanitaria integral** y no una reforma sectorial, lo cual no puede hacerse desarticulado del modelo de desarrollo imperante.

Como fundamento estratégico de cualquier cambio, después de haberse dado el consenso filosófico en los principios, es importante asumir algunos de los postulados centrales de leyes muy influyentes, pilares del actual sistema de salud, ley 10 de 1990, ley 60 de 1993, ley 100 de 1993. Recordar que: el cambio en el modelo sanitario era una de las motivaciones desde 1990 para impulsar la transformación; que la descentralización, el mercado y la integralidad de regímenes, del modelo de atención y del sistema en general requieren de consideración especial. En fin, todo lo relacionado con el modelo y sus bases, es decir el paradigma propuesto para avanzar en el cambio; paradigma basado en los principios, sí, pero jerarquizados de tal manera que prevalezcan los de carácter humano (la dignidad de la vida y de la condición humana) y social (el interés colectivo) sobre los que tocan con la gestión de recursos (la racionalidad económica), no son incompatibles si se ponen los unos al servicio de los otros. De acuerdo con esta preconcepción el paradigma seguirá basado en la solidaridad, en la equidad, en la justicia social, en los derechos sociales y en lo situacional (eficiencia, lo contingencial y lo económico).

De igual manera, las estrategias previas que desarrollan el soporte del sistema tienen que ejecutarse cabalmente, me refiero a la descentralización perfectamente instrumentada como concepción de lo público, con pleno conocimiento y participación de los actores involucrados, alcaldes, comunidad, funcionarios de salud de los entes regionales y locales; con suficiente desarrollo de la tecnología de la descentralización pero además del conocimiento suficiente, el buen ejercicio de lo político como arma para gestionar el cambio; es ese el terreno que hay que abonar para que camine y prenda "la Reforma". Al respecto, otros analistas opinan parecido: "la Salud Pública es la gran damnificada de la descentralización, reforma previa a la ley 100 de 1993, porque no se hizo la transición"

La reforma, en ese terreno, debe estar también en la conciencia de las personas y sobre todo en sus actores fundamentales (los usuarios, los profesionales de la salud, los decisores), es un problema de participación social pero no solo ello, para la toma de conciencia se requiere la simplificación, el desmonte de tanta norma y establecer un estatuto unitario de salud, como se ha dicho.

BIBLIOGRAFÍA:

- FRENK, Julio y Londoño, Juan Luis. El costo de no reformar. En Cuestión Social No. 42. México: IMSS, 1998.
- LATAPI López Jaime. Reformas de los sistemas de salud. En: Cuestión social No 39. México IMSS, 1993.
- REPUBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política 1991. Medellín: U. de a., pág. 172.
- ORLANDINI, Luis. Principios y cambios en Seguridad Social. En: Cuestión Social No 39. México: IMSS, 1996.

- ASOCIACION MEDICA COLOMBIANA. Posición oficial de la AMC frente al sistema de seguridad social. Santafé de Bogotá. octubre 31 de 1998.
- OPS. Promoción de la Salud. Una antología. Publicación científica 557.
- MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3997 del 30 de octubre de 1996.
- MINISTERIO DE SALUD. Resolución 4288 del 20 de noviembre de 1996.
- HERRERA, Roberto, Prólogo. En: El sistema pensional colombiano, Legis, 1999.
- MIDGLEY James: ¿La Seguridad Social ha perdido relevancia? En: Revista internacional de Seguridad Social –AISS, No. 52 (2). p. p. 111-121.
- MIDGLEY James: ¿La Seguridad Social ha perdido relevancia? En: Revista internacional de Seguridad Social –AISS, No. 52 (2).
- MIDGLEY James: ¿La Seguridad Social ha perdido relevancia? En: Revista internacional de Seguridad Social –AISS, No. 52 (2). Pág.116.
- CUESTA Fernández Felix. La empresa virtual , serie MC Graw – Hill, Madrid, 1998.
- MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Programa de Apoyo a la Reforma y Universidad de Harvard. Evaluación de la Reforma Colombiana. 1995.
- Editorial, Revista “Vía Salud” 10 (8), Centro de Gestión Hospitalaria. Santafé de Bogotá.
- Editorial, Revista “Vía Salud” 10 (8), Centro de Gestión Hospitalaria. Santafé de Bogotá, pág. 4.
- Revista Hospitalaria 2(7) ACHC. Santafé de Bogotá, octubre de 1999, p. p. 3-14.
- ESLAVA C., Juan Carlos. Seguridad social en salud: reforma a la reforma. En revista de salud pública. Universidad Nacional de Colombia 1(2). Santafé de Bogotá, 1999, p. p. 105-117.
- Revista “Vía Salud” 10 (8), Centro de Gestión Hospitalaria. Santafé de Bogotá, pág. 3-13.
- YEPES, Francisco, Conferencia en pre Congreso de Salud para todos y Formulación de políticas de Salud para el siglo XXI, Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública, octubre de 1999.
- FLÓREZ, John, Franco Alvaro y otros. Propuesta para reformar la ley 100 de 1993. En: Revista Facultad Nacional de Salud pública. Medellín, febrero de 1999.

LA SALUD PUBLICA

Alvaro Franco G.

INTRODUCCIÓN:

Hoy asistimos a cambios intelectuales grandes en el espacio del conocimiento, en donde se presentan renovaciones de diversa índole y se vuelve cada vez más trascendente el cruce e intercambio entre las diferentes ciencias.

A pesar de reconocerse en la salud pública, una disciplina fundamentalmente práctica, esta disquisición apunta a los conceptos, a los paradigmas y al sistema teórico que puede identificarse en salud pública, muy similar a la preocupación de Foucault en otros campos. Nos estamos preguntando por ese algo que le dé cuerpo a la salud pública como disciplina, por el propio sentido de los hechos aparentes, por las relaciones entre los elementos, los lazos de conexión entre los diferentes actores y organizaciones de la salud pública.

Atrás de esa realidad aparente que intelectualmente convertimos en conceptos, existe ya establecida esa relación de los diferentes elementos, simultáneamente organizados en la Práctica de la Salud Pública; es importante evidenciarlo para poder dirigir ese esfuerzo hacia los objetivos y principios tan mencionados (por momentos, objeto de coincidencias en varias fuentes), desentrañar esa estructura subyacente a las diferentes prácticas resulta determinante por esa razón. Es identificar el pensamiento en salud pública, el concepto de salud y las prácticas de salud que han trascendido hasta hoy, alineadas en su propia historia.

En el centro de la salud pública están la vida y todos los actos vitales del hombre, se desarrollan y expresan en esas formas de pensamiento de la salud, cuando nos referimos al bienestar humano, a la felicidad, al sentir humano de la salud pública como lo enseñó Héctor Abad Gómez ; lo hacemos sobre una base conceptual pero real y concreta, se construye poco a poco en su devenir histórico el saber en salud pública.

El interés y la intención apuntan, por lo tanto, a relacionar la vida, el hombre, etc., con esta disciplina, con el saber acumulado en este campo, con su faceta científica, por así decirlo, con aquellos esquemas articuladores en su trasfondo. Es pretender entender la salud pública como objeto de conocimiento y de acción a la vez: recuperar sus diferentes prácticas, o bien en su concepción humanística o en su base científica, o en su análisis político; cualquiera de estos tres frentes de la reflexión y de la acción, son medulares para desbrozar el rumbo académico y político de la práctica y el saber en salud pública.

1. LA PERSPECTIVA SOCIAL EN SALUD PÚBLICA:

En el Renacimiento y en el siglo XVII, ya la profesión médica monopolizaba la salud y la enfermedad. “sin embargo, al final del siglo XVII, la medicina se había aproximado

Ponencia en el Seminario Internacional “Salud para todos y desarrollo de políticas de salud en el siglo XXI”, Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública, Diciembre de 1999.

Médico, Magíster en Salud Pública, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia.

FOUCAULT, Michel. Saber y verdad, colección genealogía del poder. Madrid, Ediciones de la Piqueta, 1991.

ABAD, Gómez Héctor. Teoría y práctica de Salud Pública. Medellín, Universidad de Antioquia, 1987.

bastante, a las ciencias sociales debido a las pobres condiciones de vida de las masas trabajadoras y sus relaciones con la enfermedad” . Podemos ver como descifrar el carácter social de la salud pública no es cosa de este siglo.

Mucho antes, desde el siglo XIII, se planteaban las primeras bases para una gestión social moderna, cuando Juan sin Tierra, cerca de Londres en 1215 firma la “Carta Magna”, fuente del Estado Moderno y origen de la democracia , separa los derechos del individuo de los del Estado, derechos de independencia, integridad, libertad, propiedad entre otros. Seguidamente, en el mismo país con Isabel I, se da la primera *ley de pobres* con la cual se defienden los derechos de los vasallos.

Por su parte, la revolución industrial tuvo mucha importancia para el entendimiento social de la enfermedad, por las precarias condiciones de vida que fue generando(1.750-1850); Ramón Sidenhann, a mediados del siglo XVIII, señalaba que “los problemas de salud de los pueblos y la enfermedad eran fenómenos de origen social (...) la sociedad debía responsabilizarse del nivel de salud de las sociedades”. No obstante en la práctica se siguió dando otra concepción: auge de la medicina individual, abandono de la higiene pública, monopolio de la salud por los médicos, muy a pesar que desde antes (1.800) se ofrecían beneficios médicos a las masas trabajadoras, saneamiento ambiental, control de epidemias

“La idea de que la medicina es una actividad social surgió entre los intelectuales en relación con el movimiento obrero en Alemania, en 1.848 (...) ... Chadwick en Gran Bretaña ... Virchow, en Alemania” . Virchow fue pionero, defensor de la Medicina Social, de la Salud Pública, de la Epidemiología y de los Seguros Sociales para los trabajadores. Pero fue Julio Guerin en 1848 el primero en hablar de Medicina Social como el“... estudio de las relaciones entre morbilidad de las poblaciones y condiciones materiales de vida de las comunidades”: no era una técnica nueva sino un enfoque científico diferente del problema salud-enfermedad. “Desde Virchow, es un hecho conocido que la morbilidad, la materialidad y mortalidad tienen una distribución social bien determinada y que su origen está en las relaciones sociales” . Y se concluye que “*la salud enfermedad ocurre en nuestra biología individual (mecanismo ecológico) pero el proceso se origina y distribuye en la realidad socio económica en que la población vive; esa realidad social y el contexto real en que el Homo Sapiens vive, se socializa, se enferma y muere*”. Lo social se interpreta en este enfoque como “determinantes sociales” no como agregado de datos de “factores socioeconómicos” .

2. SOBRE LOS PARADIGMAS EN SALUD PÚBLICA:

Se ha vuelto muy usual hablar de paradigmas, al final del siglo, de cambios de paradigmas y más aún de lucha o controversia de paradigmas; esto puede tener dos motivaciones: la primera por el afán del cambio de siglo, y peor aún de milenio, con un tácito supuesto de la renovación instantánea o automática, premisa ésta desde luego equivocada y ligera que es necesario olvidar y dejarla en la exploración de los deseos; la

SAN MARTIN, Hernán, et al. Op cit, pag. 20

MIRANDA , Guido. La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica. 2ª. edición, San José, 1994, p. p. 11 - 13

SAN MARTIN, Hernán, et al. Op cit, pag. 21

SAN MARTIN, Hernán, et al. Op cit, pag. 24

segunda más importante, basada en la fuerte preocupación por la incapacidad explicativa y de intervención sobre los fenómenos de la realidad. Desde este punto de vista es importante explorar algunos esquemas o tendencias en la salud pública, asumiendo la crisis de las disciplinas o de la ciencia en general.

Se entiende por paradigma un "modelo o patrón intelectual que regula toda una etapa en el desarrollo de una ciencia determinada" , con cierto tono de normalidad. En Salud Pública se han perfilado poco a poco ciertos patrones, ante todo de tipo actitudinal, que dan cuenta del desarrollo de esta disciplina a través de la historia; recientemente viene recibiendo diferentes connotaciones e interpretaciones.

Recordarán muchos de ustedes la pregunta que desde tiempo atrás nos hemos hecho por el objeto de la salud pública, respuesta no siempre fácil y oportuna, tampoco satisfactoria desde el punto de vista conceptual ni epistemológico. De ahí, en parte se derivó una de las tendencias en nuestro campo hace aproximadamente 10 años, hablar y delimitar la "crisis de la salud pública", pero este no es propiamente el tema que nos ocupa en este momento, la crisis tiene mucho más que ver con la situación de salud en retroceso en todos los lugares del planeta, fuertemente imbricada con los cambios abrupto en el modelo económico y en las nuevas e inacabadas relaciones internacionales de las naciones y los Estados frente a la nueva dinámica del mercado y del desarrollo del capitalismo mundial. No, el interés analítico e inquisidor, está más puesto en la mira del problema del conocimiento y sus esquemas teóricos, de los modelos conceptuales, advirtiendo de todas formas que esta abstracción no implica la separación de la práctica y el saber en salud pública, los cuales se presentan siempre como las aristas del mismo prisma.

Otros autores se aproximan al mismo problema , esa crisis de que habláramos antes o igual, el otro contexto que llamamos la controversia de los paradigmas; según ellos, en ese punto de crisis la Salud Pública no logra definir su objeto porque se mueve entre varios paradigmas, aparentemente contradictorios, o sea que la crisis es paradigmática, expresado en la insuficiencia explicativa de los fenómenos de la salud enfermedad y en la acumulación y aumento de problemas de salud y necesidad; lo que llaman, citando a Tomas Kuhn, *anomalía* .

Aquí cabe apuntarle a alguna opción explicativa en la teoría moderna, por ejemplo, aquella basada en la complejidad : así, en el fenómeno salud enfermedad es necesario reconocer esa complejidad y múltiples relaciones, una totalidad.

Las características del llamado "Nuevo paradigma", según el anterior enfoque son: la noción de no linealidad y la contextualización que llevan al enfrentamiento del esquema convencional de la ciencia basado en la causalidad, o simplemente la superación del enfoque de las disciplinas de la lógica como lo señalamos en otro acápite de este ensayo

Laín Entralgo, citado por: QUEVEDO V. Emilio. El proceso salud - enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista . Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 1990. p.1

SÁNCHEZ, D., Bazzavi, R. y Gómez, S. Op cit., pág. 71

PELLEGRINI F. Alberto, et al. Op cit, pág.62.

v. MORÍN, Edgar. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, Gedisa editorial., 1998

(con Padilla); obsérvese como la Epidemiología ha trabajado bastante la causalidad pero entrando también en una encrucijada.

Siguiendo a los autores, que en la última década le han dedicado tiempo y análisis a estos temas, encontramos el afán por dilucidar cual es el paradigma de la salud, ad portas del nuevo siglo . Según su interpretación, el nuevo paradigma en salud, afirma la multicausalidad del fenómeno, pero hay que ir más allá , “los objetivos de salud focalizados a distintos sectores”, ampliándose así al ámbito de las políticas públicas, tema éste, eje necesario para el análisis en el “Seminario Salud para todos y desarrollo de políticas en salud para el siglo XXI”. En relación con este tema, se destacan la promoción de la salud, el desarrollo humano y las políticas multisectoriales; la prevención de la enfermedad así como la asistencia en salud quedan subsumidas en la primera.

Uno de ellos contrasta dos modelos sobre lo cuales se mueve la salud pública entre el pasado y el futuro, los basa en tres componentes que denomina trípode: el uno basado en la enfermedad/muerte (como filosofía), el enfoque positivista (verdad – “riesgo”) y el poder (el Estado); el otro basado en la salud, en el enfoque del saber (conocimiento) y en otras formas de poder (la sociedad civil, como expresión de lo público en su ámbito local).

Breilh , por su parte, plantea tajantemente la crisis del antiguo paradigma, basado en: el deterioro global de la vida en el planeta, recorte ontológico en el objeto y en la interpretación, errores conceptuales y propuestas de acción limitadas. Plantea como alternativa un modelo de salud colectiva y lucha por la vida, y en un proyecto de construcción de emancipación; lo denomina “modelo praxiológico”, basado en la reconstrucción de las ideas sobre salud enfermedad y en el discurso metacrítico, que permita el contacto con otros saberes.

Este paradigma construido en íntima relación con la base económica de acuerdo con el Marxismo clásico, tiene como objeto la desigualdad social y su erradicación, así como la práctica dirigida a la transformación social y económica (en franca crítica al desarrollo capitalista de final de siglo, bajo la forma universal y monopólica).

3. SOBRE LAS DISCIPLINAS:

Como decíamos, *una de las mayores dificultades en el campo de la salud pública ha sido la constitución de las disciplinas. Inicialmente se presentan algunas disquisiciones al respecto:*

SÁNCHEZ, D., Bazzavi, R. y Gómez, S. Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina. Grupo GEOPS. Montevideo: ediciones Trilce, 1998.

Al respecto Morin, anota que es necesario asumir un pensamiento que una, lo cual exige que la causalidad unidireccional y unilineal sea “reemplazada por una causalidad en bucle y multireferencial (...), que el conocimiento de la integración de las partes en un todo, sea completado con el reconocimiento de la integración del todo en el interior de las partes” _v. MORIN, Edgar. *Sobre la reforma de la Universidad. En : Jaume Porta y Llandosa Manuel. La Universidad en el cambio de siglo. Madrid, Alianza editorial, 1998, p. p. 22-23._*

GRANDA, Edmundo. Salud pública e identidad. Ecuador O.P.S.,1999, pag. 1.

BREILH, Jaime. Conferencia “Crisis y perspectivas de la salud colectiva en América Latina”. Medellín: Universidad de Antioquia, auditorio de Enfermería. Noviembre 18 de 1999.

Siguiendo a Breilh , podemos afirmar que las disciplinas se disponen en bloques relacionados dentro de la Salud Pública, así: saber en salud, Epistemología, antropología, pedagogía y afines, cuya función es el estudio de las formas del saber en salud; la epidemiología y afines, que tienen como misión el estudio e investigación de los determinantes de las condiciones de salud, de las formas de defensa, promoción y prevención en la Salud Pública; la planeación, la administración y las teorías organizacionales relacionadas, encaminadas a la implementación de acciones en todo orden mediante el análisis del comportamiento institucional y estatal, el conocimiento de las prácticas de la salud comunitaria y la integración de saberes.

Nuevas disciplinas incursionan o se constituyen así en el campo de la salud pública, se mencionan algunas como la Epistemología Crítica, la Biología Sintética, Ciencias Sociales en Salud, entre otras, por dejar ver algunas de las que hoy podrían brindar esperanzas explicativas y transformadores en diferentes campos de la salud; sin olvidar los aportes tan determinantes que han hecho la Epidemiología y la Administración en salud en los pasados decenios al enfoque centrado en la lucha contra la enfermedad.

Este autor , ve el fenómeno epistémico de la salud pública de otra manera, destaca el interés de varias disciplinas por los temas de la salud pública, podríamos decir por su causa, por el objeto que toca con 4 aspectos inherentes a la condición humana: “el debate de la necesidad, la concepción de derechos humanos, la calidad de vida y los mecanismos de seguridad humana”, temas que siempre hemos abordado en la salud pública y en la seguridad social pero que otras disciplinas también lo vienen haciendo con mucha dedicación pero con diferentes intenciones.

Será cuestión, en mi opinión, de descifrar la salud pública desde la concepción de la ciencia o su ubicación en las dimensiones de ésta. Desde luego, el cuestionamiento por las disciplinas es más profundo de lo supuesto, es intentar ubicar la Salud Pública en algunas de ellas o por lo menos señalar sus conexiones con ellas, las matemáticas y la física, las ciencias de la vida y la producción, las ciencias del lenguaje y la reflexión filosófica . Dada su complejidad, nos hace suponer su conexión con todas , así: las matemáticas en ciertos momentos le ha permitido cierto orden y formalidad; las ciencias económicas y biológicas, han logrado explicar algunos fenómenos en la salud - enfermedad, aunque se han equivocado cuando al pretender reducirla al objeto de éstas; las ciencias del pensamiento y la reflexión social, por otra parte, podrían llegar a dar cuenta más integral de los conceptos y métodos de la Salud Pública. Por fuerza del pragmatismo de final del siglo y en razón del interés por resolver problemas de la enfermedad y los costos asociados a la atención, se ha atizado el debate entre algunas disciplinas administrativas y la Salud Pública opuestas en un falso dilema, pero igual ocurre entre algunos enfoques sociales en la Epidemiología y la salud pública y otros fundamentados en la lógica positivista.

BREILH, Jaime. Reflexiones metodológicas para un avance del enfoque contrahegemónico. En: Salud y Trabajo, No. 13, Universidad Técnica de Manabí, julio de 1993. Pág. 22

BREILH, Jaime. Conferencia “Crisis y perspectivas de la salud colectiva en América Latina”. Medellín: Universidad de Antioquia, auditorio de Enfermería. Noviembre 18 de 1999.

PADILLA, Oviedo, Hermers. Epistemología. Medellín Universidad de Antioquia, 1989, pág. 26

Morin, plantea que “todo el mundo reconoce la necesidad de la interdisciplinariedad, mientras que se empieza a vislumbrar la transdisciplinariedad tanto para el estudio de la salud, de la vejez, de la juventud y de las ciudades”, pero anota su insuficiencia si no esta ligada a la reforma del pensamiento. _v. MORIN, Edgar. Sobre la reforma de la Universidad. En : Jaime Porta y Llandosa Manuel. La Universidad en el cambio de siglo. Madrid, Alianza editorial, 1998, p. 22-23.

Se puede constatar que las ciencias humanas aparecieron cuando se constituyó el hombre en pensar y en saber, y son las relaciones entre los hombres las mediadoras de determinados estados de salud.

Se trata de ubicar al hombre y a la vida como núcleo de análisis de la salud pública; la ciencia de la vida, el trabajo y la producción han tenido mucho que decirnos para dar cuenta de nuestro objetivo y abordaje. Hoy en los albores del siglo XXI encontramos al hombre más autorreflexivo, más centrado en sí y posiblemente no en las demás, de ahí que siempre esté buscando representaciones de esa realidad actual pero auscultando el futuro. Interpretando a Foucault, podríamos decir que la concepción del hombre y de la vida se da alrededor de los modelos de varias disciplinas o ciencias en cualquier plano epistémico, se hable de metáforas, metarrelatos y concepciones metaepistemológicas; la salud pública está muy cerca de estas aproximaciones y puede llegar a integrar varias de ellas.

Pensemos en la Salud Pública como posibilidad de ciencia humana, similar a la concepción de Héctor Abad Gómez ; reinterpretemos los "reduccionismos" que tanto hemos criticado y busquemos inclusiones o subordinaciones que nos pueden permitir una visión más integradora. La biología lo fue, la economía lo intenta y las ciencias del pensamiento se vislumbran como opción en la concepción de la Salud Pública y ninguna de ella desaparece de la gama de saberes si hablamos de una epistemología en esta rama del saber. Los modelos de las otras ciencias están ahí siempre en salud, de ahí la complejidad, la dificultad y una de las aristas de lo que hemos llamado la crisis de la Salud Pública. Aunque tenemos dificultades y hasta conflicto por la determinación del objeto de la salud pública y tampoco hemos logrado la sistematicidad, aceptemos que es una de las disciplinas más jóvenes si nos lo permiten las demás en la historia de la humanidad, dentro del campo del saber; no así en la práctica social que podríamos remontarnos a varios siglos atrás. En este último sentido anotamos que la Salud Pública está determinada históricamente, es decir que también engloba la cultura o las culturas y sus historias, también son parte de su objeto.

4. SOBRE EL OBJETO:

La construcción de un objeto de la salud pública es de gran trascendencia estratégica. Este objeto transdisciplinario, resulta de importancia totalizante y gran complejidad; son varias las perspectivas que pueden dársele, como concepción, como práctica política social y como derrotero metodológico científico; así como son varias las disciplinas, los métodos y enfoques, también las prácticas inherentes; pero agregaríamos que son diversas las interpretaciones que surgen de los diferentes actores y múltiples las lógicas sectoriales. Deben reconocerse todas esas expresiones en la integralidad y totalidad del objeto de la salud pública, al igual que en su concreción en la realidad, es decir en la salud poblacional: "la salud es una expresión de las condiciones de vida", lo cual es de alguna manera un axioma que no tolera discusión hoy, por su evidencia, abordado en cualquier escuela de pensamiento, como quedó consignado desde el siglo XIX.

Transdisciplinariedad/ complejidad/ pluralidad/ praxis , parecen resumir, de acuerdo con el análisis que traemos el enfoque más actual de la salud pública, delimitan las aristas de ese prisma pero también denotan la dificultad en que nos encontramos.

También, los enfoques basados en la determinación social o los modelos explicativos basados en variables del contexto toman vigencia alrededor del objeto - fenómeno - salud enfermedad - atención y vida (otros le agregan el cuidado).

A propósito de la forma como se ha accedido o abordado el llamado objeto de la salud pública, como lo han venido exponiendo los autores, es importante trabajar sobre objetos de conocimiento que en su dialéctica puede llevar a hacer objetos más concretos de la realidad y no sólo lo contrario, los objetos de la realidad por si misma no generan conocimiento. No puede plantearse una disyuntiva entre teoría y práctica, prevaleciendo la una sobre la otra. Es muy importante tener claro los términos ; en tal sentido, según estos autores, son impertinentes las polaridades que varios analistas en la perspectiva del objeto de la salud pública han configurado: teoría/ práctica, objeto/ sujeto, objeto/ contexto, normal/ patológico, salud/ enfermedad, individual/ colectivo, persona/ población, biológico/ social, cuantitativo/ cualitativo, descriptivo/ analítico y entre concreto y abstracto. Como ejemplo, hemos encontrado durante varios años en el objeto de la salud pública el fenómeno salud enfermedad como una unidad dialéctica, que algunos tratan de romper aislando la salud como el objeto alrededor del cual gira el debate, pero la enfermedad sigue siendo consustancial a la existencia y a la realidad de la muerte de lo cual no se puede abstraer la salud pública. En igual sentido, segundo ejemplo, los defensores a ultranza de la práctica (pragmatismo) frente a la teoría, abandonando la reflexión sobre la realidad le restan sentido crítico, dialéctico y científico a la salud pública. "No se puede producir conocimiento sin mediaciones de los objetos, que son elementos de abstracción sobre lo concreto" .

El objeto de la salud pública se debe circunscribir a un espacio concreto, hoy se habla bastante de los "municipios saludables", o de los "espacios locales" o los "escenarios específicos", que logren incluir su totalidad, dar cuenta de todos los elementos de la integridad; la enfermedad, la salud, la atención, los sistemas organizacionales, los imaginarios y representaciones mentales de la salud enfermedad, la cultura propia, el riesgo, los sistemas de producción, los enfoques investigativos y epidemiológicos; como vimos antes será múltiple y plural pero en el centro está el ser humano, la población, las personas; allí en ese objeto se deben cambiar las intervenciones de diverso orden, pero también los efectos negativos o positivos sobre la salud/ enfermedad o sobre la vida/ muerte.

5. A MANERA DE CONCLUSIÓN:

Los fines del conocimiento (o la investigación), se distribuyen en dos ejes :

PELLEGRINI F. Alberto, De Almeida Filho, Naum Y Trotle James. La investigación de la Salud en América Latina y el Caribe , tendencias y desafíos. En: prioridades de la investigación de la salud colectiva en América Latina. Montevideo: ediciones TRILCE/GEOPS, 1998, p. p. 64-73.

Al respecto, Wittgenstein, citado por Almeida sustenta que "la ciencia es una práctica social, cultural e histórica y que, como tal, es un juego de palabras".

SAMAJA, citado en Pellegrini, Op cit, pág. 69.

GÓMEZ, Ricardo. Racionalidad: Epistemología y ontología. En: Racionalidad Epistémica. Edición León Olivé. Madrid, Editorial Trota. 1995. Pág. 26.

EPISTÉMICO

(Alcanzar la verdad) NO EPISTÉMICO

NO EPISTÉMICO

(Mayor reconocimiento de sus pares) OBJETIVOS IMPERSONALES

OBJETIVOS IMPERSONALES

(Promover una sociedad más igualitaria) PERSONALES

PERSONALES

(Conocimiento propio en un área específica)

En salud pública, el interés tiene que ser epistémico y ubicado en el campo del poder: reconocer un saber (las verdades en salud pública) y ponerlo al servicio de la lucha por una sociedad basada en la equidad.

Interesados en propiciar el debate, podríamos decir que estamos en una etapa preparadigmática (de acuerdo con Tomás Kuhn) caracterizada por varios hechos: se habla de crisis y aparecen varias interpretaciones, varias escuelas que controvierten sobre métodos de investigación cuali o cuantitativa, se habla de nuevo paradigma y de enfoque tradicional; aparecen escuelas y podríamos identificar la escuela clásica (posiblemente originada en EE.UU – Hopkins), la Escuela Emancipadora, la “Nueva Salud Pública”, las escuelas de Gerencia y economía de la salud; de la Epidemiología Positivista, la Epidemiología Crítica, entre otras. En el mismo sentido, tenemos que reconocer que la investigación que se hace no logra un cuerpo teórico lo suficientemente sólido.

Pero igualmente se menciona la ruptura de los paradigmas en este final de siglo, en lo atinente a la salud pública; se hace necesario volver a estudiar los enfoques. En los años 90, principalmente en los primeros años de esta década, se planteó la “crisis de la salud pública”, lo que implica en alguna medida una ruptura de los esquemas y modelos o una confusión de los mismos. Sin embargo, para mi interpretación, no es propiamente una crisis sino una etapa preliminar en la búsqueda de independencia y autonomía de una disciplina que por diferentes frentes y áreas del saber ha venido intentando una mayor definición de su objeto (hasta donde lo permita la compleja interrelación de las disciplinas en los últimos tiempos). No lo veo, entonces, negativamente, como la crisis, más bien positivo en el sentido de que muchas personas y disciplinas lo vienen haciendo; todo lo cual nos tienen que llevar a ciertos consensos y acuerdos en la aceptación de un cuerpo mínimo de conocimiento, marcando un paso decisivo hacia la maduración transdisciplinaria sin esperar lograr totalmente a la manera de Kuhn “la unificación bajo la dirección de un mismo conjunto de supuestos básicos llamados paradigmas” ; Quizá sea más conveniente, y sólo posible, mantener la controversia en un área sumamente influenciada por uno de sus ejes de desarrollo como lo es el poder. Por lo tanto llegar a consensos, a ciertos compromisos, con unos supuestos básicos de la Salud Pública es el desafío que proponemos a todos. Ha sido beneficiosa, indudablemente, la llamada “crisis de la Salud Pública” que nos tenía que llevar a proponer teorías alternas, a hablar de paradigmas, de nuevos modelos o “nueva salud pública” (por lo menos tres corrientes de pensamiento están reclamando la autoría de la “nueva salud pública”), pero esta apertura conceptual desembocará en esos consensos y acuerdos, es más reconociendo la pluralidad como corresponde a uno de los principios inherentes a la propia Salud Pública.

Pero no es sólo el reconocimiento de las otras ideologías y la cultura en la salud pública, también es cuestión de estructurar el pensamiento ; la necesidad de desarrollar la capacidad de contextualizar, globalizar para que el pensamiento progrese; se requiere la práctica real y concreta pero también la elaboración de objetos de conocimiento mediante la abstracción, la comprensión total de esa realidad para lograr su transformación y mejorar las condiciones de vida y salud.

La hipótesis que traigo, requiere esa diferenciación entre la crisis por la irrupción de nuevos modelos o el simple desarrollo preparadigmático, por la consolidación de un trabajo de varias décadas en una disciplina muy joven pero con una tendencia social de más de un siglo.

BIBLIOGRAFÍA:

- FOUCAULT, Michel. Saber y verdad, colección genealogía del poder. Madrid, Ediciones de la Piqueta, 1991.
- GRANDA, Edmundo. Salud pública e identidad. Ecuador O.P.S., 1999.
- SAN MARTIN, Hernán, et al. Salud, sociedad y enfermedad. Estudios de Epidemiología Social. Edit. Ciencia 3. Madrid, España. 1986.
- SÁNCHEZ, D., Bazzavi, R. y Gómez, S. Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina. Grupo GEOPS. Montevideo: ediciones Trilce, 1998.
- BREILH, Jaime. Conferencia "Crisis y perspectivas de la salud colectiva en América Latina". Medellín: Universidad de Antioquia, auditorio de Enfermería. Noviembre 18 de 1999.
- BREILH, Jaime. Reflexiones metodológicas para un avance del enfoque contrahegemónico. En: Salud y Trabajo, No. 13, Universidad Técnica de Manabí, julio de 1993.
- PADILLA, Oviedo, Hermers. Epistemología. Medellín Universidad de Antioquia, 1989
- PELLEGRINI F. Alberto, De Almeida Filho, Naumr Y Trotle James. La investigación de la Salud en América Latina y el Caribe, tendencias y desafíos. En: prioridades de la investigación de la salud colectiva en América Latina. Montevideo: ediciones TRILCE/GEOPS, 1998, p. p. 64-73.
- MORÍN, Edgar. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, Gedisa, 1998
- GÓMEZ, Ricardo. Racionalidad: Epistemología y antología. En: Racionalidad Epistémica. Edición León Olivé. Madrid, Editorial Trota. 1995.
- PÉREZ, R. Ana Rosa. Modelos de Cambio Científico. En: La Ciencia: Estructura y Desarrollo. Edición de C. Ulises Mulines. Madrid: Edit. Trota, 1993.

Morin (Op cit, pag.23), resume; "el pensamiento pertinente es aquel que es capaz de situar todo tipo de información en su contexto (...) agrega que, el conocimiento debe movilizar no sólo una cultura diversificada sino también la aptitud general del espíritu humano de plantear y resolver los problemas"

TIEMPO DE REFLEXION

Félix León Martínez Martín

Un Congreso con el imponente título “Salud Para Todos, Desarrollo de Políticas en Salud Pública para el Siglo XXI”, y un tema tan amplio (Salud Pública y Seguridad Social), que abarca todas las expectativas, todo el campo de acción, todos los esfuerzos de muchos años, sin duda es un gran desafío, al tiempo que una oportunidad para volcar, en este papel primero y en el presente auditorio después, muchas angustias contenidas.

Es tiempo de reflexión. Es tiempo de evaluación. Es tiempo de rendir cuentas. Es tiempo de preguntar que nos deja este siglo y qué hicieron por la salud de los colombianos quienes tuvieron en el Estado y en el Gobierno la sartén por el mango.

Pero también es tiempo de cambio, es tiempo de dejar atrás los temores, es tiempo de nuevas esperanzas, apuntaladas sobre la magia del cambio de siglo. En fin, es tiempo de soñar de nuevo en las oportunidades para todos, es tiempo de preparar nuevas batallas contra la mentalidad mezquina que no permite una vida digna a gran parte del pueblo colombiano.

Si, la verdad es simplemente esa, que la miseria de espíritu de quienes ha dirigido nuestro país, miseria imitada e incluso defendida por quienes por estar cerca al poder se creen parte del mismo (aunque en realidad se humillan a diario para sobrevivir), es la responsable de que cerremos el siglo sin que muchos colombianos logren sus derechos mínimos a la vida, al alimento, a la educación y a la salud. Menos aún al derecho a la propiedad, a la vivienda digna, a los servicios públicos, al trabajo. Y ni pensar en el acceso a los enormes avances que el siglo de las comunicaciones ha dejado para la humanidad.

Y me refiero a la mezquindad y a la miseria de espíritu, porque la gran mayoría de los colombianos con poder y recursos ni siquiera son conscientes de la espantosa situación social que vive nuestro país. Les parece normal la pobreza de muchos y la miseria de algunos, les parece normal el hambre y la enfermedad, les parece normal que haya millones de niños sin futuro por falta de nutrición, afecto, salud y educación, en un país lleno de riquezas.

En este contexto, y no en otro, se inscribe el desarrollo de la salud pública y la seguridad social en nuestro país. Y es precisamente dicho contexto el que limita realmente las posibilidades de que el conocimiento técnico y científico pueda ser aplicado para beneficio de todos. Ya lo sabíamos muchos de nosotros cuando estudiábamos en la escuela que hoy nos invita, y debemos tristemente reafirmarlo, aunque esto no quiera decir que tengamos que resignarnos.

Si hacemos un breve repaso, el país no pierde el siglo porque hace cinco lustros creó un Sistema Nacional de Salud concebido para todos los colombianos y porque en la última década dio un gran salto en el desarrollo del derecho a la salud y la seguridad social, salto tan importante en términos jurídicos y conceptuales que nos colocó a la vanguardia de la mayoría de los países del continente.

Infelizmente para millones de colombianos sigue siendo básicamente eso, un desarrollo jurídico y conceptual, puesto que su aplicación dista aún mucho de ser una

realidad, tanto que muchos ciudadanos sólo logran asir el derecho a la seguridad social en salud si utilizan a la justicia como mediador entre ellos y los responsables de los servicios médicos o entre ellos y las autoridades de gobierno.

Y que fue lo que se acordó en la Constitución y la ley en la última década: Simplemente que todos los habitantes de Colombia, óigase bien, **todos**, tienen derecho a la seguridad social en salud. Que el Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso de todos a un mismo Plan Obligatorio de Salud que permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción, fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.

Sin embargo, esta enorme equidad contenida textualmente y en todo el espíritu de la Ley se ha quedado una vez más en la formulación, ha sido una vez más burlada, como suelen ser burladas o al menos desviadas todas las medidas de beneficio general. Veamos:

El Sistema Nacional de Salud, nacido como una verdadera política social y de redistribución del ingreso, necesaria para disminuir el estado de postración y miseria de gran parte de la población, especialmente aquella de origen rural, perdió en siete años toda su fortaleza, así como gran parte de su espíritu, merced a una crisis económica y fiscal.

Los recursos dedicados a la salud, que habían superado el 8% entre 1975 y 1982, se redujeron a menos del 4% del presupuesto nacional a partir de 1992 y todas nuestras esperanzas de “salud para todos” se fueron a pique. De allí siguió la instrucción a los hospitales de aumentar sus recaudos para suplir las deficiencias presupuestales. Entonces se cerraron las puertas de muchas instituciones de salud para los colombianos sin recursos, para los mismos que supuestamente habían sido construidas.

Mientras tanto, en su interior se generaban negocios particulares de los médicos a lo largo y ancho del país con los recursos del Estado (hecho posible en virtud de que las fronteras entre lo público y lo privado no eran claras), al tiempo que las instituciones, por encima de su función pública, se convirtieron en propiedad y botín particular de determinados grupos políticos.

Quiero dejar claro que este conocido y triste panorama no es consecuencia de la existencia de unos políticos corruptos, como siempre se le quiere vender a la opinión pública, sino de un Estado y un sistema político corruptos, basados en el reparto de favores del Gobierno a quienes detentan los poderes económicos o políticos, a cambio del apoyo y el silencio cómplices, sistema corrupto que se pretende ocultar siempre con la fachada de campañas anticorrupción.

¿Que nos dejó el Sistema Nacional de Salud? Fundamentalmente un desarrollo de la infraestructura física, tecnológica y humana de servicios, en la práctica inexistente con anterioridad, pero por sobre todo un gran desarrollo del conocimiento en salud pública y administración de servicios de salud, afirmado sobre una experiencia y una realidad.

Lo que no logró, evidentemente, castrado como quedó en su crecimiento, fue frenar la sublevación armada que se pensaba en los años 60 podría derivar de las condiciones de pobreza y miseria, razón primaria de su nacimiento, como lo fuera también del origen y creación de las inversiones en salud y educación en toda América Latina, a partir de la

famosa reunión de Punta del Este, por supuesto como respuesta al temor generado por la revolución cubana.

Tampoco logró, pleno de desviaciones, el objetivo fundamental de garantizar el acceso a los servicios de salud a la población más pobre y desposeída para la que había sido diseñado (sin descontar que hubo importantes avances en esta dirección), pero sin duda colaboró a la formación de nuestra gran "clase media", derivada directamente del desarrollo del empleo estatal, o al menos enormemente beneficiada de los subsidios del Estado en educación y salud.

Quiero aclarar en este punto, que esto no fue "malo", sino que simplemente pudo ser mejor, porque hoy se está estigmatizando a esa clase media surgida alrededor del empleo generado en el sector público de la salud o la seguridad social, señalándolos como monstruos que devoran los recursos de los más pobres. Simplemente, tuvieron su oportunidad de salir de la pobreza trabajando para una Institución del Estado y es lógico que ahora no quieren perder los beneficios adquiridos y sostenidos por años.

El agotamiento del Sistema Nacional de Salud, como del Estado en general era evidente cuando se reunió la Asamblea Nacional Constituyente para modificar la Carta Magna en 1991. Por ello se planteó un nuevo Estado Social de Derecho dentro de una economía de libre mercado. El desarrollo del país urbano llevó a la conciencia social nuevas ideas sobre los derechos mínimos de los ciudadanos y las obligaciones del Estado. Por ello convirtió en derecho lo que hasta entonces era caridad, era favor hacia los pobres.

El desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud se basa en los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, registrados ya en el texto constitucional. Su fin último es la equidad en cuanto al derecho a la salud. Su herramienta es el aseguramiento, mecanismo fundamentalmente de desarrollo contractual, que como todo desarrollo contractual en las sociedades capitalistas modernas, fortalece los derechos de los ciudadanos, al tiempo que clarifica financieramente el manejo de las obligaciones. El objetivo no es otro que garantizar el acceso real de todos los colombianos a un plan obligatorio de salud.

Pero debo insistir, esta enorme equidad contenida en la Constitución y la Ley se ha quedado una vez más en la formulación, ha sido una vez más burlada, como suelen ser burladas o al menos desviadas todas las medidas de beneficio general, de beneficios para la población más desposeída. Veamos:

Nuevamente una crisis económica y fiscal castra las posibilidades de desarrollo de un Sistema, esta vez no siete años después de formulado sino apenas cuatro, mediante la reducción del gasto social en salud.

Afortunadamente para el Sistema, una parte del mismo, la más grande, no depende ahora de los aportes del presupuesto nacional. El Régimen Contributivo, sin embargo, se ve afectado por la crisis económica, no por una reducción severa y brusca de sus afiliados o recursos, como se ha querido mostrar, sino por el efecto profundo y duradero de la crisis sobre la producción y el empleo, que sin duda cambia la tendencia de incremento de afiliados y afecta las metas de cobertura a mediano plazo.

Resulta una verdad de Perogrullo que mientras más lenta sea la expansión de cobertura del Régimen Contributivo, financiado exclusivamente por patronos y trabajadores, más

grande debe ser el Régimen Subsidiado, para cumplir el precepto ético de equidad y el legal de universalidad.

Pero da la casualidad que la crisis fiscal trajo como consecuencia el recorte de los recursos dedicados a financiar el Régimen Subsidiado, algunos de los cuales se han disminuido y pueden disminuirse aún más por la caída de las rentas del Estado, otros se han reducido casi hasta la desaparición y otros contemplados en la Ley ni siquiera han aparecido, como los recursos del petróleo. En suma, para la financiación del Régimen Subsidiado en salud, que debiera cubrir según el Departamento Nacional de Planeación al 36.6% de la población no contamos siquiera con el 1% del Producto Interno Bruto.

Una vez más se prueba los recursos destinados a la salud de los pobres y desposeídos son absolutamente elásticos, pues se pueden encoger con gran rapidez, lo que no logran al parecer otras obligaciones del presupuesto nacional. No se trata, entonces, de que las crisis fiscales afecten proporcionalmente todos los rubros del presupuesto. Afectan con especial intensidad, como se comprueba nuevamente, los recursos destinados a la salud de los colombianos más pobres.

Es necesario dejar constancia al cierre del siglo XX de que, si bien muchos colombianos tienen derecho a un seguro completo, en todo el sentido de la palabra, otros no, pues la mentalidad mezquina decidió en contra de la Constitución y el espíritu de la Ley que a estos sólo hay que darles un subsidio que cubra los riesgos de la salud pública, es decir los riesgos importantes para el Estado, un paquete que convenga al Estado, que sea costo-eficiente. Un seguro que ni siquiera requirió de aseguradoras serias como el de los colombianos "de bien". Adicionalmente, al otorgar tan sólo medio seguro per cápita la plata alcanza para medio cubrir a muchos más. El derecho al mismo plan obligatorio de salud ha sido burlado, de seguro por muchos años.

Ante la baja cobertura de los dos regímenes, en los que se invierte apenas el 3% del PIB, la mayor parte pagados por empresas y trabajadores, más de la mitad de los colombianos quedará en la condición transitoria de vinculados, (que debería acabarse en el año 2001), aún mendigando los favores del Estado en los hospitales públicos, o asumiendo el gasto en salud privadamente, dependiendo de su capacidad de pago y el costo del evento. Incluidos los afiliados al Régimen Subsidiado en todos los aspectos no cubiertos por el medio seguro.

Desde que se aprobó la reforma se sabía el costo de la seguridad social en salud para todos los colombianos. Basta una operación tan sencilla como multiplicar el valor de la UPC con sus arandelas (aproximadamente 250.000 pesos que se reconocieron por cada afiliado del régimen contributivo en 1998), por poco más de 40 millones de colombianos. Es decir algo más de 10 billones de pesos o el 8% del PIB de ese año.

El problema está en que el proyecto inicial hablaba del 70% de afiliados en el Régimen Contributivo y el 30% restante en el Subsidiado. La resultante hasta ahora ha sido 30% en el contributivo, 20% en el subsidiado y 50% en ninguno. En cifras, si restamos del 8% del PIB necesario el 3% disponible, se evidencia la magnitud del faltante de recursos de seguridad social.

Y cómo cubrir ese faltante para garantizar el derecho universal a la seguridad social en salud. Por supuesto no planteando estupideces como las contenidas en el documento de presentación del Presupuesto de la Verdad o del año 2000, que dice textualmente:

".....descontada la población afiliada al régimen contributivo, se ha estimado que 15.6 millones de personas con necesidades básicas insatisfechas serían potenciales beneficiarios del régimen subsidiado, el cual tendría un costo total de \$2.006.051 millones, tomando una UPC de \$128.530. Los recursos para financiar esos costos provendrían de los ingresos que percibirían las Direcciones Seccionales y Distritales, que para 1999 se estiman en \$2.759.7 millones. Todo ello supone un escenario total de subsidio a la demanda, pero manteniendo los contenidos del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado"

Tres gravísimas inconsistencias se hacen evidentes en esta propuesta. La primera es no tomar en cuenta el costo de las atenciones de salud no incluidas en el POS Subsidiado que requiere la población NBI. Si se retiran los recursos de oferta a los hospitales públicos para estas atenciones y no se financia por demanda un POS y una UPC completas, nadie se hará cargo de ellas. Por definición la población más pobre no puede pagar de su bolsillo las complejas atenciones de segundo y tercer nivel.

La segunda inconsistencia grave es no considerar de qué podrían vivir los hospitales de segundo y tercer nivel, ya que se les retirarían los recursos de oferta y las entidades que manejarían el POS Subsidiado tampoco pagarían por estas atenciones (se exceptúan las enfermedades de alto costo).

La tercera inconsistencia, aún más grave, es pretender que los otros 13 a 14 millones de colombianos, distintos de los 12 millones afiliados al contributivo y los 15.6 que se incluyen en el cálculo del subsidiado, financien la salud de su propio bolsillo. Incluido todo el SISBEN tres, hoy subsidiado por oferta en un 70%.

Una transición de los recursos de la oferta a la demanda así planteada generaría una crisis de tal magnitud en el sector que resulta difícil de imaginar. Significaría mucho más de lo que ya se viene intencionalmente repartiendo: crisis financieras de las instituciones y violencia y sufrimiento para la gente que acude a solicitar servicios.

Por otra parte, tampoco se va a lograr incrementar la cobertura tildando de evasores a la mitad de los habitantes de Colombia. Curiosamente lo que hasta 1993 era una deficiencia del Estado, su incapacidad de hacer llegar la seguridad social a gran parte de la población, con el simple hecho de la expedición de una norma, se convierte en delito de los ciudadanos.

Un estudio adelantado por la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social, FEDESALUD, próximo a salir a la luz, señala que no fue precisamente un estímulo para la afiliación universal de los trabajadores independientes el aumentar al doble la base mínima de cotización y en un 383% la cotización mínima efectiva.

Conocidos además los bajos ingresos de la mayoría de los trabajadores independientes, un gran porcentaje resulta simplemente rechazado como cotizante del Sistema y a los restantes les resulta increíblemente onerosa la afiliación, fijada en el porcentaje del ingreso que deben asumir conjuntamente patrono y trabajador en el régimen de dependientes.

Adicionalmente se pretende medir la evasión desde la perspectiva del recaudo total que debiera tener teóricamente el Sistema, si las familias cotizaran sobre la totalidad de sus

ingresos, cuando ni siquiera se ha creado el mecanismo para que los ingresos familiares sean declarados. Es evidente que el recaudo se ha organizado básicamente alrededor del salario.

Contamos con una seguridad social diseñada para los trabajadores formales y sus familias, mediada por sus patronos, correspondiente a la época de gran desarrollo industrial, modelo del pasado que pretendemos aplicar con éxito en un mundo actual de relaciones laborales mucho más independientes e informales, correspondiente a la época del gran desarrollo de los servicios y las comunicaciones.

Igualmente el diseño falla por irreal cuando pretende el recaudo sobre la totalidad de los ingresos independientes, lo que ni siquiera la Dirección de impuestos ha sido capaz de lograr con toda su trayectoria. No se sabe si se trata de mucho optimismo o verdadera negación de la realidad del país; o si tendremos que pensar que el arrojar la culpa sobre los ciudadanos no es más que la forma de ocultar la ineptitud de los gobernantes.

Se requiere mucho más conocimiento de la realidad, de la gran diversidad del país, que no se divide simplemente en personas con capacidad de pago o no. Se requiere mucha más imaginación para captar los recursos que el Sistema necesita, por distintas vías, pero partiendo de que el gasto actual en salud es muy superior al requerido para la cobertura universal de la seguridad social. Igualmente partiendo del precepto de que el gasto que no se hace en aseguramiento se acaba pagando por otra vía. Finalmente, la condición sine qua non es creer realmente en la equidad contenida en la Ley y en la necesidad, posibilidad y responsabilidad de luchar contra la condición de injusticia y miseria que sufren millones de conciudadanos.

Si el país no logra mejorar la distribución primaria del ingreso, y tampoco logra compensar las grandes inequidades a través de una redistribución secundaria eficiente por parte del Estado, la población pobre continuará buscando una tercera redistribución, a través de la limosna, el robo u otras formas violentas. De todos modos no se van a quedar sin satisfacer sus necesidades más básicas. De todos modos se acaban pagando. En salud sucede exactamente lo mismo.

Para creer en la equidad basta recordar que el gasto per cápita en el Fondo del Congreso fue de 5.902.022 pesos per capita en 1.996, es decir más de 35 veces el del Régimen Contributivo (165.544) y 70 veces el del Régimen Subsidiado, mientras el de la Superbancaria alcanzó los 4.183.062 (que incluye a los funcionarios de la Presidencia y el Ministerio de Hacienda), de acuerdo con la Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas.

Para finalizar, dado que el tiempo de exposición es limitado, algunas frases sueltas en busca de llenar vacíos importantes:

Sobre las EPS

No es posible defender las EPS públicas si ello significa un enorme costo de intermediación, es decir menores recursos per capita gastados efectivamente en prestación de servicios de salud. Por otra parte no se les ven muchas posibilidades de subsistir. Esperemos un futuro con menos aseguradoras, más grandes y definitivamente de cobertura nacional y, mejor aún, internacional.

Sobre las IPS:

Es importante exigirles eficiencia, pero no es racional culparlas a ellas y sus trabajadores de la falta de recursos del Sistema. De todos modos existen serias dudas sobre la viabilidad de las Empresas Sociales del Estado, en manos de nuestro sistema político, y sobre el interés de que subsistan. Se fortalecerá la competencia nacional e ingresarán firmas internacionales especializadas en prestación de servicios.

Sobre la Salud Pública:

Lamentablemente reducida a la mínima expresión, requiere de un rescate vigoroso. Ni funciona ni funcionará como se pretende en manos de las aseguradoras privadas. Deben devolverse las funciones al Estado, así como los recursos para poder lograr verdaderos efectos sobre la salud de la población general. Su espacio es el debate público, la defensa del bien común. Es necesario seguir separando la función hospitalaria de la dirección de salud territorial como ordenó la Ley 10 de 1990.

En síntesis:

Se requiere voluntad política y recursos efectivos para lograr la cobertura universal y la equidad en salud. Se requiere estimular el gasto en seguridad social y desestimular el gasto privado y el gasto suntuario. Pero sobre todo, se requiere una mínima dosis de sensibilidad frente a la tragedia humana de muchos de nuestros conciudadanos. Es necesaria una transición inteligente del subsidio de la oferta a la demanda, que contemple la realidad y la diversidad de nuestro país.

Conviene acabar con el embrollo creado en la Ley 100, para que las aseguradoras sean mejores aseguradoras, para que el aseguramiento garantice la prestación efectiva de servicios frente a las contingencias de los individuos, la prevención secundaria y terciaria sin mayores limitaciones, dentro de la racionalidad que exige cualquier sistema de aseguramiento, es decir contingencias poco frecuentes y de mediano o alto costo. Lo contrario al criterio de prevalencia allí insertado. Es buena la competencia en el aseguramiento y la prestación de servicios en la Colombia urbana y desarrollada.

Conviene dejar en manos del Estado la promoción de la salud y la prevención primaria de la enfermedad, el control de los factores de riesgo, el control de patologías. Inclusive quizás la atención básica, desligándola del aseguramiento. Allí sí es fundamental el concepto de prevalencia, el criterio de alta frecuencia y bajo costo en las atenciones. Es necesario fortalecer la dirección territorial de salud, más allá de los formulismos legales.

El debate sobre la salud y la seguridad social pertenece a todos los ciudadanos. Es vital para el desarrollo del Sistema y el futuro del país que las decisiones que afectan a la comunidad sean ampliamente debatidas. Democratizar la información y las decisiones es la única garantía de que estas últimas correspondan al interés general, de que el interés general prime sobre el interés de unos pocos en el Siglo XXI, cualquiera que sean esos pocos.

HACIA LA EFICIENCIA SOCIAL EN LA INVERSIÓN DE RECURSOS, LA GESTIÓN TRANSPARENTE Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS EN SU MANEJO EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ

LUIS GONZALO MORALES

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PARA EL AÑO 2000

DICIEMBRE DE 1999

La salud pública y el papel del estado

Debido a las rápidas transformaciones conceptuales, políticas, económicas, sociales y culturales del mundo moderno, coexiste una relativa diversidad de posiciones teóricas alrededor de lo que es la Salud Pública y de lo que ella debe ocuparse. En este contexto, es necesario dejar explícito lo que para efectos de la gestión en un ente territorial como la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se rescata de esta diversidad conceptual y se utiliza para construir el enfoque que orientará el quehacer por la salud de los habitantes de la ciudad.

En primer lugar, se reconoce que las relaciones de producción y reproducción social de una sociedad como la bogotana, condicionan y hacen dependientes de ellas los determinantes para la salud y la enfermedad, que se mencionarán más adelante, en donde se evidencian inequidades en los aspectos mínimos necesarios para suplir las necesidades básicas y aún más para las suplementarias que requieren los ciudadanos a fin de tener una vida de calidad, independientemente del contexto cultural que pueda diferenciar a los subgrupos humanos que conviven en una ciudad cosmopolita como Bogotá.

En segundo lugar, el objetivo es la totalidad de la población bogotana entendida esta no sólo como aquella colectividad por la que por misión sectorial se debe abordar con el quehacer diario, sino como el sujeto activo, al que aunque se le imponen condiciones adversas en muchos casos, construye en su cotidianidad relaciones que pueden reafirmar amenazas a su salud, pero en otros favorecerla y por tanto, deben ser rescatadas y potencializadas, no solo por su utilidad en la práctica para la promoción de la salud, sino por su aporte a los determinantes del proceso salud-enfermedad, con los que aún no contamos.

Así mismo, se entiende que la Salud Pública como disciplina cuenta con una acumulación de conocimiento y tecnología que le permite aportar a cambios importantes en la prevención de enfermedades, y que la expectativa es grande en aspectos como la biogenética y la informática.

Sin embargo, se identifican también amenazas, tales como que este acervo, no necesariamente se puede siempre poner al servicio del mejoramiento de las condiciones de salud de grandes masas poblacionales, pues los beneficios llegan en forma inequitativa para las necesidades sociales.

Debido a la anterior circunstancia, hay que tener en cuenta que la salud pública como práctica social está afectada por la crisis económica que no ha permitido el acceso de toda la población a la seguridad social en salud, y en consecuencia los recortes presupuestales sectoriales han excluido a una proporción importante de la población que

requeriría subsidios, dificultando el acceso a los beneficios disponibles a población desempleada o subempleada. Lo anterior limita las posibilidades de ampliación de coberturas, de eficacia y eficiencia de los servicios de salud.

Rescatamos entonces el papel del estado, que en un mundo globalizado se ha dado por pensar, solo debe preocuparse por ser un buen intermediador y regulador del mercado y de las relaciones entre el capital y la sociedad. Entendemos que aunque esto puede implicar la disminución del peso del aporte estatal en la prestación de servicios, se debe enfatizar en su papel de atención de lo público, visto esto no solo como aquello que genera altas externalidades que afectan a la población, como las enfermedades con alto potencial de transmisión, los condicionantes ambientales a los cuales indistintamente una comunidad puede exponerse, sino en asuntos como la accesibilidad al sistema de seguridad social y el bienestar social.

La gestión de dicho bienestar social incluye entre otros, la construcción de entornos saludables que respondan a una dinámica social concreta y compleja, la intersectorialidad para el mejoramiento de las condiciones de vida a través de la formulación de políticas públicas que recojan los intereses de la población, acompañadas de la atención a las necesidades y demandas en salud, mediante el acceso universal a servicios de salud integrados, continuos y de calidad, en que la prevención sea prioridad en la atención individual, con un papel definitivo de los hospitales públicos.

Situación de salud de Santafé de Bogotá

Son cada vez menos los que cuestionan la estrecha asociación entre la situación de la salud y los procesos generales de la sociedad, expresados en perfiles diferenciales de riesgo y problemas de salud de los grupos humanos. Así mismo, se reconoce que estas diferencias las determinan inequidades en las condiciones y estilos de vida, en el desequilibrio ecológico y ambiental, en los factores socioeconómicos, en la dinámica demográfica y en las respuestas estatales y sociales a los problemas prevalentes.

Conocer como se expresan en los perfiles de salud las inequidades sociales y como se reproducen en la vida cotidiana de las poblaciones, e intentar transformarlas mediante la gestión organizada de la sociedad con acciones de salud y bienestar, constituye uno de los principales propósitos de la práctica de la salud pública.

En las postrimerías del siglo XX, las naciones americanas y en especial los grandes centros urbanos están experimentando extraordinarios cambios políticos, económicos y demográficos que generan un rápido y desordenado proceso de urbanización acompañado de unas condiciones sanitarias deficientes, marginalidad de algunos estratos poblacionales, contaminación ambiental y en general condiciones deficitarias para el fomento de la calidad de vida. En casi todas se requieren ajustes para dar cabida a una población que crece año tras año

El seguimiento de los cambios demográficos por medio de las tendencias en la natalidad y la mortalidad no basta para trazar un cuadro completo del crecimiento general de la población. Así por ejemplo, aunque en Santa Fe de Bogotá se registra una tendencia constante hacia la disminución en las tasas fecundidad de tal forma que para 1999 se calcula en 2.3 hijos por mujer en edad fértil, no sucede lo mismo con el crecimiento

general de la población como consecuencia principalmente del desplazamiento desde las zonas rurales por efecto de violencia y el empobrecimiento del campo.

En la ciudad, la migración viene siendo el factor más importante para el crecimiento poblacional con el 41% de participación¹. Los inmigrantes se caracterizan por ser un grupo de personas en edad de trabajar, social y económicamente vulnerables que se vinculan laboralmente al sector informal y engrosan la franja de pobreza.

Esta situación, desborda las proyecciones de crecimiento de los recursos que se destinan a la inversión social, situación que en el caso del sector salud del Distrito Capital, se hace más crítica si se tiene en cuenta que es allí donde se concentra la oferta de servicios tecnológicos de mayor complejidad, convirtiéndolos en centros obligados de referencia para todo el país, condición que no se ve correspondida por la forma como se distribuyen actualmente los recursos de salud en Colombia sobre la base de montos fijos per cápita.

Los países de las Américas, en particular los de América Latina y el Caribe, están viviendo los cambios demográficos y epidemiológicos propios de todas las sociedades en transición. Entre la primera mitad de los años ochenta y mediados de los noventa, la esperanza de vida al nacer en la Región aumentó de 68,7 a 71,1 años. En 1995, en América Latina la cifra fue de 70 años y en Santa Fe de 70.6 años. Se ha estimado que para el año 2005-2010, la esperanza de vida al nacer en la ciudad será de 72.8 años. Esto es el reflejo de un mejoramiento continuo de la situación de salud, aunque no con las mismas características y velocidad en todas las zonas y grupos humanos.

Santa Fe de Bogotá concentra hoy el 19% de los hogares y el 23% de los establecimientos productivos de Colombia, aporta el 21% del PIB nacional y genera el 31% del empleo nacional.

Persiste un desfase entre las necesidades y la oferta de vivienda y servicios públicos especialmente de agua potable y alcantarillado que ha generado el incremento de asentamientos periféricos sin los requisitos mínimos de infraestructura y con materiales inapropiados, lo que tiene serias consecuencias en los niveles de salud de la población, que propician la iniquidad en el acceso a los servicios de salud para los grupos más desprotegidos.

Adicionalmente, en términos absolutos, Santa Fe de Bogotá, concentra el más alto número de personas con necesidades básicas insatisfechas, de tal forma que para 1999 se estiman 1'084.157 personas y 199.430 en miseria.

El abastecimiento de las crecientes necesidades de agua de la ciudad, la viene afrontando a un agotamiento progresivo de los recursos hídricos, de tal forma que la capacidad actual de suministro de agua potable será absorbida por la demanda en el año 2004, por lo que es urgente identificar nuevas fuentes. A pesar de que más del 90% de los habitantes tienen acceso a servicios acueducto y alcantarillado, cerca de 27.000 hogares no disponen de acueducto y obtienen el agua para cocinar de pila públicas, carrotanques, aljibes, aguas superficiales o lluvia.

La contaminación atmosférica es otro factor de riesgo importante para la salud de la población de las grandes ciudades. Esta se genera por fuentes fijas por partículas en suspensión provenientes de obras de construcción, repavimentación de vías, incineración de basuras, fábricas, canteras, ladrilleras, etc. y por fuentes móviles como los vehículos

de transporte público, intermunicipal y de carga y el aumento indiscriminado del parque automotor el cual hace que los vehículos mantengan en promedio una velocidad baja. (En Bogotá no supera los 20 y 30 Km./hora).

Otros problemas ambientales importantes en la mayoría de los países y las grandes ciudades Americanas son la contaminación de los alimentos, la disposición inadecuada de desechos sólidos, la precariedad de las viviendas y la exposición a accidentes y enfermedades en los ambientes de trabajo.

El inadecuado manejo y disposición de los residuos sólidos y especiales que se generan del consumo de la población, inciden en la proliferación de artrópodos y roedores, contaminación de aguas subterráneas, superficiales, ríos y canales; contaminación atmosférica por la emisión de gases orgánicos volátiles y tóxicos (bencina, metano, cloruro de vinilo entre otros), y contaminación del suelo por la descomposición de lixiviados. En Santa Fe de Bogotá se deposita diariamente en el Relleno Sanitario "Doña Juana" cerca de 5.000 toneladas de residuos sólidos y 10 de residuos especiales.

En la década de los noventa, pese al aumento de la población y del número de defunciones, se produjo una marcada reducción del número de años potenciales de vida perdidos en la ciudad, es decir, disminuyó la cantidad de muertes prematuras. Aunque parte de este cambio puede atribuirse al envejecimiento de la población; su causa principal fue la disminución de la mortalidad en los primeros años de vida, sobre todo la debida a enfermedades transmisibles, seguidas por las enfermedades vinculadas al trabajo y la violencia en los hombres y las enfermedades degenerativas y crónicas en las mujeres¹.

En el año 2010 el Distrito Capital contará aproximadamente con 7.641.012 habitantes¹, de los cuales el 16.8% serán mayores de 60 años en contraste con el actual del 11.8%. Es decir, se espera un incremento importante en el índice de envejecimiento que presionará la demanda de servicios para la atención de enfermedades cardiacas, cerebrovasculares y degenerativas propias de estos grupos poblacionales.

El comportamiento de los AVISAS¹ totales en el último quinquenio presenta una tendencia de disminución consistente y progresiva de la tasa total, a expensas del decrecimiento en las lesiones (Grupo III). Al desagregarlos por grandes agrupaciones de causas se evidencia que las enfermedades cardiovasculares están en aumento, al igual que las lesiones accidentales, las anomalías congénitas y en menor proporción, las infecciones parasitarias. Para el período estudiado disminuyen de manera importante las lesiones intencionales y en un menor grado las enfermedades neuropsiquiátricas, digestivas y musculoesqueléticas. El resto de agrupaciones de causas tienen variaciones poco importantes.

A pesar de que en las Américas, incluida Colombia, se ha evidenciado una disminución en las tasas de mortalidad infantil, en Santa Fe de Bogotá este descenso ha sido más lento debido posiblemente al hecho de que los avances en niveles superiores de transición son de más difícil logro, de tal forma que se presenta en los últimos años una tendencia estable de 24 muertes por 1000 menores de un año.

En el último quinquenio las razones de mortalidad materna en Santa Fe de Bogotá, ajustadas por subregistro, han sido mayores a las nacionales entre un 19% y un 35%. Situación que podría obedecer a la presencia de los centros de referencia de

mayor complejidad a lo que se refiere un alto porcentaje de casos de gestaciones de alto riesgo, a los procesos de migración de mujeres en gestación y factores relacionados con el acceso y la calidad de atención.

A pesar que la estructura de mortalidad de Santa Fe de Bogotá se asemeja cada vez más en términos generales al visto en las comunidades desarrolladas, con patologías prevalentes del grupo de las enfermedades crónicas en las que destacan la hipertensión arterial, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y otras enfermedades del corazón, las enfermedades infecciosas continúan presentes en el grupo de las diez principales causas de mortalidad general. Se destacan las afecciones perinatales, neumonías y otras patologías respiratorias principalmente aportadas por los menores de cinco años y como tercera causa de mortalidad infantil.

El trauma y la Violencia es la tercera causa de mortalidad general en el Distrito Capital concentrada en forma alarmante en el grupo de 15 a 44 años, en el que se presenta como primera causa de mortalidad.

Es preocupante la reciente aparición de enfermedades emergentes como el SIDA que se incorporó en la estructura de mortalidad entre las diez primeras causas en el grupo 15 a 44 años y dentro de las primeras 20 en la población general.

En resumen, el patrón salud enfermedad en el Distrito, se asemeja en forma importante a la que caracteriza a las grandes ciudades latinoamericanas, en las que se evidencian cambios favorables en el comportamiento de algunos macroindicadores de salud y la coexistencia de enfermedades infecciosas emergentes o no resueltas, las enfermedades crónicas, el complejo trauma violencia y las condiciones asociadas con la salud materna y perinatal. Así mismo, el actual modelo de desarrollo expone a la población a múltiples factores de riesgo y deficiencias focalizadas de condiciones de vida. Lo anterior implica el diseño de políticas públicas que favorezcan las condiciones de salud de estas poblaciones y proporciones los medios necesarios para atender las necesidades.

Respuesta social a la problemática de salud pública

Las principales problemáticas de la ciudad, se están abordando a través del plan de desarrollo, "Por la Bogotá que queremos" 1998-2001, en él se plantean siete prioridades que constituyen el horizonte de desarrollo de la ciudad, ejecutadas con una visión de intersectorialidad.

Para dar respuesta a los procesos acelerados de crecimiento urbano, migración y alta densidad poblacional característicos de las grandes ciudades como Santa Fe de Bogotá, se formula la prioridad **urbanismo y servicios** que apunta hacia la regulación, control y ordenamiento de la dinámica urbana que hoy se produce en forma individual y no planificada.

Estos procesos de urbanización caótica, que presentan un incremento en la última década producto de la migración, han aumentado los asentamientos en zonas de riesgo de la ciudad que no cuentan con las condiciones mínimas de infraestructura de servicios públicos. Para mejorar la calidad de vida de estos sectores deprimidos de la ciudad, se desarrolla como prioridad la **desmarginalización de barrios** cuyo objetivo es fortalecer la

infraestructura física y social. En esta última se busca ampliar la cobertura de atención a la población más vulnerable, especialmente la infantil en aspecto de salud, educación y bienestar social.

Con respecto a la ampliación y mejoramiento de la infraestructura del sector social se desarrollan acciones tendientes a fortalecer la oferta pública de hospitales especialmente los de primer nivel de atención y el refuerzo estructural de los hospitales de segundo y tercer nivel.

A la vez para atender el déficit en la infraestructura de servicios y al deterioro ambiental producto de los procesos de urbanización del Distrito Capital, la prioridad **ciudad a escala humana** desarrolla estrategias para recuperar el espacio público donde se comparte socialmente la ciudad a través de la generación de espacios como parques y zonas verdes que posibiliten y optimicen el uso del tiempo libre, la convivencia, la seguridad ciudadana, fomentando en últimas la cultura del cuidado y mantenimiento del espacio público.

Dentro del programa de **control y mitigación del impacto ambiental** se abordan acciones para controlar la degradación ambiental, minimizar la contaminación atmosférica, sonora, hídrica y del suelo y mejorar las condiciones para el manejo de basuras y disposición de desechos en las áreas urbanas y suburbanas de la ciudad.

En esta prioridad a través del programa de **renovación urbana** y **organización de la expansión de la ciudad** se regula el crecimiento de la oferta habitacional versus la oferta de servicios públicos para que este proceso se dé en forma paralela. En él, se contempla el desarrollo de proyectos de expansión de los servicios públicos, tales como la ampliación de redes de acueducto y alcantarillado y la realización de estudios para la construcción de rellenos sanitarios.

El impacto sobre estos factores de riesgo y la generación de espacios saludables para la recreación, constituyen estrategias intersectoriales que propenden por la calidad de vida y por ende en las condiciones de salud de la población en especial de la población ubicada en los barrios pobres de la ciudad.

Las principales competencias del sector social se encuentran enmarcadas en la prioridad de **interacción social**. En esta, se establecen tres programas: Mejoramiento de la calidad de la educación, mejoramiento de la calidad y cobertura de los servicios a grupos vulnerables y; **mejoramiento de la calidad y cobertura de la prestación de servicios de salud**, que destaca como compromisos:

“El fortalecimiento de la salud pública preventiva, el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica en general y el de vigilancia epidemiológica ambiental en particular, la implantación de programas para disminuir la mortalidad materna, perinatal y de niños menores de cinco años, y la atención de menores objeto de abuso sexual. En general se garantiza el acceso al sistema de seguridad social en salud tanto en la afiliación como en la prestación del servicio, principalmente a la población pobre y vulnerable”.

La mortalidad por lesiones de causa externa como se expresó anteriormente, constituye uno de los principales problemas de salud pública de la ciudad, afectando principalmente a la población masculina joven. En esta categoría se contempla las diversas formas de

expresión de la violencia, reflejada en ámbitos familiares y públicos y con multiplicidad de causas asociadas entre ellas la inseguridad.

La prioridad **seguridad y convivencia** aborda esta problemática desde una visión intersectorial. A través del programa de **promoción de la solidaridad y compromiso para la convivencia ciudadana**, se promueve la solidaridad, el respeto y el compromiso de todos los ciudadanos con la población más vulnerable como niños y mujeres; se busca así reducir la permisividad de la sociedad frente a esta problemática.

Una de las líneas de desarrollo de la promoción de la salud es la creación de espacios saludables, **el programa de fomento del buen uso del tiempo libre y el espacio público** promueve la apropiación del entorno, utilización y mantenimiento de la infraestructura para recreación y esparcimiento como parques, zonas verdes y el espacio público en general.

Dentro de la prioridad de eficiencia institucional se circunscribe el fortalecimiento de la oferta pública de servicios de salud en el programa de **modernización y fortalecimiento de la gestión pública** a través de la generación de modelos de gestión pública eficiente y eficaz, con reglas de juego transparentes.

A la luz de estas prioridades formuladas en el Plan de gobierno y que presentan un claro horizonte para el desarrollo de la salud pública en la ciudad, desde la Secretaría Distrital de Salud se plantean las siguientes líneas que permiten el desarrollo de la misma en el Distrito Capital:

1. Desarrollo de políticas públicas

Para atender a las prioridades de salud pública de la ciudad, la Secretaría Distrital de Salud, diseñó una serie de lineamientos de política, que cuentan con la participación de las diferentes instancias involucradas en la solución de las problemáticas de salud, a través de la coordinación intersectorial, la concertación y la armonización de objetivos para responder en forma integral a las necesidades de la población. Este acercamiento ha permitido poner en práctica los elementos de la promoción de la salud, facilitando la participación de sectores de la sociedad que adelantan acciones para promover la calidad de vida de los habitantes del Distrito Capital. Podemos citar como ejemplos de este proceso las políticas de: salud sexual y reproductiva, para el adulto mayor, de salud mental y de discapacidad; así como el plan de alimentación y nutrición, entre otras.

2. Acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para atender a eventos prioritarios en salud pública

El desarrollo de las políticas trazadas por el sector se efectúa a través de programas basados en acciones de promoción y prevención que enfatizan sus intervenciones en los grupos poblacionales más vulnerables de la ciudad. El espacio operativo para estas actividades lo representan los planes de beneficios, el plan de atención básica PAB y plan obligatorio de salud POS.

La formulación del Plan de Atención Básica desde el nivel Distrital y local atiende a las necesidades de la ciudad en su conjunto y a su vez se ajusta a las particularidades de cada una de las veinte localidades del Distrito Capital. Una de las herramientas utilizadas

para elaborar estos planes locales son los diagnósticos con participación social construido en cada localidad

Estas acciones formuladas en el PAB de carácter colectivo se complementan a través de las acciones individuales del POS, el ordenador que permite esta complementariedad es el ciclo vital, la Secretaría Distrital de Salud –SDS- viene consolidando el diseño de las intervenciones en forma integral de manera que respondan a las necesidades y problemas del proceso de crecimiento y desarrollo de los diferentes momentos de la vida.

3. Vigilancia en salud pública

La vigilancia en salud pública constituye una estrategia transversal que permite el monitoreo de los determinantes y condicionantes de la salud colectiva. En este sentido la SDS ha tenido importantes avances referidos a la consolidación de los diferentes sistemas de vigilancia, trascendiendo la vigilancia del componente de enfermedades infecciosas y entrando a ámbitos como la vigilancia de lesiones de causa externa, del consumo de sustancias psicoactivas, de factores de riesgo ambientales y de enfermedades crónicas entre otros. Que sin lugar a duda y debido al peso que estos eventos representan en la estructura de morbilidad y mortalidad de la ciudad, requieren respuestas integrales, basadas en una rigurosa vigilancia de estas problemáticas y sus factores asociados.

4. Desarrollo del aseguramiento

En el proceso de implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Santa Fe de Bogotá, para crear las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio en Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2.001, se han realizado acciones dirigidas a incentivar la afiliación al Régimen Contributivo, así como a disminuir la evasión y la elusión al Sistema.

El proceso de aseguramiento al Régimen Subsidiado, contempla desde la identificación de la población objeto de subsidio, hasta garantizar su afiliación a las Administradoras del Régimen Subsidiado y la prestación de servicios de salud por parte de éstas así como la atención oportuna en las instituciones prestadoras de servicios.

Teniendo en cuenta las normas existentes y la necesidad de identificar la población para focalizar el gasto, se decidió iniciar en el año 1994 la aplicación de la encuesta SISBEN. Hasta este momento el total de personas encuestadas es superior a los dos y medio millones.

Una vez identificada la población objeto de subsidio se ha llevado a cabo el proceso de afiliación, logrando una cobertura de 951.109 personas afiliadas al Régimen Subsidiado, en las 22 empresas que actualmente administran recursos del régimen en Santa Fe de Bogotá. Para el próximo año se espera cubrir al 100% de la población identificada en los niveles I y II del SISBEN.

En este período de transición las personas pobres y vulnerables que no se encuentran en ninguno de los dos regímenes, han sido atendidas como participantes vinculados en los hospitales de la Red Adscrita y en los hospitales privados que tienen contrato con esta Secretaría, así como también se ha brindado la atención de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado para los afiliados a este Régimen.

En la actualidad la Secretaría Distrital de Salud concentra sus esfuerzos en mejorar la accesibilidad a los servicios de salud; aumentar la participación de los usuarios, incentivar la afiliación al Régimen Contributivo; disminuir la evasión y la elusión; proyectar y proponer subsidios parciales para participantes vinculados; buscar unidad conceptual y operativa de todos los integrantes del Sistema (ARS, EPS, ESS, ARP), en el componente de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

La oferta publica de servicios de salud en el distrito capital

En Santa Fe de Bogotá Distrito Capital, la oferta pública de servicios de salud se compone actualmente de treinta y dos (32) instituciones adscritas, transformadas en Empresas Sociales del Estado (ESE) mediante el Acuerdo 17 de diciembre de 1997 por el Honorable Concejo Distrital, distribuidas de la siguiente manera:

Cinco (5) corresponden al tercer nivel de atención, ocho (8) al segundo nivel y diecinueve (19) al primer nivel de atención, estas últimas compuestas por Hospitales de baja complejidad, Centros de Atención Médica Inmediata (CAMIS), Unidades Primarias de Atención (UPAS) y Unidades Básicas de Atención (UBAS), lo que arroja en total 138 unidades de atención, distribuidas en las veinte (20) localidades en las que se organiza políticamente el Distrito Capital.

En la actualidad se cuenta con 9.459 camas, de las cuales 7.596 pertenecen al sector privado y 1.863 al sector público. Esta cifra arroja un promedio de 1.51 camas por 10 mil habitantes, acorde con los estándares observados para los principales países de Latinoamérica.

Para mediados del año 2001, el Distrito contará con 500 camas nuevas en entidades públicas, las que sumadas a las actuales, se constituyen en una cifra adecuada en número para suplir las necesidades hasta el año 2010, siendo necesario solamente un ajuste gradual en términos de su complejidad y distribución en especial hacia la zona sur.

Igualmente los nuevos hospitales de tercer nivel de complejidad que serán construidos por el Departamento de Cundinamarca en Zipaquirá y Soacha permitirán afrontar las necesidades crecientes para los próximos 10 años.

Evolución y desarrollo de la oferta publica de servicios de salud en el distrito

Las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, han pasado por las etapas de centralización, desconcentración y descentralización, esta última correspondiente a su transformación en ESE, mediante la cual y en cumplimiento de la Ley 100 de 1993, adquirieron autonomía administrativa, técnica y financiera. No obstante el corto período de tiempo de este proceso que cumple ya dos (2) años, es posible ver algunas tendencias importantes en el desarrollo de los hospitales del Distrito.

En relación con la oferta y demanda de servicios:

El mecanismo de "libre escogencia" para la población de vinculados, ha favorecido a aquellos hospitales que se encuentran ubicados en localidades donde reside una

importante proporción de esta población y que además cuentan con condiciones de acceso adecuadas, como es el caso de las instituciones de las zonas sur y sur occidente del Distrito.

Por el contrario, existe una subutilización de los servicios ofertados por las instituciones con poca demanda de esta población, lo que ha ocasionado situaciones de “ineficiencia” en la utilización de los recursos físicos, humanos y financieros, como se puede apreciar en las instituciones localizadas en la zona centro oriente.

Se evidencia igualmente en algunas instituciones, un incremento desmedido en la cantidad y tipo de servicios brindados, favorecidos entre otras razones, por el “pago por evento” y la entrega de transferencias directas realizadas por el FFDS, originando con frecuencia una sobre oferta, soportada por las llamadas “nóminas paralelas”.

En forma opuesta, algunas instituciones vienen cerrando servicios fundamentales para la atención de la población participante vinculada, generalmente basados en criterios de rentabilidad económica para las “Empresas Sociales del Estado” que los venían prestando, lo que socialmente no se considera una práctica deseable.

Aunado a esto, se presenta un incremento sostenido de la demanda de servicios de salud en los hospitales de la red pública, que obedece entre otros aspectos al alto desempleo y subempleo que presenta en el momento la capital, a los ya conocidos problemas de violencia que vive el país, a las migraciones y desplazamientos y al incremento de las demandas de atención por patologías de alto costo crónicas y degenerativas.

En relación con la identificación de la población por regímenes en el Distrito y a pesar de los esfuerzos realizados por las anteriores administraciones, tendientes a fortalecer el sistema de información distrital en salud, las limitaciones existentes en la calidad de los datos hacen que un porcentaje significativo de la población atendida con cargo a los contratos para la atención de vinculados, no se encuentre identificada por el SISBEN. (Datos parciales muestran que entre el 65 y el 85% de esta población no ha sido identificada por este instrumento –SISBEN- y que muchos de ellos pueden ser evasores del Sistema General de Seguridad Social en Salud).

En relación con los recursos de las ESEs:

Se hace evidente que estas instituciones continúan con una alta dependencia financiera de la SDS, más del 80% de los recursos que les ingresan provienen del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) sin que se evidencie en un mediano plazo, un incremento de su participación en el mercado de servicios de salud en el Distrito Capital.

La forma como la SDS ha venido entregando los recursos para la atención de la población participante vinculada, a través del sistema de pago por evento y las transferencias directas a las ESE hasta ahora utilizadas, ha generado una competencia desequilibrada entre ellas, fortaleciéndose unas a expensas del debilitamiento de otras.

Los recursos destinados para la atención de la población vinculada que le ingresan a las SDS y que entrega a los hospitales, se vienen reduciendo debido principalmente a la disminución de los giros de los recursos asignados para salud por el nivel nacional, no obstante los esfuerzos realizados por el Distrito para compensar esta situación, que infortunadamente ha coincidido con la crisis económica que afronta el país en estos momentos.

Se observa un preocupante incremento en los costos de producción y operación de los hospitales, explicados fundamentalmente por el alto valor de las nóminas de sus plantas de personal, las cuales representan en la gran mayoría de los hospitales, alrededor del 80% de su presupuesto de gastos.

Aun hoy, un importante número de hospitales presenta críticas deficiencias relacionadas con la infraestructura física necesaria para garantizar con calidad y oportunidad la prestación de los servicios requeridos para la atención de la población, en este sentido es igualmente preocupante la inadecuada distribución de los recursos humanos y tecnológicos en estas instituciones.

Persisten problemas de gestión, evidenciados en las evaluaciones que vienen realizando la Secretaría, sobre las áreas de dirección corporativa, atención al usuario y apoyo logístico de los hospitales de la red adscrita, se destacan las limitaciones relacionadas con la financiera y presupuestal.

Igualmente, la red no adscrita contratada, es decir las instituciones privadas que vienen prestando servicios de salud a la SDS, presionan para que se aumenten los volúmenes de facturación por la atención de la población vinculada, lo que ha generado con frecuencia injustificadas atenciones que podían brindar las ESE, con los consecuentes sobrecostos para el FFDS.

Por todo lo anterior, esta situación hace cada vez menos factible el sostener el actual esquema de contratación de pago por evento y de transferencias directas que ha venido desarrollando el Fondo Financiero Distrital de Salud con las ESE, para atender las necesidades en salud de la población pobre y vulnerable del Distrito.

Los hechos descritos explican en gran parte la inadecuada relación entre oferta y demanda de servicios de salud que se ha detectado en Santa Fe de Bogotá, en detrimento de la calidad e integralidad en la prestación de servicios a los usuarios participantes vinculados, lo cual amerita replantear el modelo de financiamiento y organización de las ESE, implementando las reformas sectoriales necesarias para hacer más eficiente el gasto y optimizar el funcionamiento de la red de instituciones adscritas a la SDS en el Distrito Capital.

La estrategia de redes, una alternativa eficiente para enfrentar el problema

La multicausalidad como variable relevante de la problemática de la oferta pública de servicios de salud a nivel del Distrito Capital, hace necesario plantear propuestas alternativas para su solución, siendo el enfoque de redes un modelo de atención que permite redireccionar el concepto aislado de **institución hospitalaria**, determinando su articulación con otras instituciones, para conformar un conjunto organizado de servicios de salud para una comunidad. Esta es una propuesta flexible de organización que permite fortalecer la relación entre la oferta de servicios y la comunidad objetivo en su entorno geográfico.

La estrategia de conformar redes de prestadores de servicios de salud, integradas en principio por los hospitales adscritos a la Secretaría Distrital de Santafé de Bogotá,

responde en esencia a la necesidad de lograr una mayor eficiencia en la utilización de los recursos humanos, logísticos, financieros y tecnológicos con que cuentan estas instituciones. Como consecuencia de ello se espera lograr mas y mejores servicios de salud para los habitantes de la capital, a la vez que permitir a los hospitales enfrentar de mejor forma la competencia a la que se ven abocados por efecto del actual esquema de salud impuesto por la Ley 100 de 1993.

La estrategia parte de reconocer la existencia de una cadena vertical de producción de servicios de salud, integrada por entidades de distinto nivel de complejidad que necesariamente se deben complementar entre sí, operando dentro de un esquema de división del trabajo y utilización eficiente de los recursos, que finalmente conduzca a alcanzar un mayor nivel de salud de la población y a la vez obtener el menor daño posible para el paciente y la sociedad cuando se presenta la enfermedad.

La estrategia busca una integración vertical entre prestadores de servicios de diferente nivel de complejidad, agrupados para el caso de Bogotá en cuatro grandes redes piramidales conformadas según criterios de ubicación geográfica y tamaños de mercados potenciales, con una amplia base de centros básicos y primarios de atención, que confluyen en su vértice con un hospital de tercer nivel de complejidad, ubicados estratégicamente a lo largo de la ciudad; se pretende igualmente una integración horizontal para ciertos tipos de servicios de alta complejidad, buscando con ello la especialización de funciones que hagan más eficiente la utilización de los recursos y generen servicios de la más alta calidad.

Esta nueva estrategia está soportada bajo el fundamento de los “joint venture” entre distintas organizaciones, utilizando en un principio como mecanismo básico de enlace los “convenios interadministrativos”, y en algunos casos desde un inicio o más adelante en el desarrollo de la red, fusiones de las actuales Empresas Sociales del Estado.

Los convenios interadministrativos serán utilizados como herramienta para definir al interior de cada red y aun entre ellas, la cantidad y el tipo de servicios a producir por cada entidad, el tipo de recursos necesarios para ello, la posibilidad de compartir e intercambiar recursos técnicos, humanos y logísticos, la posibilidad de manejar conjuntamente procesos de compra de insumos y recuperación de cartera, entre otras cosas.

Estrategias complementarias para el fortalecimiento institucional de la red

1. Compromisos de Gestión entre los Gerentes de las ESE y el Secretario de Salud, como herramienta para la transparencia en la gestión, la rendición de cuentas y la gestión responsable.
2. Implantación del Sistema de Regulación de Atenciones Ambulatorias y Electivas (SISRAE), (sistema de referencia y contrarreferencia).
3. Convenios de Desempeño.
4. Estrategia de negociación conjunta entre la SDS-ESE y las ARS.
5. Estrategia de compras conjuntas de las ESE con los Proveedores de Suministros.
6. Sistema de Atención Prehospitalaria – Centro Regulador de Urgencias.
7. Estrategia de contratación para la prestación de servicios de salud y sistema de pago fijo global prospectivo por paciente atendido en actividad final.
8. Estrategia de Fusión de ESE.

9. Fortalecimiento y soporte a la labor de las juntas directivas de las ESE.
10. Acciones de Salud Pública.

1. Compromisos de gestión

El compromiso de gestión que de manera pública y explícita hacen los hospitales adscritos de Bogotá frente a sus comunidades, Juntas Directivas, organismos de control y vigilancia, y la SDS, se constituye en la principal herramienta para lograr una GESTIÓN TRANSPARENTE y una efectiva RENDICIÓN DE CUENTAS, en un ámbito de AUTONOMÍA RESPONSABLE que los lleve a ofertar sus servicios de manera eficiente y con la más alta calidad.

Si no existe un documento de compromiso hacia una gestión eficiente y de calidad, que tenga como características el ser explícito, claro, preciso, coherente, medible y ligado a un pago, en el que se señalen claramente los incentivos y castigos que se derivan de su cumplimiento o incumplimiento, no pasa de ser letra muerta que hará imposible hacer efectivo el proceso de rendición de cuentas al que deben someterse todos los funcionarios públicos.

“Sin una gestión transparente y una rendición de cuentas efectiva, dentro de un contexto de autonomía que hagan de ella un ejercicio de manejo eficiente y responsable de los recursos, será muy difícil recuperar la institucionalidad y el valor del servicio público que deben caracterizar a sus funcionarios y organizaciones”.

2. Sistema de regulación de atenciones ambulatorias y electivas (sisrae)

En la estrategia de red un componente fundamental y necesario implementar, es el “Sistema de Regulación de Servicios Ambulatorios y Electivos” (Referencia y contrarreferencia) entre las instituciones prestadoras de servicios de salud de la Red Adscrita del Distrito Capital, una herramienta que garantiza la integralidad por subredes de la atención en salud de la población vinculada del sistema, ofreciéndole una respuesta oportuna, pertinente y suficiente.

La SDS a través de esta estrategia, pretende regular y mejorar la operación y eficiencia del actual Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la Red Adscrita del Distrito, para la atención de eventos ambulatorios y electivos de la población vinculada, para lograr esto, es fundamental que la SDS definir claramente cuales son los servicios a ofrecer a la población objetivo, donde los va a ofrecer y que sean conocidos por todas las instituciones de las diferentes subredes.

Características del sistema:

- Virtual, no posee infraestructura propia.
- Interdependencia, se bases y favorece el adecuado funcionamiento de otros componentes (redes de servicios, sistema de información, contratación, interventoría).
- Dinámico, requiere de seguimiento, evaluación y ajuste permanente.
- Integralidad, debe articularse con todos los demás componentes.
- Coordinación centralizada, su desarrollo se rige, sigue, evalúa y ajusta desde la SDS.

Resultados

- Fortalecimiento de las instituciones de salud de la Red Adscrita del Distrito a través del direccionamiento de la oferta y la demanda de servicios ambulatorios y electivos, hacia los hospitales que la conforman, de acuerdo con su capacidad de respuesta.
- Mejoramiento de la situación presupuestal de los hospitales y reducción de costos por parte de la SDS.

3. Convenios de desempeño

Los convenios de desempeño son un instrumento para el fortalecimiento institucional de las ESE adscritas del distrito capital que refuerza la gestión transparente y la rendición de cuentas, que lleva a las instituciones de la red pública a ofertar sus servicios de manera eficiente y con la más alta calidad articuladas dentro de la estrategia de redes.

Los convenios de desempeño son complementarios a la estrategia de contratación para la prestación de servicios de salud y su **sistema de pago fijo global prospectivo por paciente atendido en actividad final**, mediante el cual recibirán los recursos que financian sus presupuestos, están íntimamente relacionados no pudiendo independizarse el uno del otro.

La SDS suscribió contratos de prestación de servicios y convenios de desempeño con cada ESE, en el primero, se definieron y concertaron los servicios a contratar con su monto respectivo y en el segundo los compromisos de eficiencia y productividad que deben cumplir las instituciones. El contenido y los términos de cada convenio se definió a partir de la evaluación de las propuestas presentadas por las ESE, a la luz de los aspectos de índole jurídico, normativo, financiero, organizacional y técnico-administrativo de las mismas.

Resultados

- Compromisos Negociados de mejoramiento que contribuyen a la modernización de la gestión institucional de las ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud.
- Convenios de desempeño formalizados con cada hospital, para la obtención de resultados deseables en la gestión y prestación de servicios, de conformidad con las políticas sectoriales y las metas de desarrollo institucional de las ESE.

4. Negociación conjunta con ARS

Con esta estrategia se pretende fortalecer y mejorar la capacidad de negociación y contratación de las Empresas Sociales del Estado para la venta de servicios de salud a las Administradoras del Régimen subsidiado, en el Distrito Capital.

La SDS como único proveedor de los recursos para la atención de la población afiliada al régimen subsidiado a través de las ARS y como responsable de la sostenibilidad financiera de las ESE adscritas, debe ejercer una fuerza de presión que permita mejorar

las condiciones de venta de servicios que tienen las ESE para la atención de su población objeto.

La SDS al acompañar y respaldar en todo el proceso de negociación de las ESE con las ARS, pretende obtención de mejores condiciones de precios y pago oportuno, mejorar la calidad y oportunidad en la atención de la población subsidiada y consecuentemente fortalecer las redes de servicios y sus instituciones.

5. Negociación conjunta con proveedores de suministros

Con esta estrategia se mejora la gestión de suministros por parte de la ESE, a través de la implementación de acciones y estrategias en la adquisición, uso y evaluación de los insumos.

El papel de la SDS es acompañar y respaldar en todo el proceso de negociación de suministros a las ESE, para la obtención de mejores condiciones en términos de precios, sostenibilidad de la oferta, calidad, oportunidad y ahorro.

El éxito de esta estrategia depende del compromiso y participación de todas y cada una de las instituciones de la red adscrita, para alcanzar verdaderas economías de escala y evitar la competencia desleal por parte de los hospitales y los abusos por parte de los proveedores.

Lo anterior se logra involucrando dentro de los compromisos de gestión y de los convenios de desempeño con la SDS, metas de cumplimiento en relación con el logro de estos objetivos.

Resultados

- Mejoramiento de las condiciones de compra y servicio de posventa de los suministros necesarios para el funcionamiento de los hospitales de la red adscrita.
- Ahorros en gastos de funcionamiento, derivados de la aplicación de economías de escala para contención de costos.
- Reducción de costos de los servicios en las ESE de acuerdo a la negociación y compras realizadas.

6. Sistema de atención prehospitalaria (aph), centro regulador de urgencias (cru).

Con la aplicación de este sistema se pretende ofrecer a la comunidad del Distrito Capital un servicio público de atención prehospitalaria con eficiencia, calidad, oportunidad y equidad.

Se busca, disminuir la morbimortalidad generada por patologías urgentes en la ciudad, que se traducen en un aumento de la esperanza de vida de la población del Distrito Capital, en la reducción de las incapacidades, los costos de atención en salud y en la reducción de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).

Resultados:

- Aumento de la productividad de las Unidades Móviles del Proyecto de APH de tres a seis traslados por día / por unidad

- Aumento de coberturas del Centro Regulador de Urgencias, en la ubicación de las solicitudes de referencia.
- Mejoramiento de la oportunidad en la prestación de servicios de traslado, eliminando “Zonas fuera del Proyecto” y disminuyendo el tiempo de respuesta en la zona del Proyecto.

7. Estrategia de contratación para la prestación de servicios de salud sistema de pago fijo global prospectivo por paciente atendido en actividad final.

Esta estrategia busca estimular en los hospitales la eficiencia en el proceso de atención de los usuarios, de tal forma que se paga por paciente atendido en actividades finales y no por servicios intermedios, que generan incentivos que inducen la oferta, sin que necesariamente se obtengan mejores resultados en términos de calidad, pero si estimulan los costos.

Se da mayor libertad a la gerencia de cada institución para que de acuerdo a los recursos humanos, tecnológicos, logísticos y financieros con que cuenta organice de manera eficiente el proceso de atención al interior de la institución y estimule la utilización de los servicios de la red o subred en las que está operando. Esto necesariamente obliga a mejorar los mecanismos de control de gestión, de costos y de calidad en cada servicio, sin inducir montajes de nuevos servicios no necesarios y a evitar la remisión de pacientes a otras instituciones por fuera de la misma red.

Se resalta la simplificación de manera considerable del proceso de facturación de servicios que se realiza para el FFDS, lo que redundará en una reducción de los costos administrativos que se podrán destinar al mejoramiento de procesos de atención.

8. Estrategia de fusión de ese

Con esta estrategia se pretende fortalecer a las ESE y la prestación de servicios que ofertan las mismas, derivado de la reestructuración de la red de entidades adscritas a la SDS a partir de nuevas instituciones más grandes, más competitivas, con estructuras más flexibles para responder a las necesidades de sus usuarios, socialmente más efectivas y financieramente más sólidas que se conviertan en factor de equilibrio en el SGSS privilegiando su accionar en la población pobre y vulnerable del Distrito Capital.

Al optimizar la estructura de las empresas, priorizando la inversión en las áreas asistenciales de los hospitales y racionalizando la estructura administrativa o logística que apoya la prestación de los servicios, permitiría integrar en un solo equipo los recursos humanos, físicos y financieros que actualmente ejecutan acciones similares en cada una de ellas, consolidándose como una de las ventajas que ofrece las economías de escala que permiten reducir los costos de operación de los hospitales, racionalizando los recursos.

Se pretende así incrementar la capacidad de respuesta de la oferta institucional de los hospitales públicos a la demanda de servicios de la población usuaria, en la medida en que la fusión de hospitales permite unificar los portafolios de servicios ofrecidos por varias instituciones en uno solo más completo e integral que responda a las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios de salud.

La optimización de las plantas de personal es uno de sus componentes fundamentales en la medida en que la fusión permite aprovechar al máximo el capital humano que labora en los hospitales, una vez se formalice y estructure la nueva entidad.

Los análisis preliminares sugieren que es factible pasar de los 32 hospitales que se tienen en la red adscrita actualmente a 23 y generar un ahorro corriente a 10 años estimado en \$130,000 millones de pesos (Valor presente Neto).

Fortalecimiento y soporte a la labor de las juntas directivas de las E.S.E.

Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado deberán asumir un papel más activo en el proceso de planeación y control de la gestión de estas organizaciones, acorde con las funciones y responsabilidades que por ley les corresponde. Con ello se pretende que la comunidad, la administración y la Secretaría Distrital de Salud tengan un soporte en su labor y cuenten con interlocutores válidos que les permitan ejercer sus derechos y lograr que se presten eficientemente los servicios, cumpliendo así con los lineamientos dictados en el Plan de Desarrollo de la Administración y con las políticas nacionales para el sector salud.

En este sentido se fortalecerá la presencia del representante del señor Alcalde en las Juntas Directivas de las E.S.E., quien en lo sucesivo será una persona del área financiera o de planeación de la Administración, quien tendrá como labor esencial servir de soporte en la planeación y ejecución de los presupuestos de estas organizaciones.

Igualmente, desde la Secretaría Distrital de Salud, se creará un grupo funcional que se encargará de evaluar y dar apoyo, de manera ordenada, planeada y permanente a las diferentes decisiones que se toman en dichas Juntas Directivas.

10. Descentralización, organización y participación comunitaria en salud

La organización y participación comunitaria en salud son consideradas estrategias fundamentales dentro del proceso de gestión transparente y rendición de cuentas al que debe someterse el sector, las que a su vez son pilar indispensable para el buen funcionamiento del proceso de descentralización. Estas dos estrategias deben conducir necesariamente a un funcionamiento más eficiente de las instituciones que se traduzca en más y mejores servicios para la comunidad.

En este orden de ideas, la Secretaría Distrital de Salud pretende retomar los postulados clásicos de la cumbre mundial de Alma Ata que promulgan a la estrategia de “atención primaria con participación de la comunidad” como la base para el desarrollo de los servicios de salud y los procesos de descentralización, servicios que deben estar conformados por redes integradas de instituciones de distinto nivel de complejidad o Sistemas Locales de Salud SILOS, que hagan más eficiente el uso de los recursos escasos, bajo premisas fundamentales como son la subsidiariedad y complementariedad. En este esquema, el contacto y puerta de entrada para la comunidad hacia los servicios de salud debe ser el hospital de primer nivel de complejidad, en torno al cual deben girar las acciones de organización y participación comunitaria.

En este sentido, el Distrito cambia la estrategia de las Direcciones Locales de Salud, y en su reemplazo ubica sus funciones en las instituciones de primer nivel de complejidad y en los CADE, de tal forma que la comunidad organizada sirva de base para el desarrollo y el control de la gestión de las cuatro redes en que se organizará funcionalmente la prestación de servicios en el Distrito Capital y no como estructuras paralelas como se venía haciendo hasta ahora.

12. Las acciones de salud pública

Las estrategias que se piensan adelantar en este campo, en especial las dirigidas a grupos vulnerables prioritarios, como son los escolares y mujeres en edad fértil se definen a partir del análisis del perfil epidemiológico de Santa Fe de Bogotá para cada uno de los grupos de edad, priorizándose las siguientes intervenciones para el año 2000:

- Tamizaje integral auditivo, visual y nutricional a 346.079 niños entre 4 y 14 años.
- Incrementales en salud oral en las 20 localidades del Distrito Capital con una cobertura de 346.079 niños y niñas.
- Incrementar en 71 el número de escuelas saludables y mantener las 79 existentes.
- Tamizaje de 270.000 mujeres en edad fértil para detección precoz del cáncer de cerviz.
- Tamizaje a 20.000 mujeres gestantes para detección precoz del VIH/SIDA
- Incrementar la captación de la gestante en el primer trimestre del embarazo en un 15%.
- Mantener la tasa de fecundidad en un 2.3 hijos por mujer en edad fértil.
- Incrementar 100 unidades notificadoras para el Sistema de Vigilancia Intensificada y mantener las 550 existentes.
- Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica ambiental en las veinte localidades del Distrito Capital.
- Garantizar la inspección, vigilancia y control en el 100% de establecimientos y espacios de alto riesgo así:
 - Riesgos del Consumo:
 - ✓ Higienizadoras, enfriadoras de leche
 - ✓ Mataderos
 - ✓ Envasadoras de agua
 - ✓ Fábricas de bebidas alcohólicas
 - ✓ Fábricas de alimentos de productos cárnicos
 - ✓ Plazas de mercado
 - ✓ Alimentos de control especial: harina de trigo y sal.
 - Riesgos Físicos:
 - ✓ Acueductos comunitarios
 - ✓ Agua de consumo humano de red
 - ✓ *Ronda del río Tunjuelito y humedales*
- Sensibilizar e informar a 4.000 funcionarios de equipos de salud en la identificación del problema del consumo de alcohol y otras drogas.

Laboratorio de Salud Pública:

- Estructuración, vigilancia, supervisión y control de las redes de laboratorios clínicos, de alimentos y toxicología públicos y privados del Distrito Capital.
- Implementar un sistema de garantía de la calidad de acuerdo a la norma ISO 25 para acreditar al Laboratorio de Salud Pública.

Propuestas para el gobierno nacional

ALTERNATIVA DE SUBSIDIOS PARCIALES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y DEL SECTOR INFORMAL DE BAJOS INGRESOS EN SANTAFE DE BOGOTA.

Antecedentes

Incorporar efectivamente al Sistema de Seguridad Social en Salud a los trabajadores independientes e informales de bajos ingresos es quizás una de las mayores debilidades que se han evidenciado con el proceso de implementación de la Ley 100 de 1993, y uno de los mayores retos futuros que tienen hoy las autoridades del sector. Este grupo poblacional, conjuntamente con sus familias representan hoy cerca de 14 millones de colombianos cuya subsistencia está ligada a la economía informal, con características muy particulares como son la inexistencia de una clara relación patrono trabajador o de vínculos formales con los procesos fiscales, que hacen prácticamente imposible, por su complejidad y costo, adelantar acciones coercitivas tendientes a su incorporación al actual sistema de salud.

De otro lado, los bajos ingresos promedio devengados anualmente, sumados a la incertidumbre y estacionalidad con que estos son conseguidos, hacen poco viable su afiliación al sistema bajo las condiciones que actualmente prevalecen.

La carencia de protección en salud para esta población genera un enorme problema para la red pública de prestadores de servicios, quienes son los que finalmente terminan atendiendo estos usuarios, generando un desplazamiento de recursos o de subsidios cruzados, que deberían ser destinados a la atención de la población más pobre, hoy insuficientemente cubierta.

En Santa Fe de Bogotá es evidente esta situación, reflejada por el hecho de que las dos terceras partes del gasto que se hace en los hospitales públicos de la red, se dirige a esta población.

Es por lo tanto un imperativo buscar soluciones prácticas a este problema, que puedan ser puestas en marcha con la mayor brevedad posible, con las cuales se empiecen a ofrecer alternativas viables para incorporar esta población al sistema de salud.

La propuesta que se presenta a continuación, corresponde al esquema general que la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, considera es factible iniciar en el corto plazo como experiencia piloto, que sería evaluada y ajustada para luego iniciar su implementación en el resto del país.

Objetivo

Incorporar al Sistema de Seguridad Social en Salud a la población perteneciente al sector informal de la economía de bajos ingresos, identificada como SISBEN 3 y 4, residente en Santa Fe de Bogotá, mediante un esquema simple de una póliza ampliada de salud, cofinanciada a través de un prepago fijo anual por afiliado y un subsidio estatal complementario.

Metodología y estrategias propuestas

Población objetivo: Se podrían beneficiar aproximadamente 1.600.000 personas residentes en el Distrito Capital que se encuentren obligatoriamente identificadas como SISBEN 3 y 4, y que no posean ningún otro tipo de vinculación o protección mediante ARS, EPS, seguros o cualquier tipo de sistemas de salud. Se estima que para este grupo el tamaño familiar es de 4 personas.

Mecanismo de afiliación: Tarjeta prepagada de servicios de carácter voluntario, que se ofrecerá mediante un pago único anual a un precio fijo para todas las personas, con un diferencial entre SISBEN 3 y 4. El pago único es posible hacerlo en una, dos, tres, cuatro, cinco o seis cuotas, ofreciendo alternativas de descuentos financieros para cada caso. Cuando el pago sea diferido, la cobertura en tiempo de la tarjeta será proporcional al número de cuotas canceladas.

Beneficios ofrecidos:

- Durante el primer mes de la afiliación solo se ofrecerá cobertura para los servicios de urgencias.
- Existirá cobertura fuera de la ciudad o de la red básica elegida solo para los casos de urgencias y en los términos establecidos por la ley para estos eventos.
- Acceso preferencial y cobertura total de los eventos catastróficos sin copago, vía referencia obligatoria hecha por las instituciones adscritas a la red Distrital.
- Acceso preferencial y cobertura ampliada en servicios de hospitalización y cirugía de carácter urgente y electivo sin copago, vía referencia obligatoria hecha por las instituciones adscritas a la red Distrital.
- Acceso preferencial y cobertura ampliada en servicios ambulatorios de consulta, procedimientos menores, y ayudas diagnósticas contenidos en el POS, con una cuota moderadora baja (no mayor del 10% y con tope máximo aplicado sobre la base del pago fijo global por actividad final definido por la Secretaría Distrital).
- Acceso completo a servicios de odontología y medicamentos solo para pacientes menores de 14 años y mujeres en embarazo, con copago no mayor del 10% y con tope máximo aplicado sobre la base del pago fijo global por actividad final definido por la Secretaría Distrital. Para los demás usuarios de estos dos servicios el copago será del 30%.
- Acceso completo y totalmente gratuito a servicios de promoción y prevención en los programas que se tengan formalmente establecidos para tal fin en los centros de atención.
- El acceso a los servicios se hará obligatoriamente por el primer nivel de complejidad y el paciente hará tránsito hacia los distintos niveles de complejidad solo por vía de la remisión escrita, salvo en caso de urgencias.

- Cada usuario al adquirir la tarjeta deberá seleccionar su centro de atención básica o de primer nivel, el que será la puerta de entrada obligatoria al sistema de atención, salvo para los casos de urgencias.

Financiación: Tripartita a cargo del estado, usuario y otros aportantes, hasta alcanzar un monto estimado de 200 mil pesos por persona/año, que es el costo estimado del paquete que se ofrecería, ya descrito. El pago sería de la siguiente manera:

- Usuario: pago fijo anual per cápita calculado con base en la capacidad de pago y la disponibilidad a pagar por grupo familiar (estimado inicial entre 40 y 50 mil pesos per cápita año y con un tope de hasta cuatro personas por familia. Se podrán aceptar números superiores a cuatro afiliados por familia, siempre y cuando quienes superen el tope sean hijos dependientes menores de 18 años o personas mayores de 60 años igualmente dependientes. Esto daría un aporte familiar máximo de entre 160 y 200 mil pesos por año.
- Aporte Distrital proveniente de los subsidios de oferta actuales estimado en 100 mil pesos persona/año.
- Aporte Nacional: estimado en el 30% de lo aportado por el Distrito.
- Otros aportes: provenientes de los recursos ordinarios o excedentarios provenientes de subcuentas del FOSYGA, IVA Social, Cajas de Compensación, etc., con lo que se obtendrían los 30 mil pesos restantes.
- Copagos: este aporte sería marginal y por lo tanto no se considera en la financiación de la póliza, pero sus recaudos deberán destinarse a financiar acciones de promoción y prevención.

Red de prestadores: Preferencial y obligatoriamente con la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, que voluntariamente desee y se comprometa a participar según las condiciones establecidas. Opcionalmente en caso de necesidad, por carencia del servicio y solo en los niveles de alta complejidad se utilizaría la contratación con la red privada. Las instituciones de la red pública que no cumplan con lo pactado en prestación de servicios en cuanto a calidad y eficiencia, sufrirán procesos de reestructuración interna y si es del caso se verán abocadas a su cierre.

Cuando se requieran servicios que no alcancen a ser prestados por la red pública, estos serán solicitados mediante licitaciones públicas. Esta estrategia de licitación para el ofrecimiento de servicios es una alternativa excelente para quebrar el sistema de pago por evento que se viene aplicando con la red privada de prestadores, para los servicios no ofertados por la red pública y que invariablemente tiene que cubrir la SDS, permitirá definir topes respetados por los oferentes y aplicar el pago por paquetes integrales de atención, entre otras ventajas.

Mercadeo y venta de afiliaciones: Las afiliaciones serán de carácter voluntario. El mercadeo y venta de las tarjetas estará a cargo de la firma que maneje la póliza, la cual podrá establecer puntos de venta en cada uno de los hospitales de la red adscrita.

Pacientes no afiliados a este sistema: las personas identificadas en el SISBEN 3 y 4 que no se afilien a este sistema, seguirán contando con la atención en los hospitales públicos de la red, bajo las condiciones en las que lo hacen actualmente, esto es con copagos del 30% para el SISBEN3 y tarifa plena para el SISBEN4, al igual que condiciones de acceso a servicios electivos según disponibilidad en la red pública.

Manejo de la estrategia: El Fondo Financiero Distrital actuará como asegurador de primer o segundo piso y se cubrirá con un seguro o reaseguro por exceso de pérdida. Los pagos a los prestadores se harán sobre la base de paquetes o costos indicativos globales por paciente atendido en actividad final, y solo en casos excepcionales por facturación individual de servicios. Como alternativas para manejar la estrategia se propone:

- **Opción 1:** Crear una Subcuenta del FFDS, y adelantar una licitación pública para adjudicar tres paquetes cada uno con 500 mil afiliados aproximadamente. Se invitarían EPS, Cajas de Compensación o firmas de seguros, que se encargarán de la publicidad, promoción y venta de las tarjetas, y del manejo de las reclamaciones (claims management). Las actividades que en su costo no están sometidas a la variabilidad del riesgo en salud, como son la publicidad, promoción y venta de tarjetas, al igual que las reclamaciones, deberán ser cotizadas a precio fijo. Igualmente el licitante deberá ofrecer alternativas para compartir excedentes operacionales. El FFDS haría una licitación para la contratación de una auditoría externa para adelantar la vigilancia y el control de calidad, acceso a servicios y control de reclamaciones. El FFDS haría tres adjudicaciones a firmas distintas quienes competirían en el proceso de afiliación. Al cabo de 6 meses cada firma deberá acreditar como mínimo 100 mil afiliados y ninguna de las tres firmas podrá afiliarse más del 50% por encima de su tope máximo permitido en el paquete adjudicado.
- **Opción 2:** Crear una Subcuenta del FFDS, para que este actúe como asegurador de primer y segundo nivel. Adelantar una licitación pública para el manejo de la publicidad, promoción y venta de tarjetas, y otra para el manejo fiduciario de los recursos y de las reclamaciones, tal como se hace actualmente con el FOSYGA para accidentes de tránsito. Igualmente se haría una licitación para realizar la auditoría externa para adelantar la vigilancia y el control de calidad, acceso a servicios y reclamaciones.

Alternativa para desarrollar un fondo de redistribución de costos no recuperables entre hospitales, destinado al pago de las enfermedades de alto costo que padecen las personas no aseguradas o parcialmente aseguradas sin capacidad de pago

Antecedentes

En la actualidad, el Sistema de Seguridad Social en Salud tiene afiliados alrededor de 20 millones de personas, 12 al Régimen Contributivo y los restantes al Subsidiado. Esto significa que otros 20 millones de ciudadanos no están cubiertos por el Sistema, y la mayoría de ellos, unos 16 millones, son de bajos ingresos, catalogados como pobres o trabajadores del sector informal de la economía.

Estos 16 millones de personas, nunca han contado con algún tipo de amparo para financiar los gastos por servicios de salud, situación que los ha llevado a que tradicionalmente utilicen la red de hospitales públicos, en especial cuando se trata de solicitar atención para patologías de altísimo costo.

A partir de la Reforma al Sistema de salud en 1993, los hospitales públicos han sido presionados de manera insistente para que financien sus presupuestos mediante el mecanismo de venta de servicios a las entidades que afilian a la población (EPS-ARS), y a su vez, la población a sido presionada para que se afilie al Sistema, so pena de sufrir innumerables trámites para poder ser atendidos y recibir un subsidio sobre el costo total de los servicios requeridos, por que de lo contrario tendrían que asumir su costo o en el peor de los casos no recibir el servicio.

A pesar de las nuevas reglas de juego descritas, la realidad demuestra que muchos de los pacientes, en especial aquellos que requieren atención para patologías de altísimo costo no tienen como sufragar estos gastos, tampoco están afiliados al sistema o cuando lo están no reciben cobertura por efecto de los períodos de carencia, terminando en la peor de las condiciones por que aparentemente nadie responde por sus gastos.

Esto ha dado lugar a su evidente discriminación por parte de los hospitales, retrasando su atención y corriéndose el riesgo de empeorar su condición de salud, además de que representan pérdidas para la institución que los acoja en especial las públicas. Tampoco pueden desconocerse los incentivos perversos que se generan con los subsidios de oferta que continúan recibiendo los hospitales públicos, en especial los de más bajo nivel de complejidad, para quienes resulta más rentable no atender el paciente, remitiéndolo a otra entidad (especialmente hacia las de tercer nivel) y quedándose con los recursos que supuestamente recibieron para ello.

Lo anterior indica, que no obstante las reglas del sistema, existe la imposibilidad de negarle la atención a estos pacientes, obligando a enfrentar este hecho y a procurar en primer lugar a proteger la salud de los ciudadanos y luego redistribuir de manera equitativa vía subsidios de oferta, el costo de estos servicios entre los hospitales que efectivamente los atiendan, para lo cual podría pensarse en alternativas tales como la conformación de un fondo de redistribución de riesgo financiado con subsidios de oferta.

Objetivo general

Diseñar y poner en operación un fondo de redistribución de costos no recuperables, entre hospitales de naturaleza pública, destinado al pago de atenciones de alto costo que requieren los pacientes no asegurados y asegurados parcialmente al sistema, sin capacidad de pago, que necesariamente terminan utilizando los hospitales públicos.

Objetivos específicos

1. Establecer el conjunto de actividades y procedimientos, al igual que los costos y frecuencias de uso estimados de los servicios que serían cubiertos por este fondo, que permitan calcular el monto total por el cual este debe ser constituido.
2. Establecer los criterios mínimos y procedimientos que se utilizarían en la identificación y reseña de los pacientes cuyos costos de atención serían cubiertos por el fondo.
1. Definir los procedimientos técnicos, administrativo, jurídicos y operativos para la constitución y operación del fondo. Una vez esto se tenga establecido, apoyar su proceso de implementación y operación formal.

Metodología de trabajo y principales actividades

Para adelantar el proyecto descrito, se requiere conformar un grupo de expertos en fondos de contingencia, seguros y servicios de salud que trabaje de manera permanente e integrada con los diversos actores del sistema como son el Ministerio de Salud, las direcciones territoriales de salud y representantes de los hospitales públicos de tercer nivel de complejidad, para el diseño, ajuste, implementación, operación inicial y evaluación del fondo propuesto. Con esta interacción se garantizaría la integración y coherencia con las políticas y planes del Ministerio de Salud, la calidad del trabajo adelantado y la capacitación y transferencia de tecnología necesarias para adelantar la operación y ajustes futuros al fondo.

Como actividades mínimas se realizarían las siguientes:

- a. Revisión de la bibliografía existente sobre el tema que permita esbozar el alcance del problema y las estrategias que se han utilizado para su abordaje.
- b. Hacer una aproximación a la magnitud y características específicas del problema de costos no recuperables en hospitales como consecuencia de la atención de pacientes que no paguen o nadie responde por ellos.
- c. Con base en lo anterior, y teniendo en cuenta las particularidades del sistema colombiano, elaborar para discusión y ajuste la propuesta de fondo de redistribución de costos que se utilizaría para el caso colombiano.
- d. Una vez discutida y ajustada la propuesta de fondo, se procedería a su implementación y operación inicial, que sería sometida a un estricto proceso de vigilancia. Por último, se harían los ajustes finales y se pondrían en marcha los procesos que habitualmente serán utilizados para la operación normal, la vigilancia y el control sobre ese fondo.

PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD PUBLICA SIMPOSIO

PROMOCIÓN Y ANTIPROMOCIÓN DE LA SALUD. ¿CUAL PREVALECE EN LOS AÑOS FUTUROS?

Helena E. Restrepo

Introducción:

La historia de la Promoción de la Salud (PS), reconstruida a partir de lo que sabemos sobre enfoques de Salud Pública (SP) en los diferentes períodos de la cultura occidental, nos ilustra los movimientos a favor y en contra de una concepción y una práctica que privilegien las acciones de estímulo positivo a la "producción de salud" versus las que privilegien la "atención a la enfermedad".

En esta ponencia se describen dichos movimientos y se intenta analizar los posibles factores que han incidido y siguen incidiendo, desde los griegos hasta nuestros días, en el desarrollo de la PS; cuando y por qué se perdió la preponderancia de Hygea y quedó Panacea dominando el quehacer médico?; qué críticas hizo Platón a las recomendaciones de vida sana?; cual fue el legado que dejaron los árabes en España que no se reconoce hoy como parte de la SP?.

Los aportes de Sigerist y los desarrollos post-Sigerist.

Cuales fueron los aportes de Sigerist a la PS y como evolucionó su influencia en este campo. Se analiza la contribución de la Educación Sanitaria (ES) a la PS y las diferentes corrientes que se formaron en las décadas del 50 al 80. Hay un resurgimiento actual de las teorías y prácticas de ES?.

El movimiento de PS a partir de Lalonde y Carta de Ottawa.

Es importante considerar las reacciones a los planteamientos de Lalonde y de otros dentro de la SP, qué críticas se les han hecho. Cómo influyó la epidemiología de enfermedades cardiovasculares el desarrollo de la PS en Estados Unidos ; los hallazgos de Framingham marcaron una época de gran difusión de los factores de riesgo como elemento central para la PS. La división entre países desarrollados y en desarrollo con respecto a riesgos epidemiológicos polarizó la ES y posteriormente la PS. El gran énfasis en planificación familiar y diarreas fue impulsado por las agencias de cooperación de salud (AID, UNICEF, OPS/OMS) en países pobres mientras en Estados Unidos se centró la ES y la PS en los riesgos del tabaco, dieta (colesterol), hipertensión y sedentarismo. Qué consecuencias han tenido estas diferencias entre países para la PS?.

Cuales fueron las reacciones a La Carta de Ottawa en diversos contextos en especial en América Latina. Dio o no origen a un fanatismo por "estilos de vida saludables"? . Cuales han sido las distorsiones que se han hecho del contenido de la Carta.

Los Servicios de Salud (SS) y la PS

La interrelación entre el desarrollo de los Sistemas de Servicios de Salud y de la PS es muy íntima, entonces por qué plantear antagonismos? . Cuales han sido las causas para

crear supuestos antagonismos entre los dos?. Cual fue la influencia de la crisis económica de los 80 para crear distorsiones en la SP?. Qué papel ha jugado la competencia por los recursos financieros en un modelo que privilegia el mercado de la salud.

Las Reformas del Sector Salud (RSS) y la PS.

Cómo se ha conceptualizado la PS en los planteamientos teóricos de las RSS?. Qué diferencias se establecen o no con la Prevención de riesgos y enfermedades y con la "Protección". Cómo se implementa en la práctica la PS? Cuales han sido las ventajas para la PS y cuales las desventajas de las RSS.

Objeciones a la PS: Antipromoción de la Salud.

Se describen las categorías de objeciones a la PS y qué argumentos las nutren. Para cada una de ellas se discuten los argumentos que pueden servir a los salubristas para contrarrestarlas. Por ejemplo, para la objeción de que la PS está produciendo un "fachismo" de la salud, se hace necesario analizar por qué se hace esta crítica, cuales son las intervenciones que despiertan este rechazo, qué autocritica debe plantearse el sector salud al respecto; deberán contraponerse explicaciones que clarifiquen que los estilos de vida no están circunscritos sólo a unos tipos de comportamientos, sino a toda una forma de vida individual y colectiva que no sólo está determinada por las conductas individuales sino también por las políticas públicas, por los ambientes, por la economía la historia y la cultura. Es necesario demostrar que la forma como se organiza la sociedad puede ser modificada con el concurso de todos los actores sociales y con el respeto por principios de equidad y de ética social. La PS tiene valores que son su columna vertebral y que la práctica o la forma como se implanten las acciones y programas de PS deben tener presentes dichos valores y ser consecuentes con los compromisos políticos y morales que se persiguen.

Perspectivas futuras.

Teniendo en cuenta la situación actual de la SP y la PS, los retos que persisten en nuestra América Latina y en el país, se plantean una serie de cuestionamientos y de reflexiones para el fortalecimiento de la PS en toda su amplitud e integridad. El trabajo político es de suma prioridad así como el desarrollo de estrategias de participación para lograr el compromiso, la negociación y la concertación (los nuevos pactos sociales) a favor de la salud.

LA SALUD PÚBLICA Y LA UNIVERSIDAD

SIMPOSIO

Salud Pública y Universidad

Alberto Vasco Uribe

La salud pública como una disciplina académica, no ha existido siempre y si ha existido, según algunos ha muerto. No existe más.

Ante afirmaciones como estas, lo mínimo que debemos hacer es una reflexión acerca de lo que ha sido, es y debe ser el ámbito de la salud pública como disciplina científica y como fuente de actividades sociales, políticas y profesionales.

En primer lugar debemos señalar que el concepto de salud pública ha variado históricamente y su variación ha dependido de factores que poco tienen que ver con el pensamiento médico o con el desarrollo de la ciencia.

LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

La salud de la Metrópoli y el saneamiento de la periferia

En un apretado resumen, podemos decir que en el período colonial, se limitó a establecer un mínimo de condiciones sanitarias y médicas para los colonialistas, para los súbditos de los países coloniales. Por esta razón podemos explicar por ejemplo como es en los países metropolitanos, ninguno de ellos tropical, donde surgen las llamadas escuelas o institutos de medicina tropical.

Se entiende también que la radical diferencia entre el mundo civilizado y el por colonizar, haya hecho que los ingleses para citar un caso, pensarán que el cólera de India, debía ser diferente al cólera que se producía en Londres y procederán a denominarlo respectivamente como “cólera sua” y “cólera nostra”.

La posterior desintegración del mundo colonial y la apertura del movimiento de mercancías especialmente de productos primarios necesarios en los países dominantes, condujo al establecimiento de las famosas cuarentenas, con las que se pretendía aislar a estos países de los males provenientes del exterior.

Surgió a raíz de lo anterior una pugna no sólo política sino incluso académica, entre los partidarios de las cuarentenas y quienes proponían abolirlas, pues eran un freno a la libre circulación de algunas mercancías consideradas vitales para las economías centrales.

De esta pugna tenemos en Colombia una anécdota interesante. Ante una epidemia de cólera a principios de siglo se dio el hecho de que en Inglaterra ya se abría paso la eliminación del concepto de cuarentena, aun vigente en nuestro país. Fue así como en el congreso de la república se dio una discusión entre quienes estaban a favor y en contra de dicha eliminación, saliendo vencedora, como era de esperarse, la posición defendida desde Inglaterra. Sobre este tema García Márquez escribió un artículo periodístico y sin lugar a dudas sobre él se basó, al menos en parte, su novela “El amor en los tiempos de cólera”.

Levantada la cuarentena en Cartagena, se extendió una epidemia de esta enfermedad al

principio en toda la costa, pero luego fue ascendiendo por el Magdalena, extendiéndose por las cordilleras hasta las grandes ciudades. Como los médicos habían estado de acuerdo con eliminar la cuarentena, se vieron en la necesidad de diagnosticar la nueva enfermedad a la que llamaron eufemísticamente, “colerín calambroso”, pues no era bien visto reconocer que la epidemia se había extendido por todo el país.

El período higienista

Más tarde, a mediados de siglo, se abrió paso una concepción que podemos llamar higienista, o de saneamiento ambiental, según la cual había que propiciar unas condiciones ambientales sanas, sobre todo en los lugares de la explotación de los productos primarios. Por esta época en el ámbito nacional se estableció una oficina de higiene como dependencia del ministerio de gobierno, para luego pasar a ser un ministerio dedicado primordialmente al saneamiento ambiental y concretamente a un programa de letrinas.

La aparición y generalización en el mundo del concepto de seguro social, se expresó en nuestro país con la fundación del Instituto de seguro social a finales de los cuarenta, cuyo funcionamiento en términos de atención médica para obreros comenzó a principios de los años cincuenta en las ciudades más industrializadas.

El período preventivista

Al mismo tiempo se abría paso la concepción preventivista de las enfermedades, dando lugar a la aparición de los departamentos de medicina preventiva en las facultades de medicina, por un lado y por otro a la división entre la atención médica asignada al seguro y la prevención como responsabilidad del ministerio ya denominado, de Salud Pública.

La desproporción entre la cobertura del seguro y el resto del país, planteó de hecho, que el ministerio asumiera además funciones de atención médica, con lo cual se dio paso primero, a la idea de un servicio de salud y posteriormente, a un sistema de salud.

A partir de los años cincuenta y en especial de los sesenta, bajo la influencia de la planificación económica de las empresas multinacionales y la presión de las tesis de planificación global y central propias de los países del llamado socialismo real, se abrió paso a una idea de salud pública más o menos integral, en la que se tenían en cuenta aspectos epidemiológicos, preventivos, de atención médica y de administración de los servicios, influencia que cobijó el nacimiento de nuestra facultad, en un principio como Escuela Nacional de Salud Pública.

El período de la salud pública

El concepto de salud pública se refería entonces a una idea más o menos totalizante, relativa a los aspectos médicos relacionados con las enfermedades y su tratamiento, desde la idea de prevención, hasta el tratamiento con hospitalización como el más alto nivel de complejidad.

La planificación

En el fondo existía la idea de que era posible controlar la salud, de la misma forma como parecía posible controlar la economía a través de una racionalidad más o menos integral. Aprendimos a planificar la salud como se planificaba la guerra en occidente, o como se planificaba la economía en países fuertemente centralizados, rígidos, en los que las alternativas eran consideradas subversivas.

La idea de un servicio único de salud igual para todos se percibió como un modelo ideal y deseable.

La atención primaria

Pero los caminos de la economía real planteaban la necesidad de racionalizar el gasto en lo público, bajo la tesis de la escasez de recursos como premisa, con lo cual la idea de prestar un servicio de alta calidad para todos, se fue convirtiendo en la prestación de un servicio bajo mínimos. Así desarrollamos importantes iniciativas en diferentes campos, todas ellas encaminadas a la mayor utilización de los recursos, tanto en intensidad como en rendimiento. Desarrollamos la medicina simplificada, medicinas alternativas, nos apoyamos en la población y terminamos impulsando modelos de atención primaria con participación de la comunidad, bastante antes de que ello se convirtiera en la declaración de Alma Ata.

Aunque discrepábamos acerca de la viabilidad de la famosa meta, Salud para todos en el año dos mil, la escuela se convirtió en su principal impulsadora a través de toda América latina.

La profesionalización de la salud pública

Ampliamos la profesionalización del trabajo en salud pública a todas las profesiones, aunque la hegemonía de la concepción de términos seguía siendo básicamente médica, a pesar de que Héctor Abad Gómez decía que la salud pública era una profesión en sí misma, que poco o nada tenía que ver con la medicina. De su influencia, desarrollamos y mantuvimos la profesionalización intermedia en salud, con los promotores de saneamiento, los asistentes administrativos y los estadísticos de nivel intermedio, vinculada, en contra de muchas opiniones, a la misma facultad y por ende a la universidad.

Las orientaciones sociopolíticas.

Había un cierto cuerpo doctrinal en el concepto de salud pública, más o menos homogéneo y ampliamente compartido desde diferentes posiciones políticas. Sólo dos aspectos presentaban fuertes diferencias:

El uno era el de la participación de la comunidad. El programa IOPAA, integración operacional de abajo hacia arriba, originado y apoyado por la escuela con el profesor Gustavo Molina como impulsor, aunque demostró importantes posibilidades, fue suprimido como programa oficial por considerarlo subversivo.

(Cuando un Mamo de la Sierra Nevada se nos presentó a la escuela pues había oído hablar de la participación de la comunidad, con la idea de participar y aprender, nos dimos cuenta de la complejidad del problema y de sus limitaciones incluso en el plano legal.)

El otro, quizá más complejo, provenía de la importancia que se le daba a las causas que propician la aparición de las enfermedades.

Algunos de los profesores de la facultad, participamos activamente en incluir los factores sociales como un elemento imprescindible en la comprensión del problema de cómo se vive, cómo se enferma y cómo se cura en una sociedad concreta. Se planteaba así una contradicción, al menos aparente, entre el predominio de las explicaciones biológicas e individuales de la enfermedad, con un enfoque clínico epidemiológico y el énfasis en las condiciones sociales más epidemiológico social.

(Como un ejemplo de aquellas diferencias vale la pena recordar que nuestra participación en la eliminación del basurero municipal de los alrededores de la universidad, se hizo más a partir de la condición de ciudadanos que de salubristas y académicos.)

La Facultad se caracterizó con relación a otras dependencias universitarias por la vinculación de muchos de sus profesores a la política real, bien como jefes de servicio o secretarios de salud en el marco de una política liberal-conservadora, bien a través de la asesoría a diferentes instituciones y niveles, tanto nacionales como internacionales, o bien a través de los llamados movimientos sociales y organizaciones cívicas.

A pesar de los esfuerzos de la facultad por mantener un nivel académico alto, convirtiéndose en un puntal de la epidemiología en América latina, el estigma de su supuesto izquierdismo basado sobre todo en los aspectos mencionados, la acompañó por mucho tiempo, produciendo muchas veces un aislamiento, una vez de origen endógeno y casi siempre de origen exógeno.

El período de la promoción de la salud

En los años setenta, bajo la influencia del pensamiento de los salubristas canadienses, se comenzó a hablar de promoción de la salud. A la idea de salud como el producto de una prevención y una atención, se agregó la idea de la condición biológica y genéticas y en forma especial, la forma, los hábitos de vida.

La idea de promocionar la salud a través de la modificación de comportamientos y hábitos de tipo individual, ha sido una de las vertientes de esta tendencia hoy ampliamente difundida. La otra vertiente, más impulsada en la escuela fue la de las condiciones de vida y de trabajo como los factores a modificar, razón por la cual desarrollamos de forma importante la salud ocupacional.

Sin lugar a dudas los años ochenta dividen en dos la historia de la salud pública en el país y de la facultad en particular, entre otras razones porque estos años marcaron una importante diferencia en la historia misma de la humanidad.

El período crítico

La política de salud como un apéndice de la política económica

La globalización de la economía a través del desarrollo del capital y la innovación tecnológica como procesos básicos del desarrollo social, modificaron la estructura política internacional, con el fracaso de los modelos del llamado socialismo real, con la caída del muro de Berlín como símbolo, y la emergencia de la llamada ideología neoliberal, en la que lo social no es más que un enorme mercado en el que individuos más o menos hábiles, aprovechan las mejores oportunidades para reproducir la riqueza en un marco de teóricas libertades individuales.

Bajo este fuerte impulso en parte vigente, se abrió paso la saludable idea de disminuir el tamaño del estado, incrementar el comercio internacional y de fortalecer los niveles municipales y regionales y en el campo de la salud, la introducción de claros criterios económicos hoy determinantes en el manejo de las políticas de salud.

Si bien es cierto nunca se estableció una política de salud en el país bajo la influencia determinante de los salubristas, a nivel intermedio y local su influencia llegó a ser importante. Existía una especie de nivel técnico en el cual se impulsaban ciertas políticas, actividades y programas que se movían con sorprendente eficacia entre la complejidad de instituciones burocratizadas y muchas veces corruptas.

El concepto de Gestión desplazó a la clásica, Administración de Atención Médica y se instaló, para sorpresa de muchos, una reforma en el sector de carácter casi exclusivamente técnico-administrativo y financiero. La importancia de la inclusión de este tipo de criterios en salud, los técnico financieros, habrá de ser valorada en el futuro, pero sin lugar a dudas ha sido y deberá ser beneficiosa.

Pero cambiaron además muchas otras cosas en el país

El frente nacional con su hegemonía política, condujo entre otras cosas a que se le diera un tratamiento político militar a cualquier tipo de disidencia, con lo cual se abrió paso una paramilitarización de la política tanto institucional como de oposición, desde la derecha y de la izquierda y a todos los niveles.

El Algo-tráfico tradicional de nuestro modelo de desarrollo, derivó en el narco-tráfico, con lo que se generó una verdadera subversión en el orden político, el ético e incluso en el económico y social, con la emergencia de sectores por mucho tiempo marginados.

Estos y otros factores transformaron profundamente a la sociedad colombiana, lo que se expresa con terrible claridad en el hecho epidemiológico de que la primera causa de morbimortalidad en la edad económicamente activa sea la violencia.

Irónicamente esta situación ha hecho que resulte casi inocente pensar en políticas de salud, en programas de saneamiento o de prevención, con lo cual el único discurso en salud es hoy en día el económico.

Pero no se trata de una violencia. Parece ser que estamos en presencia de un fenómeno de violencia en todo tipo de relaciones dentro de la sociedad. Hemos convertido la violencia en una forma de vida, en una empresa económica y en una relación política, social, personal e incluso sexual y yo diría que en un deseo.

A pesar de la tozuda realidad y la experiencia diaria, el fenómeno violento parece iniciar un declive, que no llega por supuesto a tranquilizar. Pero ya se reconoce la existencia de violencias antes negadas, se comienzan a establecer responsabilidades, a aislar a los violentos y a juzgar a los culpables.

Para la universidad, para la salud pública, para la facultad y para muchos de nosotros hay una impunidad que duele especialmente. Existe identificación de culpables en algunos casos y al menos explicación en otros, pero en el caso de Héctor Abad Gómez y de Leonardo Betancur sólo existe un silencio que en el mejor de los casos resulta cómplice. Es nuestra responsabilidad reclamar el esclarecimiento de aquel asesinato. Responsabilidad ética, moral, política, profesional y ciudadana.

¿Qué hacer?

Al hacer este sucinto y seguramente limitado recuento, podemos apreciar que quizá no está en el campo de la novedad teórica ni académica, donde podremos encontrar los elementos que nos permitan vincular la universidad a la salud pública, en la medida en que como grupo profesional hemos participado en todas las épocas, desde todas las tendencias y perspectivas, con iniciativa entusiasmo y espíritu renovador.

Posiblemente estemos en la época en la cual, más que innovar o descubrir, debemos ser capaces de consolidar, combinar y llevar a la práctica acciones concretas de transformación de la vida real.

Se trata, ni más, ni menos, de que reasumamos y sigamos impulsando la perspectiva técnica y tecnológica, afrontemos las responsabilidades económicas y sobre todo las

políticas de nuestra actividad, integrando la práctica profesional y el desarrollo sectorial, con el compromiso ciudadano.

En el plano técnico, debemos asumir retos concretos con metas definidas en términos de tasas específicas en plazos por ejemplo de cinco años, estableciendo prioridades, focalizaciones, poblaciones diana que permitan hacer posteriores evaluación y correcciones.

Podríamos por ejemplo, acordar una especie de plan quinquenal, en el que se priorice el trabajo con adolescentes y con las mujeres, entre otras cosas, porque los adolescentes son los que están en mayor riesgo de morir en los próximos años y al mismo tiempo ya son o van a ser padres.

Un decálogo como el que insinuamos más adelante, deberá hacer parte de las metas y compromisos gubernamentales, impulsada por los técnicos institucionales, incluyendo la universidad, pero sobre todo deberá ser la plataforma unificadora de los profesionales y trabajadores del sector, como ciudadanos con una actividad especializada y crítica en la sociedad. Una plataforma que debe ser un plan oficial, pero antes que nada, debe ser un compromiso colectivo y ciudadano.

Un decálogo quinquenal

Universalizar la vacunación.

Control de la malaria. Reducción drástica de las enfermedades diarreica y pulmonar.

Mejorar la prevención de catástrofes y la organización de un sistema nacional para las emergencias y las urgencias.

Condiciones básicas de saneamiento para todos en diez años.

Reducción drástica de la accidentalidad laboral y de tráfico.

Atención integral a los desplazados. Programas específicos de salud mental.

Garantizar la accesibilidad a los servicios.

Impulsar la reforma del sector en lo financiero administrativo relacionándola con las políticas concretas expuestas.

Instalación de una política nacional de recursos humanos para el sector.

Plan nacional para la tercera edad.

LA SALUD PÚBLICA Y LA UNIVERSIDAD

John Flórez Trujillo

Mucho me place el que este espacio sea aprovechado para analizar aspectos que tienen que ver con la Salud Pública y más concretamente con esa indisoluble unión entre aquella y la Universidad.

Vale la pena enunciar algunas precisiones que servirán para avalar la manera como la Universidad ha contribuido desde siempre a cimentar los principios de la Salud Pública no sólo en Colombia, sino en el continente.

Como el mismo concepto de Salud, el de Salud Pública está influenciado por las líneas del pensamiento humano, por lo cual se precisa aceptar la posibilidad de un pluralismo de las ideas dentro de su conceptualización y desarrollo. Igualmente, cabe aceptar el concurso de muchas y variadas disciplinas dentro de la esfera de la Salud Pública, además de aquellas que le son propias y que le dan mayor identidad, por lo cual debe plantearse la necesaria interdisciplinariedad para el desarrollo de la teoría y la práctica de la Salud Pública.

No puede pensarse que en la tarea de conservación de la Salud debe intervenir de manera exclusiva el individuo, sino que es necesario reconocer un papel primordial del estado y de otras formas de la organización social que orienten sus tareas hacia el abordaje de lo colectivo vs lo individual, dando cabida a la Salud Pública con sus diferentes disciplinas.

De otro lado, la Universidad debe destacarse en el escenario social como una de las principales delegatarias del acervo cultural. En virtud de su especial responsabilidad está llamada a ejercer sobre la cultura un escrutinio crítico y un esfuerzo creativo, para que a su vez, el legado cultural crezca, se perfeccione y sea por ella transmitido a todas las personas, sin distingo de razas, creencias o condiciones socio económicas.

Nada más propicio para cumplir con los fundamentos esenciales de la Salud Pública que la Universidad y en especial la Universidad Pública, ya que en virtud de su carácter transformador, busca influir en todos los sectores sociales mediante actividades de investigación, de docencia y de extensión, y está presente en la vida cotidiana de la sociedad por medio de la actividad profesional de sus egresados; vela por la formación de hábitos científicos y por la creación de estrategias pedagógicas que desarrollen la inteligencia y la creatividad, orientadas al mejoramiento de la vida, al respeto a la dignidad del hombre y a la armonía de éste con sus semejantes y con la naturaleza (1).

Lo anterior, basado en que la Universidad como institución del conocimiento debe propiciar, con base en la evidencia, todos los mecanismos necesarios para que existan bases sólidas que permitan la construcción de una Salud Pública integral.

Recordemos que el motor de la cuarta revolución tecnológica es el uso del conocimiento. Este ha desplazado la importancia de otros factores tales como la dotación de recursos naturales y ha motivado no solamente cambios radicales en la forma de producción de los bienes, sino también en la organización del trabajo, el comercio y la distribución de la riqueza.

Las instituciones que como la Universidad se dedican al conocimiento, proporcionan una oferta de saberes potencialmente útiles, ayudan a crear una demanda por un conocimiento más avanzado y establecen una base permanente de sustentabilidad para actuar en el escenario mundial.

El prototipo de las instituciones del conocimiento ha sido la Universidad, pero ella no posee el monopolio de la investigación y la enseñanza. Los centros de investigación, algunas organizaciones gubernamentales y algunas empresas modernas son parte del capital social para la ciencia, la tecnología y el desarrollo, junto con la competencia humana y la capacidad de la sociedad en su conjunto para utilizar los descubrimientos científicos, sus procedimientos e instrumentos.

La redistribución de la riqueza, una meta casi unánime de las actuales políticas sociales, pierde su sentido si no está seguida por una redistribución del conocimiento, imposible de lograr sin el concurso de la Universidad (2).

La Universidad debe constituirse en conciencia crítica de la sociedad, y en esa calidad, ser el principal instrumento para promover las transformaciones necesarias. En materia de Salud Pública, la Universidad como formadora de recurso humano debe ejercer un papel protagónico, pero el tipo de recurso, así como la estructura y composición de los trabajadores de la Salud en una sociedad, están determinados por las condiciones en que se realizan las acciones de Salud, incluidas las condiciones de trabajo y sobre todo, las de empleo o utilización de la fuerza de trabajo.

Más que orientar su formación hacia la atención debe direccionarse hacia la formación de líderes y tomadores de decisiones que reorienten la organización y la prestación de los servicios de salud de una manera integral, privilegiando las funciones esenciales de la Salud Pública, de cara al mejoramiento de la calidad de vida comunitaria.

Dentro de las estrategias innovativas para la educación en Salud Pública en las Américas (3), emanadas de la II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, se presenta como estrategias de desarrollo para fortalecer las distintas capacidades de las Escuelas y Facultades de Salud Pública, así:

- 1º. El desarrollo de la capacidad de articulación política para moverse del aislamiento en el claustro hacia la inserción activa en el ámbito de las decisiones en Salud,
 - . Estableciendo Consejos Consultivos con participación de agentes políticos y técnicos de los servicios de salud.
 - . Servir de espacio de discusión de alto nivel sobre políticas de Salud.
 - . Utilizar los medios de comunicación para obtener respaldo en temas relevantes para la decisión política en Salud.
 - . Fortalecer la "Cultura Sanitaria" de la población,
 - . Propender al contacto permanente con los Servicios de Salud.

- 2º. Desarrollar la capacidad pedagógica y docente, para cambiar la formación de administradores acrílicos del modelo, a la formación de ejecutivos en Salud con capacidad de liderazgo, resolución de nuevos problemas, negociación y desarrollo de roles.

Es decir, pasar del escenario de las certezas al de la incertidumbre que plantea la modernidad. Para ello:

- . Establecer programas masivos, flexibles y de alto nivel académico.
 - . Aplicar metodologías problematizadoras, definiendo problemas reales de equipos de salud a cargo de territorios definidos y contribuir a solucionarlos vía proceso educativo.
 - . Formar a los nuevos actores que participan de las decisiones en Salud.
 - . Desarrollar las redes de egresados.
 - . Invertir en las áreas más críticas del conocimiento como la economía de la Salud, la Epidemiología Aplicada a la Clínica, entre otras.
 - . Fortalecer la Bioética en el campo de la Salud Pública.
 - . Establecer mecanismos para que las tesis de egresados reflejen la utilidad de los programas.
- 3º. Incrementar la capacidad de investigación y desarrollo de temáticas con el propósito de pasar de la reproducción del conocimiento a la generación activa del mismo, por medio de:
- . Aplicación de la Salud Pública basada en la evidencia.
 - . Desarrollo de Tecnologías apropiadas y aplicables a la solución de los problemas reales de los sistemas de salud.
- 4º. Evaluación de la cooperación técnica para dar el paso de la educación por la educación, hacia una educación para el logro de productos útiles para los actores del sector salud.
- 5º. Propiciar la capacidad de gestión de las Escuelas y Facultades de Salud Pública, o convertir la gestión tradicional en una gestión moderna con base en calidad y resultados (3).

Una educación desde la Universidad en Salud Pública con las anteriores características, transformaría la formación del recurso humano, e impulsaría los cambios necesarios en la gestión de los servicios de salud comunitarios.

Las Escuelas y Facultades de Salud Pública deben ser Centros Académicos independientes de los intereses en pugna en los procesos de cambio y desarrollo de los Sistemas de Salud. Deben servir de foro y espacio de discusión y reflexión, deben, como ya se dijo, ser fuentes productoras de conocimiento y tecnología; deben ser líderes en la formación de recursos humanos capaces de generar políticas y conducir organizaciones de cuidados de la salud de diversos tipos; y, deben constituirse en comunidades organizadas para servir a las personas y a sus aspiraciones en materia de salud (3). Las Universidades tienden a ser instituciones sociales que cambian muy lentamente, sin embargo, no hay ninguna otra institución más apropiada para ofrecer orientación en materia de la transformación de la Salud Pública.

Requiere eso sí, que las Facultades de Salud Pública cuenten con la **voluntad política** del estado para su financiamiento a través de la Universidad, **Pertinencia social**, lo que sugiere, programas acordes con la realidad nacional, y **calidad** en sus programas.

Para lograr la calidad, se necesitan profesores no solamente comprometidos, sino con méritos académicos de excelencia, y una renovación generacional que nutra con la creación de conocimiento, el intrincado proceso causal que debe llevar al entendimiento

del proceso salud - enfermedad y a la manera como se deben racionalizar los servicios de salud pública como un medio importante para el desarrollo sostenible.

Muchas han sido las ejecutorias que desde la Universidad se han dado para beneficio de la salud comunitaria, aquellas que provienen de Escuelas de Salud Pública adscritas o vinculadas al estado a través de los Ministerios de Salud, comprometidas con el momento político encarnado por el Ministro de turno, y las otras que de manera independiente, con visión crítica y reflexiva han coadyuvado desde la Universidad Pública en especial, a la consolidación de los sistemas de salud, y más recientemente a las reformas del sector, incluso aportando con su mirada insesgada para que se realicen los ajustes pertinentes, de cara al cumplimiento de los postulados básicos de las leyes que la regulan: equidad, universalidad, cobertura, calidad, entre otras.

La Facultad Nacional de Salud Pública de Colombia, ha sido actora y testigo de excepción de todas y cada una de las transformaciones que en materia de salud han ocurrido en nuestro medio.

Fue para ello que el Ministerio de Salud de Colombia firmó un convenio con la Universidad de Antioquia para la creación y puesta en funcionamiento de la Escuela Nacional de Salud Pública en diciembre de 1963.

El propósito del contrato fue definir y fijar las bases de colaboración entre el Ministerio y la Universidad para la formación de personal destinado al desarrollo de los programas de Salud del país, y los objetivos estaban dirigidos a preparar personal profesional, que utilizando la investigación diera bases para la orientación de las políticas de Salud.

No en vano la Facultad, entonces Escuela de Salud Pública, participó a partir de 1968 en la conformación de uno de los primeros Servicios Seccionales de Salud, el de Antioquia, y asesoró la configuración de otros a nivel nacional.

Un año antes en 1967, atendiendo el sistema de Regionalización, el Departamento de Antioquia se zonificó en diez áreas programáticas, la primera de ellas la sede de Rionegro, y fueron previamente los egresados de ese entonces los que consolidaron este importante sistema, que fue definitivo para las prácticas estudiantiles y las actividades de Investigación.

Estos dos ejemplos son una clara demostración de la contribución que la Universidad ha dado a la Salud Pública. Pero las actividades de la Escuela de Salud Pública, según lo relatan las Memorias escritas por los profesores Edgar Gómez Echeverri y Francisco Correa Uribe, van mucho más allá, pues en ese mismo año se asesoró al Municipio de Medellín en el programa de TBC y se organizó el primer Seminario de Salud Pública para médicos rurales del Departamento de Antioquia, y fue sede de dos eventos:

La Sexta Conferencia Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública y el Simposio Panamericano de Administración de Atención Médica.

Fiel a sus objetivos y principios, la Escuela, en asocio de las principales agencias de Salud Pública del Departamento, firmó en 1970 un contrato para llevar a cabo el programa de evaluación y perfeccionamiento de la Planificación de la Salud de Antioquia denominado PLANSAN.

EL PROGRAMA COLOMBIA 6100 fue un acuerdo firmado en diciembre de 1970, con vigencia de cuatro años para el desarrollo de la Escuela entre el gobierno de Colombia y la OPS; el propósito era ampliar y fortalecer la Escuela Nacional de Salud Pública para que pudiera formar y adiestrar personal profesional, técnico y auxiliar de Salud Pública para satisfacer los requerimientos del país, de acuerdo al plan de adiestramiento del Ministerio; para lograrlo planteaba la vinculación de nuevos docentes y personal administrativo, capacitación, mejoramiento de la organización interna, formulación de doctores en Salud Pública, Médicos, Odontólogos, Veterinarios, Ingenieros y Enfermeras en Salud Pública, Administradores de Servicios de Salud, Arquitectos Hospitalarios y Bioestadísticos; preparación de personal no profesional como Asistentes Administrativos, Estadísticos de nivel medio, Promotores de Saneamiento, Oficiales de Mantenimiento, Oficiales de Registros Hospitalarios, Cursos de pregrado para Nutricionistas - Dietistas; adiestramiento de posgrado para profesionales Directores de Hospitales nivel I, Hospitales nivel II, Planificación en Salud, Epidemiología en TBC y Demografía.

Durante 1973 y 1974 participó la Escuela de manera activa en el "Rediseño del Sistema Nacional de Salud", donde sus profesores tuvieron una muy importante participación, y en especial, en:

- . La revisión de la organización administrativa del Ministerio de Salud.
- . La organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud.
- . El Régimen de coordinación y dependencia entre la organización básica del SNS, las instituciones y agencias de los subsectores privados, seguridad social, oficial y mixta, entre otros.

Lo más importante para resaltar en 1977 fueron los beneficios que se generaron para el fortalecimiento de la Escuela y el SNS, como resultado de las positivas actividades que se produjeron conjuntamente y que se gestaron a principios de la década de los años 70, cuando en el país se experimentó gran expectativa por la creación y perfeccionamiento de un sistema nacional cuya finalidad era extender las coberturas, mejorar la calidad y una utilización eficiente de los recursos. Paralelo a lo anterior, la Escuela dinamizó su expansión que la condujo a una sólida conformación en el plano académico y administrativo que le permitió llevar un liderazgo a nivel nacional e institucional (4).

Como se ha venido expresando en esta secuencia, la relación entre las dos corporaciones se había intensificado desde cuando se generó una interdependencia y recíproco beneficio. Sería imposible concebir el progreso adecuado de un S.N.S. para el país sin la colaboración permanente de la Escuela, debido a que es en ésta precisamente donde se forman quienes han de llevar la alimentación técnica y científica para ese organismo.

De igual manera, no podría concebirse una Escuela aislada del sistema, pues es éste el que genera el campo de acción, las necesidades de adiestramiento, las áreas de investigación y la realidad de los Servicios de Salud (4).

En cumplimiento del convenio entre la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad, la Facultad desde 1983 participaba en la configuración del plan metropolitano de servicios de salud en el que se planteó un diagnóstico de la ciudad y se propusieron unas políticas y estrategias formuladas con base en el enfoque de planificación estratégica que venía implementándose en la Facultad (4).

Continuaba la participación de profesores como integrantes de las comisiones de asesoría permanente y de colaboradores especiales, para la conformación del Instituto

Metropolitano de Salud de Medellín METROSALUD, creado por el Consejo de Medellín por medio de un Acuerdo en diciembre de 1984, como un establecimiento público del orden municipal con la finalidad de procurar la Salud de la colectividad en los términos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación acorde con las políticas y normas del Ministerio de Salud. Para afirmar las relaciones de colaboración recíprocas se concertó novedoso contrato entre el Instituto Metropolitano de Salud METROSALUD, el Hospital USVP y la Universidad de Antioquia, para desarrollar un programa de extensión, dentro de la modalidad de integración docente asistencial, en la comuna nororiental de Medellín. La Facultad participó activamente en su ejecución con la permanente asistencia en esta unidad sitio de práctica (4).

En 1984 la Facultad participó en las comisiones de asesoría permanente para la conformación que se hizo en diciembre de ese año, del Instituto Metropolitano de Salud de Medellín - Metrosalud.

La Facultad dentro del compromiso que siempre ha tenido con la Salud Pública del país y del continente, ha expresado claramente su posición acerca "del énfasis en el papel del estado en la prestación de servicios de atención médica, en la conservación y transformación del ambiente y en aquellos aspectos que conducen a mejorar la calidad de vida, especialmente orientados a aquellos sectores de la población denominados postergados, en la búsqueda de un criterio progresivo de equidad. Todo esto respaldado por una profunda convicción de que más que un derecho formal a la salud, se busca una accesibilidad real de la población a los recursos técnicos, humanos, financieros y político-administrativos para mejorar sus condiciones de vida" (4).

En la década de los 80 la Facultad participó en el proyecto de "consolidación del Sistema Nacional de Salud", fue allí donde se fortaleció la regionalización y las unidades regionales como su expresión operativa.

En abril de 1988 se firmó el convenio marco entre el Ministerio y la Universidad FNSP que estableció las bases de cooperación en programas de investigación, formación de personal, asesoría, asistencia y cooperación técnica para la extensión de la Salud Pública y del SNS.

Fue refrendado por medio de Acuerdos aprobados por el Consejo Técnico, organismo de enlace para obtener la coordinación entre las partes y tendría una duración de cuatro años prorrogables de común acuerdo.

Por Acuerdo Superior de 1988 se creó el programa especial Integración Docente Asistencial Comuna Nororiental de Medellín. Para su operación se nombró un Comité Asesor Académico con la participación de las Facultades de Medicina, Odontología, Enfermería, Salud Pública, las Escuelas de Nutrición y Dietética, Bacteriología y el Departamento de Trabajo Social, con el fin de prestar asesoría y colaboración en las áreas de investigación, docencia y asesoría.

El Ministerio de Salud concedió un reconocimiento a la labor histórica de la Facultad con palabras de su Director, refiriéndose a las cifras de mortalidad y morbilidad en el país que muestran un punto de quiebre muy importante al comienzo de los años setenta, encontrando que existe un precedente como es la relación con algunas instituciones; no existiendo en la historia de la Salud Pública colombiana un factor más importante que la influencia de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

La Gobernación mediante la Resolución de junio de 1994, otorgó la Orden al Mérito Civil de Antioquia ramo de la Salud Antonio Roldán Betancur Categoría Oro, a la Facultad, como reconocimiento por sus esfuerzos a la formación de un recurso humano calificado y socialmente comprometido con la realidad de las comunidades más desprotegidas del país, el impulso a programas educativos e investigaciones que han contribuido a elevar los niveles de salud y al mejoramiento de la prestación de los servicios.

Más adelante la Facultad participó por medio de una comisión, en el estudio de la Ley 10 y sus implicaciones sobre la Salud de los Colombianos. No han sido pocas las ejecutorias que la Facultad ha realizado con respecto a todo aquello que en materia de Salud se desprendió de la Ley 100 de 1993.

Discusiones y análisis profundos, así como pronunciamientos acerca del sistema general de Seguridad Social en Salud, se han dado en el ámbito de lo que actualmente está ocurriendo, bien sea en el seno del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, o en el académico, a través de foros, seminarios, cursos, talleres, etc.

La formación del recurso humano en Salud de alta calidad para que ejecute las políticas, los programas y las campañas a través de programas académicos en el nivel tecnológico, profesional, de Especialización, Maestría, y próximamente en el Doctorado, ha sido tal vez una de las contribuciones más significativas de la Universidad a través de su Facultad, a la Salud Pública del país y del continente. Casi no existe ente territorial donde nuestros egresados se encuentren trabajando por el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos, mejorando la salud colectiva.

La extensión y la asesoría en Salud Pública particularmente en los últimos años ha sido especialmente profusa y tenida en cuenta por organismos estatales y privados, contribuyendo de esta manera al mejoramiento y eficiencia de ciertos procesos de Salud Pública en el entorno de la Facultad.

La Facultad ha vigorizado sus relaciones con instituciones públicas y privadas que trabajan en el ámbito de la Salud Pública, la OMS, OPS, UNICEF, MINSALUD, ISS, Dirección de Salud Departamental y Municipal, Hospitales Públicos y Privados, la DSE Alemana, ONG, que apoya los Servicios de Salud en América Latina, entre otros, logrando una integración docente asistencial para el fortalecimiento y desarrollo de los Servicios de Salud.

La producción de conocimiento por medio de la investigación ha sido definitiva para entender no sólo el proceso Salud - Enfermedad, sino todas aquellas variables que se encuentran relacionadas con la Salud Pública: Organización, ejecución, educación, juridicidad, financiamiento, eficacia, calidad, cobertura, entre otros.

En conclusión, la Universidad ha sido y será siempre una aliada y defensora de los principios rectores de la Salud Pública, pues mejorando la Salud con equidad y de manera participativa con la comunidad, se estarán generando condiciones necesarias para lograr bienestar y paz.

La Salud Pública es una práctica social y por ello está indisolublemente ligada al concepto de Universidad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Estatuto General Universidad de Antioquia
- (2) Benjamín Álvarez. Las Instituciones del Conocimiento y su Contexto (1993).
- (3) II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública.
- (4) Edgar Gómez Echeverri, Francisco Correa Uribe, "Memorias Facultad Nacional de Salud Pública", 1999.

. Pinell, Patrice. Un asunto de Estado: Higiene y control de los 'salvajes del interior'; s.e, s.f.

. Rodríguez Ocaña, Esteban y Molero Mesa, Jorge. La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud. En: Montiel, Luis (Comp.). La salud en el Estado de Bienestar. Madrid: Editorial Complutense; 1993:135.

. Hamlin, Christopher. Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick. Cambridge; Cambridge University Press: 1998:8-15.

. Ringen, Knut. Edwin Chadwick, the market ideology, and sanitary reform: on the nature of the 19th-century public health movement. International journal of health services 1979; Vol. 9, Number 1:114.

. Hamlin, Christopher. Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick. Cambridge: Cambridge University Press; 1998:2

. La Berge, Ann F. The early nineteenth-century french public health movement: the disciplinary development and institutionalization of hygiene publique. Bull. Hist. Med. 1984, 58:363-379.

. Rosen, George. A history of public health. New York: MD publications, Inc.; 1958:253.

. Rose, George. 1958:258

. Porras Gallo, Ma. Isabel. La idea de bienestar en el discurso médico español anterior al nacimiento del Estado de Bienestar. En: Montiel, Luis (Comp.) La salud en el Estado de Bienestar. Madrid: Editorial Complutense; 1993:58.

. Williamson, D.G. Bismarck and Germany, 1862-1890. New York: Addison Wesley Longman Inc. ; Second edition 1998: 64

. Beveridge, William H. Social Insurance and allied services. New York: The Macmillan Company; 1942:6

. Beveridge, William H. 1942:121-122.

. Cueto, Marcos (Editor). Salud, cultura y sociedad en América Latina. Nuevas perspectivas históricas. Lima:IEP-OPS;1996:18.

PROPUESTA DE CONSTITUCION DE UNA RED LATINOAMERICANA DE SALUD PUBLICA

1. ANTECEDENTES.

Desde el año 1991, cuando la Facultad Nacional de Salud Pública decidió impulsar un proceso de planificación de todas sus actividades académicas, investigativas, de extensión y administrativas, mediante la reformulación de la misión, la redefinición de nuevos objetivos, estrategias académicas, políticas, metas y un plan de acción, se inició simultáneamente un proceso de revisión de los postulados de la salud pública, de su filosofía, de cómo incorporar más los programas académicos con el que hacer de la salud pública y en general con sus determinantes socioeconómicos, sociopolíticos y epidemiológicos, objeto de estudio de la salud pública.

Posteriormente han venido surgiendo un conjunto de planteamientos en torno a las posibilidades de una población carente de recursos económicos, en una economía globalizada, con grandes transformaciones del estado, con un desempleo creciente y con unas políticas estatales cada vez más excluyentes. En ese debate el papel de la salud pública se ha venido resquebrajando, y se ha llevado a una situación de crisis, en la cual los actores principales de la misma deben jugar un papel de primer orden. Surgen entonces propuestas de diferente índole: la administración de la salud pública dentro de la crisis, la defensa de la salud pública, la búsqueda de soluciones a la situación de la salud pública, la necesidad de abordar esta problemática de manera organizada y unificada a nivel nacional, el impulso de políticas que riñen con las del gobierno, la búsqueda de acuerdos a nivel internacional para el impulso de políticas amortiguadoras de la crisis, en fin, todo tipo de propuestas que conduzcan a enfrentar la situación de una manera racional.

Dentro de todas estas propuestas han venido surgiendo algunas de ellas, mediante procesos interactivos, de comunicación, de difusión, de establecimiento de medios para que los usuarios puedan participar, entre otras. En ellas, los medios electrónicos y en particular a través de Internet, se han venido posicionando, como una de las vías de estímulo de informar, conocer y propiciar discusiones y acercamientos. Páginas web de entidades gubernamentales, universidades, organizaciones no gubernamentales, listas de discusión abiertas a los usuarios, en fin, son las diferentes propuestas que se han venido organizando.

2. JUSTIFICACION

La Facultad Nacional de Salud Pública ha venido organizando su página web, en donde se ha plasmado su misión, visión, objetivos institucionales, su estructura administrativa, su que hacer en las diferentes áreas de la docencia, la investigación y la extensión; la promoción de sus programas académicos y de sus diferentes servicios. En este proceso

ha madurado lo suficiente como para ofrecer un servicio público adicional: el conocimiento sobre la formulación de políticas en salud pública, su ejecución, los procesos de participación ciudadana, la convocatoria a aglutinar esfuerzos, los análisis económicos y políticos sobre las diferentes problemáticas involucradas, la puesta en común para los usuarios de las discusiones que a nivel internacional se vienen desarrollando sobre planes estratégicos y planes regionales, así como también el acercamiento a los eventos que de manera continua se vienen realizando.

Este servicio puede ofrecerse a través de una página web que a su vez se constituya en una red latinoamericana de salud pública y que tenga asociadas a las diferentes entidades, organizaciones y personas que estén comprometidas con la salud pública.

3. OBJETIVOS

- a. Impulsar el conocimiento de la salud pública
- b. Propiciar la formulación de políticas en salud pública
- c. Contribuir a los procesos de discusión y de unificación de criterios a nivel nacional e internacional en torno a la salud pública.
- d. Propiciar acercamientos en el ámbito latinoamericano que permitan acuerdos de países para la cooperación y el enfrentamiento de la crisis.

4. ESTRUCTURA DE FUNCIONAMIENTO

La Red Latinoamericana de Salud Pública tendrá un funcionamiento como el siguiente:

Desde el servidor de la FNSP, se hará un trabajo de adecuación con conexiones (links) a las instituciones del siguiente tipo: universidades, OPS, OMS, OIT, Ministerios de Salud, Organizaciones no Gubernamentales, organismos privados y públicos de salud.

Mediante otro servidor y conectado a otro sistema diferente al de la red de la UdeA, se organizará un sistema de Lista de Discusión, mediante suscripción previa, por medio del cual mediante temas que se van definiendo en forma periódica (mensualmente podría ser) se vaya estructurando una actualización sobre el estado del arte de los diferentes temas objeto de discusión. Cada que se acaba un período o se agota un tema, un grupo de profesores elaborará una síntesis de la discusión y ello será material de insumo para una publicación en la revista de la facultad, un libro de difusión nacional e internacional, así como material de referencia para los diferentes procesos académicos en las diferentes universidades.

