

**Revista Facultad Nacional
de Salud Pública
1974-2014
Antología**

vol. 32, Especial noviembre 2014

Revista Facultad Nacional de Salud Pública
Vol. 32, Especial Noviembre de 2014
ISSN 0120-386X
ISSNE 2256-3334

Editada por
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Universidad de Antioquia

Rector
Alberto Uribe Correa

Decana
María Patricia Arbeláez
Editor de la Revista
Álvaro Olaya Peláez
Asistente editorial
Lina Marcela Patiño Olarte

Comité Editorial
Carlos Alberto Rojas Arbeláez (Col)
Hugo Spinelli (Arg)
Gloria Molina Marín (Col)
José William Martínez (Col)
María del Consuelo Chápela (Méx)
Carolina Martínez Salgado (Méx)
Marcela Agudelo Botero (Méx)
Sandro Galea (E.U.A)
Lorna Thorpe (E.U.A)

Comité Técnico-Científico
Helena Restrepo (Col)
Julio González Molina (Col)
Iván Darío Montoya Bravo (Col)
Luis Hernando Ochoa Caro (Col)
Enrique Vásquez Fernández (Esp)
Karen Peters (E.U.A)
John Wylie (Can)
Javier Mignone (Can)
Jaime Gregorio Bellido (Bra)

Periodicidad
Tres números al año

Edición y corrección de texto:
Juan Carlos Velásquez

Correspondencia y canje
Revista Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia, calle 62 N.º 52-59
Apartado 51922, Medellín, Colombia
Teléfono: (+57) (4) 219 68 67, Fax: (+57) (4) 511 25 06

Correo electrónico:
revistasaludpublica@udea.edu.co
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp>

Indexada en:

SciELO, Redalyc, Lilacs, Repidisca, Periódica, Sibra, Latindex, DOAJ, EBSCO, IMBIOMED, ProQuest, SciELO Citation Index (ISI), GALE-Académico

La revista se encuentra clasificada en la categoría A2 del índice de publicaciones seriadas nacionales de Colciencias. Los autores son responsables del contenido de cada uno de los artículos.

Transcripción:
Angela María Ramírez Castrillón
Katerine Montoya Lezcano

Diagramación
Lina Marcela Patiño

Impresión:
L. Vieco S.A.S
Teléfono: (+57) (4) 448 96 10
comercial@gmail.com

Diseño portada:
L. Vieco S.A.S.

Apoyo impresión:
COMEDAL

Reproducción e Impresos: se autoriza la impresión de artículos y textos en formato pdf para fines de uso académico o interno de las instituciones, citando la fuente http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_serial&lng=es&pid=0120-386X

Acceso electrónico: esta revista también se encuentra en versión electrónica disponible en la plataforma Open Journal System, a través de la dirección <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/index>

Suscripción: la Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública suspende las suscripciones de sus ejemplares físicos. Nuestros lectores pueden acceder gratuitamente a la suscripción de la versión electrónica. En caso de requerir un ejemplar, comunicarse directamente con la revista al 219 68 67 o al correo revistasaludpublica@udea.edu.co

Contenido Vol. 32 Antología 1974-2014

- 7 **Presentación**
- 9 1975 El problema hospitalario
 Emiro Trujillo
- 11 1975 ¿Qué se espera de nosotros?
 Jorge Cardona Osorio
- 13 1977 Un resultado concreto, importante y demostrable
 Héctor Abad Gómez
- 16 1977 Integración de niveles biológicos y sociales en las investigaciones de salud-enfermedad
 Yolanda Machado, Víctor Penchaszadeh
- 24 1977 Intoxicación alimentaria por bacillus cereus en el Servicio de Neonatología del Hospital General
 de Medellín - Colombia, 1977
 Germán González E, Gloria H. González, Hernán Puerta C, Yolanda Torres de G
- 38 1978 La planificación de la salud como ideología
 Eduardo Cano Gaviria
- 46 1979 Condicionantes estadísticos del tamaño de la muestra y aplicaciones para el caso de tablas de 2 x 2
 Juan Luis Londoño F
- 52 1980 Prácticas culturales relativas a la reproducción humana en Colombia
 Germán Ochoa M.
- 58 1997 Epidemiología y política de salud en las Américas: el desafío neoliberal
 Milton Terris
- 64 1998 Parámetros antropométricos de la población laboral colombiana, 1995
 Jairo Estrada M, Jesús Antonio Camacho P, María Teresa Restrepo C, Carlos Mario Parra M.
- 79 1997 Violencia en una sociedad violenta
 Milton Terris

- 87 2000 *Violencia en Colombia: reflexiones de una profesora visitante*
Nina Wallerstein
- 96 2000 *La globalización de la salud: entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana*
Álvaro Franco G
- 104 2002 *Encuentros dispares generadores de dependencia en la atención en salud: estudio cualitativo sobre la percepción de la calidad en salud*
Carlos E. Yepes D.
- 113 2003 *Factores de riesgo para infección nosocomial en pacientes con trauma, Medellín, 2000*
Ángela María Gaviria N, Leída Cecilia Sánchez H, Diana Ruth Madrid S.
- 122 2004 *Información para la toma de decisiones en la planeación del desarrollo local*
Jenny Andrea Vélez V, Claudia Patricia Llantén M, Ligia de Salazar.
- 127 2004 *La infección por VIH/sida entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América latina*
John Harold Estrada M
- 138 2006 *La educación en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en un contexto surcado por tensiones*
Gloria Escobar P, Fernando Peñaranda C, Miriam Bastidas A, Nicolás Torres O, Adriana Arango.
- 146 2006 *Encontrar una familia en la calle*
Álvaro Giraldo P, Constanza Forero P, Lina M. López G, Leidy Tabares, Paula A. Durán G.
- 152 2006 *Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003*
Mónica P. Ballesteros P, Marta B. Gaviria L, Sofía E. Martínez B.
- 164 2006 *Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión*
Rubén Darío Gómez A, Deisy Alejandra Orozco G, Fabio León Rodríguez O, William Velásquez
- 177 2007 *Duración de la revascularización miocárdica practicada a los afiliados de una EPS colombiana, 1999-2004*
Diana Paulina Jaimes, Claudia Teresa Osorio, Hugo Grisales R.
- 187 2008 *Factores biosociales y percepciones de una vida con calidad: reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con VIH*
John Harold Estrada M, Adriana Gisela Martínez P, César Ernesto Abadía B.
- 196 2009 *Rol de los partidos políticos en la provisión de servicios de salud, Colombia 2007-2008*
Gloria Molina M

- 2 2009 Epidemiología y la relación salud-ambiente: reflexiones sobre el cambio ambiental, desarrollo sustentable y salud poblacional
Diana M. Montoya Q, Félix M. Olaya U, Yuli V. Carvajal S, Sandra J. Echavarría Q, Alejandro Arango C, Clara M. Domínguez G, Héctor A. Marín I, Camilo Noreña H, César A. Higuíta R, Juan F. Saldarriaga F, Eliana Martínez H, Carlos Rojas A.
- 214 2009 Enfoque para el análisis de la crisis económica global y la salud
Álvaro Franco Giraldo
- 226 2009 Las redes de conocimiento en salud pública y el fortalecimiento de capacidades a través de estrategias de cooperación
Eliana Martínez H, Diego F. Franco M, Liliana Villa V.
- 233 2009 Autocuidado en recicladores-recuperadores informales de Medellín, Colombia, 2005
Jaiberth A. Cardona A, Elías D. Díaz A, Yolanda L. López A.
- 241 2010 Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública
Jeniffer Hernández Luz Mery Mejía O
- 250 2010 Justicia global, pobreza y mortalidad materna
Flor de María Cáceres M
- 256 2011 Comparación de la reformas de los sistemas de salud en Colombia y Costa Rica en su dimensión política
Blanca M. Chávez G, Yonathan Montoya B
- 266 2011 La crianza del niño trabajador: una reflexión desde la salud pública
Jáider Otálvaro O.
- 274 2011 La salud pública como ciencia social: reflexiones en torno a las posibilidades de una salud pública comprensiva
Diego A. Restrepo O
- 283 2012 Atención primaria en salud (APS): ¿De regreso al pasado?
Álvaro Franco-Giraldo
- 295 2012 El Programa Salud de la Familia en el Brasil: de las conquistas a los desafíos
Maria F. de Sousa, Edgar Merchán H, Ana V. Machado M.
- 304 2012 Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín
Juan D. Arbeláez R, Nora A. Montealegre H

- 314 2013 Cultura de la ilegalidad en Medellín y su asociación con diversas formas de violencia
Luis Fernando Duque
- 321 2013 Editorial. El derecho a la salud enredado en agendas extrañas
Alvaro Olaya Peláez
- 323 2013 Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas
Myriam Acero A, Ivonne M. Caro R, Liliana Henao K, Luisa F. Ruiz E, Guillermo Sánchez V.
- 331 2013 Monólogo de una revista
Juan Gil Blas

Presentación

“Un buen libro es aquel se abre con expectación y se cierra con provecho.”

Bronson Alcott

Una buena idea para conmemorar la vida productiva de una revista es redescubrir el valor histórico y académico que se encuentra en sus páginas. Por eso, el Comité Editorial de la Revista Facultad Nacional de Salud Pública se dio a la tarea de renovar la lectura del material custodiado a lo largo de 40 años de existencia. Ardua labor que gracias a la riqueza de sus artículos se fue convirtiendo en un refrescante encuentro con un pasado cercano que da cuenta del devenir de diversas facetas que en conjunto constituyen el amplio campo disciplinar de la salud pública. Se ha considerado erróneamente que el contenido de las revistas científicas es un material lábil que va perdiendo su validez con el paso del tiempo y con frecuencia se subvalora el hecho de que en la sección de las referencias bibliográficas se tenga el atrevimiento (o la osadía) de citar artículos pasados de años. Un *buen académico* debe caracterizarse por estar al día en el mundo de la ciencia, cosa que de suyo es un imperativo para el científico, pero esto no significa que olvide la historia y considere que solo tenga validez lo nuevo.

Hay que reconocer el acumulado conocimiento científico que cada día crece hasta constituirse como el mayor patrimonio que da cuenta del progreso de la humanidad. Esta riqueza es el resultado de un continuo aporte de quienes en su momento se comprometieron con formular y resolver preguntas fundamentales del mundo y de la vida. Los investigadores de cada momento histórico damos validez a la metáfora planteada en el siglo XII por Bernardo de Chartres quien dijo que *“somos enanos aupados a hombros de gigantes, de manera que podemos ver más cosas y más lejanas que ellos, no por la agudeza de nuestra vista o por nuestra elevada estatura, sino porque estamos alzados sobre ellos y nos elevamos sobre su altura gigantesca”* (*Metalogicus, IV*)*. Esta antología que ponemos a su disposición pretende ser la muestra de uno de esos gigantes.

En cada ocasión en que sea necesario hacer una selección coinciden a la vez la gozosa tarea de escoger lo que al juicio subjetivo del evaluador se considera como bueno y simultáneamente la dolorosa misión de descartar lo que bajo la misma lupa se considera como no tan bueno. Todos los artículos incluidos en la colección de la revista fueron evaluados en su momento por un comité editorial. Sin embargo, cuando se trata de construir una antología hay que releer, jerarquizar, comparar y escoger; es probable que al seleccionar los 40 artículos que hoy les ofrecemos se cumpla el adagio popular de *“que no son todos lo que están, ni están todos los que son”*, es un riesgo previsible, y con la mejor voluntad y dedicación cada uno de los miembros del comité editorial se esforzó para que el resultado pudiese mostrar diversas facetas de lo que ha sido la vida académica de nuestra revista Facultad Nacional de Salud Pública.

El resultado de la antología es una muestra variopinta de lo que ha sido la revista: es patente la presencia de contenidos de connotación política que han servido para dejar una huella de lo que en momentos pasados constituyó un concepto amplio y democrático de la salud pública y que aún sirve de apuntalamiento para redefinir los rumbos político y académico de la facultad. Otra vertiente interesante es la que muestra el contraste entre paradigmas investigativos que se basan en los métodos provenientes de las ciencias exactas y naturales frente a los importantes aportes de la investigación basada en las ciencias sociales. El sector de la salud es complejo y la investigación ha dado cuenta de ello. El abanico de temas que tiene cabida en el campo disciplinar de la salud pública es extenso. Si bien la antología presentada no es exhaustiva en ello, sí se pretende dar una muestra amplia de los ámbitos estructurales que constituyen el entorno de la determinación social de la salud pública, se ofrecen aportes metodológicos aplicados en la epidemiología y la gestión de los sistemas de salud. También podemos hallar narraciones de experiencias concretas de

* El Mundo. La aventura de la Historia. Dichos y hechos. [Internte] Madrid. [consultado, octubre 17 de 2014]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/ladh/numero96/dichosyhechos.html>

intervenciones en salud pública cuyo valor académico está a su vez como testimonio histórico y como guía de acción hacia el cumplimiento de la misión de la salud pública.

También vale la pena observar el permanente progreso editorial de la revista, la cual nace en 1974 como un proyecto institucional que servía de espacio para la divulgación del trabajo académico de profesores y estudiantes hasta llegar a convertirse en un medio de divulgación científica al servicio de la comunidad académica internacional. El estilo de escritura, los criterios de organización de los textos, las técnicas de referenciación y los criterios de edición y diagramación evidencian un constante mejoramiento. La tendencia de progreso es evidente y es necesario apuntalar el futuro de la publicación hacia las rigurosas exigencias que un complejo contexto globalizado reclaman.

Estamos invitados a disfrutar de su lectura. Un agradecimiento a todos los colaboradores que depositaron su confianza en la revista y nos confiaron la tarea de servir como mensajeros y custodios de su producción científica.

A los lectores, que cada día crecen en número y procedencia internacional, los invitamos a continuar cercanos al proyecto divulgativo. Además de su fidelidad en la consulta de los artículos, esperamos que haciendo uso de los nuevos medios informáticos, acudan a la revista para compartimos sus comentarios y experiencias relacionadas con la divulgación científica. Por ustedes amigos lectores es que la revista existe.

MARIA PATRICIA ARBELÁEZ M

Decana

Facultad Nacional de Salud Pública

Hector Abad Gómez

ÁLVARO OLAYA PELÁEZ

Director

Revista Facultad Nacional de Salud Pública

El problema hospitalario*

Emiro Trujillo U¹

¹ Director de la Escuela Nacional de Salud Pública.

En los últimos meses diferentes sectores de la sociedad colombiana han participado activamente o han presenciado el desarrollo de un debate sobre la situación de los hospitales de nuestro país.

En el debate se ha traspasado los muros de los hospitales y en ocasión desafortunada el gobierno, para remediar un hecho, apeló al uso de “drogas de probada toxicidad”. Se afirma que son los hospitales universitarios el centro del problema asistencial, que ellos se caracterizan por su mala administración, por el derroche, por la ineficiencia y, en fin, por todo un conjunto de adjetivos que mal que bien reflejan una situación caótica a la cual, todos parecen estar de acuerdo, hay que poner punto final.

Pero tratemos de obtener una visión más amplia del problema hospitalario. Para ello separemos dichos recursos asistenciales en universitarios, regionales y locales. Es de esperar que una visión de conjunto permita alcanzar mayor claridad sobre el estado de cada uno de ellos. Con pocas palabras se puede caracterizar su situación así:

- Universitarios, centros de concentración de alta tecnología supuestamente necesaria para la enseñanza y núcleos de poder político de segundo orden.
- Regionales, inexistentes o en algunos casos de muy incipiente organización.
- Locales, paupérrimos centros de atención para los grupos de menores ingresos y que en buena parte carecen de cualquier beneficio de la seguridad social.

Cualquiera sea su situación, como premisa debe destacarse que en Colombia - 1975, toda la atención que la población requiere para satisfacer sus necesidades de salud, ha de ser dada por el Estado colombiano, quien, con ello, solo atiende a un mandato constitucional. Esta premisa nos lleva a dejar sentada nuestra posición, de que todos los hospitales del país deben integrarse al

Ministerio de Salud Pública, condición necesaria para que el Estado pueda cumplir con el mandato referido y para que no existan, por más tiempo, feudos en lo que a servicios de salud se refiere.

Planteada así la situación, aparece bastante claro que, para aquellos realmente interesados en obtener para las grandes masas de la población colombiana, una atención médica oportuna y de buena calidad, la preocupación y la toma de conciencia debe superar el ámbito de los llamados hospitales universitarios y llegar hasta aquellos rincones en los cuales no se garantiza, o se hace de pésima manera, la prestación de servicios de salud. Aproximadamente un 50% de nuestras gentes residen en áreas rurales, donde las posibilidades de acceder a servicios están prácticamente negadas, especialmente para los asalariados y campesinos, pues siempre los dueños de la tierra pueden atender sus problemas de salud en las ciudades, con la mayor tecnología de que es posible disponer. A esos sectores, realmente marginados, debe el gobierno prestar atención sin ribetes demagógicos.

Sobre los llamados hospitales regionales, no vale la pena detenerse muchas líneas. Solo destacar que la mayoría se encuentran apenas en el papel de los documentos oficiales, sin que se vislumbre gran perspectiva de próxima operación. La regionalización, adecuado sistema de prestación de servicios, exige, más que muchos esfuerzos técnicos, más que dispendiosos trabajos por diseñar y rediseñar, una auténtica voluntad de servicio a la población colombiana.

Regresemos ahora a los hospitales universitarios, y sin entrar a hacer sobre ellos grandes especulaciones, señalamos cómo es el Estado quien debe asumir su financiamiento pleno y cómo, en función de su carácter, debe la universidad tener amplia participación en su manejo. Sin extenderse, hay que señalar que, en ellos,

* Editorial.

deben suprimirse los pensionados, los cobros que actualmente se hacen y la atención privada, que en ocasiones no escasas, se ofrece en sus instalaciones.

El llamado problema hospitalario no tendrá solución inmediata. De esto debemos estar todos conscientes y

por lo tanto, habrá que seguir trabajando en la búsqueda de soluciones, que solo serán efectivas, en la medida en que hagan parte del producto de un análisis integral. A ello han querido servir estas líneas.

¿Qué se espera de nosotros?*

Jorge Cardona Osorio

El cisma que espera la salud pública en los próximos años será el que separará a los trabajadores del sector que rutinariamente cumplen con las actividades que consideran su responsabilidad profesional, de aquellos otros que visualizan su trabajo como parte de un cambio social en el cual ellos deben jugar como agentes de primera línea”. (Abraham Sonis, en el prólogo de su libro “Medicina sanitaria y Administración de Salud”).

El Estado, como elemento fundamental de una superestructura dominada por la clase burguesa, espera que seamos los implementadores de los programas de salud mantenedores de un nivel medio de salud que permita continuar la explotación de nuestro pueblo.

La Universidad, como reproductora de la ideología de la clase dominante, espera que no nos salgamos de los carriles para ella normales por los cuales trató de encauzarnos y que fueron superados más por el esfuerzo individual de cada uno que por su deseo de cuestionar el sistema que la alimenta, más aún en la época universitaria que nos tocó vivir, enmarcada dentro de una abierta y cínica persecución de todo lo que pudiera poner en duda la voluntad de unas directivas empeñadas en defender sus intereses de clase.

Pero hay alguien que también espera desde hace mucho tiempo: nuestro pueblo, pertinazmente engañado, continúa esperando la vía de escape que signifique la liberación definitiva de una situación que día a día se hace más insostenible.

Pensando en ese pueblo que debe ser nuestro último fin como trabajadores de la salud, nos debemos cuestionar acerca de las obligaciones que contraeremos en los cargos que vayamos a ocupar.

Parafraseando a Paul Baran, eminente escritor y economista norteamericano, nuestra primera obligación es: decir la verdad; pero no meramente decirla, sino también señalar lo que la constituye en un caso determinado, así como en precisar lo que en ella se incluye y lo que no se menciona. Cuando se trata de asuntos referentes a la estructura y dinámica de la sociedad, el problema adquiere importancia primordial. Tiene importancia porque la verdadera declaración relativa a un hecho social puede convertirse (y lo más

probable es que así ocurra) en una mentira, cuando el hecho mencionado se desprende del conjunto social del que forma parte integral; cuando el hecho se aísla del proceso histórico en que se está incrustado. Así, en este dominio, lo que constituye la verdad se busca y menciona frecuentemente en cosas que no vienen al caso, y se insiste y se hacen declaraciones sobre el tipo de verdad que corresponde a una poderosa arma ideológica de los defensores del statu quo. Por otra parte, la revelación de la verdad sobre aquello que tiene importancia, la búsqueda de la verdad sobre el conjunto, cubriendo las causas y relaciones sociales e históricas, se juzga como algo especulativo y poco científico y es castigada con discriminación que lleva al ostracismo social y a la intimidación inmediata.

La segunda obligación nuestra es tener valor, ser capaces de terminar una encuesta racional sin importar cuáles sean los resultados, de emprender una “crítica despiadada de todo lo existente; despiadada, en el sentido de que no se detendrá ante sus propias conclusiones ni ante cualquier conflicto que pueda ocasionar”. Esto nos transforma en esencia, en críticos sociales, en personas cuya preocupación consiste en identificar, analizar y superar los obstáculos que impiden alcanzar un orden social mejor, más humano y más racional. Como tal nos convertimos en la conciencia de la sociedad y en portavoces de las fuerzas progresistas que ésta contiene en un determinado periodo de la historia. Además, como tal seremos considerados inevitablemente como “alborotadores” y “estorbos” por la clase dominante que procura conservar el statu quo y las personas que están a su servicio nos acusarán de utopistas o metafísicos en el mejor de los casos, y de subversivos o sediciosos en el peor de ellos.

* Discurso pronunciado por el doctor Jorge Cardona Osorio en la clausura de los programas académicos de 1974 en la Escuela Nacional de Salud Pública.

Mientras más reaccionaria sea una clase dominante, más evidente será que el orden social que preside se ha convertido en un impedimento para la liberación humana, y más dominada estará por el anti-intelectualismo, el irracionalismo y la superstición. Y siguiendo el mismo razonamiento, más difícil será para nosotros resistir las presiones sociales suscitadas en nuestra contra, para impedir que nos rindamos ante la ideología dominante y que sucumbamos ante la conformidad confortable y lucrativa de los trabajadores plegados al sistema. En tales circunstancias, es imperativo y urgente insistir y recalcar nuestra tercera obligación, quizás la primordial, de un compromiso en la práctica con la clase explotada. Compromiso que en una lucha larga y cruenta puede llevar a exigirnos muchos sacrificios.

Si utilizamos los cargos que vamos a ocupar como fortines para adquirir prestigio personal, seremos a la larga repudiados por el pueblo. Pero si los utilizamos para servirle con humildad, con abnegación y con conciencia clara de lo justo de su causa, tendremos al menos la posibilidad de que se nos juzgue imparcialmente, el día, ojalá no muy lejano, en que la justicia pase a manos de ese pueblo.

En estas condiciones, nos corresponde, tanto por responsabilidad como por privilegio, salvar del exterminio la tradición del humanismo, la razón y el progreso, que constituyen el legado más valioso de toda la historia de la humanidad.

Podría afirmarse que se está identificando al trabajador de salud con un héroe; que no es razonable pedir a alguien que se resista a todas las presiones de los intereses creados y que exponga su bienestar individual a todos los peligros por amor al progreso humano. Sin embargo, la historia nos ilustra sobre muchos individuos que fueron capaces de superar sus intereses personales y egoístas y subordinarlos a los intereses de la sociedad, aun en las épocas más tenebrosas y en las circunstancias más difíciles. Siempre necesitaron de mucho valor, de mucha entereza y de gran habilidad.

Sólo cabe esperar, que nuestros respectivos países aporten ahora esa cuota de hombres y mujeres que defiendan la honra de los trabajadores de salud y de los intelectuales honestos, en contra de toda la furia de los intereses dominantes y en contra de todos los embates del agnosticismo, del oscurantismo y del inhumanismo.

Un resultado concreto, importante y demostrable

Héctor Abad Gómez¹

¹ Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia (1921-1987)

Los accidentes de trabajo entre los afiliados a la Caja Seccional de Antioquia del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales habían venido teniendo la siguiente prevalencia:

Cuadro 1.

Año	N° de accidentes de trabajo (1)	N° de afiliados a 30 de junio (2)	Tasa x100 afiliados
1971	24.786	186.996	13.25
1972	27.102	202.141	13.40
1973	28.944	216.841	13.35
1974	30.566	232.318	13.16
1975	32.192	238.660	13.50

Fuente: (1) Departamento de Salud Ocupacional ICSS, Antioquia; (2) Departamento de Planeación ICSS, Antioquia

Estas tasas, comparadas con las otras seccionales del país, por ejemplo Cundinamarca, y mucho más comparadas con las tasas prevalentes de accidentalidad en otros países se consideran muy altas.

Al ingresar el autor a la Gerencia de los Seguros Sociales de Antioquia contó con la asesoría del profesor Gustavo Molina Guzmán, de la Escuela Nacional de Salud Pública de Medellín y con una amplia experiencia en el campo administrativo en su país natal (Chile) y en otros países del mundo como Consultor de la Oficina Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

El profesor Molina convenció al nuevo gerente (con su irritación inicial en vista de las otras prioridades administrativas que él consideraba más importantes) que efectuara lo que se llamó “Primeras Jornadas de Medicina del Trabajo en Antioquia”, con el fin de sensibilizar a la mayoría de personas y entidades posibles sobre la importancia de la salud ocupacional y sus métodos de acción efectiva para disminuir tan altas tasas de accidentalidad. En efecto,

y bajo la dirección de la Oficina de Comunicaciones de la Caja de Antioquia, a cargo de la periodista profesional Alba Lía Medina, se iniciaron desde enero del 75, actividades encaminadas a conseguir la motivación y el estudio técnico de los problemas de salud ocupacional entre empresarios, dirigentes sindicales y trabajadores antioqueños. Con la colaboración del doctor Gustavo Obando, Jefe de la Oficina de Salud Ocupacional de la Caja de Antioquia, del doctor Samuel Henao, especialista en dicha materia, y de un sinnúmero de obreros, trabajadores, empleados y personal de las empresas industriales y de la Caja, se efectuaron encuestas, estudios en el terreno, reuniones conjuntas, que culminaron en tres días de lo que se llamó “Primer Encuentro de Medicina del Trabajo en Antioquia” reunido con la participación tripartita de trabajadores, empresarios y técnicos gubernamentales en el Hotel Farallones de la Pintada, del 28 al 30 de julio de 1975.

Entre una de las muchas y muy importantes recomendaciones de tal seminario estaba la de que se conformaran en las empresas comités paritarios sindicato-empleadores para estudiar en cada fábrica el problema de los accidentes de trabajo, sus causas y las maneras de prevenirlos. Esto se realizó con motivo de las convenciones colectivas de trabajo de 1976 en numerosas empresas y la Caja de Antioquia aumentó el personal de su Oficina de Salud Ocupacional, impulsó los estudios de las condiciones ambientales de trabajo, muy especialmente en las fábricas en donde los sindicatos reclamaban especial atención a este aspecto, nombró un médico jefe de tiempo completo para tal oficina (doctor Francisco Avendaño) y le dio por primera vez en los 25 años de vida de la Caja, importancia a la salud ocupacional.

Era de esperar que todas estas acciones tuvieran algún resultado. En efecto, la situación de la accidentabilidad en 1976 fue la siguiente:

Cuadro 2

Año	Nº de accidentes	Nº de afiliados a 30 de junio	Tasa x100 afiliados
1976	29.602	254.027	11.65

Fuentes: Ídem.

Los profesores Colimón (de Epidemiología de la Escuela Nacional de Salud Pública) y Juan Ignacio Sarmiento (Bioestadística del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia) me hicieron el favor de efectuar un análisis estadístico de las cifras anteriores con los siguientes resultados:

Cuadro 3

Promedio de accidentes en los años 1971-1975.	28.718 anuales
Promedio de afiliados en los mismos años (30 de junio).	215.391
Tasa promedio de morbilidad por accidentes de trabajo x 100 afiliados. (1971-1975).	13.33

Análisis Estadístico

Cuadro 4. Cálculos para ver si la diferencia que se presenta entre la tasa promedio de los años 1971-1975 y la tasa de 1976 es estadísticamente significativa o producto del azar.

	1971-1975	1976	Total
Afiliados accidentados	28.718	29.602	58.320
Afiliados no accidentados	186.673	224.425	411.098
Total de Afiliados	215.391	254.027	469.418

Como X^2_1 da P 0.001 entonces es altamente significativo.

Cuadro 5. Cálculos para ver si la diferencia que presentan las tasas de morbilidad por accidentes de trabajo de 1971 a 1976 es estadísticamente significativa o producto del azar:

Año	Nº de accidentados	Nº de no accidentados	Total de afiliados
1971	24.786	162.668	186.996
1972	27.102	175.039	202.141
1973	28.944	187.897	216.841
1974	30.566	201.752	232.318
1975	32.192	206.468	238.660
1976	29.602	224.425	254.027
Totales	173.192	1.158.329	1.331.521

Como X^2_1 da P 0.001 entonces es altamente significativo.

Una representación gráfica de los anteriores hechos, es probablemente más elocuente que las mismas cifras:

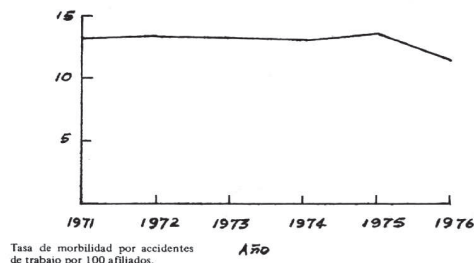


Gráfico 1. Tasa de morbilidad general por accidentes de trabajo en personas afiliadas al ICSS. Antioquia 1971-1976

Es necesario advertir que en los últimos seis años que estamos analizando (1971-1976) no ha habido, por supuesto, ninguna variación en los métodos de recolección de los datos por accidentes de trabajo, ni en los registros de número de afiliados a mitad de año. Las únicas variaciones entre el quinquenio anterior y 1976 son las expresadas en el texto de este artículo en relación con las acciones de promoción y estímulo a las labores de salud ocupacional conjuntas entre los trabajadores, empresas y técnicos oficiales. El lector analítico —como es apenas obvio— conserva todo su derecho a sus propias conclusiones. Sin embargo, el autor quiere aprovechar este estudio para las siguientes reflexiones personales.

Reflexiones del autor

Como viejo trabajador de salud pública (debate en el Concejo de Medellín como estudiante de medicina sobre la calidad del agua y de la leche de la ciudad, 1945); como Jefe de la División de Enfermedades Trasmisibles del Ministerio de Higiene (1949-1950) después de un estudio de post-grado (Master en Salud Pública, Universidad de Minnesota 1948); como trabajador internacional (Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, Lima y México (1950-1955) y como profesor universitario con mezclas de administración, consultoría internacional y política (1956 hasta la fecha), el autor se ha preguntado cuál es el papel del ser humano individual en los acontecimientos y acciones en que cree intervenir. Probablemente por su información en una sociedad competitiva e individualista como la antioqueña en la plena mitad del siglo XX colombiano (1921-1977), no ha compartido nunca el concepto de que el hombre es un simple juguete del azar o del destino, una simple “brizna de yerba en las manos de Dios”, o concepciones similares. También le ha sido extremadamente difícil aceptar sin rebeldía la noción de que toda la historia es “obra exclusiva del pueblo”,

“resultado único de las infraestructuras socioeconómicas” y que, por tanto, nuestro papel, mientras no se cambien dichas superestructuras, es hacer cualquier cosa —buena o mala, estúpida o irracional, moral o inmoral— con tal de acelerar “la revolución”. Menos comparto la tesis del proverbio árabe que afirma: “Siéntate tranquilo a tu puerta y verás pasar el cadáver de tu enemigo”.

El enemigo, para el médico salubrista, son las enfermedades, los accidentes y las muertes prematuras. Es también, a medida que va avanzando en años, el sufrimiento, la pobreza, la guerra, la violencia inútil, el desempleo, la injusticia social etc., etc...

Pero el gran dilema es: “A qué dedico mis esfuerzos, a cuál campo, en qué proporción, con qué esperanzas, con cuáles probabilidades de éxito”.

Y mucho más en salud pública, una profesión cuyas acciones son tan difíciles de medir, pues su labor y resultados están tan intermezclados por circunstancias distintas a su propio ámbito técnico y específico, y los cambios que se registren en los índices que miden el estado de un conglomerado pueden ser causados también por modificaciones económicas, educativas y sociales. Cuando unos resultados pueden, de hecho son, esencialmente multicausales, es muy difícil señalar el papel del individuo en acciones y resultados que sólo se producen por intermedio de una multitud de personas. En este campo, otro proverbio árabe sí que es también elocuente y significativo: “El éxito tiene mil padres, pero

el fracaso es huérfano”. El autor cree que este proverbio es verdadero. Significa para él, que nadie, en el campo social, puede triunfar, en la soledad y el aislamiento. Que el éxito o el fracaso de un individuo en las acciones que emprende, dependen, en mucha más medida de lo que de ordinario se acepta, de los demás. De las acciones que emprenda para conseguir que muchos se motiven para trabajar en un propósito común. Sólo los grupos, las comunidades, las poblaciones organizadas hacen la historia. Pero allí cada individuo tiene su papel y este papel es igualmente significativo como uno de los numerosos factores del éxito. Es por ello que este trabajo va dedicado a todos los obreros y trabajadores que en Antioquia han intervenido para que se obtengan los resultados estadísticamente significativos que se han escrito aquí. Pero no puedo dejar de preguntarme si Gustavo Molina no hubiera venido a Antioquia en 1975, habría 2.126 obreros antioqueños que no se accidentaron en su trabajo en 1976.

Es verdad que las acciones que produjeron este excelente resultado de ahorro de sufrimiento, de sangre, de lágrimas, de angustias y muerte, fue el resultado del trabajo, del esfuerzo, del entusiasmo y de la colaboración de muchos.

¿Pero se habrían obtenido tales resultados sin Gustavo Molina?

Por haberme tocado vivir a fondo esta experiencia, mi respuesta es negativa.

Medellín, febrero de 1977

Integración de niveles biológicos y sociales en las investigaciones de salud-enfermedad

Yolanda Machado¹; Víctor Penchaszadeh²

¹ Profesor de cátedra medicina preventiva, Escuela de Medicina "José Vargas", Universidad Central de Venezuela, Caracas.

² Profesor asistente, Instituto Anatomopatológico, Escuela de Medicina "José Vargas", Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Introducción

El objetivo de este documento es demostrar la factibilidad teórica y práctica de abordar la investigación de los problemas de salud materno-infantil, integrando los niveles biológicos, psicológicos y sociales en los que el problema se manifiesta, y produciendo un conocimiento explicativo global de la realidad.

A manera de ejemplo, consideramos una investigación hipotética sobre la etiología de la desnutrición proteico-calórica infantil en una comunidad determinada de Latinoamérica, si bien debe quedar claro que esta metodología es aplicable a toda investigación sobre fenómenos de salud-enfermedad, cualquiera sea el problema en estudio.

Todo fenómeno de salud y enfermedad tiene vertientes biológicas, psicológicas y sociales que explican su génesis y las modalidades de su distribución en los individuos y las sociedades. Se ha insistido en que la comprensión de un fenómeno de salud y enfermedad sólo puede lograrse mediante un enfoque tridimensional, en el que las tres vertientes se analicen en forma integrada.

Sin embargo, la sola aceptación de esta premisa no asegura, per se, una correcta aprehensión de la realidad a investigar. Varias son, en efecto, las dificultades a afrontar: quizá los escollos más relevantes sean las dificultades conceptuales en el análisis de "lo social" en relación con la salud y enfermedad, y su integración con la vertiente biológica de análisis.

En lo que respecta al primer aspecto, es evidente que el tratamiento de "lo social" aplicado a la salud, deriva de la posición teórica de la que se parte, en lo que respecta a la concepción de la realidad social (teoría del objeto), y de la concepción acerca de su conocimiento (teoría del conocimiento). Las numerosas investigaciones realizadas en el área de la desnutrición infantil en los últimos tiempos, permite objetivar algunos de estos enfoques:

Existe una forma frecuente en estudios epidemiológicos sobre desnutrición que, al incorporar "lo social" en la comprensión del problema, se expresa como sociología empiricista, en la que se enumeran listas de "variables" sociales asociadas al proceso en estudio, por ejemplo, nivel socioeconómico, ingreso per cápita, condiciones de la vivienda, nivel educacional, etc., que en relación a la desnutrición contribuyen mayormente a la explicación integral de las causas del fenómeno.

Otra forma de abordaje privilegia las variables culturales, conductuales y microsociales, perdiendo contacto con la realidad macrosocial; estos son los estudios que pretenden explicar la desnutrición en una comunidad por una serie de costumbres, hábitos o tradiciones culturales relacionadas con la alimentación, sin poner en evidencia los factores estructurales subyacentes.

Por otra parte, enfoques dirigidos exclusivamente a las variables estructurales, sin aprehender mecanismos intermedios, llevan a conclusiones muy generales, que tampoco ayudan a explicar la realidad. Un ejemplo lo puede constituir la conclusión de que "la desnutrición es producto de una economía capitalista dependiente".

En ocasiones se recurre a explicaciones causales circulares, que tampoco aportan enfoques etiológicos profundos, como el "círculo vicioso": desnutrición enfermedad baja producción, retraso del desarrollo económico social desnutrición.

Frente a estas deficiencias de enfoque, se propone como alternativa que "lo social" se visualice como contexto, ámbito, espacio histórico-social en el que tienen lugar los procesos de salud-enfermedad, pero no quedando como telón de fondo, sino que interviniendo, además, como condicionante o determinante que favorece o no el crecimiento y desarrollo humano de individuos concretos en los que tienen asiento los fenómenos de salud-enfermedad que se propone investigar. Aparece entonces, como requisito, la posesión y aplicación de

una teoría del conocimiento que permita trascender lo aparente y descubrir la esencia detrás de la apariencia.

En este contexto, se pretende mostrar cómo un fenómeno que tiene su expresión concreta a nivel individual y biológico, como es la desnutrición, puede ser estudiado desde un punto de vista integral, explorando su génesis en un orden de realidad que trasciende lo biológico individual y se sitúa en un plano de interacción particular de niveles biológicos y sociales.

Asimismo, se intenta ilustrar cómo el partir de una concepción determinada de la realidad social y de los problemas biomédicos, puede y debe orientar la investigación sugiriendo aquellas variables que aparecen como las más relevantes en lo biológico, lo social y lo cultural para la explicación del fenómeno en cuestión. Esto supone una estrecha relación entre supuestos epistemológicos, teoría y método, ya que el abordaje propuesto depende de una visión que concibe los problemas de salud articulados en un espacio socio-histórico definido y determinados dialécticamente por las características del mismo. De esta manera, la dimensión social se incorpora a los estudios biomédicos mediante un tratamiento macroanalítico, distanciándose de las tendencias más comúnmente utilizadas que fueron comentadas más arriba, arraigadas en una concepción empiricista.

Nivel biológico

Desde el punto de vista biomédico, la investigación sobre las causas de desnutrición infantil en una comunidad determinada, debe partir de la consideración de las particularidades biológicas del niño como ser en permanente crecimiento y desarrollo. Este proceso de crecimiento y desarrollo adopta características cuali y cuantitativas diferentes en las distintas etapas de la vida, con las consiguientes variaciones en las necesidades nutricionales, psicológicas y sociales. Así, las etapas de mayor velocidad de crecimiento como son los últimos meses de vida intrauterina, los primeros dos años de vida postnatal y la edad puberal, presentan máximos requerimientos y representan las edades críticas con mayor susceptibilidad del organismo a deficiencias nutricionales.

La comprensión del crecimiento y desarrollo como proceso integrado resultante de las múltiples y continuas interacciones entre la potencialidad genética del niño y los factores del ambiente bio-psicosocial, permite evaluar los aspectos nutricionales con una perspectiva de mayor significación. En este contexto, importa determinar el estado nutricional de las mujeres en edad fértil, especialmente en las gestantes, así como en diferentes edades de la niñez, desde el recién nacido hasta el adolescente. Esta información se correlacionará con estudios de la ingesta nutricional en estos grupos, con el fin de determinar la adecuación o la inadecuación de las

dietas y, en caso de detectar deficiencias, caracterizarlas en función de nutrientes específicos: proteínas, calorías, minerales, vitaminas, etc.

La investigación sobre desnutrición infantil debe, en primer término, establecer cuál es la magnitud del problema nutricional en la comunidad y cómo se distribuye en la misma: distribución geográfica, etaria, por clase social, etc. Es posible obtener cierta información preliminar a través de estadísticas vitales y datos hospitalarios, tales como: mortalidad por distintos tipos de enfermedades nutricionales, mortalidad por infecciones relacionadas con el estado nutritivo (gastroenteritis, sarampión, etc.), morbilidad por desnutrición en centros de salud y hospitales, etc. Los datos que aportan estas fuentes, sin embargo, son muy limitados y padecen de un sesgo considerable, dado que sólo representan el extremo máximo de la desnutrición que ha llevado al niño a un establecimiento hospitalario y/o a la muerte, mientras que nada informan sobre la mucha mayor proporción de niños que padecen grados moderados o leves de desnutrición crónica. Otros sesgos atribuibles a estas estadísticas están relacionados con la accesibilidad de la población a los servicios de atención pediátrica, siendo muy común en América Latina la circunstancia de que los grupos de población más expuestos al riesgo de desnutrición suelen tener mayores obstáculos para su atención médica.

En consecuencia, si bien las estadísticas vitales y hospitalarias pueden dar una idea grosera de los problemas nutricionales en una población infantil, es imprescindible que la investigación se profundice a través del estudio directo de la comunidad.

A tal fin, es necesario tener presente que las deficiencias nutricionales, generalmente, transcurren en forma subclínica, determinando retraso de crecimiento y desarrollo y que sólo se verán formas clínicas obvias en los casos de desnutrición severa.

Dado que el retraso en el crecimiento y desarrollo es una de las primeras evidencias de la desnutrición, es preciso determinar las características de este proceso en la población infantil sujeta a estudio. A tal efecto, se requerirán mediciones antropométricas, tales como peso, longitud o estatura, circunferencia craneana, circunferencia de brazos y pliegue cutáneo tricipital. Otras mediciones más específicas podrán contemplarse de acuerdo a los objetivos particulares del proyecto y las facilidades disponibles en equipo y recursos humanos. Estos estudios podrán ser de tipo transversal, longitudinal o mixto, de acuerdo a las posibilidades y a los intereses de la investigación, y las mediciones podrán realizarse en una muestra representativa de la población o en toda la población a estudiar.

Los estudios transversales tienen la ventaja de su menor costo y mayor rapidez en la obtención de

información necesaria. Los datos antropométricos obtenidos, se compararán con curvas estándar de crecimiento de niños normales, bien nutridos y, preferiblemente, de similar extracción etno-geográfica. Este último requisito no es imprescindible, ya que parece suficientemente comprobado que la potencialidad genética del crecimiento humano no difiere, significativamente, entre diferentes grupos raciales, por lo que, si no se dispone de estándares normales del mismo país, no hay gran inconveniente en recurrir a estándares de otros países para la comparación con la población estudiada.

Los resultados del estudio pueden expresarse de diversas maneras, de acuerdo a los métodos utilizados en la caracterización de las curvas de crecimiento en la población estudiada, forma de expresión de las variaciones observadas (percentiles o desviaciones estándar) y los patrones utilizados como referencia para la comparación. Por ejemplo, puede estimarse la proporción de niños con desnutrición proteico-calórica severa en base a la proporción que tenga menos de 60% del peso correspondiente a su edad (a los que deberán sumarse los niños con edema clínico y otros signos de Kwashiorkor); la prevalencia de DPC moderada estará dada por la proporción de niños con un peso entre 60 y 80% del correspondiente a su edad. Estos datos podrán obtenerse para la población infantil en general y para cada subgrupo de edad. La combinación de datos sobre peso con los otros parámetros antropométricos permitirá un conocimiento más profundo de la situación nutricional. Las definiciones operativas de estado nutricional, según datos antropométricos, podrán variar de acuerdo a criterios teóricos y/o prácticas en cada región.

La determinación de la magnitud y de los tipos particulares de problemas nutricionales requiere una evaluación clínica de la población a fin de detectar la prevalencia de desnutrición proteico-calórica y sus grados diversos de expresión, desde los más leves hasta las manifestaciones extremas de Kwashiorkor o marasmo, así como las deficiencias vitamínicas, especialmente de vitamina D, vitamina C, vitamina A, y de hierro.

Dada la conocida interacción entre infecciones y desnutrición es de suma importancia el conocimiento de las enfermedades infecciosas prevalentes en el área, su caracterización y cuantificación.

Además del empleo de métodos clínicos y antropométricos de evolución nutricional, puede recurrirse a mediciones bioquímicas, tales como el índice creatinina-estatura, el índice urea-creatinina, el índice de hidroxiprolina y determinación de proteínas y aminoácidos plasmáticos que reflejan diversas alteraciones metabólicas asociadas a la desnutrición calórico-proteica.

La utilización combinada de los métodos comentados, podrá dar una apreciación de cuál es la

magnitud del problema nutricional en la población, qué formas de desnutrición son más frecuentes, y cómo están distribuidas en la comunidad.

A fin de obtener una valoración más dinámica y significativa del problema en el camino de la investigación de sus causas inmediatas, es necesario conocer las características del ingreso dietético, ya sea por encuestas o por mediciones directas de alimentos en visitas domiciliarias, así como también, las prácticas culinarias de preparación de los alimentos, el número y tiempos de las comidas, y las prioridades de distribución de diferente tipo de alimentos en la familia.

Las prácticas locales en la crianza y alimentación de los niños pequeños pueden tener suma importancia como factores desencadenantes de desnutrición. Quizá, el factor aislado más importante a este respecto es la lactancia materna, cuya extensión y duración deberá ser concienzudamente investigada, así como los métodos utilizados para el destete y los factores que estén determinando una eventual falta de amamantamiento en la comunidad. Asimismo, será relevante conocer las costumbres locales en la incorporación de nuevos alimentos a lo largo de los dos primeros años de vida.

En el nivel biomédico, entonces, se desprende que la investigación de las causas de la desnutrición infantil requiere el conocimiento previo cuanti y cualitativo del problema en la comunidad, mediante estudios de:

- Tipos de desnutrición prevalentes y su magnitud en la población infantil.
- Características locales del crecimiento y desarrollo.
- Prevalencia y distribución de la morbilidad infantil, especialmente, la de causas infecciosas.
- Métodos y prácticas utilizadas en la alimentación infantil.
- Alimentos disponibles en la comunidad y su utilización local.

De esta manera, se habrá llegado a un conocimiento descriptivo en el nivel biológico del problema de la desnutrición en la comunidad determinada. Es fundamental unir esta realidad aprehendida al contexto social y cultural en que los diferentes estratos de la población están inmersos, como requisito sine qua non para poder explicar la génesis de la desnutrición y, en definitiva, iniciar acciones conducentes a la solución del problema, objetivo que debe guiar toda investigación sobre salud-enfermedad.

Nivel social

Si analizamos el problema de la desnutrición, desde el punto de vista de su sociogénesis, podríamos asomar los siguientes lineamientos teóricos y metodológicos.

A nivel conceptual, se puede saber que “para que un conglomerado social esté bien alimentado, es necesario

que los alimentos producidos en cantidades suficientes, sean adecuadamente transformados y distribuidos entre los individuos que lo integran, de modo tal que cada uno de ellos consuma alimentos en cantidad y calidad acordes a sus necesidades biológicas” [1].

Esta conceptualización implica, en una primera aproximación, que para que los individuos puedan llegar a satisfacer sus necesidades alimentarias, en ello van implícitos algunos problemas previos a resolver, cuales son los de la producción, distribución y acceso de todos los individuos de una sociedad a los alimentos. En dichos procesos, se plantean una serie de contradicciones que varían históricamente.

En el análisis de la producción es preciso considerar los siguientes elementos y la manera como ellos se relacionan:

- Un objeto de trabajo, dado por la cantidad y calidad de la materia prima a ser transformada en alimentos: tierras, mares y sus floras y fauna, por ejemplo.
- Una actividad productiva, que puede ir desde la simple recolección, como en las sociedades primitivas en las que hay un escaso desarrollo de las fuerzas productivas, hasta procesos industriales altamente sofisticados de producción sintética de determinados alimentos.
- De allí que un tercer elemento a considerar, sean las fuerzas productivas, tanto desde el punto de vista del desarrollo de los instrumentos de trabajo, técnicas de producción, como del trabajo humano necesario invertido en el proceso mismo. La manera como estos elementos se combinan, se relaciona con la productividad o rendimiento del proceso de producción.

Así por ejemplo, mientras en algunas sociedades de muy escaso desarrollo de las fuerzas productivas, la casi totalidad de la población debe dedicarse a la producción de alimentos, en otras que han alcanzado un mayor grado de desarrollo, tan sólo alrededor de un diez por ciento se dedica a ello, mientras el resto puede dedicarse a la producción de otros bienes y servicios. Dentro de este aspecto, y con miras a diagnosticar a qué nivel se ubican las causas de la desnutrición en una comunidad dada, cobra importancia evaluar las técnicas de producción alimentaria alcanzadas por una determinada formación económico-social; ello implicaría determinar, por ejemplo, los niveles de mecanización utilizados, sistemas de riego, fertilizantes, etc.

En este respecto, y desde un punto de vista conceptual, merece destacarse el hecho de que, en periodos históricos en los que existe un escaso desarrollo de las fuerzas productivas en el proceso de producción de alimentos, la contradicción fundamental es aquella que surge en la relación entre el hombre y la naturaleza. Es la contradicción ubicada a este nivel la que puede determinar, en gran medida, los problemas

nutricionales de una colectividad humana. En una etapa histórica ulterior en que se produce un mayor desarrollo de las fuerzas productivas, un avance en las técnicas de cultivo y de producción alimentaria y, por tanto, un mayor volumen de estos bienes capaz de generar un excedente, la contradicción fundamental no es tanto la que se establece en la relación hombre-naturaleza, sino en las relaciones sociales de producción, es decir, en las relaciones entre los mismos hombres. Esto traslada el problema, del área de la producción al área de la distribución de los alimentos y demás bienes sociales y, consecuentemente, a la problemática del acceso diferencial que tienen los individuos a ella en función de su ubicación en la estructura económico-social. Así, un nuevo elemento a considerar, son las relaciones sociales de producción.

Sintetizando, de momento recalquemos que, en el estudio de la socio-génesis de la desnutrición, es preciso plantearse dos grandes interrogantes:

- ¿Qué problemas se dan a nivel de la producción de alimentos?
- ¿Qué problemas se dan a nivel de la distribución de los mismos?

Hemos tocado algunas de las variables involucradas en el primer punto, como el volumen de la producción alimentaria en su estrecha relación con la cantidad y calidad del objeto de trabajo y el grado de desarrollo de las fuerzas productivas.

Estimamos ahora necesario esbozar algunos puntos concernientes a la segunda interrogante, o problema de la distribución, tanto más cuanto que este aspecto parece revestir una importancia crucial en los países latinoamericanos. En efecto, el desarrollo histórico de estos países permite caracterizarlos como sociedades “capitalistas dependientes” y las relaciones capitalistas de producción generan problemas evidentes en cuanto a distribución y acceso diferencial a los bienes de la sociedad, situación que, por lo demás, se agudiza en el contexto de la dependencia.

Así pues, desde el punto de vista de la distribución de alimentos, un médico, el Dr. Liendo Coll, en un laudable intento por aproximarse al problema de la desnutrición con una perspectiva integral, ha señalado tres aspectos a ser tomados en consideración:

- La distribución física en el espacio, lo cual supone el estudio de factores tales como vías de comunicación y transporte, y todo lo referente a vialidad.
- La distribución física en el tiempo, referido a sistemas de almacenamiento y conservación.
- La distribución social, que comprendería, según el autor, “los factores económicos de la distribución social, donde juegan papel primordial el mercado y los precios, en lo relacionado a la oferta, y al poder adquisitivo, en lo relacionado a la demanda digno de notar también, es el hecho de

que los niveles de salarios, por estar en una vasta mayoría de la población, ligados en una u otra forma al proceso de la producción y distribución de alimentos, guardan una estrechísima correlación con la organización del proceso de alimentación en una sociedad y las capacidades individuales para satisfacer sus demandas fisiológicas” [2].

Consideramos conveniente calificar de manera más precisa los lineamientos formulados por este autor.

En primer lugar, es necesario situar dichos elementos en un espacio socio-histórico concreto.

En segundo lugar, y en función de ello, es preciso jerarquizar, en cuanto a importancia y prelación, la problemática derivada de lo que él denomina la distribución física en el espacio y tiempo y aquella que se deriva de la distribución social y, en tercer lugar, es preciso establecer con mayor claridad qué es lo que determina distorsiones a nivel de la distribución, ya que los problemas presentes, en sus tres dimensiones, pueden ser manifestaciones diferentes de una misma problemática de fondo. Así, por ejemplo, según veremos luego, los problemas de distribución social se generan a nivel de relaciones de producción, pero, la estructuración del espacio no es independiente de esto, de manera tal que la problemática que ocurre en cuanto a la distribución en el espacio puede estar reproduciendo y expresando en la dimensión espacial toda la problemática que se genera a partir de la manera como se organizan las relaciones de producción.

Esto nos remite a examinar la distribución de alimentos en función de un determinado modo de producción. Ahora bien, desde un punto de vista metodológico, consideramos que si se quiere explorar la génesis social de los problemas de salud en general, y de la desnutrición en particular, y si además se pretende abordar el problema con una visión que no atomice lo social, sino que lo integre en una perspectiva histórica y estructural, se debe proceder a caracterizar la formación económico-social bajo estudio en cuanto a sus rasgos estructurales más gruesos para, luego, seguir refinando dicha caracterización mediante aspectos más específicos, desentrañando la manera como se articulan unos a otros y con el problema del cual se quiere dar cuenta y que se traduce en el plano biológico individual.

Para esa primera caracterización gruesa, es preciso establecer cuál es el modo de producción dominante en dicha formación económico social (ubicación en un espacio socio-histórico concreto) y cuál la dinámica que de ello se desprende, así como a qué nivel se ubican las contradicciones fundamentales.

Recordemos, sin embargo, que hablar de un modo de producción es hacer referencia a un concepto abstracto y que, en una formación económico-social, si bien uno de ellos se hace dominante, pueden no obstante coexistir diversos modos de producción. Desde este punto de

vista, y en relación al problema que nos ocupa, debería precisarse cuáles otras formas de organizar la producción coexisten y cómo se articulan las unas con las otras, y con el modo dominante. Para ello, una variable clave pasa a ser la manera como se establecen las relaciones de producción, y allí es necesario preguntarse acerca de si los medios productivos de los bienes, y entre ellos de los alimentos, son de propiedad privada o social. La propiedad privada de los medios de producción y la separación de estos respecto a la fuerza de trabajo, propia del sistema capitalista de producción, determina que la sociedad se divide en clases, lo cual supone:

- que la clase propietaria de los medios de producción se apropia de un plus-producto y,
- que la clase desposeída de los mismos queda, en función de ello, en una posición que le permite un escaso acceso a los bienes materiales, entre los que se incluyen los alimentos.

Estos planteamientos sugieren: primero, la necesidad de examinar las consecuencias que esta forma organizativa tiene sobre la sociedad en estudio en cuanto a su estructura de clases y funcionamiento pero, además, y específicamente referido al problema alimentario, conduce a examinar las formas de propiedad sobre los medios de producción de alimentos como sería, por ejemplo, el régimen de tenencia de la tierra, si se trata de un sistema donde predomina un cierto grado de monopolio sobre la misma mediante régimen de latifundios, y su contrapartida el minifundio con escasa incorporación de tecnología. Si existen sectores campesinos en economía de autoconsumo, o si estos sectores comienzan a desintegrarse y deben concurrir al mercado para la obtención de alimentos, participando en una economía monetaria, pero en condiciones desventajosas.

La dinámica económica, en un modo capitalista de producción, se rige además, por una economía de mercado.

Esto remite a examinar el problema de los mecanismos de fijación de precios y comercialización de los productos. Acá surgen contradicciones importantes pues, por una parte, en tales sociedades se da una concentración de riquezas en pocas manos y de pauperización en los sectores numéricamente más importantes, lo cual determina el escaso acceso de estos sectores a los bienes producidos pero, además, esa misma dinámica económica, tanto más si es de carácter monopolista, y su correspondiente ideología permite, por diversos mecanismos, la elevación de precios que hace aún más inaccesibles los bienes a los sectores más deprimidos. Así pues, si bien la producción y distribución determinan una oferta de alimentos, el carácter de las relaciones de producción y su correlativa estructuración de clases determina el que, oferta y demanda, se combinen de una manera contradictoria, ya que la demanda real o efectiva no va a depender de

las necesidades fisiológicas de la población, sino de la ubicación de los individuos en la estructura de clases, la cual determina su capacidad adquisitiva y acceso real al consumo de alimentos. Desde este punto de vista, sería interesante explorar la distribución del ingreso en la sociedad, los niveles de ingreso de los diversos sectores en relación con su inserción en la estructura productiva, el gasto familiar en alimentación, qué porcentaje de su ingreso se dedica a cubrir esta necesidad primaria, qué ingesta permite este gasto, y comparar con los patrones ideales de ingestión calórica y proteica según necesidades biológicas.

Nivel cultural

Otro nivel de análisis que no puede ser desconocido en un estudio integral sobre el problema que nos ocupa, es la participación de lo cultural en el mismo.

La inclusión de este nivel, implica precisar dos aspectos:

- Qué variables de tipo cultural son relevantes para el estudio de los patrones nutricionales.
- Qué concepción de realidad socio-cultural estamos manejando, ya que de ello se desprenderá el abordaje o tratamiento del nivel cultural y la importancia que se asigne a su participación en los problemas de salud.

Con respecto a las variables relevantes, las que aparecen como más visibles e inmediatamente asociadas a la nutrición son las conductas que se expresan como hábitos alimentarios y de manipulación y preparación de alimentos. Estas variables, además, se articulan a niveles de conocimiento sobre las necesidades fisiológicas y las propiedades de los alimentos para satisfacerlas, y a ciertas concepciones no exentas de valores y contenidos ideológicos en torno a la salud, el propio cuerpo, su funcionamiento, y los regímenes alimenticios supuestamente adecuados.

Lo que nos parece interesante destacar a este respecto es que, tales contenidos culturales así como lo “cultural” en general, también se hallan articulados a la dimensión estructural. Una evidencia de ello, es que los contenidos culturales no se distribuyen al azar en una sociedad, sino en estrecha vinculación con la estructura de clases. Esta observación no ofrece nada novedoso pero su interpretación difiere según la concepción de realidad socio-cultural que se maneje. Así, consideramos que los conceptos de subcultura y de transculturación, tan manidos, son taxativos y descriptivos pero que no llegan a explicar los fenómenos que intentan estudiar acerca de la distribución diferencial de contenidos culturales en una misma sociedad y para una época dada. Dichos conceptos se desprenden de concepciones teóricas sociológicas y antropológicas que, como el funcionalismo y el culturalismo norteamericano, privilegian el nivel cultural

en la explicación de procesos sociales y conductas humanas pero tomando lo “cultural” como un hecho dado, sin intentar explicarlo a su vez.

Metodológicamente, y de manera esquemática, podríamos señalar que, de acuerdo con tal concepción, lo cultural se erige como variable independiente, y los procesos y conductas sociales como variables dependientes. Así, por ejemplo, un determinado nivel de conocimiento en torno a las necesidades fisiológicas y las propiedades nutritivas de los alimentos, determinaría los hábitos alimenticios.

Por el contrario, una concepción de la realidad socio-cultural que, sin subestimar la importancia de lo cultural en la producción de conductas, considere este nivel de realidad articulado y generado, a su vez, por la estructura o base material de la sociedad, consideraría lo estructural como variable independiente, a lo cultural como interviniente o intermedia, y lo conductual como variable dependiente. Esto supone partir de supuestos epistemológicos diferentes a los del positivismo, de acuerdo con los cuales no podemos confiar en la “transparencia” del objeto, es preciso explorar la esencia tras de la apariencia, de allí que si bien lo más aparente, lo más tangible, lo que luce más estrechamente vinculado a la conducta es un determinado nivel y contenido cultural, es preciso buscar una relación esencial y más profunda subyacente a tal apariencia, cual es la que se establece entre lo estructural y lo conductual por mediación de lo cultural.

Un ejemplo que consideramos particularmente interesante a este respecto, es el tratamiento que Boltanski [3] hace de lo cultural como generador de concepciones y hábitos alimentarios pero, a su vez, generado por la posición de los individuos en la estructura productiva. Así, según este autor, el trabajo físico que realizan los miembros de las clases populares determina en ellos una particular vivencia de su propio cuerpo, que les hace percibirlo como una máquina, con la cual mantienen una relación muy instrumental, de la que se exige siempre un rendimiento y, es por ello, que tenderían a preferir aquellos alimentos por ellos considerados como “nutritivos y fortificantes”, vale decir, las féculas y las materias grasas. Su concepción de salud, se reduce a la idea de vigor.

Vemos pues, cómo este autor aborda el problema de una manera diferente y que, a nuestro juicio, podría llegar a ser más explicativa que aquellos autores de pensamiento más tradicional que se reducen a dar cuenta de conductas en función de una subcultura que, como categoría de análisis, mucho y poco explica. Sin considerar que el planteamiento de Boltanski agote el tema, ni sea definitivo y concluyente, estimamos sí, que sugiere líneas fructíferas de investigación. Por lo demás, interesa hacer notar con respecto a los análisis culturales que, con harta frecuencia, no sólo se ha tendido a privilegiar este nivel de análisis en menoscabo de la

importancia de lo económico-social, sino que dentro del nivel de lo cultural mismo, se ha tendido a hipertrofiar el valor del factor cognoscitivo, en detrimento de otros factores culturales tanto o más importantes o que, por último, a su vez explican dichos niveles y contenidos cognoscitivos presentes en las poblaciones.

Así, en este orden de ideas, un aspecto importante a considerar sería la influencia que los medios de comunicación de masas pueden tener en cuanto a modelar contenidos cognoscitivos y hábitos nutricionales a través de la publicidad comercial. Con respecto a este punto, se hace bien evidente la articulación entre la base material de la sociedad y la conducta ya que, tales medios en las sociedades capitalistas, suelen estar en manos particulares y controlados por sectores que manejan fuertes intereses económicos. La inducción

hacia el consumo de productos alimentarios, tales como papillas para niños, leches que tienden a suplantar la lactancia materna, etc., que pueden o no ser los más adecuados para los diversos sectores poblacionales que indiscriminadamente reciben el mensaje, está movida por dichos intereses y, así, la sofisticada carga publicitaria puede orientar, modelar e inducir hábitos alimentarios. Constituye ésta, otra rica veta a ser explorada.

En resumen, a nivel de lo cultural y en relación con el problema de la desnutrición, sería preciso explorar los hábitos alimentarios de la comunidad bajo estudio en relación con sus concepciones sobre salud-enfermedad, influencia de los medios de comunicación de masas, conocimiento de las necesidades según sexo, edad y tipo de actividad, conocimiento acerca de las propiedades nutritivas de los alimentos, e interpretar estos datos bajo una perspectiva estructural e integradora.

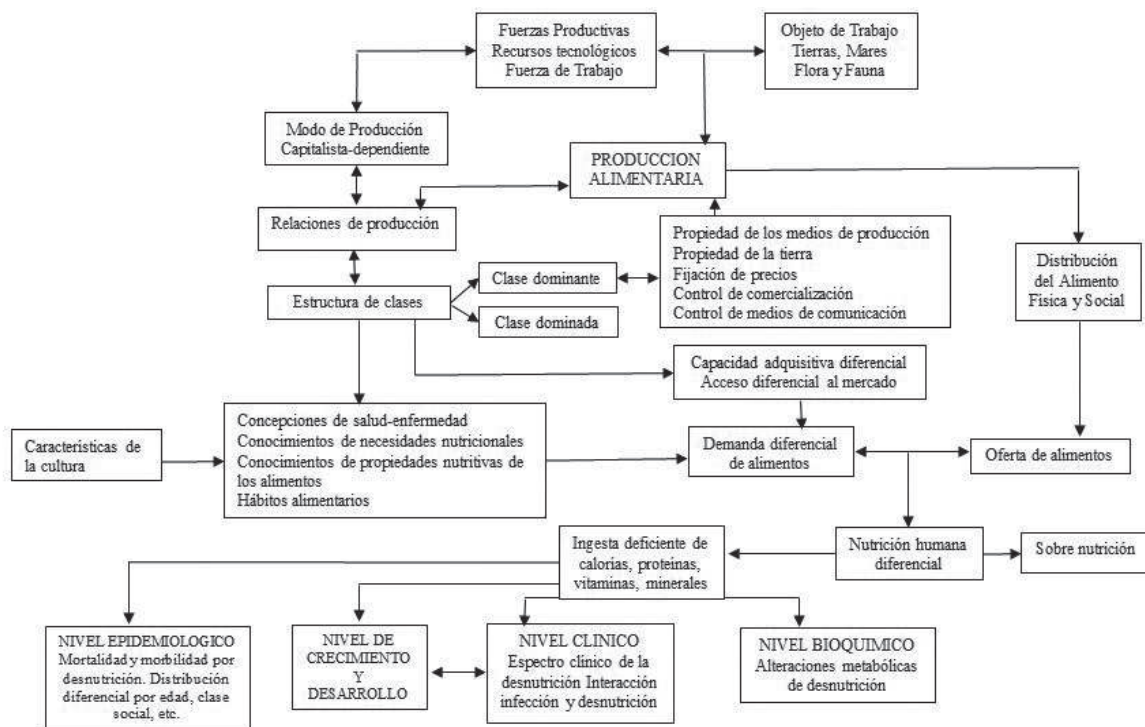


Gráfico 1. Variables relevantes en la génesis de la desnutrición infantil

Bibliografía

- 1 Behar, M. Evaluación de la situación nutricional en grupos de población. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 21: 335, 1972.
- 2 Bodenheimer, T.S. The political economy of malnutrition: generalizations from two Central American studies. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 22: 495, 1972.
- 3 Boltanski, L. Los usos sociales del cuerpo, Mimeo.

- 4 Cravioto, J. Complexity of factors involved in protein-calorie malnutrition. In: Gyorgy, P. and Kline, O.L. Malnutrition is a problem of ecology. Basel, 1970.
- 5 Fonaroff, A. Percepciones culturales y trastornos nutricionales: estudio de casos en Jamaica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 80: 135, 1976.
- 6 Hoxter, S.I. et al. Lactancia materna: Investigación operativa en dos países limítrofes. Archivos Argentinos de Pediatría 74: 9, 1976.

- 7 Liendo Coll, P. Aspectos doctrinales de la nutrición social y en particular en el campo de la salud pública. I Jornadas Venezolanas de Nutrición. Caracas, 1964.
- 8 Martorell, R. et al. Normas antropométricas de crecimiento físico para países en desarrollo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 79: 525, 1975.
- 9 Ramos-Galván, R. et al. Aspectos sociales, como causa y consecuencia de la desnutrición. Gaceta Médica Mexicana 107: 265, 1974.

Intoxicación alimentaria por bacillus cereus en el Servicio de Neonatología del Hospital General de Medellín - Colombia, 1977

Germán González E¹; Gloria H. González V²; Hernán Puerta C³; Yolanda Torres de G⁴.

¹ Profesor sección epidemiología, Escuela Nacional de Salud Pública.

² Jefe laboratorio bromatología, Escuela Nacional de Salud Pública.

³ Jefe sección higiene de alimentos, Escuela Nacional de Salud Pública.

⁴ Jefe sección epidemiología, Escuela Nacional de Salud Pública.

Introducción

El 25 de abril el Director del Hospital General de Medellín solicitó por escrito asesoría para controlar un brote que se venía presentando en el Servicio de Neonatología (Sala de Prematuros) desde los días 7 y 8 de abril, caracterizado por una alta mortalidad y la presentación de diarrea, vómito y fiebre ocasional; en el cual, a pesar de los esfuerzos realizados, no había sido posible esclarecer sus causas.

Se trasladó al Hospital un grupo interdisciplinario de la Escuela Nacional de Salud Pública, conformado por un Médico Epidemiólogo, una Licenciada en Nutrición y Dietética Magíster en Salud Pública, una Bacterióloga y un Químico Farmacéutico, especializados en Higiene de Alimentos.

Al tener contacto con el Director del Hospital, los Pediatras y demás personal, informaron de su inquietud ante la presencia de elevación inusitada en la mortalidad en el Servicio de Neonatología, en especial en los días jueves y viernes santos.

El informe de los pediatras y la revisión de las historias clínicas mostraron el cuadro clínico ya descrito y además pacientes que en la mañana se encontraban en condiciones aceptables, en la tarde presentaban la sintomatología y “con frecuencia morían con enterocolitis con deposiciones sanguinolentas, un cuadro clínico compatible con coagulopatía intravascular diseminada y ocasionalmente cuadros térmicos”.

Como hipótesis de trabajo se formularon:

- Infección bacteriana posiblemente gram negativa.
- Tóxico.
- Virus
- Intoxicación alimentaria

El equipo decidió aplicar la metodología del C.D.C. para la investigación de este tipo de brotes, por eficacia comprobada en experiencias anteriores.

Metodología

A. Fase inicial

1. Previo intercambio de impresiones con el personal del Hospital General, se realizó la *fase rápida* de la investigación, mediante la revisión de registros estadísticos de ingresos, egresos y mortalidad para aceptar la PRESENCIA de EPIDEMIA mediante la comparación de las tasas esperadas con las observadas.

2. En colaboración de la Dirección se revisaron las historias clínicas:

a. En base a esta revisión se DEFINIÓ COMO CASO: niño egresado con enteritis asociada o no a otro diagnóstico.

b. Igualmente se reconsideraron las hipótesis etiológicas.

3. Se analizaron los cultivos del medio ambiente y de los realizados a pacientes hospitalizados.

4. Con la ayuda del Departamento de Enfermería se estudiaron las incapacidades y los turnos del personal del Servicio de Neonatología.

5. Tomando como fuente de datos la Historia Clínica se obtuvieron los datos necesarios para caracterizar la epidemia por las variables de:

a) *Tiempo*: Fecha y día de ingreso, iniciación del síndrome y muerte.

b) *Lugar*: Sala de hospitalización.

B. Segunda fase

1. Se complementó el estudio de Historias Clínicas, con el de los niños hospitalizados en otros Servicios, definiéndose como DIARREA seis o más deposiciones al día y VÓMITO una o más crisis por día, en concordancia con lo aceptado como enteritis, en el Servicio de Neonatología y con la finalidad de definir si el fenómeno en estudio se presentaba solo en los niños de dicho servicio.

2. Se hizo un estudio de “Casos y Controles” pareado en búsqueda de asociación con personal como factor de riesgo durante el mes de abril. Los datos se obtuvieron identificando las firmas en las notas de enfermería del personal que atendió los “casos” y el respectivo “control” pareado por la variable tiempo y escogido aleatoriamente.

		Empleado: _____		
		Caso		
		+	-	$RR = c / b$
Control	+	a	b	$X^2 = \frac{(c-b)^2}{c+b}$
	-	c	d	$c+b$

Aplicando a estos datos el método mencionado:

3. Confirmación con ayuda del laboratorio.

Con la colaboración de los siguientes laboratorios:

- a. Escuela Nacional de Salud Pública.
- b. Municipio de Medellín.
- c. Laboratorio Clínico del Hospital General de Medellín .
- d. Laboratorio de Virología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- e. Departamento de Patología de la Universidad de Antioquia.
- f. Laboratorio de Toxicología (DECYPOL) del Municipio de Medellín.

4. Se utilizaron como referencia:

- a. Laboratorio del C.D.C.
- b. INS, el cual procesó muestras enviadas por los Servicios de Salud y por la Casa Productora de la leche incriminada en el brote.

5. Se tomó resumen del censo diario y se sacó la información días paciente hospitalizado egresos y mortalidad menor y mayor de 48 horas, con el fin de comparar la mortalidad en estos periodos de tiempo, para identificar si el factor de riesgo estaba asociado con el parto o era un factor de riesgo intrahospitalario diferente.

6. Se tomaron cultivos:

a) Inicialmente en el lactario, de los biberones en sus diferentes etapas.

b) De algunos tarros sellados de la leche que se venía utilizando en el lactario.

Luego se complementó con:

a) Cultivos del medio ambiente y el aire acondicionado.

b) Muestreo de las cajas de leche en polvo existentes en el Almacén del Hospital.

7. Se hizo observación directa en:

a) Lactario, haciendo énfasis en todo el proceso, con control de tiempo y presión y temperatura, según las diferentes etapas.

Luego se reprodujo la forma de preparación, experimentalmente en el laboratorio de la Escuela Nacional de Salud Pública.

b) Igualmente se observaron otros lugares y procesos comunes y se tomaron muestras para cultivos.

8. Con el Jefe de Mantenimiento del Hospital se obtuvieron los datos pertinentes a la reparación y mantenimiento del autor clave del lactario.

9. Usando como numerador crisis de diarrea y/o vómito y como denominador días-pacientes, dato tomado del resumen del censo diario, se elaboró la tendencia, usándose como definición de diarrea o vómito la ya citada, y considerándose como crisis nueva, la iniciada 48 horas después de presentar 5 o menos deposiciones y ninguna crisis de vómito.

10. Se complementó la revisión de Historias Clínicas con análisis retrospectivos, desde julio de 1976 a junio 15 de 1977 y se clasificaron según el mismo criterio de síndrome con seis deposiciones diarias y/o vómito y luego se buscó en el aparte correspondiente a EGRESO y causa de salida si había egresado vivo o muerto.

11. Con miras a estudiar la asociación del síndrome como factor de riesgo de mortalidad se calcularon mes a mes de julio de 1976 a junio de 1977:

a.

		Muerte		
		+	-	
Síndrome	+	a	b	a+b
	-	c	d	c+d
		a+c	b+d	N

b. $R.R.* = (a/a+b) / (c/c+d)$

c. $R.A.P.** = ((a+c)/N) - (c/c+d)$

d. $o/o R.A.P.*** = (100 \times R.A.P.) / (a+c/N)$

* R.R.= Riesgo relativo: cuántas veces más es el riesgo de morir en el grupo expuesto al síndrome en relación con el grupo no expuesto.

** R.A.P.= Riesgo relativo Atribuible Poblacional: es el riesgo que se puede atribuir al síndrome

*** o/o R.A.P. = Porcentaje de Riesgo Atribuible Poblacional: Porcentaje de la tasa de mortalidad implicada al síndrome en estudio

Resultados

De acuerdo a la aplicación de la metodología ya descrita, se obtuvieron los siguientes resultados:

A. Fase Rápida

Se comprobó la existencia de epidemia en el Servicio de Neonatología, así:

1. Estudio de la tendencia de la mortalidad en los meses anteriores en la cual puede observarse el aumento inusitado, llegando al máximo en el mes de abril, según se puede observar en la gráfica 1 y en la tabla 1.

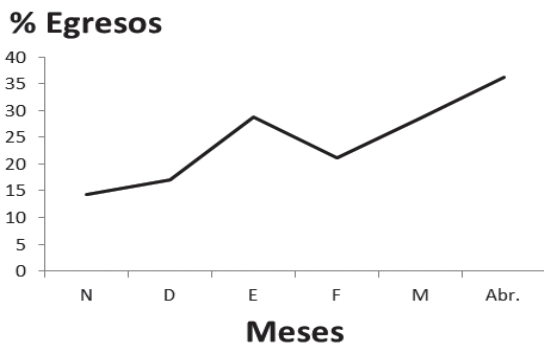


Gráfico 1. Tendencia de la Mortalidad según egresos-Sala de Prematuros, Hospital General de Medellín-Nov. 1976 a Abril 27 - 1977

Tabla 1

Año	Mes	No. muertes	No. egresos	Índice por 100 egresos
1976	Noviembre	1	7	14.3
	Diciembre	7	41	17.1
1977	Enero	15	52	28.8
	Febrero	14	66	21.2
	Marzo	20	70	28.6
	Abril hasta el 26	25	69	36.2

Fuente: resumen de censo diario.

2. Al levantar la curva epidémica, gráfica 2, con periodos de una semana, se detectó claramente el incremento mensual en el número de defunciones, con una declinación marcada en las últimas semanas, debida a la limitación de los ingresos de pacientes, medida administrativa que debió tomarse en vista de la situación.

Del análisis de la distribución en el tiempo basado en la observación de la curva se formuló la hipótesis de FUENTE COMÚN. Con una presentación desde hacía varias semanas y que por alguna circunstancia especial hacía picos. La disminución en la última semana de abril es explicable por las medidas de control tomadas en base a las primeras observaciones.

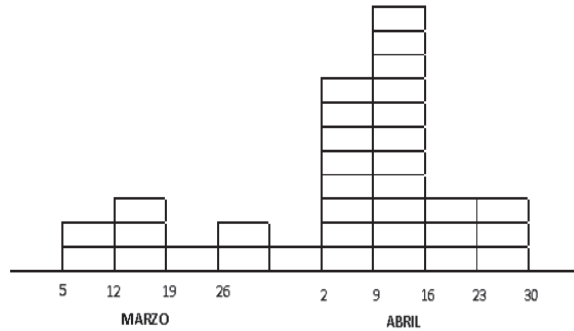


Gráfico 2. Mortalidad por semana en la Sala de Prematuros. Hospital General de Medellín-Colombia

3. Al caracterizar la epidemia por lugar como puede observarse en la gráfica 3 no se encontraron aglutinaciones relevantes.

4. Con la ayuda del enfoque clínico de los Pediatras, se revisaron las Historias Clínicas, orientados hacia la búsqueda de signos y síntomas, obteniéndose los siguientes resultados:

a. La información de la tabla 2 se hace más valiosa al hacer la correlación clínico-epidemiológica, con la identificación del agente causal ampliamente diseminado y en base a ella se formula la hipótesis de un germen gram negativo, corroborado por coagulopatía intravascular diseminada en algunos pacientes.

b. Se creyó prudente descartar la existencia de un cuadro viral ya que la sintomatología se presentaba súbitamente y sin pródromos.

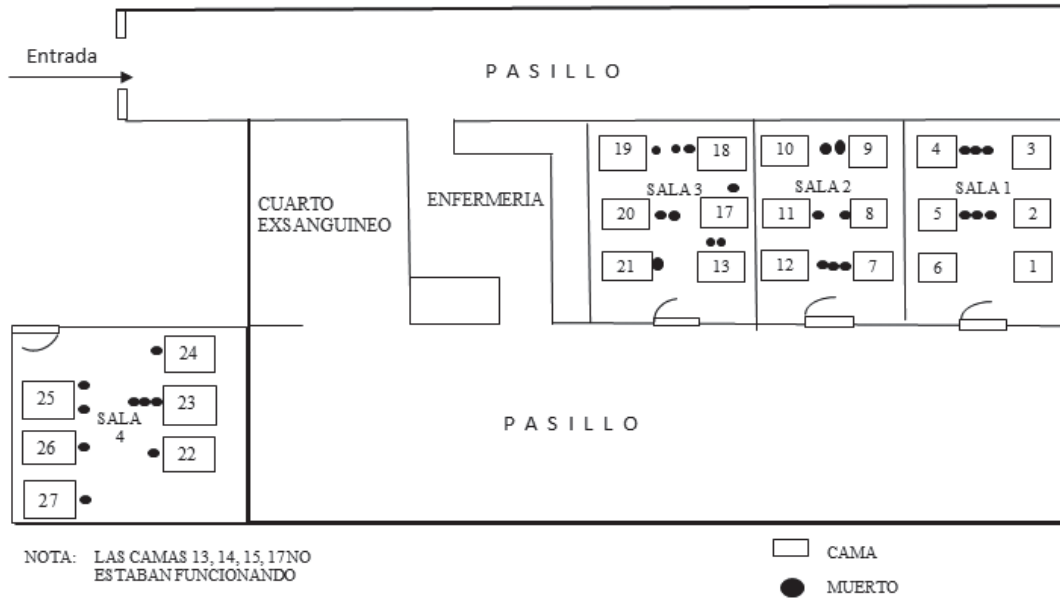
c. Se siguió considerando la posibilidad de un tóxico o una intoxicación alimenticia por estafilococo.

5. Las informaciones bacteriológicas obtenidas hasta este momento por la revisión de los cultivos del ambiente y de los pacientes, que se habían realizado previamente en el Hospital General no dieron orientación hacia ningún agente etiológico, como puede verse en la tabla 3.

6. Dada la presentación de un brote diarreico, en el Hospital San Vicente en el mes anterior, se pensó en la posibilidad de un interno como "factor de riesgo" al rotar por los dos hospitales, pero esto fue descartado al estudiar las rotaciones por las dos instituciones. También se hizo el estudio de enfermedades contagiosas en el personal por medio del análisis de incapacidades y otros registros y no se encontró nada confirmativo.

7. Al estudiar la posibilidad de asociación con el "día" de la semana en el mes de abril se encontró que en el día festivo se presentaba un riesgo para desencadenar la mortalidad los días lunes, aceptándose un posible período de incubación en 24 horas (tabla 5).

8. Se graficaron las muertes día a día en cada una de las salas en el mes de marzo y abril, notándose agrupación en algunos días del último mes, sin embargo la interpretación por sala se dificultó motivado por la



Gráfica 3. Ubicación de los pacientes muertos por cama y sala en el Servicio de Neonatología, Hospital General de Medellín-1977

Tabla 2. Signos y Síntomas en todos los pacientes egresados en marzo y abril, asociados al síndrome en estudio. Sala de Prematuros - Hospital General de Medellín-1977.

Signos	Vivos		Muertos		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Diarrea	27	30	20	42	47	34
Vómito	12	13	16	33	28	20
Fiebre*	3	3	10	21	13	9
Enterorragia	4	4	6	12	10	7
Egresos	91	100	48	100	139	100

*fiebre: 37.5 6 más de temperatura.

Tabla 3. Cultivos realizados a medio ambiente y utensilios Sala de Prematuros-Hospital General de Medellín, Abril 15 de 1977

Humidificador	B.Subtillis
Lactario	B.Subtillis
Tetero	Levaduras
Leche condensada	Levadura
Agua de incubadora	Alcaígenos
Medio Ambiente, Sala 1 Estafilococo coagulasa negativo	
Medio Ambiente, Sala 2 Estafilococo aureus coagulasa negativo	
Medio Ambiente, Sala 4 Negativo.	

Tabla 4. Cultivos realizados a pacientes en la Sala de Prematuros-Hospital General de Medellín, Abril de 1977*

Historia	Examen	Resultado
67742	Coprocultivo	Aerobacter aerogenes
62556	Hemocultivo	E. coli
53608	L.C.R.	Negativo
55715	Urocultivo	E. coli
60145	Coprocultivo	Aerobacter aerogenes Proteus
	Coprocultivo	Aerobacter aerogenes
	Urocultivo	

*Realizados en el Laboratorio del Hospital General de Medellín

Tabla 5. Día de la semana en que se presentaron muertes en abril-Sala de Prematuros-Hospital General de Medellín-1977

Lunes	9
Martes	1
Miércoles	3
Jueves	3
Viernes	2
Sábado	1
Domingo	4

medida administrativa de limitar el ingreso de pacientes y de ir concentrando los que quedaban hospitalizados en una de ellas.

B. Segunda Fase

1. Se continuó respondiendo las preguntas que se hacían algunos de los investigadores: ¿El síndrome diarreico se presenta solo entre los pacientes de la sala de prematuros? ¿O el riesgo está más ampliamente disperso de tal forma que compromete los niños de otros servicios?

Al revisar historias clínicas de niños que por diferentes motivos recibieron tetero en marzo y abril se

pensó en que el riesgo fuese la leche, ya que para entonces el Laboratorio de la Escuela Nacional de Salud Pública había aislado de dos teteros (muestra tomada el 26 de abril en el lactario) *bacillus* gram positivos esporulados.

Rápidamente se cayó en cuenta de que la mayoría de los niños en estas condiciones recibían tetero solo para completar la alimentación materna y si no era así lo recibían por periodos de tiempo más cortos. Sin embargo, se presentaron cuadros diarreicos o vómito que coincidían con los días en los que presentaban mayor frecuencia en el Servicio de Neonatología.

2. Al estudiar más a fondo la relación del personal y la mortalidad se seleccionaron veinte “casos” (muertos) del mes de abril que dentro de los diagnósticos de egreso figuraban con diagnóstico de enteritis y o deshidratación a cada “caso” se le busca un “control” sin diarrea de los pacientes vivos que hubiesen estado hospitalizados en los mismos días en que el caso presentó el síndrome en estudio.

Si era posible más de uno, en forma aleatoria se escogió uno de ellos. Calculando como factor de riesgo cada una de las personas que firmaron en la hoja de notas de enfermería en las Historias Clínicas; se usó para ello el análisis de muestras pareadas como se explicó anteriormente en la metodología (tabla 6):

Tabla 6. Resultado de Estudio de Casos con Controles pareados considerando como riesgo el personal-Sala de Prematuros-Hospital General de Medellín-Abril de 1977

Enfermera	Positivo caso y control (a)	Negativo caso y control (b)	Positivo caso y control (c)	Negativo caso y control (d)	c/b RR	(c-b) ²	Observaciones
						c+b X ²	
A	2	10	0	8		10	Significante riesgo protector
B	2	1	2	15	2	0.33	
C	1	2	0	17	—	2	
D	0	0	2	18	2	2	
CH	5	2	3	10	1	0.20	
E	1	1	5	13	5	2.67	
F	0	3	1	16	0.33	1	
G	6	3	2	9	0.66	0.20	
H	0	2	4	14	2	0.66	
I	0	2	2	16	1	0	
J	3	4	3	10	0.75	0.14	
K	1	2	4	13	2	0.7	
L	3	4	6	7	1.5	0.4	
m	3	2	3	12	1.5	0.2	
n	2	2	5	12	2.5	1.3	
O	2	0	9	.9		9	Significante riesgo que predispone
P	0	0	6	14	6	6	Significante riesgo que predispone
Q	1	2	1	16	0.5	0.33	

Continuación tabla 6

Enfermera	Positivo caso y control (a)	Negativo caso y control (b)	Positivo caso y control (c)	Negativo caso y control (d)	c/b RR	$(c-b)^2$	Observaciones
						c+b X2	
R	2	1	4	13	4	1.8	
S	1	2	2	15	1	0	
T	1	1	8	10	8	5.4	Significante riesgo que predispone
U	2	8	2	8	0.25	3.6	

Significante cuando X2 sea > de 3.84 6 sea una P < 0.05

RR = Riesgo relativo X2 = Cllí-cuadrado

Se procedió a estudiar con coprocultivo frote nasal y faríngeo en el Laboratorio de la Clínica a las Auxiliares de Enfermería O, P y T cuyos resultados se presentan en la tabla 7.

Tabla 7.

No. Enf.	Corpocultivo	Frote faríngeo	Frote nasal
O	Aerobacter aerogenes	Estafilococo albus	Estafilococo manitol negativo
P	Aerobacter aerogenes	Estafilococo aureus manitol positivo.	Estafilococo albus
T	Estafilococo con manitol Negativo	Estafilococo manitol negativo.	Negativos patógenos.

Los anteriores resultados no orientaban a la explicación de la epidemia, excepto el frotis faríngeo de P que presentó estafilococo aureus manitol positivo; solo pocos de los pacientes habían estado en contacto con la auxiliar (6/20) y la frecuencia de portadores de este germen es muy grande.

Los Laboratorios del Hospital General de Medellín y de la Escuela Nacional de Salud Pública en el transcurso de la investigación realizaron una serie de estudios microbiológicos, cuyos resultados se presentan a continuación:

Tabla 8. Cultivos, de Bacteriología realizados en el Hospital General de Medellín

Agua del incubador	Alcálgens
Medio ambiente sala 2	Estafilococo aureus. Coagulasa negativa.
Leche condensada	Levaduras
Medio ambiente sala 1	Estafilococo aureus. coagulasa negativa.
Teteros	Levaduras

Continuación tabla 8

Lactario	Bacilos contaminantes, tipo subtilis.
Medio ambiente sala 4	Negativo
Humidificador	Bacilos contaminantes, tipo subtilis.
<i>Siembra: IV-15-77</i>	
<i>Resultados: IV-15-77</i>	
Molinillo prematuros	Negativo
Gotas Fer in sol	Estafilococo albus
Sondas en Benzalconio	Diplococos Gram positivos Estafilococo albus.
Sondas para aspirar en Diplococos Gram positivos, agua bicarbonatada	Diplococos Gram positivos. Cocos Gram positivos tipo estrepto-bacilos contaminantes tipo subtilis.
Cultivo de frasco incubadora Shigella.	
Agua del tanque de la incubadora Siembra: IV-28-77	Negativo.
<i>Siembra: IV-28-77</i>	
<i>Resultados: IV-30-77</i>	
Drogas	
Ktrot	Negativo
Na trol	Negativo
Kantrex	Negativo
Bicarbonato	Negativo
Ceporan	Negativo
Pentrexyl	Negativo
<i>Siembra: V-4-77</i>	
<i>Resultados: V-6-77</i>	
Dopram	Negativo
Dexa scherosona	Negativo
Gentamicina MCK	Negativa
C.R.I.	Negativo
Jabón	Negativo

Continuación tabla 8

Abdecol gotas	Diplococos Gram positivos
Afrin Infantil	Negativo
Furacin Oftálmico	Negativo
Micostatin suspensión oral	Estafilococo albus.

Tabla 9. Estudios de muestras tomadas durante la investigación por el laboratorio de la escuela nacional de salud pública.

Fecha	Muestra	Aislamiento
Abril 26	Teatro esterilizado durante 5 a 10 lbs. de presión at.	Bacillus cereus
Abril 26	Leche en polvo Nestogeno- 2o. semestre. Lote OLNAB	Bacillus cereus
Abril 27	Medio ambiente lactario	Bacillus cereus
	Balde	- Negativo
	Molinillo	- Negativo
	Cuchara	- Negativo
	Cedazo	- Negativo
	Aire acondicionado lactario	- Negativo
	Aire acondicionado sala 1	- Negativo
	Aire acondicionado sala 2	- Negativo
	Hisopado rectal de paciente Tetero vacío	- Baccillus cereus
	estéril	- Baccillus cereus
Mayo 3	Muestras de cajas de leche en polvo existentes en almacén. Código OLNAB No. 28062.	Todos con Bacillus cereus Dos con cocos Gram positivos
Mayo 4	Leche en polvo Nan Código OLKAB	Bacillus cereus y cocos Gram positivos.
Mayo 4	Nestógeno 1 o. semestre, código OLKAB	Bacillus cereus
Mayo 4	Leche en polvo S-26 Código 07Lu-16800	Bacteriológicamente normal
Mayo 6	Leche en polvo S-26, código 28 IU	Bacteriológicamente normal
Junio 9	a. Tetero esterilizado. Hospital General de Medellín. b. Tetero esterilizado. Hospital General de Medellín.	Bacteriológicamente normal
junio 21	Leche en polvo Nan Código WEGAB.	Bacillus cereus.
Junio 21	Leche en polvo SMA. Código G5AW.	Bacteriológicamente normal.

4. Parte de dos teteros de muestras tomadas el 26 de abril y de leche en polvo del Código OLNAB fueron procesados en el Laboratorio de Virología de la Facultad de Medicina; los resultados fueron negativos en las tres semanas, para enterovirus en células vero, llamando la atención un efecto tóxico para células en ambos teteros, efecto que desapareció al pase uno. Lo anterior fue interpretado por los investigadores como la existencia de una toxina.

5. De la muestra de tetero tomada el 26 de abril se envió al Departamento de Estudio Criminológicos e Identificación "Decypol", para estudio de posibles tóxicos, resultando negativo para fosforados orgánicos, carbonatos, cianuros, metales pesados, alcohol metílico, hipoclorito de sodio.

6. Al final del mes de abril los cadáveres de dos pacientes fueron congelados y enviados a Anatomía Patológica del Hospital Universitario San Vicente de Paul; sólo una de las necropsias se pudo realizar ya que uno de los cadáveres se encontraba en avanzada descomposición.

El cadáver estudiado. Historia Clínica 055715, era de un recién nacido de 2740 gramos que ingresó al servicio de prematuros con diagnóstico de un síndrome de dificultad respiratoria y aspiración de líquido amniótico y murió con diagnóstico de septicemia por gram negativos, gastroenteritis y bronconeumonía por aspiración de líquido amniótico.

A la necropsia se hizo el siguiente diagnóstico anatomopatológico:

Recién nacido con historia de síndrome de dificultad respiratoria, gastroenteritis y desequilibrio electrolítico, inmadurez, atelectasia pulmonar focal, conducto arterioso permeable, hemorragia sub-aracnoidea focal, colestasis intrahepática, congestión visceral generalizada, autolisis (cambios postmortem) de los epitelios digestivos y bronquial

7. a. Paralelo a la investigación informados de los resultados obtenidos en la Escuela Nacional de Salud Pública el Municipio de Medellín la Sección de Epidemiología tomó muestras de leche y fueron procesadas en el laboratorio del mismo Municipio; se aislaron 9 cepas compatibles con bacillus cereus de diferentes marcas de la misma casa productora, incluyendo leche Nestógeno 2o. semestre, lote OLNAB.

b. Las cepas aisladas fueron enviadas al C.D.C. en Atlanta donde luego de estudios pormenorizados fueron consideradas todas como bacillus cereus.

8. La casa productora de las leches incriminadas en este momento como posible fuente de una intoxicación alimentaria por Bacillus cereus tomó muestras ante notario y las envió al Instituto Nacional de Salud a la Sección de Control de Biológicos, la leche en polvo examinada fue del lote OLNAB; Nestógeno 2o. semestre y consumiéndose en el Hospital General de Medellín el 26 de abril, fecha en que se inició la investigación.

Según informe número 9716 y 9717 de mayo 17 de 1977, dieron entre otros, negativo para *Bacillus cereus*. Copia de dicho informe fue entregado a la Dirección de la Escuela Nacional de Salud Pública por representantes de la Compañía productora.

9. A continuación se estudió el comportamiento de la mortalidad de menos y más de 48 horas, ya que se piensa de que los niños que ingresan a la sala en

condiciones críticas tienen la tendencia a morir en los primeros dos días, así como también se encuentran protegidos por lo menos el primer día del factor de riesgo incriminado: tetero preparado con la leche antes mencionada, ya que es costumbre demorar varias horas antes de iniciar la vía oral a los recién nacidos, a no ser que se les ofrezca glucosa.

Tabla 10. Mortalidad antes y después de 48 horas % por 100 egresos, Hospital general de Medellín, Julio de 1976-junio 1977

MES	<48h			>48h			TOTAL			Razón <48>48h
	No.	Egresos	%	No.	Egresos	%	No.	Egresos	%	
Julio	11	72	15.28	5	72	6.94	16	72	22.22	2.2
Agosto	7	80	8.75	11	80	13.75	18	80	22.50	0.64
Septiembre	3	61	4.92	6	61	9.84	9	61	14.75	0.5
Octubre	1	10	10.00	1	10	10.0	2	10	20.0	1
Noviembre	0	7	0.0	1	7	14.29	1	7	14.29	0
Diciembre	5	41	12.20	2	41	4.88	7	41	17.07	2.5
Enero	9	52	17.31	6	52	11.54	15	52	28.85	1.5
Febrero	8	66	12.12	6	66	9.09	14	66	21.21	1.33
Marzo	10	70	14.29	10	70	14.29	21	70	30.00	1
Abril	5	75	6.67	23	75	30.67	28	75	37.33	0.1
Mayo	8	48	16.67	5	48	10.42	13	48	27.08	1.6
Junio	3	24	12.5	5	24	8.33	5	24	20.8	1.5

Fuente: Censo diario, los meses de mayo y junio hasta el día 15 se recolecta la información al finalizar la investigación.

Durante los meses octubre y noviembre se presentó un conflicto laboral que disminuyó los ingresos.

Nótese en el gráfico 4 la tendencia a aumentar de la mortalidad a partir del mes de diciembre fecha en que ingresó el lote de leche OLNAB (véase tabla 11), incremento que se hace a expensas de la mortalidad de más de 48 horas en el mes de abril, la tendencia de la mortalidad disminuyó cuando se cambia la leche y se revisa el proceso de esterilización.

9. Preparación de leches en el lactario

Las deficiencias higiénico-sanitarias observadas en la preparación de la leche y que constituyen factores de riesgos de contaminación y de desarrollo de la población bacteriana, son las siguientes:

a. El molinillo de madera y el cedazo utilizados para la preparación de la leche, son utensilios de difícil lavado y desinfección.

b. El autoclave empleado para la esterilización, tenía instrumentos malos, concretamente un termómetro y un manómetro.

c. El personal no usa mascarillas en el momento de mezclar la leche y llenado de teteros.

d. No existía uniformidad de la norma para la esterilización de la leche preparada, la operaría asignada al lactario, emplea 22 libras de presión por 10 minutos, y la persona que la reemplaza en los descansos, utiliza

Tabla 11. Ingreso de Leche al Almacén, Hospital General de Medellín, 1976-1977

Mes	Año	No. tarros	Observaciones
Febrero 1 1	1976	192	
Abril 2	1976	240	
Abril 30	1976	240	
Julio 21	1976	288	
Octubre 13	1976	120	
Noviembre 22	1976	480	(se inició consumo el 5 de diciembre, Nestógeno 2o. semestre OLNAB).
Abril 30	1977		(Cambio de leche y de marca por recomendación de asesores de la Escuela Nal. de Salud Pública. Se inició S-26).
Mayo 4	1977		Se inició Klim
Mayo 6	1977		Se cambió a SMA hasta el día de hoy.

Fuente: Kardex del servicio de Nutrición y Dietética.

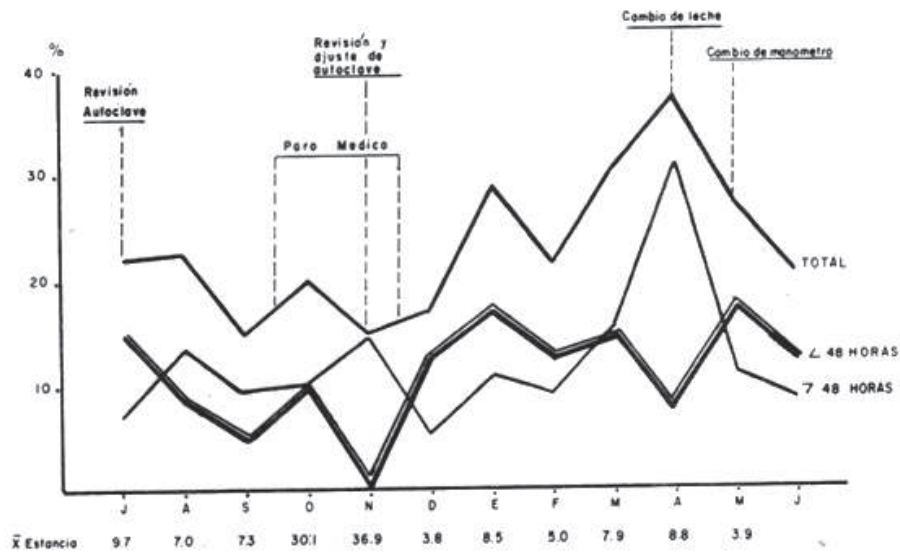


Gráfico 4. Mortalidad por 100 egresos <y > de 48 horas

únicamente 5 minutos. Si la leche se esteriliza a 22 lbs (127.8°C) se carameliza.

e. Esterilización deficiente, se constató en una visita que una canasta con 32 teteros con leche fue sometida a una esterilización en el autoclave y los instrumentos marcaban simultáneamente 22 libras de presión y 52°C de temperatura a las 11:38 am y a las 11:48 am marcaban 22 libras y 60 C, a esta hora se cerró la llave del vapor.

f. Los biberones con el producto sometido a la esterilización, permanecen habitualmente de 1 1/2 a 2 horas a la temperatura del medio ambiente.

g. No existe reloj automático para el control del tiempo de la esterilización, ni se anota las horas de inicio y terminación del proceso de esterilización.

h. El envase de vidrio con la leche que sobra y los teteros con leche que no alcanzan a ser esterilizados en la

primera tanda, permanecen media hora a temperatura ambiente.

i. Cada tres horas sacan de la nevera los teteros con leche con destino a la sala de Prematuros, los colocan en Baño María en un recipiente (6 teteros) para calentarlos suavemente antes de darlos al consumo, los últimos teteros permanecen hasta 1 1/2-2 horas a temperaturas cercanas a 32° C.

j. La temperatura del lactario observada en varias visitas fue de 26-28 °C.

Se solicita al Jefe de Mantenimiento información sobre las reparaciones realizadas al autoclave del lactario a continuación se presentan

Julio 1976 Revisión y ajuste de puerta.

Nov. 1976 Ajuste de tornillo de puerta y escape de vapor.

Mayo 1977 Cambio de manómetro de la chaqueta.

Es en este momento donde la hipótesis de una intoxicación alimentaria causada por *Bacillus cereus* provenientes de una leche en polvo es consistente, asociado a un autoclave que funcionó en condiciones no satisfactorias, que permitieron la sobrevivencia del germen al eliminar flora competitiva y con temperatura y períodos de incubación adecuados para producción de toxina.

10. Por último se revisaron las Historias Clínicas para comprobar la asociación entre diarrea y vómito con la mortalidad y para buscar Riesgo Relativo y Riesgo Atribuible Poblacional.

En la tabla 12 se presenta la información obtenida de las hojas de signos vitales y del resumen del censo diario. Se usó como denominador para la tasa: pacientes-días de hospitalización.

Tabla 12. Crisis de Diarrea, Vómito y Muerte, Sala de Prematuros-Hospital General de Medellín, Tasa x 100 pacientes días hospitalizados, Medellín, Julio 1976 - junio 1977

Mes	Días* Paciente	Vómito		Diarrea		Muerte	
		No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Julio	547	9	1.65	13	2.74	16	2.92
Agosto	501	15	2.99	34	6.79	18	3.59
Septiembre	554	11	1.99	25	4.51	9	1.62
Octubre	282	4	1.42	9	3.19	2	0.71
Noviembre	99	3	3.03	6	6.06	1	1.01
Diciembre	333	6	1.80	21	6.31	7	2.10
Enero	504	14	2.78	41	8.13	15	2.98
Febrero	432	11	2.55	34	7.87	14	3.24
Marzo	507	23	4.54	30	5.92	21	4.14
Abril	426	23	5.40	42	9.86	28	6.57
Mayo	273	9	3.30	22	8.06	13	4.76
Junio (hasta 15)	163	1	0.61	12	7.36	5	3.06
Total	4.621	129	2.79	291	6.30	149	3.22

Fuente: Censo diario de pacientes.

En el gráfico 6 podemos ver como la diarrea y el vómito siguen la misma tendencia que la mortalidad y como dicha sintomatología disminuye a partir del mes de mayo, fecha en que se tomó la medida de control según hipótesis de fuente común a expensas de la leche en polvo.

La tabla 13 se elaboró según datos sobre presentación o no del síndrome y si egresó vivo o muerto del servicio.

Se encontró importante el Riesgo Relativo para el síndrome en el mes de abril con un Porcentaje de Riesgo Atribuible Poblacional de 40.83%, lo que sugiere

Tabla 13. Cálculo de riesgo relativo y riesgo atribuible poblacional

Mes	Con el Síndrome				Sin el Síndrome				Total			RR	P*	
	M	V	ST	Tasa x 100 egresos	M	V	ST	Tasa x 100 egresos	M	V	ST			Tasa x 100 egresos
Julio	4	25	29	13.79	10	33	43	23.26	14	58	72	19.44	0.59	P<0.150
Agosto	4	33	37	10.81	14	31	45	31.11	18	64	82	21.95	0.35	PO.112
Septiembre	0	28	28	0	9	24	33	27.27	9	52	61	14.75	0	P<0.002
Octubre**	0	8	8	0	1	1	2	50.0	1	9	10	10.0	0	P<0.500
Noviembre	1	5	6	16.67	0	1	1	0	1	6	7	14.29	-	P<0.857
Diciembre	0	16	16	0	7	16	23	30.43	7	32	39	17.95	0	P<0.016
Enero	0	24	24	0	10	15	25	40.0	10	39	49	20.41	0	P<0.00039
Febrero	0	19	19	0	13	27	40	32.5	13	46	59	22.03	0	P<0.00287
Marzo	7	19	26	26.92	14	28	42	33.33	21	47	68	30.88	0.81	P<0.0185
Abril***	18	13	31	58.06	9	31	40	22.5	27	44	71	38.03	2.58	P<0.0190
Mayo	4	10	14	28.57	10	22	32	31.25	14	32	46	30.43	0.91	P<0.260
Junio	2	11	13	15.38	2	10	12	16.66	4	21	25	16.0	0.92	P<0.813
TOTAL	40	211	251	15.94	99	239	338	29.29	139	450	589	23.60	0.54	P<0.150

M = Muertos

V = Vivos

RR = Riesgo Relativo

ST = Total

RA = Riesgo Atribuible

RAP - Riesgo Atribuible Poblacional

* Se usó la prueba exacta para tablas de 2x2 (R.A. Fisher, O. Irwin and F. Yates).

** Conflictos laborales dentro de la Institución limitó la hospitalización de pacientes por el poco número de casos los resultados no son confiables en estos meses.

*** % RAP=40%

Fuente: Historias Clínicas.

que este porcentaje de muertes se habrían prevenido retirando el riesgo. El mes de noviembre dio un Riesgo Atribuible Poblacional alto pero no se tuvo en cuenta por el bajo número de egresos en ese mes.

Discusión

En la necropsia del paciente que murió con el síndrome se lee en el aparte de la conferencia microscópica “Bazo: folículos, linfoides normales, moderada congestión de la pulpa roja, ganglios linfáticos: sin lesión...páncreas: sin lesión”. De entrada debemos aceptar de que no se trate de una septicemia por gram negativos y tampoco

es lo encontrado en infecciones por enterovirus, cabría la posibilidad de que el cadáver estudiado fuese de un paciente que no sufrió la infección, sin embargo, el diagnóstico definitivo de los clínicos al morir el paciente fue de una septicemia por gram negativo, gastroenteritis, broncoaspiración por aspiración de líquido amniótico, además la hoja de signos vitales muestra cómo a partir del 20 de abril o sea 3 días después del ingreso y 48 horas de recibir alimentación por vía oral el paciente presentó diarrea, vómito y elevación de la temperatura, no siendo explicable esto por una infección, cabría hacerse la hipótesis de un agente tóxico el cual fue descartado por la necropsia y por los estudios realizados en la muestra

de tetero. Se debe entonces aceptar como posibilidad la elaboración de una toxina por un agente infeccioso.

En el Laboratorio de la Escuela Nacional de Salud Pública, en el Laboratorio del Municipio de Medellín y el del C.D.C. (Center for Disease Control) se reportó de los exámenes efectuados a la leche consumida, durante el brote un germen gram positivo catalogado como bacillus cereus, del cual se conoce que produce un cuadro clínico compatible con el presentado en este caso en el Hospital General [2]. Es de anotar que todos los niños reciben después de unas 24 horas, un alimento común: el tetero. El germen se aisló de uno de los pacientes y del alimento incriminado, lo que exige la A.P.H.A. (American PublicHealth Association) para comprobar la existencia de un brote. Podría discutirse la capacidad del germen para producir la toxina y por lo tanto el brote; Melling, J. y Colaboradores [3] plantean la hipótesis de la elaboración de una toxina por una cepa de bacillus cereus, y en la revisión bibliográfica que presentan hacen mención de Hauge quien fue uno de los primeros en 1950 en asociar el germen con un brote epidémico. Por las condiciones favorables que presentan la forma de preparación de los alimentos en los restaurantes chinos, el cereus frecuentemente se encuentra en ellos.

Marrku Raevvor [4] y colaboradores estudiaron en el Laboratorio la forma de crecimiento del bacillus cereus a diferentes pH y concentraciones de cloruro de sodio llamando la atención el rango de crecimiento en pH que va de 4.9 a 9.3 y concentraciones de NaCl que llega hasta el 7% con Aw 0.950.

Gilbert R.J. [5] y Colaboradores encuentran que las temperaturas óptimas de crecimiento del bacillus cereus van de 30 a 37°C pero que es capaz de hacerlo entre 4-55°C.

J. G. Bradshaw (6) informa de cepas de bacillus cereus que resisten temperaturas de 135°C por cuatro horas, aceptando un promedio de resistencia de 28.2 minutos a temperatura normal de cocción.

Sin embargo, uno de los trabajos más interesantes sobre este germen es el de Turnbull, P.C. [7] quien estudia el tipo de toxinas que produce el Bacillus cereus, clasificándolas en: 1) una que incorporándose en el sistema de AMP ciclase pasa líquidos a la luz intestinal; 2) otra que por un mecanismo diferente produce el mismo efecto, presentando estas dos un período de incubación para producir la sintomatología de 8-16 horas; 3) una toxina con capacidad piogénica y 4) una con un período de incubación de 1-5 horas que produce vómito.

Burden L Kenneth L y Colaboradores [8] realizaron un trabajo experimental en animales de laboratorio en que demuestran la toxicidad y patogenicidad del bacillus cereus, siendo importante tanto la dificultad de encontrar el germen en tejidos a pesar de ser inyectado por vía parenteral, identificándose toxina circulante, daños sobre los tejidos y microtrombosis en arterias y capilares.

En el momento actual es una necesidad, pretender ignorar que el bacillus cereus es un germen patógeno, cabría eso sí la discusión de si produce o no toxina la cepa incriminada y de si el número de gérmenes es suficiente para producir una intoxicación alimentaria.

En cuanto a lo primero, o sea sobre la capacidad de producir toxina la cepa aislada de la leche en polvo y de los teteros se demostró analizando el resultado del estudio virológico, el cual fue negativo para enterovirus y positivo para toxinas en los teteros; la diferencia entre la leche en polvo y los teteros es el período de incubación, el agua y el envase. El laboratorio de toxicología descartó un agente tóxico (vg. fosforados, clorados, etc.), el agua utilizada proviene de un acueducto con tratamiento y además se esteriliza antes de usarse y se esteriliza luego en la mezcla del agua y la leche; resta el período de incubación para un germen resistente a temperaturas altas y capaz de producir toxina y es esto lo que dio el efecto tóxico en el primer pase en los cultivos de células para la investigación de virus.

Hasta aquí quedan pocas dudas de que el germen aislado sea capaz de producir el síndrome e inclusive que sea letal como lo prueba Bonventre, P. [9] cuando compara el Bacillus cereus con el Bacillus Anthrasis siendo este último un pordiosero de toxicidad ante el Bacillus Cereus (9).

Restaría en este momento mostrar cómo encaja en toda la información obtenida en el brote este agente causal.

El lote de leche Nestógeno OLNAB 2o. semestre ingresó a la clínica en noviembre y en diciembre, cuando se inició su consumo se incrementó la tasa de crisis de vómito y diarrea hasta que en abril produce el 40% de la mortalidad; es probable que el lote a medida que se envejece se incrementa en carga bacteriana y que ante probables fallas en la esterilización y manipulación de teteros los gérmenes existentes en la leche en polvo se hayan multiplicado en una forma sorprendente dando la posibilidad de producción de toxina e ingestión por los pacientes.

Uno de los Investigadores, Dr Hernán Puerta, elaboró unas tablas en que se muestra el incremento de gérmenes para ilustrar esto.

Hay quienes discuten si un alimento infantil para el 2° semestre se le debe dar a los prematuros o no, algunos plantean que es una leche íntegra la que se les debe suministrar a estos pacientes y otros leche maternizada pero no discuten entre ellos si esas leches pueden o no tener gérmenes patógenos, todos están de acuerdo en que un alimento de estos debe ser rechazado para el consumo humano, es erróneo aceptar en este tipo de productos gérmenes patógenos aún en cantidad mínima, ya que su forma de uso, ya sea intra o extrahospitalaria se presta a que el Bacillus Cereus se multiplique y más cuando existe la posibilidad de que el germen en la luz intestinal produzca toxina.

Es interesante ver como en el país no existen normas claras y mecanismos adecuados para el control

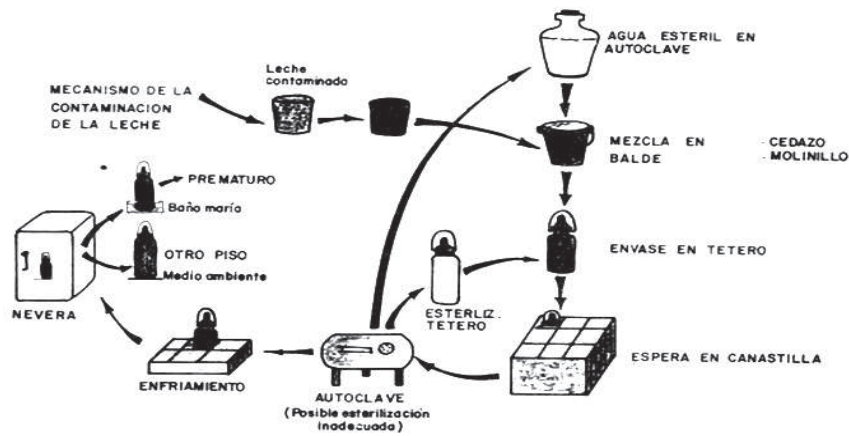


Gráfico 7. Resumen

de alimentos. Se debe reconocer que el laboratorio del nivel central se equivocó cuando afirmó que las muestras no tenían *Bacillus Cereus*; dicho de paso el germen se observaba de entrada al hacer la coloración gram del producto, error que pudo haberse corregido a tiempo cuando se conocieron las técnicas adecuadas que manejaron los laboratorios de la Escuela Nacional de Salud y del Municipio de Medellín.

Los Investigadores reconocen el papel positivo que ejercen los organismos publicitarios y sindicales en este tipo de problemas, pero su intervención a veces es demasiado limitada cuando un problema de repercusiones nacionales e internacionales no se maneja en esa forma.

No se podría pues terminar este informe sin plantear el problema en el nivel que debe hacerse; nuestros países mal llamados en vía de desarrollo vienen sufriendo el efecto de la propaganda de las Casas Productoras de leche; no se deben rechazar las leches infantiles, ya que son algo útil, en casos especiales cuando el niño está hospitalizado o la madre enferma, pero es algo diferente cuando estas casas productoras usan personal calificado para motivar a las madres a dejar la alimentación materna y cambiarla por alimentación artificial. Las clínicas y el Gobierno debieran prohibir estas actividades.

Esta idea viene siendo promovida desde hace varios años por la Sociedad Europea "War on Want" la cual fue conocida al revisar la bibliografía para ampliar los resultados de la investigación.

En uno de sus aportes esta Sociedad dice "en el tercer mundo, los bebés mueren porque sus madres los alimentan con leche en polvo para bebé, de tipo Occidental"... "La industria alimentaria para bebés es acusada de promover sus productos entre las poblaciones que no están en condiciones de utilizarlos convenientemente, de emplear medios publicitarios, de vendedoras con uniformes de enfermeras, de distribuir muestras y engañosos

gratuitos, de manera que las madres sean persuadidas de abandonar la lactancia materna" [10].

Los investigadores deben reconocer el gran aprendizaje que fue realizar el presente trabajo donde se hizo necesario manejar adecuadamente los intereses de las instituciones, asociaciones, medios de publicidad y justicia. Esta última por investigación penal abierta por el Juzgado Sexto de Instrucción Criminal y por la Inspección de Policía quien tiene a su cargo la investigación por la violación y hurto que se realizó en el Laboratorio de la Escuela Nacional de Salud Pública.

Conclusiones

El incremento de la mortalidad y de cuadros de diarrea y vómito en general se debieron a una intoxicación alimentaria por *Bacillus cereus*, productor de toxinas, germen contaminante presente en la leche en polvo, nestógeno segundo semestre código OLNAB que al ser preparada con algunas fallas de esterilización y almacenamiento produjo un incremento bacteriano y la producción de toxinas.

El cuadro fue controlado al cambiarse el producto lácteo por otra marca cuyo análisis fue negativo para gérmenes patógenos.

Agradecimientos

Al Director y personal del Hospital quienes nos brindaron toda la colaboración en la investigación.

A los Laboratorios de Virología y Patología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia al Laboratorio de DECYPOL, por su valiosa colaboración y efectividad en los análisis encomendados.

Al Dr. Francisco Henao Machado, Secretario de Salud y al Laboratorio del Municipio de Medellín,

que estuvieron seguros en todo momento de sus decisiones y resultados.

En la Escuela Nacional de Salud Pública a la Biblioteca, que con su oportuna ayuda colaboró en la búsqueda bibliográfica y a todo el personal que en una u otra forma nos prestó su apoyo.

Igualmente a las alumnas de bacteriología del Colegio Mayor de Antioquia que actualmente realizan sus prácticas en el Laboratorio de la Escuela Nacional de Salud Pública y quienes nos brindaron su colaboración.

A la Sra. Nuria Zapata de Lopera por su colaboración en trabajos de mecanografía y a la Srta. Ana María Molina en el trabajo de dibujo.

Referencias

- 1 Robbins. Tratado de patología con aplicaciones clínicas, p. 331
- 2 American Public Health Association. Control of communicable diseases in man. An official report, ed by Abram S. Benenson. Washington, Pan American Sanitary Bureau, 1970. p. 124-125.
- 3 Melling, J., et al. Identification of a novel enterotoxigenic activity associated with *Bacillus Cereus*. J. Clin Pathol, 29: 938-940, 1976.
- 4 Roevuori, M. and Genigorgis, C. Effect of PH and Sodium Chloride on growth of *Bacillus Cereus* in laboratory media and certain foods. Applied Microbiology, 68-73, Jan. 1975.
- 5 Gilbert, R.J. et al. The survival and growth of *Bacillus Cereus* in boiled and fried rice in relation to outbreaks of food poisoning. J. Hyg (Camb) 73(3): 433-444, Dic. 1974.
- 6 Bradshaw, J.G. et al. Heat resistance of enterotoxigenic *Bacillus Cereus* strains isolated from commercially canned food. Applied Microbiology 30 (6): 943-945, Dic. 1975.
- 7 Turnbull, P.C. Studies on the production of enterotoxins by *Bacillus Cereus*. J. Clin Pathol 29(10): 941-8, Oct 1976.
- 8 Burdon, L. et al. Experimental infection of mice with *Bacillus Cereus*: studies of pathogenesis and pathologic changes. J. Infect Dis 117: 307-316, 1967.
- 9 Bonventre, P.F. Differential cytotoxicity of *Bacillus Cereus* culture filtrates. J. Bacteriology 9(1): 284-285, Jul. 1965.
- 10 Muller, M. The baby killer. Un estudio de "war on wont" sobre la promoción y la venta de leche en polvo para niños de pecho en el tercer mundo. Trad. por el Grupo Tercer Mundo. Berna, 1974.

La planificación de la salud como ideología

Eduardo Cano Gaviria¹

¹ Coordinador Técnico del Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Profesor Escuela Nacional de Salud Pública.

El ejercicio por más de una década de la disciplina de la Planificación en el área específica de la salud, nos ha impulsado a intentar ahondar un poco en las razones que han determinado su insuficiente desarrollo y lo más importante, los síntomas de la crisis definitiva de esta disciplina, los cuales aparecen ya en el acontecer diario de la tecnocracia que dirige los destinos de la salud de nuestro continente bajo la forma desvalorizada de la programación de la salud.

Nuestra hipótesis inicial es simplemente, que el proceso de la Planificación de la salud, concebido y basado sobre los supuestos en los que se fundamentó aquello que desde la década del 60 comenzó a conocerse como la Planificación en América Latina, sólo podía reducirse a una actividad tecnocrática, sin mayores consecuencias para el desarrollo de la región, para el desarrollo particular del sector salud y, lo peor de todo, sin consecuencias importantes sobre el estado de salud de la comunidad.

Un análisis de las muchas definiciones que de la disciplina de la Planificación se han dado —a partir de la época de la Segunda Guerra Mundial, que corresponde precisamente a la época en la cual el sistema capitalista comienza a interesarse por el tema, condicionado por los logros obtenidos en este campo por los países socialistas— puede ayudarnos a vislumbrar los supuestos ideológicos y políticos sobre los que trató de construirse todo el andamiaje de la Planificación en nuestro continente.

Algunos la definen como la aplicación racional del conocimiento al proceso de adoptar decisiones que sirvan de base a la acción humana. La idea central es establecer relaciones entre medios y fines con el propósito de obtener estos mediante el uso más eficiente de aquellos. Ahumada habla de: “una técnica para la selección de medios y fines de conformidad con una norma” [1]. La Planificación precisa el mismo autor es: “una metodología para escoger entre alternativas, que se caracteriza porque permite verificar la propiedad, factibilidad y compatibilidad de los objetivos y permite seleccionar los instrumentos más eficientes” [2]. Y agrega más adelante el mismo autor que una manera de

pensar favorable a la racionalidad es indispensable para que la Planificación sea realizable.

De otro lado y ya en el campo específico de la salud, la Organización Panamericana de la Salud en uno de sus principales documentos sobre el tema de la Planificación de la salud, afirma que al tomar una decisión sobre algún aspecto definido debe tenerse en cuenta un objetivo determinado y una facultad de *obrar* o un *poder*: “La existencia de una zona libre de elección, es una fuerza discrecional dentro de la cual el sujeto tiene la facultad de elegir entre alternativas de Acción... esta elección puede inspirarse sobre criterios que se presuponen mejores o menos perjudiciales para el logro de determinados fines... Se admite que en el logro de esos fines está contenida la posibilidad de introducir *cambios* en la situación actual” [3]. Se desprende así que la obtención de metas, en términos de las variables anotadas, sólo se conseguirá dentro de ciertas condiciones de *funcionamiento* de la economía en vista de la gran interdependencia de las variables sugeridas” [4] y agrega: “elegir entre *condiciones de funcionamiento diferentes*, implica tomar decisiones entre alternativas posibles de Acción” [5].

En la definiciones y conceptos que sobre la Planificación hemos transcrito pueden identificarse tres ideas básicas que constituyen los fundamentos de lo que se ha conocido como tal en América Latina, a saber: 1) se trata en primer lugar de una técnica para elaborar alternativas básicas de decisión; 2) las decisiones deben ser racionales; 3) la posibilidad de que se tomen estas decisiones, depende de las *condiciones de funcionamiento* de la sociedad y a la vez están destinadas a obtener o a lograr cambios en el funcionamiento de ésta.

En estas tres ideas básicas encontramos tres elementos ideológicos fundamentales sobre cuya crítica debe centrarse la búsqueda de la razones del fracaso de la Planificación de la salud en nuestro continente. Estas tres nociones son: 1) la noción de técnica; 2) la noción de racionalidad; 3) la concepción funcionalista de la sociedad.

A la crítica de estos tres elementos es necesario agregar la crítica de la conceptualización del Sistema de Salud que ha determinado la concepción del Sistema de Servicios de Salud, cuya finalidad y propósitos condicionan en última instancia las metas y objetivos que al proceso de la Planificación de la salud se le dan en los actuales momentos.

La planificación como técnica

En primer lugar analicemos la Planificación como técnica. A toda técnica le dan vida y forma sus objetivos y fines. Su nacimiento se da por la síntesis más o menos coherente de conocimientos prestados a las ciencias o creados por la misma técnica dentro de su proceso de producción. Estos conocimientos propios o prestados actúan siempre como medios para alcanzar determinados objetivos y su selección se hace sólo con un criterio de utilidad en función de sus objetivos y fines. En resumen la técnica permanece siempre prisionera de los objetivos y fines para los cuales fue creada.

Con el agravante de que la técnica nunca somete los objetivos y fines para los que fue creada a las más mínimas críticas pues es lógico que esto implicaría cuestionarse ella misma y descubrir en la mayoría de las veces —especialmente en el caso de las ciencias sociales— los objetivos y fines ideológicos ocultos detrás de un ropaje operativo y práctico.

Mientras la relación entre un conocimiento y la ciencia es una relación interna y reflexiva y se constituye en una verdadera práctica científica, en la medida en que constituye un proceso de elaboración abstracto-formal; conceptual-experimental; cuyo resultado es un nuevo conocimiento, la relación entre la técnica y el conocimiento es externa, operativa y manipuladora en la medida en que sólo busca o persigue alcanzar determinados fines y objetivos, a través de un proceso reducido al solo momento conceptual experimental. Abandonada a su propia suerte, la técnica sólo va a producir un cuerpo de conocimientos tal que le permita cumplir con sus fines y objetivos. De esta manera la técnica sólo se configura y existe como un subproducto de los fines y objetivos que persigue y de las realidades socio-económicas históricamente determinadas que condicionan la propia aparición de aquellos.

Si la Planificación es una técnica, sus fines y objetivos serán tal y como se presenta en la actualidad, la maximización de la producción de bienes y servicios y la minimización de los costos y serán estos los que determinen —estos solos— los medios empleados por la Planificación, sin cuestionar en ningún momento las realidades económicas y sociales que históricamente determinan el momento histórico concreto en el que debe trabajar. Convertida en técnica sólo logra aprehender

aquellos aspectos más operativos, más mecánicos y matematizables de la realidad y por lo mismo más insustanciales y menos importantes. Se pierde entre los detalles y problemas de lo cotidiano, entre los efectos de los grandes problemas —indudablemente bastante molestos y preocupantes— sin abordar jamás las verdaderas *causas* de aquellos.

Es esto lo que da a la Planificación en América Latina su carácter operativo, políticamente neutro y formalista. Se reduce en la práctica a la aplicación rigurosa de una “metodología” ya para el “diagnóstico de la realidad” como para la elaboración de las alternativas de solución—es decir para la programación— que aseguren la maximización de los beneficios y la minimización de los costos.

Es así como la Planificación para salir del campo de la técnica y aspirar a convertirse en una disciplina con pretensiones científicas debe someter todas las nociones que actualmente constituyen su finalidad tales como maximización, minimización, eficacia, eficiencia, optimización, a una crítica teórica que descubra las implicaciones ideológicas y políticas que se esconden tras su utilización. Pero este trabajo sólo puede realizarse dentro de un trabajo teórico y conceptual que a su vez se encuentre fundamentado sobre instrumentos teóricos de carácter histórico, social y económico ya que aquellas nociones utilizadas dentro de una determinada estructura económica social —en un momento histórico concreto—, pueden representar tan solo la dinámica interna de un sistema económico y social y en otras condiciones, dentro de otra estructura económica, pueden actuar como representaciones ideológicas que ocultan en vez de describir la verdadera dinámica irracional del sistema.

Lo anterior supone como correlato esencial que el proceso de conocimiento de la realidad que utilice la Planificación, no debe partir de datos empíricos y concretos para a través de un proceso de inducción descubrir la esencia de la realidad. Debe por el contrario buscar incrementar todos los días más su arsenal teórico y conceptual que le permita iniciar su trabajo a partir de conceptos generales muy sólidos sobre la sociedad en la cual trabaja. Porque son estos conceptos la materia prima del trabajo teórico de la ciencia y no como a menudo lo presentan el positivismo y el empirismo: el resultado del proceso de conocimiento.

Debe aceptarse “que los conceptos y las ideas deben guiar la investigación de los hechos y que las investigaciones detalladas deben usarse para comprobar y reformar las ideas” [6]. En la medida en que la Planificación siga prisionera de sus formulaciones sobre la realidad, del “dato” inmediato, de la información empírica, el resultado no podrá ser otro que el extravío en la maraña de lo insustancial, verdadero virtuosismo en el tratamiento de lo que no importa y reducida a una

disciplina eminentemente operativa, prisionera de las finalidades y objetivos que el propio sistema social que trata de modificar le propone y cuyo resultado como la afirma Gonzalo Mantner “puede ser un gran esfuerzo de cuantificación inoperante”.

Planificación y racionalidad

Veamos en segundo lugar la Planificación a la luz del concepto imperante de la racionalidad. En la sociedad actual el concepto de razón se ha reducido fundamentalmente a una relación entre fines y medios, con la adecuación de los modos de comportamiento a los fines que como tales se aceptan más o menos sin someterlos a ninguna crítica. En esta forma se considera a un hombre razonable cuando persigue finalidades coherentes y emplea medios apropiados a las finalidades perseguidas.

De esta manera la teoría del comportamiento racional aparece como la teoría formal de toda acción orientada a un fin, como una lógica de la acción. Por ejemplo el jugador que elige, es un sujeto racional porque a través de un determinado comportamiento busca maximizar su utilidad y actúa adoptando una estrategia, es decir reglas de comportamiento que tienen en cuenta todas las eventualidades posibles, cada eventualidad está constituida por situaciones de elección posibles y de elementos de información sobre el comportamiento de otros jugadores (*homo strategicus*). Aparece así la necesidad de reducir el comportamiento racional a un conjunto de estrategias matemáticas coherentes. Una racionalidad así expresada permanece vacía, es políticamente neutra, lo cual se asegura a través del uso de las matemáticas y concretamente de la moderna teoría de los juegos.

Esta concepción formal de la razón ha invadido todos los campos de la actividad social y económica y en esta forma tanto la Planificación, como lo vimos al comentar la definición de Ahumada, como la economía se han definido alrededor del comportamiento humano en cuanto a relación entre finalidades y medios escasos que tienen usos alternativos.

Por lo tanto toda actividad orientada a un fin que busque economizar sus medios se convierte de hecho en económica ya se trate de la educación, la atención médica, un juego deportivo, una batalla militar, la construcción de un puente. La consecuencia inmediata no es sino aquella que reduce la economía a una teoría de la acción operativa en la cual por medio de un conjunto de procedimientos matemáticos se puede maximizar o minimizar el valor de una función, que hace las veces de objetivo. No importa cuál sea el objetivo, los procedimientos matemáticos son “neutrales” ante los objetivos que manipulan y la lógica del cálculo es en todas las circunstancias la misma. Así será igualmente

racional adecuar una serie de recursos para destruir y matar como en la guerra, o para construir una escuela o un hospital, a condición de que se utilicen los procedimientos que permitan maximizar o minimizar la función que hace las veces de objetivo, de manera que la acción orientada a ese fin logre sus objetivos. Es esta la noción formal y operativa de racionalidad explícita en todas las definiciones que de Planificación se nos han dado y la cual se corresponde perfectamente con el concepto que se tiene de la Planificación como técnica.

Decididamente el solo uso de la teoría del comportamiento de una actividad orientada a un fin, es decir de una praxeología (lógica de la acción) no puede ilustrarnos ni sobre la eficacia de este proceso ni sobre la racionalidad o irracionalidad de un fin determinado. Lo anterior implica que toda praxeología deba someterse a un doble análisis. Análisis que podríamos denominar en primer lugar horizontal en los términos que permita comparar la lógica interna de los medios orientados hacia la consecución de determinados fines en campos diferentes pero interrelacionados de la actividad social. Lo que en otras palabras significaría que dados varios sectores de la actividad social cuyos fines puedan diferir en su naturaleza específica, sea posible relacionar la lógica interna de los medios que cada uno de ellos utiliza para alcanzar sus fines.

Lo anterior equivale a aceptar que cada sector puede poseer su propia racionalidad y que por lo mismo estas pueden ser comparables y dado el caso de una Planificación global necesariamente puedan coincidir con los aspectos fundamentales y determinantes. Es aquí en donde esta concepción de la racionalidad, entendida como lógica de la acción, deja mucho que desear cuando se quiere aplicar a la Planificación, ya que dentro de un sistema social fundamentado en la libre empresa cada sector de la sociedad busca alcanzar sus fines utilizando lógicas para la acción no siempre similares y casi siempre excluyentes entre sí. Estaríamos por lo tanto en presencia de racionalidades no sólo diferentes sino excluyentes entre sí. Por ejemplo la lógica para la acción o racionalidad que utilizaría un plan tendiente a evitar la contaminación ambiental de una zona industrial no sería idéntica a la lógica para la acción o racionalidad que utilizaría un plan de industrialización de la misma zona, incluso podrían llegar ser excluyentes entre sí.

En segundo lugar debemos someter las praxeologías a un análisis que pudiéramos llamar vertical: Aquel que estudiaría no ya la naturaleza y estructura de los medios orientados al logro de determinado fin, sino la naturaleza de los propios fines. Para esto debemos entrar de lleno en el terreno de lo social.

Se puede aceptar que el todo social determine la naturaleza de la partes componentes, caso en el cual las partes serían el resultado o desenvolvimiento de la esencia

del todo o por el contrario que el conjunto de las partes componentes determine la naturaleza del todo social.

También se puede aceptar que las partes tengan fines diferentes entre sí y diferentes a los del todo social y en casos extremos fines excluyentes entre las partes entre sí y entre las partes y el todo social como lo planteamos al hacer el análisis horizontal de la lógica de la acción orientada hacia diferentes fines.

Pero en ambas formas de totalidad, la característica fundamental es la de que el todo es mayor que la simple suma de sus partes y por lo mismo existe una acción del todo sobre las partes, pero también el todo está determinado por ciertas relaciones existentes entre algunas de las partes —estructuras determinadas—, es decir existe también una acción determinante de las partes sobre el todo. Hemos llegado aquí a un aspecto fundamental en el problema de la Planificación: el de la racionalidad de los fines reales (no los aparentes) de la sociedad en la cual se planifica.

En una sociedad donde los fines del todo social están determinados por las relaciones entre algunas de sus partes (es decir, por la estructura económica) y a su vez los fines de sus partes están determinados por los fines del todo social, los fines de una cualquiera de sus partes serán de naturaleza esencialmente económica. En otras palabras, en una sociedad cuyo fin es la ganancia capitalista, los fines de los demás sectores estarán siempre orientados —aunque en apariencia no lo parezcan— a fomentar y promover el cumplimiento de los fines del sistema, es decir la ganancia capitalista, lo cual quiere decir que la racionalidad de aquellos será siempre de naturaleza capitalista.

Por lo tanto la racionalidad entendida como lógica de la acción encaminada a la consecución de un fin, utilizada por la Planificación no sirve precisamente para tal efecto en nuestros países, pues en un sistema social basado en la libre competencia:

1) Los fines perseguidos por los diferentes sectores de la sociedad difieren entre sí y como el fin justifica la lógica de la acción para llegar a él, existirán racionalidades diferentes de un sector a otro de la sociedad.

2) Los fines en sí mismos, por diferentes que aparezcan al observador superficial sólo fomentan y promueven el cumplimiento del fin fundamental del sistema: la ganancia capitalista. Por lo mismo su racionalidad será siempre de tipo económico capitalista.

Por lo tanto un plan perfectamente elaborado y coherente, en donde se busque maximizar los beneficios y minimizar los costos, no se convierte por este solo hecho —adaptarse a una lógica de la acción— en modelo que nos defina la naturaleza racional de la economía de la salud o de la educación. Es necesario que tanto lo económico como la salud o la educación —los fines en sí mismos— se definan en términos reales y concretos y no en términos formales,

en términos de ese todo históricamente determinando al cual las relaciones entre los fines le confieren una estructura cuya modificación se busca a través de las acciones o cambios que se tratan de introducir en ella por intermedio de la Planificación y no del comportamiento y función de cada finalidad por separado.

Lo anterior implica que la racionalidad que utilice la Planificación no podrá ser en ningún momento, una racionalidad formal y abstracta como la de las matemáticas o aquella basada en una lógica de la acción orientada hacia una finalidad, sino por el contrario una racionalidad históricamente determinada por la forma como se relacionan los hombres entre sí —relaciones sociales de producción— y por la forma como se relacionan los hombres con la naturaleza, en tanto que condicionantes de una razón esencialmente crítica: que somete el todo social a una crítica radical teórica y práctica.

Planificación y funcionalismo

En tercer lugar debemos afrontar la concepción funcionalista de la sociedad implícita en la teoría y en la práctica de la Planificación en América Latina. Si de un lado es cierto que indudablemente el enfoque sistémico ha aportado elementos positivos en el enfoque sociológico, no lo es menos que esta manera de mirar la sociedad ha sido asumida sin mayores pretensiones críticas por los planificadores, especialmente los de la salud.

Realmente existe un sistema social, un sistema de salud y un sistema de servicios de salud y como veremos más adelante la salud misma se concibe no sin ciertas limitaciones como un sistema de relaciones entre el sistema socio-biológico interno de la población y el medio externo natural y social.

Pero el meollo del problema no radica en aceptar que existe un sistema de servicios de salud cuyo ambiente es el sistema de salud cuyo ambiente a su vez es el sistema social. El problema tampoco es el de afirmar que en cada uno de estos sistemas, todo está en relación con todo y que el todo es mayor que la suma de las partes.

Se trata precisamente de explicar cómo se establecen esas relaciones entre las partes y por qué el todo es mayor que la suma de las partes.

Una forma utilizada para explicar lo anterior es echando mano del concepto de parte funcional. La estructura de la parte, la localización de la parte y las acciones observables en la parte son todas apropiadas para desempeñar con precisión el papel que juegan en el todo. Lo que quiere decir que conociendo la estructura de la parte, su localización y sus acciones observables, se tiene una idea ciertamente confiable de la función de la parte, pero en nada ayuda esto a explicar cómo el todo es mayor que la suma de las funciones de las partes. Ni aun en la Anatomía y la Fisiología en donde la función

es vista como algo más que un simple hecho, sino en términos del servicio que presta al todo, la noción de parte funcional logra llegar a la explicación del todo.

Es que la función de la parte está condicionada no sólo por su estructura y localización dentro del todo, sino también por el todo. La Planificación puede buscar analíticamente aquellas partes del todo social que funcionan mal y elaborar toda una serie de formulaciones y ejecutarlas con el fin de tratar de cambiar su funcionamiento. Pero esto en nada cambiará el comportamiento general del todo social, porque precisamente el todo es mayor que la suma de las partes y por esta razón tampoco cambiará en forma sustancial el comportamiento de la parte específica para la cual fue desarrollado el plan.

Lo que sucede con esta concepción atomística y transitiva del todo —en donde éste es explicado por la sumatoria de las funciones de las partes— cuando se aplica al todo social, es que su mecanicismo implícito presenta en última instancia los fenómenos sociales en forma tan esquemática y simplificada que se corresponden con un tipo de causalidad mecánica o lineal (ya superada históricamente en el campo social) o tan complejos e indefinidos que se tornan indescifrables de manera tal que se hace imposible establecer cuáles de las relaciones entre las partes son las *determinantes en última instancia*.

Y el origen de este enfoque está en la renuncia que hace el funcionalismo al estudio de la estructura del todo. Si existen relaciones entre las partes y esas relaciones configuran estructuras, dentro de esas estructuras existen estructuras determinantes en última instancia que son las que explican la acción de las partes sobre el todo y de éste sobre las partes. Pero estas estructuras determinantes sólo se reconocen a través de un análisis de su génesis y desarrollo, es decir a través de un análisis histórico del todo social y de sus partes. El análisis sincrónico de las relaciones entre las diferentes partes y sus funciones no aporta una idea clara de la dinámica real de la estructura del todo social. Es necesario reconocer que la totalidad es un proceso. Solamente el análisis diacrónico tiene la posibilidad de descubrir en el manoseo de relaciones, las estructuras determinantes en última instancia, es decir aquellas estructuras que explican la acción de las partes sobre el todo y del todo sobre las partes, condición indispensable para abordar la transformación tanto del todo como de sus partes.

Es así como planificar el sistema de servicios de salud puede ser una tarea de mucha importancia si se tienen los instrumentos conceptuales y metodológicos que permitan pasar de la corrección de la función que cumplen algunas de las partes (programación de actividades) a la Planificación del Sistema de Salud (ecosistema) y a la identificación de la estructura determinante en última instancia del grado de desarrollo y de la dinámica de aquel

y de la forma como se relaciona y articula con el sistema social global y con las estructuras determinantes de este último. De aquí la importancia de la etapa de definición y formulación de políticas de desarrollo que permitan fijar objetivos muy claros al sistema social global que impugnen y modifiquen la estructura determinante en última instancia tanto del sistema de salud, como del sistema social global. De donde a su vez la importancia de los análisis y enfoques sociopolíticos que permitan contar con una teoría general del desarrollo del país o de la región, que su vez facilite realizar diagnósticos explicativos que dejen conocer las causas reales de los problemas y no formulaciones meramente cuantitativas y descriptivas de estos.

Porque reducido lo social y lo económico al mero funcionamiento, aparece en primer plano la técnica, como metodología o como procedimiento para lograr alcanzar la corrección de aquello que no funciona acertadamente. Así las soluciones a los problemas serán siempre de tipo meramente técnico y cuando se sugieren soluciones políticas es porque paradójicamente también ésta se ha reducido a una técnica. Y al poner el énfasis sobre el método, el procedimiento y la técnica, las ciencias sociales y con ellas la Planificación aparecen políticamente neutras y por lo mismo carentes totalmente de importancia social.

Sistema de salud y planificación de salud

La concepción específica sobre los factores sociales, ambientales y biológicos que determinan el estado de salud de una población y las relaciones existentes entre ellos se conoce como sistema de salud. Hace parte del sistema social global y a su vez condiciona el sistema de servicios de salud.

La Organización Panamericana de la Salud ha definido el sistema de servicios de salud como: “el conjunto de elementos —personas, organizaciones y recursos materiales y tecnológicos— destinados por la sociedad con el fin específico de cuidar la salud de la población a través de la realización de ciertas acciones sobre los individuos y sobre el ambiente. Estas acciones llamadas servicios de salud, constituyen el producto del sistema y tienen un efecto sobre la salud de la población susceptible de ser evaluado” [7].

Es con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia del sistema de servicios de salud en función de objetivos a mediano y a largo plazo, en armonía con los objetivos del desarrollo global que se utiliza la Planificación: “definida en este contexto como un cuerpo de doctrina y un conjunto de técnicas mediante cuyo uso se pretende conducir el sistema de servicios de salud desde un estado, configuración y funcionamiento que se desea alcanzar en un plazo establecido. El proceso por el cual se logran tales propósitos se denominan proceso de Planificación” [8].

En el caso particular que nos ocupa —el de las relaciones entre la Planificación y el sistema de salud— es de significativa importancia determinar cuál es el concepto de salud implícito en la teoría que anima el proceso de la Planificación de la salud; lo mismo que analizar cuál es el papel ideológico que asume tal concepción.

El modelo de sistema de salud sobre el que se ha trabajado, es el propuesto por los especialistas en Ecología Humana. La noción básica de éste es la existencia de una población que interactúa con el ambiente en forma permanente y en la cual acorde con la teoría de los sistemas que la fundamentó todo está en relación con todo y el todo o sistema es mayor que la simple suma de sus partes.

Avanzando un poco más en la aplicación de este modelo a la salud, su simplicidad original se ha reemplazado por un modelo de sistema un poco más complejo en el cual se pueden cuantificar la población, la organización social, el ambiente natural y la cultura o tecnología, al cual se le ha dado el nombre de ecosistema de salud y del cual se ha derivado una concepción de la salud que considera a ésta como el resultado de la interacción de la población con los demás componentes del ecosistema.

El problema fundamental de esta imagen formal o modelo del llamado ecosistema de salud, es el de que a pesar de servir en un momento dado para describir y enumerar los elementos fundamentales que participan en el fenómeno de la salud, no posee la suficiente capacidad teórica para explicar tal fenómeno. Explicar en el sentido de permitir conocer las causas que determinan que una población en un momento determinado posea un estado de salud específico y concreto, y no otro diferente.

Su inoperancia en términos de la capacidad de explicación del fenómeno salud se debe a que no hace evidentes las relaciones reales existentes entre los componentes de la totalidad, ni por lo tanto la eficacia de determinadas estructuras dentro de aquella, es decir la jerarquía de una estructura dominante sobre las otras estructuras subordinadas y sobre sus elementos. Sucede que las relaciones existentes entre los elementos componentes del ecosistema configuran estructuras y entre las estructuras existe una jerarquía. Todas no presentan la misma eficacia en su acción sobre la totalidad del ecosistema. Así por ejemplo el individuo es un complejo de relaciones, un conjunto biológico de elementos orgánicos, pero a su vez es un elemento determinado por estructuras dominantes como son la familia y las clases sociales. También el ambiente natural y la cultura o tecnología se encuentran a su vez determinados por la organización social (formación social) y ésta a su vez según los diferentes modos de producción, puede estar dominada en última instancia por la estructura jurídico-política, por la estructura ideológica o por la estructura económica.

Veamos este último aspecto con un poco de detalle. La sociedad antigua de tipo esclavista estaba caracterizada por el predominio del modo de producción esclavista pero la estructura dominante en última instancia era la jurídico-política. Posteriormente en la sociedad feudal predominó el modo de producción basado en la servidumbre y la estructura dominante en última instancia fue lo ideológico, representado en este caso por la religión. En la actualidad en la sociedad moderna capitalista donde predomina el modo de producción basado sobre el trabajo asalariado —modo de producción capitalista— la estructura dominante en última instancia es lo económico; en otras palabras, la relación contradictoria entre el desarrollo de las fuerzas productivas de un lado y las relaciones de producción por el otro.

Por lo tanto el concepto de modo de producción nos sirve para pensar la totalidad social determinada por la estructura económica (fuerzas productivas - relaciones de producción) dominada por aquella estructura que asegura su reproducción (jurídico-política, ideológica o económica).

Lo anterior ayuda a explicar cómo en toda sociedad la eficiencia del ecosistema de salud como parte que es del sistema social global o modo de producción está siempre determinada en definitiva por el tipo específico de la organización social o formación social concreta históricamente determinada, la que a su vez se encuentra dominada en última instancia según el periodo histórico por la estructura política, ideológica o económica (ver gráfico adjunto).

Estamos pues planteando la necesidad de pensar el ecosistema de salud, como un sistema de relaciones históricamente determinado por el tipo de organización social y en última instancia por la estructura dominante dentro de ésta, y la salud por lo tanto, como el *producto* de aquel sistema de relaciones históricamente determinadas, es decir, como el producto de un proceso histórico específico.

De lo anterior se desprenden varias hipótesis de importancia fundamental:

Primera: La salud se produce fundamentalmente como producto histórico de la operación de un ecosistema de salud determinado por la totalidad social o modo de producción del cual hace parte y por el tipo de organización social, o formación social históricamente determinada. Esta acción del sistema social global a través de una formación social históricamente determinada condiciona la eficiencia del ecosistema de salud.

Segunda: Por lo mismo, en la medida que un ecosistema históricamente determinando produzca la salud de toda la población, necesariamente el ámbito de acción, la extensión y responsabilidad del sistema institucional de servicios de salud se verá reducido al tratamiento o recuperación de aquellos que enfermen, pues la salud como producto es responsabilidad de todos los componentes implicados en el ecosistema de salud.

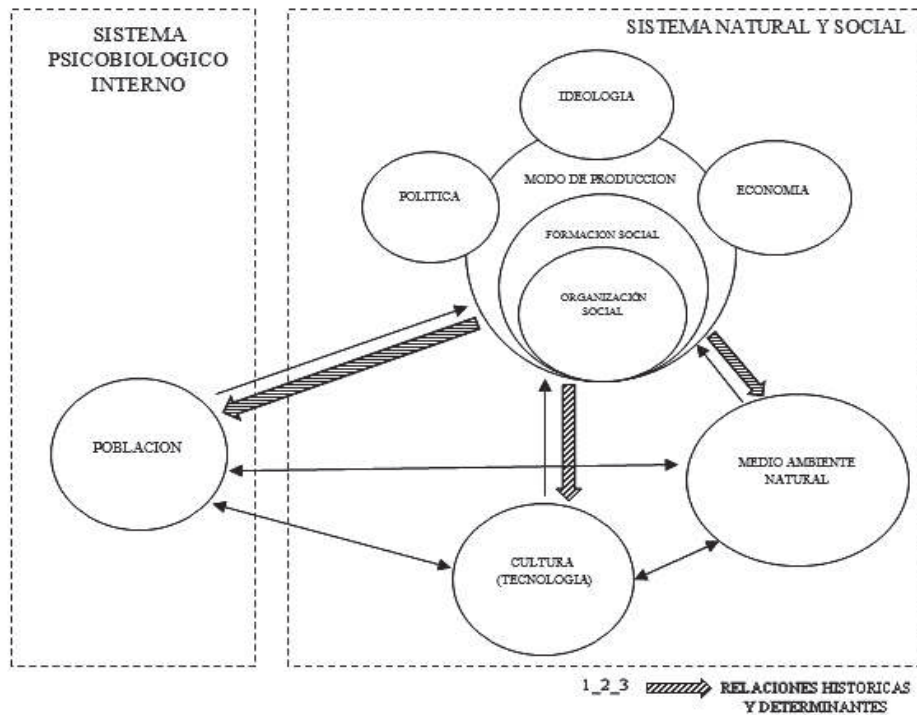


Gráfico 1. Ecosistema de salud históricamente determinado

Muy posiblemente lo anterior despertará asombro y reacciones encontradas, pero la realidad de los sistemas institucionales de servicios de salud en todo el mundo nos está dando la razón. Todos los sistemas sociales actualmente conocidos, en la práctica están cuestionando muy severamente tanto la existencia como la forma de organización y funcionamiento de sus respectivos sistemas institucionales de servicios de salud. Es decir, y esto hay que reconocerlo: los sistemas institucionales de servicios de salud están severamente cuestionados en la actualidad.

Tercera: Si como ya lo anotamos, el ecosistema de salud es un ecosistema históricamente determinado por el tipo de organización social, mientras menor sea la capacidad de aquel para producir salud y correlativamente mayor su capacidad para producir no salud, esto es, enfermedad, mayores serán el ámbito, la extensión y responsabilidad del sistema institucional de servicios de salud en lo que utópicamente se considera “el cuidado de la salud” de la población. La salud se “cuida” sólo en una medida muy reducida; la salud es fundamentalmente el producto de un ecosistema históricamente determinado.

Cuarta: Si el ámbito, la extensión y responsabilidad del sistema institucional de servicios de salud en el cuidado de la salud aumenta, también lo hará el propósito de aquél en cuanto a la cantidad y diversidad de servicios que habrá de producir para cumplir con la

finalidad heredada y artificial que se le ha asignado. Desde el simple tratamiento y rehabilitación del individuo enfermo hasta la distribución de alimentos, la educación de la población, la dotación de agua potable y la vigilancia y control en la elaboración y distribución de alimentos y de medicamentos, la tendencia es hacia una mayor diversificación de los propósitos del sistema institucional de servicios de salud.

Quinta: Por lo tanto si la finalidad y los propósitos del sistema de servicios de salud institucional dependen en forma directa de su ámbito de acción, de su extensión y responsabilidad y a su vez estas características están condicionadas por la capacidad o incapacidad del ecosistema de salud para producir salud, la existencia y justificación del proceso de Planificación de la salud se encontrará en relación directa con esta situación.

En el primero de los casos, ante un ecosistema de salud capaz de producir la salud de su población, el proceso de Planificación de la salud no se justifica, pues su finalidad y sus propósitos en un alto porcentaje serán asumidos por la Planificación global de la sociedad, la cual incluye lógicamente la Planificación del ecosistema de salud.

En el segundo de los casos, cuando el ecosistema de salud es incapaz de producir la salud de su población, el proceso de Planificación de la salud se hipertrofia con la carga de los propósitos cada vez más disímiles como utópicos y desubicados, con los que el fracaso del

ecosistema de salud recarga la finalidad del ecosistema institucional de servicios de salud.

He aquí la razón por la cual consideramos de importancia fundamental abordar los supuestos sobre los que se basa la concepción del ecosistema de salud utilizada por el proceso de la Planificación de la salud.

Lo importante como ya se ha dicho, no es simplemente afirmar que el todo es mayor que la suma de las partes, sino precisamente explicar cómo llega a serlo. Esto solo puede darse cuando se utiliza el concepto de estructura determinada o mejor cuando se sale de la trivialidad de afirmar que todo influye sobre todo. El ecosistema de salud es en realidad mayor que la suma de las funciones de sus partes porque es una estructura determinada históricamente. Por lo tanto su acción se desarrolla en el tiempo de acuerdo con determinantes diferentes según el momento o la etapa de desarrollo de la relación fundamental entre las fuerzas productivas y las relaciones de producción, lo cual le da características de proceso histórico cuyo producto también histórico, es la salud.

Como totalidad determinada históricamente cuyo producto es la salud, dentro del ecosistema de salud no se concibe la aparición y especialización de uno de sus componentes en la producción de la salud la cual precisamente es responsabilidad de la totalidad, es decir del ecosistema de salud, salvo en circunstancias específicas, también históricamente determinadas: cuando la estructura determinante en última instancia del ecosistema —la estructura social— hace que aquel produzca predominantemente no-salud; es decir enfermedad. Es en estas condiciones históricas concretas en donde aparece el sistema institucionalizado de servicios de salud y aparece también por lógica consecuencia el proceso de la Planificación de éste, como disciplina con pretensiones científicas, la cual tras su ropaje técnico y racionalista esconde una ideología que pretende enmascarar el fracaso de una determinada organización social y por lo mismo de su respectivo ecosistema de salud.

Referencias

1. Ahumada, J. Necesidad de planificar y objetivos de la planificación. Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación (4-5): 18-28, 1966.
2. Ibid., p. 28.
3. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Enfoques actuales acerca del proceso de la planificación de la salud. Santiago de Chile, 1975. p. 49.
4. Ibid., p. 58.
5. Ibid., p. 59.
6. Wright, M. La imaginación sociológica. México. Fondo de Cultura Económica. p. 91.
7. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Formulación de políticas de salud. Santiago de Chile, 1975. p. 9-10.
8. Ibid., p. 6-12.

Condicionantes estadísticos del tamaño de la muestra y aplicaciones para el caso de tablas de 2 x 2

Juan Luis Londoño F.¹

¹ Profesor, Escuela Nacional de Salud Pública, Sección de Epidemiología.

Londoño JL. Condicionantes estadísticos del tamaño de la muestra y aplicaciones para el caso de tablas de 2 x 2. Rev. ENSP 1979;5(2):50-58

La determinación del tamaño muestral es un requisito importante en el campo de la investigación. En el presente artículo se exponen los elementos de tipo estadístico que condicionan el tamaño de una muestra y se presenta la aplicación de tales conceptos al caso de análisis que han de hacerse sobre tablas de 2 x 2. Los párrafos A, B y C que componen el artículo fueron presentados originalmente como tres documentos separados, complementarios y secuenciales.

El tamaño de la muestra. Una aproximación conceptual

En uno u otro momento del desarrollo de un trabajo de investigación el investigador debe conocer cuál es el tamaño de la muestra que se debe seleccionar. El estadístico es quien debe calcular el tamaño muestral requerido, pero él no puede realizar dicha tarea a menos que el investigador defina algunos condicionamientos de carácter estadístico cuyo significado debe comprender con claridad.

Intuitivamente es fácil comprender que el tamaño de una muestra, cuando se prueba una cierta hipótesis, depende del riesgo que estemos dispuestos a correr de cometer un error al aceptar una hipótesis alternativa (H_A) cuando la nula es la verdadera (error de Tipo I), o al aceptar la hipótesis nula (H_0) cuando la alternativa es la correcta (error de Tipo II). Es importante señalar que tales errores se deben a la variación aleatoria (debida al azar) propia del estimador muestral que se estudia

(v. gr.: promedios, proporciones, razones, etc.), y cuya probabilidad de ocurrencia se denota por las letras α y β respectivamente* (figura 1).

Es también claro que, ante una hipótesis alternativa definida ("hipótesis exacta"), un aumento en el tamaño de la muestra produce una disminución en el error estándar de la distribución del estimador y, por lo tanto, una disminución relativa de la probabilidad de que se produzca un resultado que nos lleve a cometer un error de Tipo II. Así, un aumento del tamaño de la muestra implica un aumento del poder de la prueba estadística, $1 - \beta$

Este último argumento se aprecia claramente en el siguiente ejemplo: Supóngase que se trata de probar la hipótesis alternativa de que el promedio de la presión arterial diastólica en una cierta población es de 100 mm. Hg contra la hipótesis nula de que dicho promedio es de 96 mm. Hg. El investigador elige, en principio, tomar una muestra aleatoria de 36 sujetos y decide, en vista del tamaño muestral, utilizar la distribución normal como referencia. Se conoce de antemano que la desviación estándar de la presión arterial en tal comunidad es de 6 mm. Hg. Si el investigador *fija* la probabilidad de cometer un error de Tipo I en 1% ($\alpha = .01$), el valor crítico del estimador *bajo* H_0 (valor a partir del cual se obtienen resultados significantes) es[†]:

$$\bar{X} = \mu_0 + 2.33 \sigma_{\bar{x}} = 96 + (2.33)(6\sqrt{36}) = 98.33$$

* La probabilidad α coincide con el nivel de significancia de la prueba. A la probabilidad de obtener un resultado que nos lleve a aceptar la H_A cuando ésta es la correcta (probabilidad de no cometer un error de Tipo II) se le conoce como poder de la prueba estadística y su valor es entonces $1 - \beta$

† A partir de la expresión $Z = \frac{\bar{X} - \mu_0}{\sigma_{\bar{x}}}$, $Z_{.99} = 2.33$ de la tabla de la distribución normal) y $\sigma_{\bar{x}} = \sigma_x / \sqrt{n}$ (desviación estándar de la distribución de promedios muestrales)

Valor que determina un valor de Z bajo H_A ,

$$Z = \frac{\bar{x} - \mu_A}{\sigma_{\bar{x}}} = \frac{98.33 - 100}{6\sqrt{36}} = \frac{1.67}{1.0} = -1.67$$

De acuerdo con este último resultado, β —la probabilidad de rechazar H_A cuando ésta es verdadera— es $P(Z \leq 1.67) = .0475$ y el poder de la prueba, $1 - \beta = 1 - .0475 = .9525$.

Si en vez de 36 sujetos el investigador decidiera aumentar el tamaño de su muestra a 49 sujetos, al realizar los nuevos cálculos siguiendo el mismo planteamiento se obtendría un poder $1 - \beta = .9772$, mayor que el poder de la prueba anterior.

De las ideas expuestas hasta el momento se deduce que para el cálculo del tamaño de la muestra es necesario que el *investigador* —más que el estadístico— tenga una idea clara de los siguientes aspectos que condicionan el tamaño muestral.

La hipótesis alternativa que se quiere probar

A este respecto, es importante tener presente que casi toda diferencia, *por mínima que ella sea* (por irrelevante que pueda ser en una cierta investigación), se puede probar por medio de un resultado estadísticamente significativo si se toma un tamaño de muestra suficientemente grande[‡]. Con base en este hecho se ha abusado de las pruebas estadísticas para demostrar la existencia de muchas asociaciones (diferencias) cuya importancia, para decir lo menos, es dudosa. Es claro entonces que *el investigador debe decidir cuál es la mínima asociación que considera importante descubrir* a fin de que el tamaño de la muestra se calcule para esa situación concreta y no otra.

El riesgo que se acepta de obtener por azar un resultado que lleve al rechazo de la hipótesis nula cuando ésta es cierta.

Cuantificar este riesgo —y se cuantifica en términos de probabilidad— equivale a fijar el nivel de significancia α o error de Tipo I. Debido a las implicaciones que un error de este tipo conllevaría se suele fijar un riesgo pequeño (casi nunca mayor del 10%).

El riesgo que se acepta de obtener por azar un resultado que lleve al rechazo de la hipótesis alternativa cuando ésta es cierta.

Definir este riesgo equivale a cuantificar el valor de β (probabilidad de cometer un error de Tipo II) para la hipótesis alternativa que se trata de probar. Como ya lo habíamos señalado, es importante notar que

todo aumento del tamaño de la muestra implica una disminución de β y por lo tanto un mayor poder de la prueba estadística.

La desviación estándar del parámetro poblacional

Es evidente que para probar una cierta hipótesis con α y β definidos, el tamaño muestral es directamente proporcional al valor de la desviación estándar de la medida implicada. Si éste no se conoce, al menos de manera aproximada (registros, supuestos bien fundamentados), se hace necesaria su estimación a partir de otra muestra.

De nuevo, para hacer énfasis en una idea ya expuesta, el estadístico no puede proceder a calcular el tamaño de una muestra hasta tanto se hayan definido los aspectos arriba citados. *Tal definición es, primordialmente, de la competencia del investigador y no del estadístico.*

Para finalizar, vale la pena hacer alusión a una situación que se presenta con frecuencia. ¿Cuál debe ser el tamaño de la muestra cuando se trata de probar la existencia no ya de una sino de varias asociaciones con base en los resultados de un mismo estudio? En tal caso habría que definir H_A , α y β y calcular el tamaño de la muestra requerida para cada una de las asociaciones estudiadas, y entre los diferentes tamaños de muestra resultantes, elegir el mayor. No obstante, si el número de asociaciones buscadas es relativamente grande —como es el caso de encuestas en que se busca la asociación de un cierto efecto patológico con múltiples factores de riesgo— quizás fuera práctico seleccionar los factores de mayor interés y elegir el mayor tamaño muestral requerido para el estudio de éstos. Tal procedimiento, como es obvio, limitaría en rigor la inferencia a dichas asociaciones.

El cálculo del tamaño de la muestra para tablas de contingencia de 2 x 2

Los análisis que se hacen en busca de la existencia de asociación entre dos variables sobre tablas de frecuencia de 2 x 2 son comunes en el campo de la salud y particularmente en los estudios epidemiológicos de carácter analítico. En el presente párrafo se exponen algunos procedimientos utilizados en el cálculo del tamaño muestral requerido en tales circunstancias.

Cuando se hace un análisis de asociación sobre tablas de frecuencia de 2 x 2 la conclusión final se basa en la comparación del número de éxitos (X) obtenido en un grupo A (v. gr. el número de enfermos en la población expuesta) con el número de éxitos (Y) obtenido en otro grupo B seleccionado independientemente (v. gr. el número de enfermos en la población no expuesta), o

[‡] Cuando se trata de un problema de estimación y no de prueba de hipótesis, es evidente que mientras mayor sea la muestra mejor es la estimación que se obtiene

en términos análogos, usualmente se prueba la hipótesis nula de que la proporción de éxitos p2 en el primer grupo es igual a la proporción de éxitos p2 en el segundo grupo contra la hipótesis alternativa p1 > p2[§]. El valor d = p1 - p2 representa aquella diferencia mínima que el investigador considera de importancia detectar. El investigador además, fija los valores de α y de β o *probabilidad máxima tolerable de obtener un resultado aleatorio que lo lleve a una conclusión falsa*^{**}. Se conoce, al menos aproximadamente, o bien el valor de p1 (con lo cual se deduce el valor de p2 al obtener p2 = p1 - d y el de q2 = 1 - p2) o bien el valor de p2 (análogamente, p1 = d + p2 y q1 = 1 - p1).

Con tales condicionamientos sobre el problema y suponiendo que los grupos comparados son de igual tamaño n y que los datos se obtienen por medio de un muestreo aleatorio simple, se puede utilizar la distribución normal como una aproximación a la distribución exacta del resultado muestral[†].

Así, bajo H₀:

$$\frac{(\hat{p}_1 - \hat{p}_2)}{\sqrt{(2\bar{p}\bar{q})/n}} = Z_1 - \alpha \quad (1)$$

Bajo H_A:

$$\frac{(\hat{p}_1 - \hat{p}_2) - (p_1 - p_2)}{\sqrt{(p_1 q_1/n + p_2 q_2/n)}} = Z_\beta \quad (2)$$

En donde

$$\bar{p} = (p_1 + p_2)/2 \quad \text{y} \quad \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

La ecuación (1) se transforma en:

$$(\hat{p} - \hat{p}) = Z_1 - \alpha \sqrt{(2\bar{p}\bar{q})/n} \quad (3)$$

Y la ecuación (2) se transforma en:

$$-(\hat{p}_1 - \hat{p}_2) + (p_1 - p_2) = Z_\beta \sqrt{[(p_1 q_1 + p_2 q_2)/n]} \quad (4)$$

Al sumar las ecuaciones (3) y (4) y despejar el valor de n, se encuentra que el mínimo valor de n requerido para probar *tal hipótesis bajo las condiciones descritas es*:

$$n = [Z_{1-\alpha}\sqrt{(2\bar{p}\bar{q})} - Z_\beta\sqrt{[p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}]^2 \div (p_1 - p_2)^2 \quad (5)$$

El tamaño muestral aproximado *total* debe ser entonces al menos de 2 n. Para la mayoría de los estudios epidemiológicos de tipo comparativo la aproximación obtenida con base en tal expresión puede ser considerada como satisfactoria.

^{**} Para una deducción detallada consúltese apéndice, numeral 1.

^{§§} Nótese que en estudios de casos y controles p1 es la proporción de expuestos (al factor de riesgo) entre los casos, y p2 es la proporción de expuestos entre los controles.

L = max (O, m - n)

U = min (n, m)

Una mejor aproximación al tamaño muestral exacto ha sido propuesta por Casagrande y Pike^{**} al introducir en el planteamiento inicial un término para corrección de continuidad con lo cual se obtiene la expresión:

$$n = A[1 + \sqrt{[1 + 4(p_1 - p_2)/A]^2 / [4(p_1 - p_2)^2]}] \quad (6)$$

En donde:

$$A = [Z_{1-\alpha}\sqrt{(2\bar{p}\bar{q})} - Z_\beta\sqrt{(p_1 q_1 + p_2 q_2)}]^2$$

Una derivación del tamaño muestral exacto n requerido exigiría el desarrollo de un proceso iterativo sobre la distribución conjunta de las distribuciones binomiales resultantes en cada grupo comparado condicionada al número total m de éxitos obtenidos, x + y^{§§}. Una solución de este tipo es supremamente laboriosa y haría aconsejable el uso de un computador electrónico.

La tabla 1 da una idea de la diferencia relativa de los tamaños muestrales calculados de acuerdo con los tres métodos citados.

Tabla 1. Comparación de valores exactos de n con los obtenidos según métodos aproximados para algunos valores de p1 y p2, poder del 90% y α = 5% (prueba de una cola)^a

Método	P1 = .40	P1 = .50	P1 = .60	P1 = .80
	P2 = .25	P2 = .25	P2 = .50	P2 = .50
Método exacto	178	71	445	47
Método con corrección de continuidad	179	71	442	48
Método sin corrección de continuidad	166	63	423	42

^a Adaptado de Biometrics, sept. 1978

La tabla 2 presenta los valores obtenidos para n cuando se condiciona la prueba a un poder del 90% y prueba de una cola con α=5%, para diferentes valores de p1 y p2 y según el método exacto (cifra superior) y la aproximación resultante de (6):

El tamaño de la muestra en estudios de cohorte y en estudios de casos y controles

En el presente párrafo se señalan los factores que, una vez fijadas las probabilidades de error α y β, condicionan el tamaño muestral de ambos tipos de estudios (cohorte - casos y controles) cuando el análisis se realiza sobre tablas

de contingencia de 2 x 2. En particular, se señala la relación del tamaño muestral con el Riesgo Relativo (R).

Cuando se lleva a cabo un análisis de asociación entre 2 variables utilizando para ello los resultados de una tabla de contingencia de 2 x 2, la fuerza de la asociación resultante se establece mediante la comparación de las proporciones del efecto o variable dependiente p1 y p2, correspondientes a los dos grupos comparados o categorías de la variable independiente.

Una vez que se ha establecido la asociación mínima que se pretende demostrar en términos de la diferencia mínima entre p1 y p2 que se desea detectar, y se han fijado las probabilidades de obtener por azar resultados que lleven a una conclusión falsa en términos de α y β , el tamaño muestral n mínimo requerido en cada grupo de comparación para *tal situación* se obtendría al aplicar la ecuación (5), parágrafo B:

$$n = [Z_{1-\alpha}\sqrt{(\bar{p}\bar{q})} - Z_{\beta}\sqrt{p_1q_1 + p_2q_2}]^2 / (p_1 - p_2)^2 \quad (5)$$

En donde $Z_{1-\alpha}$ y Z_{β} Son valores de la distribución normal estándar,

$$\bar{p} = (p_1 + p_2)/2, \quad \bar{q} = 1 - \bar{p}, \quad q_1 = 1 - p_1, \quad q_2 = 1 - p_2$$

De este modo, el tamaño muestral total sería de 2n.

En estudios de Cohorte p1 y p2 representan la incidencia de la enfermedad en el grupo expuesto y no expuesto al factor de riesgo, respectivamente. En estudios de Casos y Controles p1 y p2 representan la

prevalencia del factor de riesgo en el grupo de enfermos y no enfermos, respectivamente.

La observación anterior, que refleja la diferencia metodológica de los dos tipos de estudios, implica una diferencia en el tamaño muestral requerido para demostrar una cierta asociación.

Esta última afirmación se observa claramente si la expresión (5) se expresa en función del Riesgo Relativo mínimo que se requiere detectar y de las proporciones correspondientes a cada tipo de estudio, tal como se describe a continuación.

En estudios de Cohorte, si se define p1 como la incidencia de la enfermedad en el grupo de expuestos y p2 como incidencia en el grupo de no expuestos, $R = p_1/p_2$ y $p_1 = p_2R$, lo que llevado a la ecuación (5) implica que:

De acuerdo con la ecuación (7) es claro que *el tamaño muestra/ para estudios de cohorte*, fijados α y

$$n = [Z_{1-\alpha}\sqrt{(2p_2q)} - Z_{\beta}\sqrt{p_2[1 + R - p_2(1 + R^2)]}]^2 / [p_2(R - 1)]^2 \quad (7)$$

β es función del Riesgo Relativo que se quiera detectar y de la incidencia de la enfermedad entre los no expuestos.

En los estudios de Casos y Controles, si se tiene presente que p1 y p2 son las prevalencias de exposición al factor de riesgo en los grupos de enfermos y no enfermos, respectivamente, intuitivamente es fácil advertir *que el tamaño muestral según la ecuación (5) es función de la prevalencia de la exposición al factor de riesgo propia de la población que se analiza y del riesgo relativo que se busca.*

Tabla 2

		d = P1 - P2 , P1 > P2													
P2	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.35	0.40	0.45	0.50	0.55	0.60	0.65	0.70	
	504	165	89	57	42	33	25	21	18	15	13	11	10	9	
0.05	513	172	95	63	46	35	28	23	20	17	14	12	11	9	
0.10	782	232	119	74	52	39	31	25	20	17	15	12	11	10	
	787	237	121	77	54	41	32	26	21	18	15	13	11	10	
0.15	1024	289	142	87	60	45	34	27	23	18	16	12	11	10	
	1027	292	144	89	61	45	35	28	23	19	16	13	11	10	
0.20	1231	338	162	97	65	47	36	30	23	18	16	12	11	10	
	1233	339	163	98	66	48	37	29	23	19	16	14	11	10	
0.25	1402	377	178	106	71	51	36	31	24	18	16	12	11	9	
	1404	378	179	106	71	51	38	30	24	19	16	13	11	9	
0.30	1538	408	190	111	72	53	40	31	24	18	16	12	10	-	
	1541	408	190	111	73	52	39	30	24	19	16	13	11	-	
0.35	1640	428	200	115	72	53	40	31	23	18	15	11	-	-	
	1644	429	198	114	75	53	39	30	23	19	15	12	-	-	

Continuación tabla 2

d = P1 - P2 , P1 > P2														
P2	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.35	0.40	0.45	0.50	0.55	0.60	0.65	0.70
0.40	1710	445	202	116	72	53	36	30	23	17	13	-	-	-
	1713	442	202	115	75	52	38	29	23	18	14	-	-	-
0.45	1746	446	202	115	72	51	36	27	20	15	-	-	-	-
	1747	447	202	114	73	51	37	28	21	17	-	-	-	-
0.50	1746	445	200	111	71	47	34	25	18	-	-	-	-	-
	1747	442	198	111	71	48	35	26	20	-	-	-	-	-

Fuente: Biometrics, sept. 78.

Esta última afirmación se puede demostrar de la siguiente manera: si se define p como la prevalencia de la exposición al factor de riesgo en la población general***.

$$P1 = P R / [1 + p(R - 1)] \quad (8)$$

En la ecuación (8) se ve claramente que la prevalencia de exposición entre los casos depende de la prevalencia de exposición al factor de riesgo propia de la población y del Riesgo Relativo de la enfermedad. Por otra parte, si por E denotamos la enfermedad y por F el factor de riesgo, tenemos que†††:

$$P2 = P \frac{[1 - P(E/F)]}{[1 - P(E)]} \quad (9)$$

En donde P (E/F) y P(E) denotan la probabilidad de informar, dado el factor de riesgo y la probabilidad de informar respectivamente.

Para enfermedades de baja incidencia, según (9), $P2 \approx P$. Así, al llevar p1 y p2 según (8) y la aproximación de (9) a (5) se tiene que:

$$n = [Z_{1-\alpha} \sqrt{2u(1-u)} - Z_{\beta} \sqrt{(p(1-P) + p2 q2)^2 / (P - P2)^2}]^2 \quad (10)$$

En donde,

$$\mu = 1/2 p [1 + R / [1 + P(R - 1)]]$$

De la expresión (10) se deduce que en estudios de Casos y Controles, para enfermedades de baja incidencia, el tamaño de la muestra es función del Riesgo Relativo que se pretenda detectar y de la prevalencia de exposición al factor de riesgo que caracteriza a la población general.

Esta diferencia conceptual en el tamaño muestral requerido para uno u otro tipo de estudio tiene implicaciones prácticas importantes. En la tabla 3, por ejemplo, se advierten grandes diferencias en los

tamaños muestrales requeridos para demostrar la existencia de diversos grados de asociación entre la toma de anticonceptivos orales 3 meses antes o después de la concepción y la presencia de enfermedades cardíacas congénitas (ECC) y/o malformaciones conotruncales (MC). Se impone $\alpha = 5\%$, $\beta = 10\%$, y se supone una incidencia p2 .008 y de p2 = .002 para ECC y MC, respectivamente (estudio de Cohorte), y p = 30 (prevalencia de exposición en la población general):

En particular, nótese que el tamaño muestral requerido para el estudio de Casos y Controles es el mismo para ambas patologías puesto que en dicho tipo de estudio n es independiente de la incidencia y sólo depende del Riesgo Relativo y de la prevalencia de exposición al factor riesgo p (que se supone igual para las dos patologías).

Tabla 3. Tamaño muestral n requerido en un estudio de Cohorte y en un estudio de Casos y Controles, $\alpha = .05$, $\beta = .10$

R	Estudio de Cohorte		Estudio de Casos y Controles
	ECC	MC	ECC y MC
	P2 = .008	P2 = .002	p = .30
2	3887	15697	188
3	1289	5226	73
4	712	2899	45
5	478	1954	34
7	280	1555	24
10	168	703	18

Adaptado de Am. J. of Epodemiology, Junio 1974.

*** Para una deducción detallada, consúltese el Apéndice, numeral 2

††† Véase Apéndice, numeral 3

Apéndice

1. Defínase la variable $d = 0.5(x - y)$.

Utilizando la distribución normal, bajo la hipótesis nula se tiene que:

$$\hat{d} = 0.5 + Z_{1-\alpha} \sqrt{(0.5n \bar{p} \bar{q})}$$

Bajo la hipótesis alternativa,

$$Z_{\beta} = \frac{[\hat{d} - 0.5n(p_1 - p_2) - C]}{\sqrt{[0.25n(p_1q_1 + p_2q_2)]}}$$

en donde C corrige la imprecisión debida al carácter discreto de d.

De la última expresión se tiene:

$$d = 0.5n(p_1 - p_2) + C + Z_{\beta} \sqrt{[0.25(n p_1 q_1 + n p_2 q_2)]} \quad (12)$$

De la igualdad (11) = (12) se obtiene:

$$n = A [1 + \sqrt{[1 + 4(1 - 2C)(p_1 - p_2)/A]}]^2 / [4(p_1 - p_2)^2] \quad (13)$$

en donde $A = [Z_{1-\alpha} \sqrt{(2\bar{p}\bar{q})} - Z_{\beta} \sqrt{(p_1q_1 + p_2q_2)}]^2$.

Al reemplazar en (13) $C = -0.5$ se obtiene un valor de n reducido; al reemplazar $C = 0.5$ se obtiene un valor de n excesivo. Al tomar $C = 0$ se obtiene:

$$n = A [1 + \sqrt{[1 + 4(p_1 - p_2)/A]}]^2 / [4(p_1 - p_2)^2] \quad (14)$$

2. En estudios de Casos y Controles, al aplicar el Teorema de Bayes se tiene que:

$$p_1 = P(F/E) = P(F \cap E) / P(E) = P(F) P(E/F) / [P(E \cap F) + P(E \cap \bar{F})]$$

$$= [P(F) [P(E/F) / P(E/\bar{F})]] \div [P(F) P(E/F) / P(E/\bar{F}) + P(\bar{F}) P(E/\bar{F}) / P(E/\bar{F})]$$

$$= pR / [pR + (1 - p)] = pR / [1 + p(R - 1)]$$

3. En estudios de Casos y Controles,

$$p_2 = P(F/\bar{E}) = P(F \cap \bar{E}) / P(\bar{E}) =$$

$$= [P(F) P(\bar{E}/F)] \div [1 - P(E)] =$$

$$= p [1 - P(E/F)] / [1 - P(E)]$$

57

Bibliografía

- 1 Armitage, P. Statistical methods in medical research. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1971.
- 2 Casagrande, JT and Pike, MC. An improved approximate formula for calculating sample sizes for comparing two binomial distributions. Biometrics 34:3, sep. 1978.
- 3 Conover, W. J. Practical nonparametric statistics. New York, John Wiley and Sons, 1971.
- 4 Cornfield, J. A method of estimating comparative rates from clinical data. Applications to cancer of the lung, breast, and cervix. J. Natl Cancer Inst. 11:1269-1275, 1951.
- 5 Freund, J. E. Modern elementary statistics. New York, Prentice-Hall, 1952.
- 6 Halperin, M. et al. Sample sizes for medical trials with special reference to long-term therapy. I. Chron Dis 21:13-24, 1968.
- 7 Hays, WI Statistics. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1963.
- 8 Macmahon, B. and Pugh, T. F. Epidemiology. Boston Little, Brown, 1970.
- 9 Mantel N., Haenszel W. Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. J Natl Cancer Inst. 22: 719-748, 1959.
- 10 Schlesselman, JJ. Sample size requirements in cohort and case-control studies of disease. American Journal of Epidemiology 99:381-384, 1974.
- 11 Sokal, R. and Rohlf, J. Biometry. San Francisco, W.H. Freeman, 1969.

Prácticas culturales relativas a la reproducción humana en Colombia

Germán Ochoa M.¹

¹ Profesor emérito y jefe de la sección de atención médica y atención hospitalaria, Escuela Nacional de Salud Pública.

Las prácticas empíricas alrededor del proceso reproductivo, embarazo, parto y puerperio, varían de acuerdo a las regiones, teniendo en cuenta principalmente el origen étnico de ellas. Así en Colombia pueden encontrarse diferencias en el Litoral Pacífico con respecto al Litoral del Caribe, la región montañosa cafetera, la del altiplano y sur del país, a más de lo que se conoce como el Llano o Amazonía.

Estas prácticas también varían de acuerdo al grado de integración de las personas, a la organización social vigente, especialmente del grado de instrucción, el nivel de ingreso, etc.; a pesar de esto muchas prácticas empíricas logran permear estos estratos sociales, llegando a encontrarse incluso en personal que trabaja en salud con formación específica para ello.

La madre asume la función de información a la hija próxima a casarse sobre las relaciones íntimas de los cónyuges, no lo hace el padre ni siquiera con el hijo, porque se presupone que el hombre soltero puede estar versado al respecto, dada la permisividad sexual que la cultura le otorga.

Hay renuencia a tratar el tema de la planificación familiar aunque las madres están más dispuestas a aconsejar a sus hijas una descendencia más limitada que la suya. La voluntad divina aparece como impedimento para esta consejería.

Los amigos son el agente de comunicación más frecuente en la información en relación al sexo (78%). El 70% estarán dispuestos a recibir consejería de instituciones gubernamentales sobre comportamiento reproductivo [1].

La edad ideal para el matrimonio

Fue de 19-20 años para las mujeres y 25-26 para el hombre. El 89% de las mujeres en edad fértil y en unión creen que la salud de las madres y los hijos es mejor en las familias pequeñas. En cuanto al número ideal de hijos, es de dos hijos y dos hijas. Se quiere solo una hija

y varios varones. Si se tiene solo hijas se busca reincidir hasta que llegue el hijo varón. El promedio ideal de hijos en la zona urbana de Medellín fue 3.2. El intervalo intergenésico promedio fue de 32.4 meses (real) [2]. En algunas zonas la lactancia prolongada opera a manera de control de nacimientos. El promedio de duración de la lactancia fue de 10 meses en la zona urbana y 14 meses en la zona rural [1].

Menstruación

La menstruación es la forma de deshumorar el cuerpo o la sangre de la mujer. Se considera como enfermedad y son comunes las frases como: “Fulana enferma puntualmente”.

Durante la menstruación deben evitarse algunas actividades como: bañarse porque se puede alterar la salud o suspenderse la menstruación; peinarse porque se le cae el pelo o le da fiebre; ejercicios fuertes porque aumenta la hemorragia; las relaciones sexuales porque producen enfermedades venéreas o se embaraza más fácil la mujer y los niños nacen con “manchas de madre” (nevus de color vinotinto) [3].

También se deben tener restricciones alimenticias como: debe evitarse comer frutas ácidas porque licuan la sangre y se aumenta el flujo sanguíneo; la leche origina flujos vaginales y mal olor a la menstruación; carnes manidas, pescados, bebidas embriagantes y plátanos porque pueden corromper la sangre, enfriarla y subirla al cerebro produciendo locura, dolores vaginales y hemorragia; aguacate (*persea gratissima*), café, bebidas heladas, panela, alimentos grasos, y comidas “trasnochadas”; no se pueden tomar medicamentos.

Cuando no se emplean estas restricciones se suspende la menstruación y la sangre se eleva o se “sube a la cabeza” y pueden presentarse hemorragias nasales o cerebrales, locura, lepra, acné [3, 4, 8].

Durante la menstruación la mujer es más indefensa o sensible y puede enfermarse más fácil y está más expuesta a ser hechizada con resultados graves o mortales.

A su vez la mujer menstruante puede causarle daño a las personas o cosas y por esta razón se le imponen otras restricciones como: no pueden efectuar actos ceremoniosos de curación porque el enfermo en lugar de mejorar, empeorará [5]; no puede salar la carne porque se daña; no puede coger matas, flores o frutos porque le produce “pujo” al recién nacido [6].

En casos de amenorreas se usan vahos o sahumeros que consisten en recibir sobre los genitales externos vapores de plantas de poder mágico como hojas de ajeno (*artemisa absinthium*), artemisa, poca o yerba de los jesuitas; fricciones en los muslos con linimentos irritantes; pedilubios (baños de pies) de mostaza; cataplasmas emolientes de leche caliente, migas de pan, alcanfor y aceite de almendras; vesicatorios en las partes internas de los muslos o epigastrio, mamas, brazos y espalda; taponamiento de la vagina; irrigaciones vaginales con agua fría o sustancias astringentes como tanino, alumbre o ratania.

Se usa también la ruda (*ruta graveolens*) por su poder emenagogo y abortivo. A la sangre menstrual le atribuyen algunas propiedades curativas para las verrugas y el acné y para picaduras de raya [3].

Concepción

Los Guajiros explican la concepción diciendo que pasada la menstruación queda en la matriz un poco de sangre que mezclada con el semen del coito formará el nuevo ser que se alimentará por el aporte de sangre que la mujer deja de expulsar durante la amenorrea del embarazo [5].

En otras regiones se cree que si las relaciones sexuales que dieron origen al ser se efectuaron en días de tranquilidad, descanso y alegría, la criatura será alegre, inteligente y sana; a la inversa si las relaciones se han efectuado en días fríos o que el estado de ánimo de los padres no es favorable. Si la duración del acto sexual es prolongada es porque los padres son fuertes y así será el hijo. Si hay riña y disgusto antes o durante el coito la mujer no concebirá. El trabajo fuerte y agotador inmediatamente antes del coito debilita a los padres y al hijo que va a nacer [4].

Anticonceptivos folclóricos

Se usan intravaginalmente antes o después de las relaciones sexuales: aspirina, quinina, alcanfor, piedralumbre, sulfas, lavados vaginales con agua, con limón o vinagre, permanganato, agua oxigenada, fruta de aguacate (*persea gratissima*).

Bebidas preparadas con diferentes plantas como: chilca (*baccharis*), piña, limón, ananía (*petiveria obliacea phomies*), pepa de aguacate (*persea gratissima*), café con nogal (*jungon nigra L*), flores de zapallo (*cucurbita máxima duch*), perejil (*airum pteovelinum L*), alcanfor, bretónica altamisa (*franseria artomisiades W*), ruda (*ruda graveolens L*), mastuerzo (*lapidium bipimatifidum Desv*) [4].

Embarazo

Fuera de la amenorrea y los síntomas neurovegetativos ya conocidos la mujer nota que está embarazada porque aborrece los alimentos, el cigarrillo, le coge fastidio al marido, tiene “antojos”, cóleras inmotivadas, caprichos extravagantes [7, 9, 10]. Estas perturbaciones se explican por el debilitamiento del organismo materno debido a la formación de la criatura y a sustancias tóxicas que produce el feto o la sangre menstrual y los humores que se han detenido por motivo del embarazo y que van a alimentar la criatura y darle fortaleza [4].

El hombre puede sufrir la “caída del embarazo” en la cual participa de las molestias de la gestación y la mujer se libera de ellas [7].

El sexo determina la formación de las criaturas. El varón se forma más pronto y como un muñeco en un periodo de 40 a 60 días. La hembra se forma como una bola de carne con un periodo de 120 a 210 días.

Aborto

Como causas de aborto se mencionan las impresiones, los sustos, las rabias, las angustias, los antojos incumplidos, los traumas físicos; enfermedades como gripa, paludismo, venéreas, del corazón, etc.; eclipses; brujos; ejercicios caseros fuertes, viajes a largas distancias en vehículos que provoquen fuertes movimientos [4].

Se usan como abortivos algunas bebidas de muchas plantas: badea (*passiflora quadrangularis L*), venturosa (*lantana spp*), mastuerzo (*lepidium bipinnatifidum desv*), perejil (*carum petrose linum L*), amamú (*petiveria alliacea plumier*), altamisa (*franseria artemisiodes W*), cuasia (*cuassia ammara L*), mejorana (*origanum maiorana L*), malva (*malvastrum peruaviahum*), yerbabuena (*mentha spp*). La sonda como método eficaz para provocar el aborto es ampliamente conocida [4].

Cuidados durante el embarazo

No es aconsejable que la embarazada duerma mucho porque con el descanso el niño crece mucho. La quietud excesiva detiene los humores y clavan el feto en la cadera [8].

Durante el embarazo es necesario que la mujer conserve una temperatura normal y por lo tanto debe evitar los trajes mojados porque le penetra el frío y le ocasiona dolores en el bajo vientre, hidropesía, parto prolongado, y raquitismo del recién nacido. Los trajes estrechos son causa de muerte del hijo al oprimirlo y asfixiarlo, también existen trastornos asociados con el calor como el “descenso” que consiste en una especie de “sancochamiento” del niño producido por el calor del fogón, especialmente de leña y también por el de la plancha cuando son utilizados con demasiada frecuencia [4]; cuando la mujer está pasada de calor se hace una fricción con clara de huevo fría y almendras. Cada 15 días nacen en la sangre de la embarazada aguas amarillas que salen en la orina. La temperatura de la sangre sube al doble y a veces se produce inflamación. Cuando esto ocurre se usan aguas de plantas frescas como: escancel (*teleanthera polygonoides* R. Br. Mov.), espadilla (*susychinchium palmifolium* L) o malva (*malachra capitata* L) [9].

Cuando hay edema suministran bebidas de “bendiaguja”, pelo de chόcolo y caracucho (*impatiens balsamina* L de F. D. Z.).

Para conservar la buena posición de la criatura, la madre no debe acostarse boca abajo, no agacharse de plano, sentarse cόmoda, dormir de lado o cambiando frecuentemente la posición [4]. A los seis meses se comienzan a dar masajes en el vientre para colocar el niño, antes no porque está muy tierno. Los masajes se hacen con alcohol con manzanilla (*anthemis nobilis* L) caliente o con aceite o enjundia (grasa de gallina) [4, 9].

Relaciones sexuales durante el embarazo

El coito es considerado beneficioso durante el embarazo pues así el cuerpo de la mujer no se cerrará y por lo tanto no sufrirá durante el parto. Otras creen que son perjudiciales y que pueden desencadenar el aborto, debilitar la madre o proporcionarle enfermedades. Las relaciones se tienen hasta los cinco a ocho meses pues de ahí en adelante se le coge fastidio al esposo [4].

La alimentación en la embarazada

La mujer grávida es caliente y como tal sus alimentos serán fríos. Debe suprimir de su dieta el aguacate (*persea gratissima* Gartin), banano (*musa sp*), quesos, mantequillas, plátano (*musa sp*), y tomar agua en recipientes voluminosos porque hacen crecer la cabeza del feto. Los licores y la carne de puerco producen aborto. El aguacate (*persea gratissima* Gartin) y el árbol del pan (*antocarpus altilis p.d.f.*) le dan a la madre cólicos y le producen al niño el mal de los siete días,

funesto e incurable. Las grasas, la leche y los frijoles (*phaseolus vulgaris* L) hacen daño para el estόmago o el hígado de la madre o dan diarrea e infección en los ojos del hijo.

A no ser por hechos graves, la embarazada no debe ingerir medicinas. Desde un mes antes del parto debe tomar diariamente infusiones de yerbabuena (*mentha spp.*) o de anisado (*pimpinella anisum* L) con ruda (*ruta graveolens* L. del R.S.M.), paico (*quenopodium ambrosoides* L), poleo (*satureia sp*), alhucema (*lavandula vera* L) y romero (*strumpfia maritima* L).

Los purgantes de aceite lavan las impurezas del nuevo ser y preparan al organismo para el parto [4, 8].

Parto

Como se anotó previamente, en Colombia un poco más del 50% de los partos son atendidos fuera de los servicios de salud y en su gran mayoría por personal empírico.

La atención tradicional del parto en las áreas rurales es llevada a cabo por la partera empírica o comadrona y en algunos casos por familiares de la parturienta. La partera empírica es por lo general una gran múltipara que aprendió su oficio observando cómo le atendían a ella sus partos. En algunos casos es una profesión que se enseña de generación en generación de familias. Su instrucción corresponde a la que tiene la gente de la comunidad en que viven siendo frecuentemente analfabetas o con algunos años de primaria. Los métodos que utilizan en la atención del parto son más puramente tradicionales.

En las áreas marginadas urbanas existen también parteras empíricas pero difieren de las anteriores en algunos aspectos: con frecuencia el oficio lo han aprendido siendo ayudantes de enfermería en instituciones de salud, por lo cual sus métodos ya no son tan tradicionales sino que tratan de remedar las prácticas médicas, empleando drogas, analgésicos y ocitocicos, practicando exámenes vaginales y maniobras internas, etc.

En algunos lugares del país se ha decidido capacitar las parteras e incorporarlas dentro del sistema de salud pero se observa que no se tiene en cuenta para nada las prácticas tradicionales sino que se les impone el modelo de atención médica.

Al consultar la literatura sobre la atención empírica del parto no sólo no se encuentra casi, sino que lo que se encuentra escrito por médicos es con el ánimo de mostrar los daños que se hacen pero no con el sentido objetivo de describir lo que ocurre.

Fue necesario entonces, para este trabajo, recurrir a hacer personalmente entrevistas a algunas parteras empíricas, de áreas rurales e igualmente a enfermeras y médicos que tenían experiencia y conocimiento de la atención del parto por este personal.

Como se mencionó anteriormente los organismos de salud de Colombia fomentan el parto institucional y a ello se puede deber que en las regiones donde se implementan estos servicios el parto domiciliario tiende a disminuir. No obstante aun teniendo posibilidades de ir a tener el parto a un hospital para ser atendidas por médicos y enfermeras, algunas madres prefieren hacerse atender por la partera o comadrona por hallar en ella más confianza y mejor ayuda, viendo en ellas una amiga, un consuelo, una persona que las considera.

En general el parto es atendido en el domicilio de la madre donde goza de la compañía de su esposo. Cuando la embarazada siente los primeros dolores llama a la partera y prepara los elementos necesarios para el parto, como agua hervida, sábanas, pañales, cura umbilical, polvos, etc.; algunas toman un baño pues como se verá luego, después del parto no vuelven a hacerlo. Algunas tienen la costumbre de tomar bebidas calientes: agua de canela, hinojo (*foeniculum vulgare* Garten), aguardiente, alhucema (*lavandula vera* L), manzanilla (*anthesis nobilis*), perejil (*carum petro solinum* L), lulo, cogollos de aguacate (*persea gratissima* Gartn), altamisa (*franseria artemisioides* V) con el fin de sacar el frío que está en su cuerpo y facilitar así el trabajo de parto.

Importante es para algunas estar seguras si los dolores corresponden a falsos o verdaderos y para comprobarlo toman diferentes bebidas también de naturaleza caliente: manzanilla (*anthesis nobilis* L), canela, lulo (*solanum hirtum vahl del F.D.Z.*) que tienen el efecto de suspender los falsos dolores o acelerarlos si son verdaderos [4].

Si se presentan síntomas como “hinchazón”, hemorragia, mala presentación o trabajo prolongado, la partera usualmente se niega a atender el parto.

Técnicas empleadas durante el parto

Masajes abdominales para acomodar la criatura y acelerar el parto, aplicando sobre el abdomen: “enjundia” (grasa de gallina), aceite, alcohol, aguardiente, cebolla (*allium cepd.* L); para sacar el frío llamado “pasma” y facilitar el parto, acelerándolo, se utilizan baños con aguas de hierbas calientes: paico (*chenopodium anti-helminthicum* L), albahaca (*acimum basilicum* W), yerbabuena (*mentha spp*), naranjo, naranjo agrio, flor de mirto (*melaleuca spp*), romero (*posmarinus officinalis* L), arracacha, brevo (*ficus cárica* L), etc. [4].

Algunas parturientas durante el trabajo caminan o se sientan pero cuando ya no pueden más por el dolor se acuestan, cuando llegan los “dolores de fuerza” o sea el expulsivo, la madre acostada de espaldas dobla las piernas y separa las rodillas, se apoya con las manos en la baranda de la cabecera de la cama y apoya los pies en la baranda inferior si la hay y la cama es cortica. El esposo

usualmente acompaña a la madre desde la cabecera de la cama y le facilita sus manos para apoyarse.

A veces se utiliza una cuerda, sogá, o lazo amarrado de una viga haciendo como un trapecio o columpio y de él se apoya la madre elevándose hasta quedar en cuclillas, durante los esfuerzos expulsivos, para pujar.

En algunos casos en vez de acostarse la madre se hace arrodillar en el suelo con las rodillas bien separadas.

En casos de que el niño no nace se coloca la madre en una sábana o cobija y entre el esposo y la partera la mecen y la golpean contra la pared para desprender el niño que está muy pegado.

Algunas parteras urbanas y unas pocas del campo administran drogas aceleradoras del parto como quinina y oxitocina aunque está prohibido. Hacen tactos vaginales y aun rompen la bolsa de las aguas. Hacen maniobras para evitar el desgarro del periné, haciendo presión y aplicando aceite en la vagina [10].

Alumbramiento

Se espera unos minutos a que la placenta salga, si no sucede así, se jala del cordón y se hace presión en el abdomen. Si eso no es suficiente se le provocan náuseas a la madre haciéndole introducir los dedos en la garganta o un tallo de cebolla; una pluma de ave impregnada de aceite, un cabello o trenza introducido en la garganta, ingestión de huevo crudo solo o con vino, carbón molido y “pepa de aguacate”. Soplar una botella, atar la correa del esposo a la cintura y tomar sus orines.

La placenta debe ser enterrada en parte seca, en hoyo de media vara (40 cms) y cerca de árboles astringentes como el guayabo (*psidium sp*) o el guamo (*inga sp*) con ceniza, si se anhela que la herida del niño sane con prontitud y para que a la madre no le den “entueritos” (dolores postparto).

Otras veces se entierran al pie de árboles con grandes follajes o fructíferos y fornidos para que así sea la fortuna del niño. El árbol a cuya sombra se enterró la placenta pasa a ser propiedad del niño que acaba de nacer.

Puerperio

El reposo se impone después del parto si se quiere evitar la hemorragia. La madre no debe levantarse, ni hacer ejercicios, ni bañarse con agua fría o no bañarse definitivamente. Anteriormente los cuidados en el puerperio o dieta se prolongaban hasta 40 días para recuperar la debilidad y protegerse de las enfermedades que puede adquirir la madre. Debía permanecer encerrada en el cuarto, sin luz y evitar la entrada de aire para lo cual se tapaban las hendiduras de puertas y ventanas, se colocaba una cortina alrededor de la cama y no se dejaba entrar al cuarto sino únicamente a la persona que la asistía. Además se daba una alimentación a base de gallina todos los días.

Esta costumbre se ha abandonado y los días de reposo gradualmente se han venido reduciendo a unos pocos (6 a 20) y en algunos casos a unas pocas horas.

Aunque por situaciones económicas también la alimentación se ha venido restringiendo, se considera que la madre parturienta debe alimentarse mejor a base de gallina, chocolate, caldos, café con leche, agua de panela, limonada hervida, aguardiente. Después del cuarto día, leche, cerveza, chicha, agua de coco, jugo de caña [4, 8].

Los tres primeros días deben evitarse: carne de toro porque produce hemorragia, carne de guagua o conejo porque irrita la matriz, carne de armadillo, camarón, tortuga y pato porque producen úlcera de la matriz.

Otros alimentos como el aguacate (persea gratissima Gartn), frijol (*phaseolus vulgaris L*), plátano (*mus sp*), yuca (*mamihot c.f.*), repollo (*brassica oleracea*), condimentos, grasas o dulces en general deben evitarse, porque le dan diarreas al lactante o inflamación del ombligo.

También deben evitarse los alimentos muy condimentados y carnes de cerdo, tatabro y chivo porque le producen cólicos a la madre, le pudren la matriz e impiden el cierre del ombligo del niño.

Las principales complicaciones del puerperio son: pasmo, aire en la cabeza, mal de ojo, entuertos, dolores vaginales y estomacales, dolores de cabeza y fiebre puerperal. Para cada una de ellas existen pociones de determinadas hierbas.

Para el tratamiento de la fiebre puerperal se recomienda: vahos de espigas de albahaca morada (*ocimum micranthum villa*); bebedizos de anisado (*pimpinella anisum*) con miel de abejas; vahos de paico (*quenopodium ambrosoides L*), purgante de sen.

Debe evitarse durante la dieta: hacer fuerza, cortarse las uñas, verse al espejo, peinarse, coser, aplanchar, bailar, tener relaciones sexuales. El descuaje de la matriz puede tener origen en estas imprudencias [8]. La madre debe estar bien cubierta con ropas abrigadas, medias, pañuelo en la cabeza y evitar todos los vientos.

Generalmente, el último día de la dieta, para sacar el “pasma” que queda en el cuerpo la mujer se hace un sahumero. Este se hace con una variedad de plantas como: alhucema (*lavandula veru L*), eucalipto (*eucalytus spp.*), incienso (*resina del pinus pinea L*), romero (*rosmarinus officinalis L*), ruda (*ruta graveoleus*), mirra (*resina de balsamodendron mirra*), taches (*caryophyllus aromaticus*), tabaco, maguey (*agave americana L*), albahaca (*ocimum basilicum willd*), manzanilla (*anthesis nobilis*), altamisa (*franseira artemisoides W*); envolturas de panela (hojas de plátano) y hojas de naranja agria que se colocan sobre carbón encendido y en una palangana se colocan las sustancias nombradas antes a que se vaporicen. La mujer se expone desnuda a estos vapores.

Magia

Se usa la magia para hacer sufrir a las madres impidiéndoles los partos o reteniéndoles la placenta. Un cambio de los maderos que se consumen en el fogón de la casa donde yace la enferma; cerrar con llave la puerta del cuarto de la parturienta, etc. Para destruir estas patrañas se rezan oraciones a San Ramón Nonato, abogado de las parturientas. Se baña la imagen del santo y se le da a tomar esa agua a la enferma. Si no hay quien rece se pasa un limón caliente por las manos de los que habitan la casa [8].

El mal de ojo puede adquirirse desde que el niño se encuentra en gestación y se le denomina “mal de vientre”. Esta dolencia ataca de preferencia a los niños que constituyen el ideal de belleza de la región: rubios y de tez muy blanca. En su sintomatología se identifica con las endemias regionales que sufre la infancia: desnutrición, enfermedades gastrointestinales, enfermedades de la piel. El mal se caracteriza por enflaquecimiento progresivo, pérdida del apetito, vómito, diarrea [7].

Cuidados del recién nacido

El cordón umbilical es cortado con tijeras caseras desinfectadas previamente con alcohol, en otros casos se utiliza un cuchillo o un machete. Si la criatura es hombre se miden dos dedos en el cordón umbilical y se corta, si es mujer se miden dos y medio dedos. Partir el cordón a ras de la piel es propiciar ataques y la muerte; cortar con más largueza es desfigurar el ombligo y el sexo del recién nacido.

El cordón se liga con hilo de carrete desinfectado en la misma forma o con un trozo de tela recién lavada. Luego se quema el cordón con una vela o con un cuchillo caliente para que no sangre. Se aplica luego yodo, alcohol o merthiolate, y se faja el ombligo con un trapo limpio. Posteriormente algunas acostumbran aplicarle pluma de gallina quemada, canela tostada, polvo de tierra o tela de araña; cuando queda inflamado o no cae aplican aceite de canime.

Al caer el cordón el muñón se guarda porque es remedio contra los dolores menstruales, tostándolo y moliéndolo, se revuelve con aceite de comer y se aplica en el vientre. Reducido a polvo y bebido por el padre, nunca olvidará al hijo; bebido por la madre, nunca concebirá más. Echado en aguardiente y peinandose con esto, el pelo crecerá más fuerte y brillante. Si se ambiciona tener más familia se entierra con sal. Para corregir el mal genio, se da en tragos de anisado (*pimpinella anisum L*) [8].

Generalmente aplican sobre los ojos del recién nacido jugo de limón para que tenga buena vista y ojos lindos.

El niño generalmente no es bañado inmediatamente sino secado con un trapo porque nace acalorado y podría

resfriarse. Después de 24 horas de nacido se baña en agua hervida tibia a la que se le adiciona un poco de alcohol.

Al recién nacido se le da aceite de ricino para purgarlo. No se le da tetero sino que directamente se le da el seno materno y no se le da comida de sal hasta después de un año. La lactancia es cada que el niño llora.

Cuando el niño nace sin llorar, amaratado o ahogándose se le rocía la cara con alcohol o aguardiente. Si permanece insensible todavía, se sacude, se agita, se balancea en el aire; al fin si no está muerto, vendrá un grito de vida. Esta asfixia aparece cuando las madres son bajas de vientre o se ha demorado el parto por estorbos imprecisos [8].

Las enfermedades que le sobrevengan al recién nacido son tratadas como originarias del ombligo o de los males de “susto”, “espanto”, “pujido” o de “ojo” y se tratarán con los medicamentos recomendados para estos males.

Referencias

1. Gutiérrez de P., Virginia. Estructura, función y cambio de la familia en Colombia. Bogotá, ASCOFAME, 1975. V. 2.
2. Gil, Angelina y Ochoa Germán. Colombia In: World Health Organization Further Studies on Family Formation Patterns and Health. Geneva, 1981, p. 109.
3. Correa, A. Folclore de la menstruación. Antioquia Médica 16(9-10), 1966.
4. Gómez, A. Creencias y prácticas populares acerca de la menstruación, gestación y recién nacido en el barrio Siloé, Cali. Manizales, Universidad de caldas, 1960.
5. Gutiérrez de P., Virginia. Organización social de la Guajira. Revista del Instituto Etnológico Nacional. 3:50, 1948.
6. Erazo, JU y Lara, AB. Actitudes y conocimientos sexuales directamente relacionados con la menstruación en 8 colegios femeninos de Popayán. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 25(5) Sep-Oct. 1974.
7. Gutiérrez de P., Virginia. El país rural colombiano. Revista Colombiana de Antropología, Vol. 7, 1958.
8. Velásquez, R. La medicina popular en la Costa Colombiana del Pacífico. Revista Colombiana de Antropología. 6: 195-245, 1957.
9. Arturo, LJ. La medicina popular en una zona de colonización. Revista Colombiana de Antropología. N° 6, 1957.
10. Eptein, S. Estudio descriptivo de las parteras de un barrio popular de nivel bajo, en Cali. Acta Médica del Valle. 4:78-79, 1973.

Epidemiología y política de salud en las Américas: el desafío neoliberal*

Milton Terris¹

¹ Epidemiólogo, profesor del New York Medical College. (1915-2002)

Resumen

Este artículo analiza las políticas anti-salud y los programas que están siendo seguidos por los gobiernos neoliberales a escala global, y que se venden al público rotulándolos como “reformas de salud”. El papel de los epidemiólogos en esta situación es fortalecer la oposición a estas reformas anti-salud documentando sus efectos sobre los servicios preventivos y terapéuticos y sobre el estado de salud de la población. Se discuten las dificultades mayores con relación a esto.

Existe una gran necesidad de epidemiólogos para impulsar audazmente el ataque a las principales enfermedades que afectan hoy a las Américas. Se discuten dos ejemplos de

programas de gran prioridad: el logro de provisión de agua segura por medio de iniciativas recién desarrolladas de bajo costo y base comunitaria, y la organización de campañas efectivas contra la enfermedad cardiovascular, largamente aplazadas. El establecimiento de Objetivos de salud concretos, específicos y a todos los niveles de gobierno —nacional, estadual/provisional/departamental y local— debe convertirse en el foco central de la política y la acción de salud pública en las Américas. Se urge a los epidemiólogos para que tomen el liderazgo para abogar y lograr este enfoque fundamentalmente epidemiológico.

Abstract

This paper analyses the anti-health policies and programs that are being pursued by neoliberal governments on a global scale and that are being sold to the public by labeling them as “health reforms”. The role of epidemiologists in this situation is to strengthen opposition to these anti-health reforms by documenting their effects on preventive and therapeutic health services and on the health status of the population. Major difficulties in this regard are discussed.

There is a great need for epidemiologists to move boldly forward to attack the major diseases that afflict the Americas

today. Two examples of high-priority programs are discussed: the achievements of safe water supplies by newly developed, low-cost community-based initiatives, and the long overdue organization of affective campaigns against cardiovascular disease. The establishment of effective, concrete Health Objectives at all levels of government —national, state/provincial, and local— must become the central focus of public health policy and action throughout the Americas. Epidemiologists are urged to take leadership in advocating and achieving this fundamentally epidemiological approach.

* Traducción libre con la autorización del autor, por Helena E. Restrepo, Ex directora, Promoción de la Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.

Introducción

El periodo de la Post-Guerra Fría está marcado por el dominio global de la economía y la filosofía política del neoliberalismo. Las fuerzas más potentes responsables de este ascenso de las políticas neoliberales son el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que han puesto como condición para la asistencia financiera, la “reestructuración” del gobierno. En los Estados Unidos se usa un término diferente, “reinventando el gobierno”, que se ha convertido en el sinónimo de “desmantelando al gobierno”. Este es un ejemplo de la ingenuidad de este país en usar técnicas propagandísticas para hacer que las cosas parezcan lo que no son; por ejemplo, “seguro de atención médica” (*medical care insurance*) se le rotula como “seguro de salud” (*health insurance*) y al “seguro de atención médica del gobierno” (*government medical care insurance*) se le llama “pagador único” (*single payer*).

Las reformas anti-salud

Por mucho tiempo no pude entender por qué mis colegas latinoamericanos usaban el término “neoliberal” para describir las políticas de recorte de los presupuestos de salud y privatización de los servicios de salud. Me parecía que el término “neoconservador” daría una descripción más precisa. Esto, porque en los Estados Unidos hemos usado el término “liberal” para referirnos a la gente que favorece la acción del gobierno para mejorar la salud y el bienestar de la población. No entendía que se referían al liberalismo de los siglos 18 y 19, el liberalismo del crecimiento rápido de una nueva clase de comerciantes e industriales que se casaron con la doctrina de “dejar hacer” (*laissez-faire*), opuesta a la regulación del gobierno u otra interferencia a su libertad de operar de acuerdo con sus propios dictados. Los “neoliberales” de hoy son los descendientes de esta clase, transformados en los dueños de grandes corporaciones nacionales y transnacionales que ejercen una influencia política y un poder tremendos.

Durante el siglo pasado, los gobiernos aceptaron mayores responsabilidades para la expansión y mejora de los servicios de salud preventivos y terapéuticos, la educación y la vivienda, la nutrición, y otras condiciones de trabajo y de vida. Estas reformas fueron promulgadas en respuesta al crecimiento de los partidos de trabajadores y el miedo a las revoluciones. Este miedo se ha reducido mucho ahora como resultado de la victoria en la Guerra Fría. Lo que se desea en la actualidad es retornar al dejar-hacer del liberalismo de siglos anteriores, de nuevo reduciendo la interferencia del Estado al mínimo tal como en las regulaciones en salud ocupacional y seguridad, compensaciones a los trabajadores, leyes de salario mínimo, códigos

de construcción, requerimientos anti-polución, leyes contra la discriminación, y regulaciones en las drogas y alimentos que aumentan los costos y reducen las ganancias de la industria. Las corporaciones están decididas a cortar los servicios del gobierno reduciendo los presupuestos, no solamente los de los programas mencionados arriba, sino también los de escuelas y universidades públicas, viviendas públicas, hospitales y clínicas públicas, los programas de seguros de salud del gobierno, y las contribuciones gubernamentales a los fondos de seguridad social, para reducir los impuestos de las corporaciones y por consiguiente aumentar sus ganancias. Aún más, las industrias operadas por el gobierno tales como los servicios de transporte y de comunicaciones están siendo vendidas al sector privado a precios de ganga. Hoy la palabra clave es privatización; el mercado es el rey y la ganancia es la meta primordial.

Las reformas de salud de las décadas anteriores eran verdaderas reformas en el sentido de la expansión y mejoramiento de los servicios de salud para la gente. Las llamadas “reformas de salud” del periodo de Post-Guerra Fría no son, en absoluto, reformas de salud, sino lo opuesto; son programas reaccionarios diseñados para limitar el acceso a, y empeorar la calidad de los servicios de salud disponibles para la mayoría de la población. Las características específicas de esas anti-reformas de salud varían, dependiendo de los diferentes tipos de servicios de salud de cada país, y el resultado de las campañas anti-salud en cada uno de ellos dependerá de la fuerza y las estrategias de las fuerzas contendoras.

Documentar el daño causado por las reformas anti-salud

Los epidemiólogos y otros trabajadores de la salud pública tienen una gran responsabilidad para que usen sus habilidades y conocimientos para fortalecer la oposición a las reformas anti-salud. Los epidemiólogos pueden documentar los efectos de los cortes en el funcionamiento de los servicios de salud, no sólo en la reducción de los servicios específicos preventivos y terapéuticos, sino también en los índices de salud tales como el estado nutricional; las tasas de inmunizaciones; la incidencia de enfermedades prevenibles; los programas amplios de citología vaginal y mamografía; la ampliación de programas de detección de factores de riesgo como la hipertensión arterial y colesterol sérico; y las tasas de letalidad operatoria, las de letalidad de los casos y otras medidas de resultados de tratamientos.

Pero los epidemiólogos están impedidos para tales estudios por la falta de redes efectivas de información de estos datos a nivel local, estadual o provincial, y nacional. Hay una gran escasez de epidemiólogos en

los departamentos de salud[†]; se necesitan urgentemente, para diseñar e implementar la recolección de los datos y para su interpretación. Los epidemiólogos que tengan acceso a la publicación de la OPS de 1988 titulada: “El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas” (*The Challenge of Epidemiology: Issues and Selected Readings*) por Carol Buck, Álvaro Llopis, Enrique Nájera y Milton Terris, encontrarán una fascinante discusión de estos aspectos en el “Capítulo V: Perspectivas para el futuro” en el cual Álvaro Llopis señala algunos de los problemas de América Latina, en respuesta a la pregunta: “¿Cuál es la experiencia en América Latina? ¿Hay centros de epidemiología?”, y él dice que muchos países tienen centros que no son parte de los servicios de salud.

Otro problema es que, aunque mucha gente los llama epidemiólogos, muchos de ellos no trabajan en esta disciplina. La mayor parte del tiempo administran programas de control de enfermedades, que sigue la tradición de la práctica de la epidemiología en esta región. La investigación no es una prioridad.

Esta asociación tan estrecha con los programas de control de enfermedades no es mala por sí misma, lo que pasa es que hace sólo administración, y la epidemiología no se usa para nada, entonces en lugar de que la persona esté encargada del control, el control domina a la persona.

En los Estados Unidos existe otro factor, el cambio de lugar principal de la investigación epidemiológica de los departamentos de salud oficiales a las universidades. Como resultado, algunas de las tendencias intrínsecas de la vida académica se han hecho cada vez más evidentes; hay una mayor preocupación por la metodología estadística de la manipulación de los datos que por la solución de los problemas de enfermedad; un abandono de los estudios de comunidad y de campo en los cuales el investigador conocía los datos y sus limitaciones, y un incremento en el uso de datos de otros, sin importar su valor; una orientación dirigida más hacia la meta de “publica o perece” que al objetivo de prevenir la enfermedad y la muerte; y, finalmente, una actitud elitista y arrogante hacia el empleado oficial de salud que es similar a la actitud del clínico académico hacia el médico general.

Un artículo reciente del *American Journal of Epidemiology* sobre “El fracaso de la epidemiología académica” (*The Failure of Academic Epidemiology*) critica a los epidemiólogos académicos por adoptar una perspectiva biomédica limitada que fracasa “para apoyar la misión fundamental de la salud pública de prevenir la enfermedad y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la comunidad”, y falla para dar “el énfasis apropiado sobre los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales de la enfermedad” [1].

Siempre creí que esto era menos notorio en América Latina, y menciono esto porque dos miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recientemente me expresaron su gran aprecio por dicho artículo. Me parece que el enfoque de los epidemiólogos académicos americanos puede existir también en América Latina.

Las dificultades para cumplir con nuestras obligaciones hacia el público —la falta de redes adecuadas de datos, la escasez de epidemiólogos, el mal uso extendido de las posiciones administrativas en los departamentos de salud, y la tendencia de los epidemiólogos académicos de encerrarse en sus torres de marfil— necesitan ser discutidas ampliamente para planear una acción correctiva efectiva.

La necesidad de una respuesta positiva: ataque a las enfermedades importantes

Además, hay una gran necesidad de epidemiólogos no sólo para monitorear y exponer los defectos en los servicios de salud y el estado de salud resultante de las reformas anti-salud, sino para impulsar audazmente el ataque a las enfermedades principales que afligen hoy a la población de las Américas. Ellos necesitan buscar activamente el apoyo popular para sus campañas, de tal manera que los gobiernos de todo nivel puedan empezar a reconocer la necesidad urgente de proveer los recursos financieros necesarios.

Permítanme darles sólo dos ejemplos de las causas principales de enfermedad y trauma. En enero de 1991, por primera vez en este siglo, la epidemia de cólera golpeó a las Américas. De 1991 a 1993, 941.805 casos y 8.622 muertes fueron informadas [2]. También, con base en los datos disponibles para los años alrededor de 1990, se estimó que el número de muertes informadas de infecciones intestinales en niños menores de cinco años en las Américas era de cerca de 52.000, representando el 15% del total de muertes en este grupo de edad. Esto es subestimado, porque el número de casos que no reciben atención en los servicios de salud no se informa; la mayoría de los países presentan datos que pueden representar un subregistro de 20 a 40% [3].

Uno de los factores más responsables de estas tasas tan altas es la falta de agua de buena calidad y de eliminación de excretas. Vicente Witt y Fred Reiff de la OPS estimaron que al final de 1988, 89 millones personas (cerca de 34 millones en zonas urbanas y 55 millones en áreas rurales), que corresponde al 21% de la población de Latinoamérica y el Caribe, aún no tenían acceso a agua y cerca de 141 millones (57 millones en

[†] En el caso de Colombia, las secretarías de salud.

área urbana y 84 en la rural), que corresponde al 34% de la población total, carecían de servicios adecuados de aguas negras y eliminación de excretas [4].

La epidemia del cólera llevó a la OPS a proponer un programa a gran escala de calidad de agua y servicios de saneamiento, para ser financiado con los presupuestos nacionales y donantes externos [5]. Pero los donantes externos no estuvieron interesados y el plan no se pudo implementar.

No obstante, en 1996, Fred Reiff, Mirta Roses, Linda Venczel y Vicente Witt de la OPS y Roberto Quick del Centro de Control de Enfermedades del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, publicaron un artículo en el *Journal of Public Health Policy* (Revista de Políticas de Salud Pública) sobre “Agua potable a bajo costo para el mundo: una solución práctica provisional” (*Low-Cost Safe Water for The World: A Practical Interim Solution*) [6], el cual estimaba que el 41% de la población de América Latina y el Caribe en 1994 consumía agua de beber que no era segura microbiológicamente; aproximadamente la mitad de las viviendas afectadas estaban conectadas a fuentes de agua inadecuadas y no confiables; la otra mitad se surtía de fuentes de agua no entubadas y contaminadas por microbios. Para llenar sus necesidades de sistemas de agua entubadas se requerirían cantidades enormes de inversión en recursos financieros y humanos.

“Las inversiones de capital para tales sistemas varían usualmente en el rango de \$100 a 150 dólares por persona servida. Aunque deseable, no es realista esperar que ocurran tan grandes inversiones en el futuro cercano... Sin embargo, es factible aún para la gente pobre de países en desarrollo disfrutar de los beneficios de un agua segura microbiológicamente a través de iniciativas con base comunitaria y financiadas por las comunidades que tendrían un costo que oscila entre 1.5 y 4 dólares por familia de cinco miembros, incluyendo la amortización inicial de la inversión. La intervención consiste en facilitar a cada vivienda las cantidades esenciales de agua intradomiciliaria en contenedores especiales para almacenarla y usarla, y promover la producción de agua a nivel local... Esta posibilidad se está demostrando actualmente en proyectos de intervención muy avanzados ya en Bolivia, Colombia, República Dominicana, Ecuador, Nicaragua y Guatemala, y está en fases iniciales en Cuba, El Salvador, Honduras, Panamá y Perú. Esta intervención es posible y factible porque requiere solamente una pequeña inversión inicial, unos pocos minutos diarios por parte de la familia, y es suficientemente simple para ser llevada a cabo y efectuada por cualquiera de los miembros de la familia desde los niños hasta los ancianos” [6].

Aunque los informes preliminares de los proyectos de intervención están dando resultados favorables, hay una gran necesidad de desarrollar adicionalmente estudios de intervención de mayor profundidad que estén

bien planeados e implementados. Esta es un área de gran importancia para la salud de la gente de América Latina, y una de las cuales requiere no sólo de las destrezas de epidemiólogos, sino de su liderazgo y determinación en todos los países para convencer al gobierno que autorice y apoye estos proyectos de demostración, y si los resultados son favorables, extienda el programa a todos los lugares vulnerables.

Un segundo ejemplo es el de la enfermedad cardiovascular, la principal causa de muerte en las Américas. En 1990, las muertes por el sistema circulatorio, como porcentaje del total de muertes por causas definidas, tuvo un rango en 24 países desde 46% en Argentina, 44% en Cuba, 43% en Estados Unidos, 41% en Uruguay, y 40% en Canadá, a los más bajos de 21% en Ecuador y El Salvador, 20% en México, y 19% en Perú y Nicaragua. En el periodo de tres años entre 1968 a 1970, las tasas de muerte ajustadas por edad por enfermedades cardiovasculares en 15 países de las Américas se distribuyeron en un rango de más altas en Trinidad y Tobago (Hombres 307, Mujeres 230), Estados Unidos (H254, M146), Argentina (H235, M144), Uruguay (H208, M143) y Canadá (H205, M117), y las más bajas en Costa Rica (H137, M125), México (H109, M113), República Dominicana (H99, M95), Guatemala (H66, M66) y El Salvador (H59, M61). Para el periodo de 1985-1987, la disminución mayor de las tasas ocurrió en Estados Unidos, Canadá, Chile, Trinidad y Tobago, y Venezuela, mientras que los incrementos ocurrieron en El Salvador, República Dominicana y Guatemala [7].

La enfermedad cardiovascular es el resultado de niveles altos de colesterol sérico derivados de una dieta rica en grasas saturadas y colesterol, presión arterial alta, fumar cigarrillos, y falta de ejercicio físico. Todos estos son factores susceptibles de programas de acción de salud pública. Los epidemiólogos en Latinoamérica deberían considerar tal acción como una prioridad muy alta. Necesitan medir la prevalencia de estos factores de riesgo en cada país para ayudar a movilizar a la población y a los gobiernos para que conduzcan grandes campañas para bajar su prevalencia, y deben evaluar la efectividad de los programas de acción en reducir no solamente la prevalencia de los factores de riesgo sino la morbilidad y mortalidad, consecuencia de la enfermedad cardiovascular.

Un foco central de salud pública

Finalmente, quisiera comentar sobre una de las afirmaciones hechas por un miembro importante de la Organización Panamericana de la Salud que sentía la necesidad de desarrollar un foco central para el trabajo de la OPS y de sus países miembros, un enfoque unificado que caracterizara y orientara la dirección de las actividades de salud pública. Yo sostengo que tal enfoque ya existe,

y su nombre es Objetivos de Salud (*Health Objectives*) no solamente para las naciones, sino para sus estados o provincias[‡] como también para las localidades.

La necesidad de moverse hacia la planeación de salud con enfoque epidemiológico, y a la planeación por resultados —es decir, a resultados en términos de enfermedad, discapacidad, y muerte de la población— fue formulada primero por el gobierno canadiense en el Informe de Lalonde (*Lalonde Report*) de 1974. Este informe señaló que “vastitas sumas están siendo gastadas tratando la enfermedad que en primer lugar podría haber sido prevenida”, y propuso una estrategia de fijar metas (*goal-setting*) que incluía: “El desarrollo de reducciones específicas en la incidencia de las mayores causas de morbilidad y mortalidad”, y “el establecimiento de fechas específicas para alcanzar dichas reducciones en morbilidad y mortalidad” [8].

Esta estrategia de fijar metas fue formalmente adoptada por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos en 1979 [9, 10], pero éste ya había comenzado sus campañas para prevenir enfermedades no-infecciosas en los años 60. De 1965 a 1987, la prevalencia ajustada por edad de fumar cigarrillo declinó de 52 a 31% para hombres, y de 34 a 27% para mujeres [11]. De 1970 a 1987, la tasa de muerte ajustada por edad por enfermedades del corazón, bajó en un 33%, la de enfermedad cerebrovascular en 55%, la de accidentes en 35% y la de enfermedad crónica del hígado y cirrosis en 40%. Como resultado, la tasa global de mortalidad cayó en un 25% [12].

Estos notables éxitos, sin precedentes, reflejan la gran cantidad de experiencia que necesita ser estudiada y analizada por los trabajadores de salud pública a lo largo de las Américas. Los fracasos necesitan ser estudiados, particularmente el impacto limitado en los sectores menos educados de la población quienes ostentan las tasas más altas de muerte, enfermedad y discapacidad [13].

Los objetivos específicos de salud, epidemiológicamente orientados han sido establecidos en Australia, India y países europeos. Están conspicuamente ausentes las Américas, excepto en Estados Unidos y en Cuba, que en febrero de 1992, adoptó un plan detallado: Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000.

La razón para esta ausencia se me clarificó hace unos pocos años, cuando tuve el privilegio de participar en cinco congresos de epidemiología, en Venezuela, República Dominicana, Brasil, Cuba y Guatemala: había un sorprendente número de participantes en todos esos congresos. Estoy convencido que la epidemiología ha renacido en forma importante en América Latina.

Las reuniones a las que asistí tenían muy buena calidad, los estudios epidemiológicos presentados estaban bien diseñados desde un punto de vista científico, y las conclusiones que sacaban eran muy sensatas. De gran importancia fue el hecho de que muchas de las personas asistentes a los congresos no eran epidemiólogos en el sentido estricto, sino trabajadores de la salud pública que venían a aprender cómo la epidemiología podía ayudarlos en su trabajo. Efectivamente, el ministro de salud colaboró con el financiamiento y patrocinio del congreso en cada lugar. Sin embargo, no todos los congresos hicieron el suficiente énfasis sobre las implicaciones de los hallazgos epidemiológicos para la administración de la salud pública, para los programas de salud pública, para las políticas de salud pública.

El divorcio entre la teoría y la práctica, y la separación del medio académico del campo donde está la acción, continuaba siendo evidente. Había muy poca discusión de epidemiología aplicada: uso de la epidemiología en determinar prioridades, en diseño de programas de acción, en evaluación de los programas y los servicios.

Esta separación de la epidemiología y la salud pública puede ser y será cambiada haciendo que los Objetivos de Salud sean el foco central de los programas de salud pública y de los servicios. Sin embargo, la experiencia ha mostrado que es necesario hacer realidad que la formulación de objetivos no se limite a epidemiólogos y otros trabajadores de salud pública; deben ser desarrollados en cooperación con todos los sectores de la población y con el gobierno, para que sean verdaderamente aceptados, apoyados e implementados. Más aún, deben estar dirigidos a la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad por causas específicas de enfermedad, discapacidad y muerte, con metas expresadas en números definidos para periodos de tiempo precisos. Los objetivos deben ser monitorizados de cerca, de tal manera que las fallas para alcanzar ciertas metas se vuelvan sujeto de cuidadoso análisis así como base para la revisión de los programas de acción.

Tales objetivos de salud proveen una herramienta concreta y práctica para impulsar una real rendición de cuentas, puesto que reemplazan a las afirmaciones generales y a la verborrea burocrática con números reales, con datos fríos y duros. Proporcionan un enfoque fundamentalmente epidemiológico de la salud del público, y urgen a los epidemiólogos a tomar el liderazgo para obtener su adopción a todos los niveles del gobierno —nacional, estadual/provincial/departamental[§] y local— como el foco central para la política y la acción de salud pública en todas las Américas.

[‡] Departamentos en el caso de Colombia. (Nota de la traductora).

[§] Ver nota de pie anterior.

Reconocimiento

Este trabajo fue presentado en Epid 97, el congreso conjunto de las Asociaciones de Epidemiología Iberoamericana, Latinoamericana, Andina y Venezolana, en Caracas, Venezuela, el 18 de noviembre de 1997.

Referencias

1. Shy CM. The Failure of Academic Epidemiology: witness for the prosecution. *Am J Epidemiol* 1997; 145: 479-84.
2. Pan American Health Organization. Health conditions in the Americas. Washington: 1994; 164.
3. *Ibid.*, p. 167.
4. Witt VM, Reiff FM. Environmental health conditions and cholera vulnerability in Latin America and the Caribbean *J Public Health Policy* 1991; 12: 450-63.
5. Guerra de MC. Overview of the epidemic and the regional plan, in *Confronting Cholera: The Development of a Hemispheric Response to the Epidemic*. Conference Proceedings. Coral Gables, FL.: University of Miami, p. 6.
6. Reiff FM, Roses M, Venczel L, Quick R, Witt VM. Low-cost safe water for the world: a practical interim solution. *J Public Health Policy* 1996; 17: 389-408.
7. Pan American Health Organization. *Op. cit.* p. 219, 220.
8. Lalonde MA. *New perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada; 1974.
9. *Healthy People, the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention, 1979* Washington: Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service; 1979.
10. *Promoting health/preventing disease: objectives for the nation*. Washington: Department of Health and Human Services. Public Health Service; 1980.
11. *Health United States 1989*, Washington: Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1990. p. 165.
12. *Ibid.*, p. 121.
13. *Ibid.*, p. 166.

Parámetros antropométricos de la población laboral colombiana, 1995

Anthropometric parameters of the working population in Colombia, 1995

Jairo Estrada M¹; Jesús Antonio Camacho P²; María Teresa Restrepo C³; Carlos Mario Parra M⁴.

1 Profesor, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

2 Antropólogo Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

3 Profesora, Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

4 Profesor, Facultad de Ingeniería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Resumen

El estudio consistió en medir 69 variables antropométricas, en 2.100 trabajadores, 785 de sexo femenino y 1.315 de sexo masculino, en edades entre los 20 y los 60 años, con el propósito de caracterizar la población laboral de acuerdo con su antropometría, para generar una base de datos antropométrica, para elaborar por cada variable una tabla organizada por grupo etáreo y sexo, para tener una herramienta de trabajo que pueda utilizarse más tarde en diseño de espacios y ropas de trabajo, de equipos de protección personal, de máquinas y equipos,

lo mismo que lugares especiales para enseñanza, deporte, descanso y la vida social de los trabajadores. Los datos fueron operados estadísticamente para la obtención de los estadísticos que suelen utilizarse en el ámbito internacional en el campo de la antropometría: percentiles 1, 2.5, 3, 5, 10, 20, 25, 30, 40, 50, 60, 70, 75, 80, 90, 95, 97, 97.5 y 99. Luego fueron organizados en tablas, una tabla por cada dimensión medida para cada sexo. -----*Palabras clave:* antropometría, parámetros antropométricos

Abstract

The study consisted on measuring 69 variable anthropometric, in 2.100 people, 1.315 man and 785 women, in ages that oscillate between the 20 and the 60 years, with the purpose of characterizing the population labor agreement Colombian with its anthropometric, to generate a database anthropometric, to elaborate for each selected variable a chart of having been by age group and sex, to have a work tool that allows later on to use this information in design of work spaces, of work clothes, of equipment of personal protection, of machines and equipments, and even of special places for the training, the

sport, the rest and the social life of the workers. The data were operated statistically for the obtaining of the statistical ones that you/they usually use in the international environment in the field of the anthropometric: percentiles 1, 2.5, 3, 5, 10, 20, 25, 30, 40, 50, 60, 70, 75, 80, 90, 95, 97, 97.5 and 99. Then they were organized in charts, a chart for each dimension measured for each sex. -----*Key words:* anthropometric, anthropometric parameters

Introducción

Colombia no cuenta con una base de datos antropométricos de la población, lo que ha conducido a un conjunto de prácticas que no tienen en cuenta las dimensiones de las personas cuando se busca diseñar elementos de trabajo, muebles, espacios, entre otros.

Las máquinas que utilizan las empresas, en una gran proporción, son de origen extranjero, lo que se traduce en muchos casos, en dificultades para su manejo, pues los trabajadores deben hacer esfuerzos innecesarios para observar los mostradores y para manipular los diferentes controles.

El mobiliario utilizado en los sitios de trabajo y especialmente en oficinas es fabricado casi siempre de manera empírica, con dimensiones que no consultan las necesidades del usuario, que en una gran cantidad de ocasiones obligan a posturas incómodas y a esfuerzos indebidos.

La ropa de trabajo y los equipos de protección individual se fabrican con criterios “económicos y con tendencia a la moda”, lo que implica para el usuario alguna incomodidad y a veces una desmotivación en su uso.

En los espacios públicos igualmente se ha venido insistiendo en la necesidad de incluir el diseño antropométrico teniendo en cuenta las dimensiones de los usuarios, para garantizar la comodidad y seguridad requerida en ellos.

Cuando los ergonomistas tratan de aplicar sus conocimientos en el diseño o en el rediseño de estaciones de trabajo, deben consultar tablas de otros países, hacer ajustes a veces de manera empírica y en general, tratar de aplicar criterios muy costosos cuando se trata de adaptar el trabajo a las características del hombre, de manera individual.

Los estudios en el área de la salud, por ejemplo, en Nutrición y Dietética, para determinar la obesidad y la relación de ésta con alteraciones de salud o en otro caso, el riesgo de enfermedades por déficit de peso, se han basado en el porcentaje (%) de adecuación de peso para talla o en el índice de masa corporal, sin tener en cuenta, en la mayor parte de las veces, la acumulación anormal de grasa subcutánea.

Por todas estas consideraciones es necesario disponer de una base de datos antropométricos de la población colombiana, y en particular de la población laboral, con el propósito de ser utilizados posteriormente en las diferentes actividades laborales, en aplicación en diversos servicios, en el diseño de espacios y en aspectos relacionados con la salud.

La actividad laboral, ha cobrado mucha importancia en los últimos cincuenta años. En diferentes países se han llevado a cabo investigaciones en población general y en población laboral en particular, posibilitando ello que los ambientes de trabajo comiencen a tener otras facilidades y comodidades que antes no tenían.

En Colombia, se han hecho algunos intentos para efectuar mediciones antropométricas, pero no había sido posible la realización de un estudio completo con implicaciones sobre algún sector de la sociedad.

Ante la carencia de esta información, la Facultad Nacional de Salud Pública con el apoyo económico del Instituto de Seguros realizó una investigación en la población laboral con el propósito de obtener la información antropométrica necesaria en los procesos de diseño de puestos de trabajo, ropa de labor, equipos de protección individual y en general ambientes laborales.

Materiales y métodos

Para llevar a cabo la investigación se contó con dos antropómetros Tipo Martin, homologados para investigación, una báscula, dos calibradores de pliegues cutáneos, cuatro cajones de madera, dos niveladores de pies, escritorios o mesas, sillas, dos bases para antropómetro, escarapelas, formularios para la captura de datos, ropa para medición de los sujetos, material fotográfico y de video, petos, delantales, material de oficina (papel, lápices, bolígrafos, algodón, sello numerador, desmanchado, tablas planilleras, cinta embalaje, cinta enmascarar, sobres para correspondencia, papel carbón, cosedora).

Se contó con un laboratorio de antropometría para los procesos de capacitación y normalización de los evaluadores y un salón de mediciones en cada empresa seleccionada.

Fueron capacitados 33 estudiantes de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia, los cuales se distribuyeron para cada una de las doce ciudades involucradas en las mediciones. Cada uno de ellos posteriormente se especializó en una estación de trabajo, es decir, en un conjunto de medidas, con el propósito de obtener mayor eficiencia en el proceso de medición.

En cada una de las ciudades se entrenaron anotadores de la información y un administrador para los contactos con las empresas seleccionadas y para hacer el proceso de filtro a la entrada de los trabajadores a ser evaluados.

El presente estudio se desarrolló sobre personas laboralmente activas, clínicamente sanas y con un año como mínimo en su oficio. Fueron excluidas aquellas personas que se encontrasen enfermas, con problemas posturales, amputaciones, así como también los militares, los campesinos, los mineros y los trabajadores del sector informal de la economía.

La población objeto estuvo constituida por la totalidad de trabajadores colombianos al momento de materializarse la investigación. Por la carencia de información actualizada acerca del número de trabajadores a tal fecha y por la metodología internacional de estudios antropométricos, se decidió que la población muestral está constituida por los trabajadores entre 20 y 59 años cumplidos afiliados al ISS a diciembre de 1994.

De esta manera la población muestral está distribuida a lo largo y ancho del país, que para efectos de representatividad del estudio se dividió en tres zonas: norte-caribe, occidental y centro-oriente.

La zona norte-caribe comprende los departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Atlántico, Magdalena, Cesar y Riohacha.

La zona occidental comprende los departamentos de Antioquia, Chocó, Risaralda, Quindío, Valle, Cauca y Nariño.

La zona centro-oriente comprende los departamentos de Tolima, Huila, Caldas, Cundinamarca, Boyacá, Santander, Norte de Santander.

Los trabajadores están vinculados a diversos sectores económicos y empresas, resultando en un imposible práctico la selección aleatoria individual de personas y de empresas.

Por la carencia de información zonal de la distribución laboral por sexo, para cada región, se optó por la aplicación de los porcentajes nacionales de participación: 60% de hombres y 40% de mujeres.

En forma similar se decidió adoptar la distribución piramidal etárea de la población colombiana con el fin de obtener una muestra lo más representativa posible.

Se seleccionó una muestra de acuerdo con las siguientes especificaciones estadísticas:

Se parte de la base de que el tamaño mínimo necesario de una muestra, con un 95% de confiabilidad, para que tenga representatividad, debe ser de 120 unidades; en este caso por cada grupo etáreo y sexo se deben tener 120 personas a medir. Para la presente investigación se definieron cuatro (4) grupos de edades, cada uno con un campo de 10 años, así: 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59.

Dentro de todos los posibles parámetros se ha seleccionado el de la obesidad, ya que si se tiene en cuenta que algunas de las variables están relacionadas con la obesidad, se dispondrá que es necesario definir la probabilidad de encontrar obesos en la muestra y por lo tanto se podrá aplicar una fórmula como la siguiente:

Estimada la proporción de obesidad se calculó la muestra así:

$$1 - \alpha = 0.95; p=0.5; e=0.025$$

Con α = confiabilidad; p = probabilidad de que se den obesos en la muestra, e = error permisible,

$$n = (2/e) \times p^2$$

$$n = (2/0.025) \times 0.25 = 1.600 \text{ sujetos.}$$

Como la población colombiana se distribuye piramidalmente, para las cuatro franjas etáreas consideradas, se tienen los siguientes porcentajes:

20-29 años (38%); 30-39 años (28%); 40-49 años (20%); 50-59 años (14%).

Además, por datos del DANE (Colombia Estadística, 1990) el 60% de la población laboral es masculina y el 40% es femenina.

Para garantizar mayor seguridad, el tamaño muestral se aumenta en 500, llegando a 2.100 sujetos. Dicha muestra se distribuyó según participación por grupo etáreo y sexo con resultados en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la muestra por grupo etáreo y por sexo

Edad	Sexo		
	Hombres	Mujeres	Total
	N (%)	n (%)	N(%)
20 - 29	479	319	799 (38%)
30 - 39	353	235	588 (28%)
40 - 49	252	168	420 (20%)
50 - 59	176	118	294 (14%)
Total	1260 (60%)	840 (40%)	2100

Por la carencia de registros de la participación por sexo y grupo etáreo en la población laboral colombiana, la muestra se distribuyó buscando la máxima representatividad y concordancia con la realidad; los resultados se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución ajustada de la muestra por grupo etáreo y por sexo

Edad	Sexo		
	Hombres	Mujeres	Total
	N (%)	n (%)	N(%)
20 - 29	488	234	722 (34.4%)
30 - 39	446	255	701 (33.4%)
40 - 49	271	225	496 (23.6%)
50 - 59	110	71	181 (8.6%)
Total	1.315	785	2.100

El ajuste de esta muestra tiene explicación a partir de la legislación colombiana que define la edad de jubilación a los 50 años para algunos grupos de mujeres. Igualmente la práctica empresarial de buscar liquidar a sus trabajadores antes de cumplir los diez años laborales para evitar cargas prestacionales altas. Así mismo se encuentra que en algunas empresas, por la firma de convenciones colectivas favorables a los trabajadores, se les jubila en edades inferiores de los 50 años. Por estas razones se encuentran las diferencias en los grupos etáreos de 40-49 y 50-59 años.

Basados en un criterio de distribución geográfica se definieron tres zonas organizadas de la siguiente forma:

Zona 1: Riohacha - Santa Marta - Barranquilla - Cartagena.

Zona 2: Bogotá - Bucaramanga - Barrancabermeja - Manizales.

Zona 3: Medellín - Pereira - Cali - Pasto.

Se descartan zonas como San Andrés y Providencia y los departamentos de la Amazonía y la Orinoquía, que podrán ser incluidos en una segunda fase.

El objetivo general consistió en caracterizar antropométricamente la población laboral colombiana, mediante tablas organizadas por edad y sexo.

La investigación resultante es un estudio descriptivo en una muestra poblacional de 2.100 trabajadores colombianos, hombres y mujeres, en edades entre los 20 y los 59 años de edad.

El presente estudio corresponde a la categoría de investigación descriptiva, puesto que se pretende mostrar el estado de las variables antropométricas según los estudios de clasificación: sexo y grupos de edad.

Para cumplir con el objetivo formulado en el proyecto se tuvieron en cuenta las siguientes variables clasificadas por tipo:

Las variables zona geográfica, sector de producción, ocupación u oficio (según criterio de OIT) y las cuantitativas tiempo de servicio en el oficio y grado de escolaridad son de uso interno de la investigación y no se utilizaron para hacer análisis ni inferencias estadísticas en esta investigación.

Todas las variables cuantitativas que signifiquen medición con antropómetro, compás de corredera y cinta métrica se tomaron en centímetros con sus respectivos decimales; las variables tomadas con calibrador de pliegues cutáneos (adipómetro) se registraron en milímetros y sus decimales; el peso se registró en kilogramos con sus decimales.

En esta investigación se consideran como dimensiones antropométricas a las medidas morfológicas, macroscópicas, fenotípicas y de superficie, que se realizan a las personas bajo un protocolo de medición y según técnicas reconocidas en la literatura científica internacional.

Grupo 1. Masa corporal (peso)

Grupo 2. Alturas globales y de tronco

Grupo 3. Alturas de las extremidades

Grupo 4. Anchuras de cabeza y tronco

Grupo 5. Anchuras de extremidades

Grupo 6. Larguras

Grupo 7. Perímetros cabeza y tronco

Grupo 8. Perímetros de extremidades

Grupo 9. Pliegues cutáneos

Posteriormente, a cada variable se le definió una tolerancia para aceptarle la medición, con el propósito de obtener una mayor precisión en los datos. Esta tolerancia fue asignada de la siguiente manera:

0.2 Kg	Masa corporal (Peso)
1.0 cm	Altura Alcance vertical máximo Altura Alcance vertical con Asimiento
0.8 cm	Perímetro Deltoideo (hombros) Perímetro Mesoesternal (pecho) Perímetro Abdominal I (cintura) [parado] Perímetro Abdominal II (umbilical) [parado] Perímetro Cadera (gluteal) [parado]
0.5 cm	Estatura Altura de los Ojos [parado] Altura de los Ojos [sentado] Altura Sentado sin Erguirse Altura Sentado Erguido Altura Acromial [parado] Altura Acromial [sentado] Altura Cresta Iliaca Medial [parado] Altura del Codo [parado]. Altura de la Muñeca [parado]. Altura Dedo Medio [parado]. Altura Codo [sentado]. Altura del Muslo [sentado]. Altura de la Rodilla [sentado]. Altura Fosa Poplítea [sentado]. Anchura de hombros. Anchura Bideltoidea. Anchura Tórax. (Pecho). Anchura Antero Posterior del Tórax. Anchura Bicrestal [parado]. Anchura Bitrocantérea [parado]. Anchura Codo a Codo. Anchura de la Cadera [sentado]. Alcance Lateral Asimiento. Alcance Anterior con Asimiento. Largura Nalga a Fosa Poplítea [sentado]. Perímetro Cefálico. Largura Nalga a Rodilla [sentado]. Perímetro Muslo Medio [parado]. Perímetro Muslo superior [parado].
0.3 cm	Anchura Bicigomática (cara). Anchura Transversal de la Cabeza. Anchura Antero Posterior de la Cabeza. Largura de la Mano. Largura de la Palma de la Mano. Largura del Pie. Largura Talón a Primer Metatarso. Perímetro Brazo Flexionado y Tenso.

	Perímetro Brazo medio y Relajado.
	Perímetro Antebrazo.
	Perímetro Carpo.
	Perímetro Metacarpial.
	Perímetro Rodilla Media [parado].
	Perímetro Pierna Media.
	Perímetro Supramaleolar.
	Perímetro Metatarsial.
0.2 cm	Anchura Biepicóndilo del Húmero (Codo).
	Anchura Muñeca.
	Anchura Metacarpial (de la Mano).
	Anchura Rodilla.
	Anchura Tobillo.
	Anchura del Talón.
	Anchura Metatarsial [del Pie].
5%	Pliegue Cutáneo Subescapular (de la Espalda).
	Pliegue Cutáneo Ileocrestal (Suprailíaco Medio) [Parado]
	Pliegue Cutáneo Supraespinal (Suprailíaco Anterior) [parado]
	Pliegue Cutáneo Abdominal (Umbilical) [parado]
	Pliegue Cutáneo Tríceps (del Brazo Posterior).
	Pliegue Cutáneo Bíceps (del Brazo Anterior).
	Pliegue Cutáneo Muslo Medio y Anterior.
	Pliegue Cutáneo Pierna Interna y Media (Pantorrilla).

Para los tres índices no se definió tolerancia admisible, sino que es el resultado de aplicar los valores que ya previamente han tenido su aceptabilidad.

Instituciones participantes

Instituto de Seguros Sociales: Entidad financiadora y promotora de la investigación entre las empresas afiliadas.

Universidad de Antioquia: Entidad ejecutora a través de la Facultad de Salud Pública como directora del proyecto y de las facultades de Ingeniería y de Nutrición y Dietética como colaboradoras.

Resultados

Los resultados de esta investigación se encuentran consignados en 144 tablas antropométricas, correspondiendo a 69 variables medidas, 3 índices derivados, y una tabla por cada sexo.

La forma general de la tabla 3 se muestra para dos variables en forma completa y posteriormente se hace una sola tabla comprensiva de los estadísticos globales, de todas las variables por cada sexo (tablas 4 y 5).

Prueba estadística de normalidad, asimetría y curtosis

Por la importancia que tiene la Distribución Normal para caracterizar los resultados en muchas variables antropométricas, se procedió a evaluar la hipótesis de normalidad en la totalidad de las medidas (variables) estudiadas por sexo, para el grupo de edad de 20 a 59 años; usándose para ello la prueba de significancia de Shapiro - Wilk para dos colas, como se muestra en la tabla 6.

En esta distribución empírica se comparó con respecto a un valor teórico de un estadístico construido a partir del primero y segundo momentos (media y desviación típica). En la función de distribución normal (reportado en tabla) se acepta el supuesto de normalidad establecido.

Esta prueba de distribución estadística permite conocer las características de la distribución normal. Generalmente se asume para muchos fenómenos, especialmente antropométricos, que las distribuciones empíricas obtenidas cumplen con las condiciones de la distribución normal, lo cual no siempre se cumple. Por ello, al inferir o utilizar los resultados de una distribución empírica sin haberle hecho algunas pruebas, se corre el riesgo de cometer algunos errores.

La asimetría o tercer momento de la Distribución Normal es un indicador que define el sesgamiento que presenta la distribución empírica analizada hacia una de las dos colas; cuando es completamente simétrica se asume un valor cero para valores menores a -0.5 (sesgada a la izquierda) o mayores de 0.5 (sesgada a la derecha), se considera que hay una alteración en la simetría.

La curtosis es el grado de levantamiento de una distribución, en relación con la distribución normal; si asume valor cero es normocúrtica; valores menores de -0,5 bradicúrticos, o mayores de 0,5 leptocúrticos, se considera que pueden reflejar alteraciones en el levantamiento o altura de la distribución empírica analizada.

Aplicaciones de la antropometría

Aplicaciones en salud - nutrición

Los datos antropométricos tienen usos variados en las ciencias biomédicas, especialmente en nutrición, bien sea en estudios que tienen por objetivo evaluar en un momento dado el estado nutricional de un individuo y de grupos de individuos, o para describir cambios a través del tiempo en las medidas corporales que tienen mayor relación con el estado nutricional.

El mayor uso de las medidas corporales en niños y jóvenes se da en la evaluación del crecimiento físico y de la proporcionalidad corporal; los estudios sobre

Tabla 3. Parámetros antropométricos de la población laboral colombiana 1995

Variable: Altura Estatura (cm)	Universidad de Antioquia		Instituto de Seguros Sociales		
	Grupo de edad (años) - Masculino*				
	20-29	30-39	40-49	50-59	20-59
Tamaño	487	447	271	110	1.315
Mínimo	152,6	144,0	151,5	148,8	144,0
Cuartil 1	166,1	164,6	163,3	161,1	164,6
Media	170,1	168,9	167,5	165,6	168,8
Cuartil 3	173,7	173,7	171,6	170,8	173,3
Máximo	194,5	185,0	182,8	185,4	194,5
Desv. Tip.	6,52	6,27	5,93	7,08	6,50
Err. Est. M.	0,29	0,29	0,36	0,67	0,17
<i>Percentiles</i>					
1	156,0	154,4	154,8	151,4	153,6
2,5	157,5	156,0	156,5	152,3	156,0
3	158,1	157,4	156,6	152,4	156,6
5	159,5	158,3	157,6	153,3	158,0
10	162,5	160,8	160,0	156,5	160,7
20	165,0	163,5	162,3	160,5	163,5
30	166,8	165,9	164,2	161,7	165,5
40	168,0	167,6	165,7	164,6	167,2
50	169,4	169,4	167,5	165,5	168,6
60	171,2	170,7	169,1	166,9	170,4
70	172,9	172,9	170,9	170,0	172,3
80	175,5	174,4	172,7	171,3	174,2
90	178,8	176,6	174,9	173,8	177,1
95	181,1	178,5	177,3	176,1	179,2
97	183,2	179,8	178,3	178,9	181,0
97,5	183,8	180,4	178,7	179,9	181,4
99	186,7	182,9	179,9	182,9	184,6

Variable: Altura Estatura (cm)	Grupo de edad (años) - Femenino†				
	20-29	30-39	40-49	50-59	20-59
Tamaño	233	256	225	71	785
Mínimo	144,8	143,1	140,6	140,8	140,6
Cuartil 1	153,0	151,9	151,0	150,1	151,7
Media	156,9	155,8	155,4	153,4	155,8
Cuartil 3	160,9	159,0	159,4	156,6	159,6
Máximo	177,4	175,3	172,5	168,2	177,4
Desv. Tip.	5,80	5,43	6,23	5,66	5,87
Err. Est. M.	0,38	0,33	0,41	0,67	0,20
<i>Percentiles</i>					
1	145,5	144,4	141,8	142,6	143,6
2,5	147,0	145,9	143,6	143,5	145,4
3	147,3	147,3	144,0	143,6	145,5
5	148,0	148,3	145,7	144,7	146,7
10	149,5	149,3	147,3	147,3	148,7
20	152,1	151,2	150,3	148,3	150,9
30	153,8	152,6	152,0	150,5	152,5
40	155,1	154,2	153,4	151,5	154,2
50	156,3	155,6	155,6	153,2	155,6
60	157,9	156,9	157,1	154,7	157,1
70	159,7	158,3	158,5	155,7	158,6
80	161,7	160,2	160,5	157,5	160,7
90	164,5	163,1	163,5	160,4	163,6
95	166,4	166,1	165,2	163,3	166,1
97	167,5	167,0	166,9	166,9	167,2
97,5	168,5	167,8	167,6	167,3	168,2
99	172,6	169,8	170,8	167,6	170,5

*Prueba de normalidad para el total de la población masculina.

Shapiro-Wilk: W: Normal 0,9918; Valor p < 0,9891

Asimetría 0,042; Curtosis 0,273

† Prueba de normalidad para el total de la población femenina.

Shapiro-Wilk: W: Normal 0,9819; Valor p < 0,0512

Asimetría 0,312; Curtosis 0,148

Tabla 4. Parámetros antropométricos población laboral colombiana resumen de medidas para sexo femenino

Nombre Variable	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
1. Masa corporal	46,7	48,6	53,4	59,1	65,3	71,8	77,0
2. Estatura	146,7	148,7	151,7	155,6	159,6	163,7	166,2
3. Alcance vertical máximo	182,4	185,4	189,3	195,0	200,6	206,7	210,2
4. Alcance vertical asimiento	169,6	172,1	175,9	181,5	187,3	192,4	196,1
5. Altura ojos [parado]	136,2	138,6	141,3	145,1	149,1	153,1	155,2
6. Altura sentado normal	76,5	77,6	79,6	81,7	83,8	85,6	86,7
7. Altura sentado erguido	78,5	79,5	81,1	83,0	84,9	86,6	87,7
8. Altura ojos [sentado]	68,4	69,3	71,1	72,9	74,9	76,5	77,6
9. Altura acromial [parado]	119,1	120,8	123,6	127,1	130,8	133,9	136,2
10. Altura cresta iliaca [parado]	85,3	86,8	89,3	92,3	95,4	98,7	100,5
11. Altura acromial [sentado]	51,2	52,1	53,3	55,2	56,7	58,1	58,9
12. Altura radial [parado]	91,4	93,0	95,3	97,8	101,0	103,4	105,3
13. Altura muñeca [parado]	69,7	70,8	72,9	75,0	77,5	79,4	80,8
14. Altura dedo medio [parado]	54,6	55,6	57,5	59,3	61,4	63,1	64,2
15. Altura radial [sentado]	19,0	20,0	21,5	23,1	24,6	25,7	26,6
16. Altura muslo [sentado]	12,1	12,5	13,3	14,1	15,0	16,0	16,5
17. Altura rodilla [sentado]	44,7	45,5	46,7	48,5	49,9	51,5	52,5
18. Altura fosa poplit. [sentado]	35,1	35,7	36,8	38,3	39,7	41,1	42,0
19. Anchura bicigomática	12,4	12,6	12,9	13,3	13,7	14,1	14,3
20. Anchura transvers. cabeza	14,0	14,2	14,5	14,8	15,2	15,6	15,9
21. Anchura biacromial	32,2	32,8	33,9	35,2	36,4	37,3	38,0
22. Anchura bideltoidea	37,5	38,6	40,3	42,1	44,0	46,0	47,1
23. Anchura transversal torax	23,6	24,1	25,0	26,3	27,8	29,4	30,4
24. Anchura ant. post. torax	15,6	16,3	17,3	18,5	19,9	21,3	22,1
25. Anchura bicrestal	21,7	22,6	24,1	25,7	27,4	29,2	30,2
26. Anchura bitroncarterea	28,8	29,6	30,8	32,1	33,5	35,3	36,0
27. Anchura codo a codo	33,9	35,4	37,5	40,6	44,0	47,4	49,5
28. Anchura caderas	32,6	33,5	35,1	37,3	39,4	41,5	42,6
29. Anchura codo	5,5	5,6	5,7	6,0	6,2	6,5	6,7
30. Anchura muñeca	4,5	4,5	4,7	4,9	5,1	5,3	5,5
31. Anchura de la mano	6,8	7,0	7,2	7,5	7,7	7,9	8,1
32. Anchura de rodilla	8,3	8,4	8,7	9,1	9,5	10,1	10,5
33. Anchura del tobillo	6,0	6,1	6,3	6,5	6,7	7,0	7,1
34. Anchura del talón	5,4	5,6	5,9	6,2	6,5	6,9	7,0
35. Anchura del pie	8,2	8,3	8,6	9,0	9,3	9,7	10,0
36. Largura ant. post. cabeza	17,0	17,1	17,6	18,0	18,5	18,9	19,2
37. Larg. alcance lat. asimiento	65,1	66,2	68,1	70,1	72,2	74,2	75,3
38. Larg. alcance ant. asimiento	61,0	62,0	63,6	65,6	68,0	70,2	71,6
39. Largura de la mano	15,4	15,7	16,1	16,6	17,2	17,7	18,1
40. Largura palma de la mano	8,4	8,6	8,9	9,2	9,6	10,0	10,1
41. Largura nalga a fosa poplitea	42,0	43,0	44,4	46,1	47,8	49,5	50,4
42. Largura nalga a rodilla	51,0	51,8	53,3	55,0	56,7	58,4	59,5
43. Largura del pie	21,3	21,6	22,2	22,9	23,7	24,3	24,7

Continuación tabla 4

Nombre Variable	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
44. Largura planta del pie	17,2	17,5	18,0	18,5	19,1	19,6	20,0
45. Perímetro cefálico	51,0	51,4	52,3	53,4	54,4	55,4	55,9
46. Perímetro deltoideo	93,4	95,6	99,5	103,5	108,4	113,6	116,1
47. Perímetro mesoesternal	78,9	81,2	84,1	88,4	92,7	97,2	100,1
48. Perímetro abdominal (cintura)	63,1	65,7	69,8	74,9	81,7	88,4	93,4
49. Perímetro abdom. (umbilical)	71,5	74,5	79,4	85,4	91,9	99,3	103,5
50. Perímetro cadera	87,0	89,0	92,4	96,6	101,6	106,7	110,1
51. Perim. brazo flexión y tenso	23,5	24,4	26,0	27,7	29,9	30,0	33,8
52. Perim. brazo medio y relajado	23,3	24,2	25,9	27,8	30,1	32,3	33,6
53. Perímetro antebrazo	20,9	21,3	22,2	23,4	24,5	26,0	26,9
54. Perímetro muñeca	13,5	13,6	14,1	14,6	15,2	15,7	16,1
55. Perímetro metacarpial	16,5	16,8	17,4	17,9	18,5	19,1	19,5
56. Perímetro muslo superior	48,4	49,9	52,9	56,0	59,3	63,2	65,4
57. Perímetro muslo medio	44,5	45,6	48,0	51,0	54,0	57,6	60,0
58. Perímetro rodilla media	31,4	32,2	33,6	35,3	37,2	39,0	40,5
59. Perímetro pierna media	30,4	31,0	32,3	34,2	36,0	37,7	39,2
60. Perímetro tobillo	18,5	18,9	19,7	20,6	21,7	22,5	23,2
61. Perímetro metatarsial	20,5	20,9	21,6	22,3	23,2	24,0	24,5
62. Pliegue cutáneo subescapular	11,5	13,6	18,3	24,2	31,5	38,9	42,7
63. Pliegue cutáneo ileocrestal	9,3	11,5	16,0	22,7	30,7	39,3	44,5
64. Pliegue cutáneo supraespinal	9,3	11,2	15,1	21,2	29,6	37,8	43,1
65. Pliegue cutáneo umbilical	14,3	17,3	24,4	32,7	42,7	50,3	54,3
66. Pliegue cutáneo tríceps	11,9	14,0	17,7	22,3	27,6	34,1	38,4
67. Pliegue cutáneo bíceps	4,3	5,5	7,2	10,0	14,6	19,9	24,1
68. Pliegue cutáneo muslo ant.	17,5	21,3	27,4	37,0	46,9	55,3	59,2
69. Pliegue cutáneo pierna media	9,0	10,9	14,6	20,7	27,8	36,1	41,0
70. Índice de masa corporal	19,3	20,2	22,0	24,2	26,8	29,9	31,4
71. Sumatoria pliegues cutáneos	88,0	99,8	126,0	162,7	200,2	233,0	258,6
72. Relación perímetros cintura/cadera	0,69	0,71	0,74	0,78	0,82	0,87	0,89

Tabla 5. Parámetros antropométricos población laboral colombiana resumen de medidas para sexo masculino

Nombre Variable	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
1. Masa corporal	53,7	56,8	62,4	69,1	76,8	83,0	87,9
2. Estatura	158,0	160,7	164,6	168,6	173,3	177,1	179,3
3. Alcance vertical máximo	198,0	202,1	207,4	213,1	219,8	225,3	229,4
4. Alcance vertical asimiento	183,7	187,6	192,9	198,3	204,4	209,7	213,2
5. Altura ojos [parado]	147,3	150,0	153,9	157,9	162,3	166,2	168,4
6. Altura sentado normal	80,0	81,4	83,6	85,9	88,2	90,3	91,8
7. Altura sentado erguido	83,4	84,5	86,5	88,6	90,7	92,7	94,1
8. Altura ojos [sentado]	73,1	74,4	76,3	78,4	80,5	82,6	83,6
9. Altura acromial [parado]	128,2	130,6	134,4	137,9	141,8	145,3	147,4

Continuación tabla 5

Nombre Variable	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
10. Altura crestailiaca [parado]	92,4	94,3	97,4	100,7	104,0	106,8	108,6
11. Altura acromial [sentado]	54,2	55,3	57,0	58,8	60,7	62,4	63,3
12. Altura radial [parado]	98,7	100,6	103,3	106,5	109,6	112,4	114,3
13. Altura muñeca [parado]	74,8	76,3	78,8	81,4	84,0	86,5	88,0
14. Altura dedo medio [parado]	57,8	59,2	61,2	63,6	65,9	68,1	69,3
15. Altura radial [sentado]	19,3	20,4	22,2	23,8	25,4	26,8	27,8
16. Altura muslo [sentado]	12,9	13,4	14,2	15,0	15,7	16,6	17,1
17. Altura rodilla [sentado]	48,2	49,3	50,7	52,5	54,4	55,8	56,6
18. Altura fosapoplitea [sentado]	38,6	39,3	40,9	42,4	43,9	45,3	46,2
19. Anchura bicigomática	13,0	13,2	13,6	14,0	14,4	14,8	15,1
20. Anchura transvers. cabeza	14,5	14,7	15,0	15,5	15,8	16,2	16,5
21. Anchura biacromial	36,3	37,1	38,3	39,6	41,1	42,3	43,2
22. Anchura bideltoidea	41,7	42,6	44,3	46,1	48,1	49,9	50,9
23. Anchura transversal tórax	25,4	26,3	27,5	29,1	30,9	32,6	33,7
24. Anchura ant. post. tórax	17,4	18,0	19,1	20,3	21,6	23,0	23,8
25. Anchura bicrestal	24,3	25,1	26,3	27,8	29,4	30,8	31,7
26. Anchura bitroncanterea	29,3	29,9	30,9	32,1	33,4	34,5	35,3
27. Anchura codo a codo	37,7	39,2	41,4	44,7	47,8	50,5	52,3
28. Anchura caderas	30,9	31,5	33,2	34,9	36,6	38,3	39,2
29. Anchura codo	6,2	6,3	6,6	6,8	7,0	7,3	7,4
30. Anchura muñeca	4,9	5,1	5,3	5,5	5,7	5,9	6,0
31. Anchura de la mano	7,7	7,9	8,1	8,4	8,7	8,9	9,1
32. Anchura de rodilla	8,8	9,0	9,3	9,7	10,1	10,4	10,7
33. Anchura del tobillo	6,8	6,9	7,1	7,4	7,6	7,9	8,0
34. Anchura del talón	6,0	6,2	6,5	6,8	7,1	7,4	7,6
35. Anchura del pie	9,0	9,2	9,5	9,9	10,3	10,6	10,9
36. Largura ant. post. cabeza	17,6	17,9	18,4	18,9	19,5	19,9	20,2
37. Larg. alcance lat. asimiento	71,5	72,5	74,7	76,9	79,3	81,5	82,9
38. Larg. alcance ant. asimiento	66,1	67,2	69,2	71,4	73,6	76,0	77,2
39. Largura de la mano	16,8	17,2	17,7	18,3	19,0	19,6	20,0
40. Largura palma de la mano	9,3	9,5	9,9	10,3	10,7	11,0	11,3
41. Largura nalga a fosa poplitea	42,7	43,6	45,2	46,8	48,5	50,0	50,9
42. Largura nalga a rodilla	52,7	53,7	55,3	57,0	58,7	60,3	61,3
43. Largura del pie	23,2	23,6	24,4	25,2	26,1	26,8	27,3
44. Largura planta del pie	18,7	19,1	19,7	20,3	21,0	21,6	22,0
45. Perímetro cefálico	52,8	53,4	54,4	55,5	56,6	57,8	58,5
46. Perímetro deltoideo	102,3	104,7	108,6	113,3	117,9	122,2	124,8
47. Perímetro mesoesternal	85,9	88,0	91,9	96,3	100,7	104,7	107,3
48. Perímetro abdominal (cintura)	71,2	73,6	78,1	84,2	91,2	96,1	99,2
49. Perímetro abdom. (umbilical)	73,7	76,7	81,1	87,7	94,4	100,0	10,8
50. Perímetro cadera	84,8	86,5	90,6	94,5	99,0	102,8	105,3
51. Perim. brazo flexión y tenso	27,0	27,8	229,4	31,1	32,9	34,4	35,6
52. Perim. brazo medio y relajado	25,2	26,3	27,8	29,6	31,3	33,0	34,2

Continuación tabla 5

Nombre Variable	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
53. Perímetro antebrazo	24,0	24,6	25,6	26,8	28,0	29,1	29,9
54. Perímetro muñeca	15,1	15,7	15,9	16,4	17,0	17,6	18,0
55. Perímetro metacarpial	18,7	19,1	19,7	20,3	21,1	21,7	22,1
56. Perímetro muslo superior	47,9	49,2	51,8	55,0	58,0	61,0	62,7
57. Perímetro muslo medio	45,3	46,8	49,1	52,0	54,7	57,1	59,3
58. Perímetro rodilla media	32,9	33,5	34,8	36,4	38,1	39,7	40,6
59. Perímetro pierna media	31,7	32,5	34,1	35,1	37,7	39,2	40,2
60. Perímetro tobillo	19,7	20,1	21,0	21,9	22,8	23,7	24,2
61. Perímetro metatarsial	22,8	23,2	23,9	24,7	25,6	26,5	26,9
62. Pliegue cutáneo subescapular	9,2	10,2	13,6	19,4	25,9	32,7	37,1
63. Pliegue cutáneo ileocrestal	7,6	9,0	13,5	21,7	29,7	37,1	42,5
64. Pliegue cutáneo supraespinal	5,4	6,2	8,5	13,1	19,2	26,4	32,7
65. Pliegue cutáneo umbilical	7,4	9,4	16,2	27,6	37,8	46,8	51,2
66. Pliegue cutáneo tríceps	5,3	6,1	7,9	10,7	14,2	18,7	2,5
67. Pliegue cutáneo bíceps	3,0	3,2	3,9	5,0	6,7	9,2	11,3
68. Pliegue cutáneo muslo ant.	5,7	6,7	9,0	12,9	19,1	32,8	45,0
69. Pliegue cutáneo pierna media	3,9	4,4	5,5	7,5	11,0	16,6	23,0
70. Índice de masa corporal	19,5	20,5	22,1	24,4	26,6	28,5	29,8
71. Sumatoria pliegues cutáneos	40,4	45,5	64,6	95,9	126,1	164,4	189,5
72. Relación Perímetros cintura/cadera	0,81	0,82	0,85	0,89	0,93	0,96	0,99

Tabla 6. Resultados de la prueba de significancia Shapiro - Wilk para las variable

Código	Nombre de las medidas	Significancia	
		Hombres	Mujeres
MG-01	Masa [peso]	RF	RF
TG-02	Estatura [talla]	A	A
TG-03	Alcance vertical máximo	A	R
TG-04	Alcance vertical con asimiento	A	A
TG-05	Altura de los ojos (parado)	A	R
TG-06	Talla sentado sin erguirse	A	A
TG-07	Talla sentado erguido	A	A
TG-08	Altura de los ojos (sentado)	A	A
TT-09	Altura acromial (parado)	A	A
TT-10	Altura cresta ilíaca media (parado)	A	A
TT-11	Altura acromial (sentado)	A	A
TS-12	Altura radial [codo] (parado)	A	A
TS-13	Altura estiloides [muñeca] (parado)	A	A
TS-14	Altura dactílea (parado)	A	A
TS-15	Altura radial [codo] (sentado)	R	RF
TI-16	Altura holgura de muslo (sentado)	RF	RF
TI-17	Altura de la rodilla (sentado)	A	A
TI-18	Altura de fosa poplitea (sentado)	A	R
AC-19	Anchura bicigomática	RF	RF

Continuación tabla 6

Código	Nombre de las medidas	Significancia	
		Hombres	Mujeres
AC-20	Anchura transversal de la cabeza	RF	RF
AC-21	Anchura antero posterior de cabeza	RF	RF
AT-22	Anchura biacromial	R	R
AT-23	Anchura bideltoidea	RF	RF
AT-24	Anchura transversal del tórax	RF	RF
AT-25	Anchura antero - posterior del tórax	RF	RF
AT-26	Anchura bicrestal [biilíaca]	RF	RF
AT-27	Anchura bitrocantérea	R	RF
AT-28	Anchura codo a codo	RF	RF
AT-29	Anchura de las caderas	RF	RF
AS-30	Anchura biepicóndilo húmero [codo]	RF	RF
AS-31	Anchura biestiloidea [muñeca]	RF	RF
AS-32	Anchura metacarpial [de la mano]	RF	RF
AI-33	Anchura biepicóndilo fémur [rodilla]	RF	RF
AI-34	Anchura bimalleolar [tobillo]	RF	RF
AI-35	Anchura calcánea [talón]	RF	RF
AI-36	Anchura metatarsial [del pie]	RF	RF
LS-37	Larg. alcan. lat. E. S. con asimiento	A	A
LS-38	Larg. alcan. ant. E. S. con asimiento	A	RF
LS-39	Largura longitud de la mano	A	R
LS-40	Largura longitud palma de la mano	RF	RF
LI-41	Larg. nalga fosa poplitea (sentado)	R	A
LI-42	Larg. nalga a rodilla (sentado)	R	R
LI-43	Largura longitud del pie	A	RF
LI-44	Larg. long. talón primer metatarso	A	RF
PC-45	Perímetro cefálico (craneano)	RF	RF
PT-46	Perímetro deltoideo	A	RF
PT-47	Perímetro mesoesternal [pecho]	A	RF
PT-48	Perímetro abdominal 1 [cintura]	RF	RF
PT-49	Perímetro abdominal 2 [umbilical]	RF	RF
PT-50	Perímetro de la cadera [gluteal]	RF	RF
PS-51	Perímetro brazo flexionado y tenso	A	RF
PS-52	Perímetro brazo medio y relajado	A	RF
PS-53	Perímetro antebrazo	A	RF
PS-54	Perímetro del carpo [muñeca]	RF	RF
PS-55	Perímetro metacarpial [de la mano]	RF	A
PI-56	Perímetro muslo superior	A	RF
PI-57	Perímetro muslo medio	A	RF
PI-58	Perímetro rodilla media	RF	RF
PI-59	Perímetro pierna	RF	RF
PI-60	Perímetro tobillo	RF	RF
PI-61	Perímetro Metatarsial [pie]	RF	RF

Continuación tabla 6

Código	Nombre de las medidas	Significancia	
		Hombres	Mujeres
GT-62	Pliegue cutáneo subescapular	RF	RF
GT-63	Pliegue cutáneo ileocrestal	RF	RF
GT-64	Pliegue cutáneo Supraespinal	RF	RF
GT-65	Plieg. cutáneo abdominal [umbilical]	RF	RF
GS-66	Pliegue cutáneo tríceps	RF	RF
GS-67	Pliegue cutáneo bíceps	RF	RF
GI-68	Pliegue cutáneo muslo anterior medio	RF	RF
GI-69	Pliegue cutáneo pierna interna media	RF	RF
IG-70	Índice de masa corporal	RF	RF
IT-71	Sumatoria de seis pliegues cutáneos	RF	RF
IG-72	Relación perímetros cintura - cadera	RF	RF

Convenciones: Nivel de Rechazo Valor $p < 0.05$

Rechazo fuerte $x < 0.01$ RF

Rechazo 0.01 $x < 0.49$ R

Aceptación $x < 0.50$ A

composición corporal y somatotipo tienen algunas limitantes en su aplicación durante el proceso de crecimiento.

En adultos la antropometría se utiliza para construir índices que tienen relación con el estado nutricional y con riesgos de enfermar o morir.

Los indicadores que más se emplean para adultos son: el porcentaje de adecuación del peso para la talla según complexión; el índice de masa corporal o índice de Quetelet (IMC) que se expresa como la cantidad de kilogramos por metro cuadrado (kg/m^2); el índice de distribución regional de grasa, dado por la relación entre el perímetro de la cintura y el perímetro de la cadera (RCC).

Una aplicación bastante importante de la antropometría en adultos se da en estudios de composición corporal, en los cuales se estima el porcentaje de grasa corporal mediante ecuaciones de regresión, bien sea a partir de sumatorias de pliegues cutáneos, de perímetros corporales o por combinación de pliegues y perímetros.

Aunque la acumulación de la grasa celular subcutánea se ha descrito comúnmente como porcentaje de la grasa corporal total, a través de ecuaciones de regresión, también es de utilidad la descripción aproximada de ésta a partir de sumatorias de pliegues cutáneos, sin aplicación de ecuaciones específicas.

Índice de masa corporal (IMC)

Este índice relaciona el peso con la talla así: peso en kg/talla en m^2 . Se utiliza ampliamente para determinar obesidad. Sin embargo el uso único de este índice enmascara las diferencias individuales en cuanto a los componentes estructurales fundamentales del peso corporal: hueso, músculo y grasa, para lo cual se recomienda que se utilice

en la valoración de los riesgos para la salud asociados con la obesidad o con el déficit de peso.

Los estudios demuestran, sin tener en cuenta el sexo ni la complexión, que el IMC en un rango entre 20 y 25 kg/m^2 se asocia con los índices más bajos de morbilidad, pero a medida que éste se aproxima a 30 kg/m^2 aumenta la morbilidad por enfermedades: cardiovasculares, de la vesícula biliar, diabetes mellitus, artritis y gota. Por el contrario, cuando este índice se hace muy inferior a 20 kg/m^2 aumenta la morbilidad por cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias, digestivas y anorexia nerviosa.

En cuanto a la población laboral colombiana se observa en la tabla IG-70, que el valor del percentil 50 fue de 24,4 kg/m^2 para hombres y de 24,2 para mujeres; este valor incrementa con la edad para el sexo masculino, de 22,7 kg/m^2 en el primer grupo etéreo a 26,2 en el último grupo de edad y para el sexo femenino de 22,6 a 25,9. Si se comparan los valores de IMC de esta población con el rango de 20-25 que se ha propuesto internacionalmente para definir este índice como adecuado, se tiene que a partir de 30 años para hombre y de 40 años para mujeres, el 50% de los valores superan el punto crítico a partir del cual se empieza a dar el riesgo de morbilidad por enfermedades asociadas con la obesidad. Es importante anotar que para el grupo de 20-29 años, cerca del 25% de los valores del IMC superan el límite de 25 kg/m^2 y que un 15% son inferiores a 20 kg/m^2 .

Pliegues cutáneos

Alrededor de la mitad de los depósitos de grasa se localizan debajo de la piel y son de fácil acceso para la medición,

razón por la cual es posible estimar la grasa celular subcutánea a partir de la medida directa de los pliegues cutáneos, en sitios establecidos convencionalmente.

Para el presente estudio se midieron ocho pliegues cutáneos que tienen mayor aplicación en nutrición y son de uso frecuente en nuestro medio. Para efectos de este informe se hace una descripción general de los valores encontrados para cada pliegue y en la sumatoria de seis de ellos; en futuros informes se presentará un análisis más detallado de estos resultados.

Subescapular

El pliegue subescapular mide la grasa celular subcutánea que se localiza en la región posterosuperior del tronco. Tanto en hombres como en mujeres este pliegue presenta una distribución marcadamente asimétrica con valores de 19,4 y 24,2 mm para hombres y mujeres; estos valores incrementan con la edad en todos los grupos del sexo masculino y en las mujeres aumenta hasta los 49 años, pero disminuye ligeramente en el grupo de 50-59 años.

Ileocrestal (Suprailiaco medio)

El espesor de este pliegue cutáneo es un buen indicador de la acumulación de grasa en la parte media del tronco y se considera que tiene asociación con la presencia de enfermedades cardiovasculares y otras relacionadas con la obesidad.

El percentil 50 presenta valores de 21,7 y 22,7 para hombres y mujeres respectivamente. El comportamiento observado por grupos de edad es muy similar a los anteriores con un incremento consistente para el sexo masculino a medida que avanza la edad y en el sexo femenino dicho incremento es constante hasta los 49 años.

Supraespinal (Suprailiaco anterior)

Este pliegue es un buen indicador de la acumulación de grasa en la parte media inferior del abdomen.

Para hombres el valor del percentil 50 de este pliegue es 13,1 mm, muy inferior a lo observado para el pliegue ileocrestal; por el contrario, para mujeres este valor está muy cercano al observado para el ileocrestal (supraespinal 21,2 mm, ileocrestal 22,7 mm). Por grupos de edad se tiene un incremento constante en los tres primeros grupos, disminuyendo ligeramente en el de 50-59 años con relación al del grupo anterior, situación que es igual para ambos sexos.

Abdominal (Umbilical)

Tanto en hombres como en mujeres, el pliegue abdominal es el mayor de los que se tomaron en la parte media del tronco. Los valores son más altos en las mujeres, con un incremento acentuado a medida que aumenta la edad, pero en el grupo de 50-59 años del sexo masculino, el valor del percentil 50 desciende ligeramente frente al grupo anterior. El incremento entre el primero y el

último grupo de edad equivale a 66.3% para mujeres y de 58.6% para hombres.

Se resalta el incremento tan acentuado en la acumulación de grasa abdominal a medida que aumenta la edad, lo mismo ocurre con el pliegue abdominal. Esto cobra importancia ya que existe una relación entre la acumulación de grasa en el abdomen y la presencia de enfermedades cardiovasculares.

Tricipital

Este pliegue se utiliza con mucha frecuencia en niños y adultos para detectar exceso o depleción del tejido graso.

Frisancho (1988) presentó valores de referencia para el pliegue del tríceps, derivados del estudio de Nutrición y Salud para la población de los Estados Unidos (HANESI). En este estudio, el valor del percentil 50 para hombres de 19-54 años oscila entre 10 y 12 mm, y entre 18 y 25 mm para hombres y mujeres respectivamente.

Para la población laboral colombiana se observa que el percentil 50 del tríceps oscila entre 9,8 y 11,1 mm para hombres, y de 20 a 23,6 mm para mujeres, valores que son inferiores a los observados en la población norteamericana.

Bíceps

En la práctica antropométrica este pliegue presenta valores inferiores a los del tríceps. El valor del percentil 50 osciló entre 4,5 y 5,6 mm para hombres, con un incremento en cada grupo de edad, siendo el mayor valor en el grupo de 50-59 años; para mujeres los valores oscilan entre 8,6 y 11,9 mm, con el valor más alto para el grupo de 40-49 años, valor que es inferior para el último grupo de edad.

Muslo anterior

Este pliegue es mucho mayor en mujeres que en hombres. Para ambos sexos los valores de los percentiles tienen aumento consistente en los tres primeros grupos de edad, pero en el grupo de 50-59 años, estos son acentuadamente inferiores frente al grupo anterior, situación que se aleja de lo observado en los otros pliegues, donde estas diferencias son mínimas.

Esta situación se puede explicar como la redistribución de la grasa que se da, tanto en hombres como en mujeres, cuando se inicia el envejecimiento.

Pierna media e interna

En general los valores de este pliegue son bastante inferiores a los del muslo anterior. En hombres el mayor valor del percentil 50 lo presenta el grupo 30-39 años; en mujeres los valores de este percentil tienen un incremento constante en los tres primeros grupos de edad y desciende para el grupo de 50-59 años.

Sumatoria de seis pliegues cutáneos (S6PC)

En esta sumatoria se incluye el tríceps como pliegue de la extremidad superior, el subescapular, el ileocrestal y

el abdominal, del tronco, y dos de miembro inferior, el muslo anterior y la pierna media.

Estos pliegues cutáneos son empleados internacionalmente para sumatorias, índices y ecuaciones de regresión para estimar el porcentaje de grasa corporal.

El valor del percentil 50 es de 95,9 mm y 162,7 mm para hombres y mujeres respectivamente, valor que se incrementa en forma sistemática en los tres primeros grupos de edad y disminuye en el último grupo respecto al anterior, situación que se presenta tanto en hombres como en mujeres.

Distribución regional de grasa. Relación Perímetro de Cintura/Cadera (RCC)

Se considera que existe una relación entre el lugar donde se almacena la grasa y la fisiología del organismo. Se ha encontrado relación entre la cantidad de grasa que se almacena en el tronco y el riesgo de enfermedad cardiovascular. Se puede especular que existen límites óptimos en la cantidad de grasa que se deposita en el tronco para las demandas fisiológicas del organismo. Esto ha llevado a que se proponga el índice de la distribución regional de grasa que sirve para evaluar el riesgo de enfermar, especialmente por diabetes mellitus, artritis, hipertensión, hiperlipidemias y en general las cardiovasculares.

Este índice se conoce como la relación cintura/cadera (RCC) y tiene gran utilidad como predictor de riesgo, combinado con el índice de masa corporal (IMC), el porcentaje de adecuación del peso para la talla y la suma de pliegue cutáneo o un porcentaje de grasa.

El cociente perímetro cintura/perímetro cadera de 0,95 para hombres y de 0,85 para mujeres, unido a un IMC mayor de 28 kg/m², es factor de riesgo alto para enfermedades cardiovasculares.

Para la población estudiada el valor del percentil 50 es de 0,89 para hombres y de 0,78 para mujeres. El valor inferior se da para el grupo de 20-29 años (0,85 y 0,75 en hombres y mujeres respectivamente) y el mayor valor para el grupo de 50-59 años (0,94 y 0,82 hombres y mujeres respectivamente).

Es importante resaltar el hecho de que aproximadamente el 30% de los valores para el grupo de 40-49 años y el 40% para el de 50-59 en hombres superan el valor 0,95 definido para riesgo alto de enfermedades cardiovasculares y en mujeres el 20% de los valores en el grupo de 40-49 y el 30% para el de 50-59 años superan el valor 0,85.

Cuando se planeó el presente estudio su objetivo no era buscar indicadores de salud sino describir los parámetros antropométricos de la población laboral colombiana. Los hallazgos en cuanto a índices que se aplican en nutrición muestran una acentuada tendencia a estar por encima de los límites establecidos internacionalmente como adecuados, lo que refleja que

un porcentaje considerable de la población colombiana presenta excesos en el peso con relación a la talla, en la grasa corporal, y en la acumulación de ésta a nivel abdominal, lo que indica un alto riesgo para la morbimortalidad por enfermedades asociadas con el exceso en la ingesta calórica.

Por lo anterior se recomienda no utilizar estos valores como población deseable o patrón de referencia. Los resultados encontrados en esta investigación en relación con los aspectos de salud podrían ser objeto de un estudio posterior. Por ahora los resultados reportados deben manejarse con beneficio de inventario: el actual estado del arte en los aspectos de composición corporal de personas adultas es amplio y tiene valores de referencia en donde se asocian con factores de riesgo para algunas enfermedades.

Es importante que en las empresas se desarrollen programas preventivos en nutrición que incluyan actividad física, para promocionar la salud y obtener mejor rendimiento en el trabajo.

Aplicaciones en ergonomía y diseño

Cuando se está diseñando un producto lo ideal sería que el mismo pudiera ser utilizado con toda facilidad por todos los usuarios. Sin embargo muchos productos no tienen la posibilidad de adaptar sus tamaños para el 100% de los usuarios. Por esta razón es necesario pensar en dos posibilidades diferentes: la primera sería disponer de productos de diferente tamaño para diferentes grupos de usuarios, lo que significa que estamos aplicando criterios de diseño para franjas específicas de población, para que a la vez algunos usuarios opten por el tamaño que más les convenga; la segunda sería disponer de un producto que permitiera cambios en sus dimensiones, es decir que sea flexible, de tal manera que diferentes usuarios lo pudiesen utilizar.

Pero para las diferentes posibilidades es necesario tener en cuenta un posible análisis de costo-beneficio, de tal manera que las soluciones planteadas sean factibles de implantar.

Un ejemplo de productos flexibles está constituido por los asientos. Cuando los asientos son fijos en altura, pocos usuarios van a sentir comodidad en las caderas, en las piernas, en la espalda, mientras que muchos usuarios van a sentir incomodidad y molestias causadas por la altura inadecuada. Cuando al asiento se le adapta un sistema de graduación de la altura, el usuario puede modificar la misma y de esa manera conseguir la comodidad deseada.

Lo mismo sucede con las dimensiones de altura del respaldo, inclinación del respaldo, profundidad del asiento (que se puede graduar con un dispositivo de modificación de la altura del respaldo, más adelante, más atrás).

Las superficies de trabajo igualmente representan una posibilidad de adaptación a los respectivos usuarios, pero pueden tener un costo mayor en su flexibilidad. En

caso de no ser posible hacer modificaciones a la altura de la superficie de trabajo, se acostumbra hacer el proceso de adaptabilidad al usuario mediante graduación de la silla y ayudado de un apoya pies.

Si el usuario permanece largos periodos de tiempo en un puesto de trabajo, la falta de ajustes puede provocar incomodidad y molestia, puede provocar así mismo disminuciones en el grado de concentración de las personas y en su rendimiento. Para solucionar este tipo de situaciones se acostumbra utilizar franjas de valores que permitan establecer los valores mínimo y máximo del ajuste, abarcando desde el percentil 2,5 al percentil 97,5 si el problema es de alta precisión, y desde el percentil 5 al percentil 95 cuando no es de alta precisión. Pero estos ajustes se deben hacer de tal manera que no se convierta en un dispositivo muy costoso y que además generen la comodidad mínima necesaria en los usuarios.

Cuando se requiere disponer de un factor de seguridad, se acostumbra utilizar valores extremos de la población, mínimos o máximos.

Un ejemplo de ello son las puertas de acceso a los salones, oficinas, edificios y viviendas, en donde se tiene en cuenta el individuo extremo superior para determinar la altura de las mismas, es decir, se trabaja con el percentil 95 o con 97,5 de la estatura de los usuarios. En caso de que los usuarios deban ingresar con una carga elevada en los hombros, se debe tener en cuenta la dimensión de la misma, así como también el alcance del miembro superior. Esto supone que una mínima parte de la población, tendrá que adaptarse a las condiciones ofrecidas.

Algunos productos pueden ser diseñados teniendo en cuenta los valores medios de una o varias dimensiones. Es el caso de algunos elementos de uso diario por muchos usuarios de características urbanas. Si se consideraran proyectos que tuviesen en cuenta franjas específicas o los valores extremos, no serían factibles económicamente. Tal es el caso de bancas de parques, salas de espera y aceras.

Cuando se quieren diseñar equipos adecuados a las características humanas utilizando tablas antropométricas, se deben tener en cuenta varios aspectos:

- Considerar las posturas de los usuarios para la determinación de las dimensiones antropométricas.
- Definir la población usuaria de un producto y seleccionar la dimensión antropométrica en el percentil o la franja cuya población más se asemeje al perfil de la población objetivo.
- Determinar el porcentaje de la población a ser atendida.
- Tener en cuenta el tipo de vestimenta o zapato utilizados, que influyen en el dimensionamiento de los productos y de los puestos de trabajo.

Comentario final

A partir de las tablas de los parámetros antropométricos de la población laboral colombiana, que se presentan, es posible diseñar puestos de trabajo para diferentes grupos de usuarios y teniendo en cuenta las características aquí descritas, lo que se podrá hacer en una posterior publicación.

Bibliografía

- 1 Bojanini SL. Diseño antropométrico de un puesto de trabajo. Revista Universidad EAFIT 1985.
- 2 Bray GA. Obesidad. En: Conocimientos actuales sobre nutrición. 6a. ed. Washington: OPS; 1991. p. 28-46.
- 3 Bray GA (ed). Obesity in America. Washington: Department of Health, Education and Welfare; 1980. p. 1-125.
- 4 Canadá. Health and Welfare. Canadian Guidelines for Healthy Weight, 1988. p. 37-68.
- 5 Clark TS, Corlett EN. The ergonomics of workspaces and machines: a design manual. London: Taylor and Francis; 1984.
- 6 Colombia. Departamento Nacional de Estadísticas. Estadística 1990. Bogotá: Dane; 1990.
- 7 Comas, J. Manual de antropología física. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Históricas. Sección de Antropología; 1966. p. 260.
- 8 Estrada J. Ergonomía: introducción al análisis del trabajo. Medellín: Universidad de Antioquia; 1993.
- 9 Lohman TG et al. Anthropometric Standardization Reference Manual. Illinois: Human Kinetics; 1982.
- 10 Lohman TG, Roche AF, Martorrel R. Anthropometric Standardization Reference Manual. Illinois: Human Kinetics; 1988. p. 159.
- 11 McCormick EJ, Sanders MS. Human factors in engineering and design. New York: McGraw Hill; 1987.
- 12 Mora JO, Rodríguez E. Situación nutricional de la población colombiana, 1977-1980. Resultados antropométricos y de laboratorio. Comparación con 1965-1966. En: Estudio Nacional de Salud. Bogotá: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; 1982. Vol. I p. 36-48.
- 13 Paner J, Zelnik M. Las dimensiones humanas en los espacios interiores: estándares antropométricos. Barcelona: Gustavo Gili, 1983.
- 14 Pheasant S. Bodyspace. London: Taylor & Francis; 1995.
- 15 Sanders MS, McCormick EJ. Human Factors in Engineering and Design. Singapore: McGraw-Hill; 1987.

Violencia en una sociedad violenta*

Violence in a violent society

Milton Terris¹

¹ Epidemiólogo, profesor del New York Medical College.

Terris M. Violencia en una sociedad violenta. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 1999;17(1):37-51

Resumen

Se presenta la epidemiología descriptiva de la violencia en Estados Unidos. Las razones para las altas tasas de homicidio se exploran al describir el desarrollo histórico de la violencia en Colombia, un país en desarrollo con tasas muy altas de homicidio, y en los Estados Unidos, que tiene tasas extraordinariamente altas de homicidio comparadas con otros países altamente industrializados. Los factores históricos

que contribuyen en los Estados Unidos a las tasas tan altas de violencia incluyen el genocidio de la población india, el sistema de la esclavitud y la creciente militarización de la economía del país, la ideología y la política gubernamental. Se afirma que Estados Unidos es una sociedad violenta.

-----*Palabras clave:* violencia, epidemiología en Colombia y Estados Unidos, determinantes históricos y socio-económicos

Abstract

The descriptive epidemiology of violence in the United States is presented. The reasons of high homicides rates are explored by describing the historical development of violence in Colombia, a developing country with very high homicide rates, and in the United States, with other highly industrialized countries. The historical factors in the United States that contribute to the high violence rates include the

genocide of the Indian population, the slave system, and the increasing militarization of the country's economy, ideology, and governmental policy. It is stated that the United States is a violent society.

-----*Key words:* violence, epidemiology - Colombia, epidemiology - United States, historic and socio-economic determinants

* Trabajo presentado en la sesión "La epidemiología social de la violencia", patrocinada por la Asociación Nacional de Políticas de Salud Pública y la Sección de Epidemiología de la Asociación Norteamericana de Salud Pública (APHA) en su reunión anual del 11 de noviembre de 1997 en Indianápolis.

Traducción libre de Helena E. Restrepo, autorizada por el autor.

Introducción

La motivación para este artículo se originó en dos visitas que hice a Colombia, la primera a Cali en 1985 y la segunda a Medellín en 1992. Mis notas para una charla que di en Cali incluían, entre las primeras causas de muerte en Colombia en 1981, los homicidios y otros accidentes, como segunda causa de muerte, separadas solamente por las enfermedades del corazón. Para hombres de 15 a 44 años, la violencia y los accidentes por vehículo de motor, eran las principales causas de muerte. Uno de mis anfitriones en Cali, un eminente epidemiólogo, me contó que su padre, un líder político, se había acostumbrado a evadir las balas. Otros me describieron un excelente experimento epidemiológico acerca del impacto de los servicios de enfermería sobre la mortalidad infantil, que tristemente había terminado mal por el número tan alto de víctimas de niños atrapados entre los fuegos cruzados de gobierno y fuerzas rebeldes. En mi viaje del hotel a la Facultad de Medicina, el conductor me mostró la casa con impactos de bala de uno de los líderes rebeldes cuyo hijo había muerto en un ataque de las tropas del gobierno. Un lujoso hotel que visité tenía soldados armados con AK47 que custodiaban la entrada. Y me dijeron que era peligroso para los motoristas golpear accidentalmente a otro carro porque los agraviados podían reaccionar violentamente y abrir fuego con armas.

En 1992, participé en el tercer Congreso Nacional de Epidemiología, en Medellín. Ahí supe de la triste noticia de que un profesor de epidemiología de la Facultad de Salud Pública, candidato del Partido Liberal para la alcaldía, había sido asesinado. Varios de los miembros de la Facultad habían sido asesinados cuando abandonaban la iglesia donde se realizaba el funeral. También aprendí que se podía contratar un asesinato en Medellín por un precio de 35 dólares.

Uno de los trabajos presentados al congreso era un estudio de casos y controles bien diseñado de asesinos adolescentes presos en Medellín. Se realizaron entrevistas a estos prisioneros y a controles de vecindario. El formato de encuesta incluyó una amplia variedad de preguntas sobre los antecedentes y las características de los sujetos. No se encontró ninguna diferencia significativa, excepto un hecho sorprendente, contrario a todas las expectativas: la prevalencia de desempleo era mayor en los controles que en los casos. El epidemiólogo que presentó el trabajo se apresuró a explicar este hallazgo peculiar: los asesinos tenían empleo, pues trabajaban para el cartel de la droga de Medellín.

Cuento esta historia porque contiene una importante lección para epidemiólogos. Eufóricos por nuestros éxitos al determinar las causas del cáncer de pulmón, de la enfermedad cardiovascular y de otras, hemos tendido a desarrollar con cierta arrogancia la creencia de

que, aplicando lo que equivocadamente hemos llamado el “método epidemiológico”, podemos resolver todos y cada uno de los problemas. Hacemos “expediciones de pesca” por las cuales, en ausencia de hipótesis específicas, intentamos obtener toda la información que nos es posible imaginar sobre los casos y controles, y luego esperamos que aparezca algo a lo que podamos aplicar el análisis multivariado. Si esto falla, podemos, como último recurso, tratar de extraer un resultado positivo con maniobras de meta-análisis. Recuerdo al brillante epidemiólogo inglés que gastó varios años de su vida concentrado en un estudio masivo de artritis, uno de casos y controles de tipo “expedición de pesca” en el cual incluyó todas las variables que se pudieran concebir. Todavía conservo una imagen viva de su presentación de cantidades de datos en el Congreso Anual de la Sociedad Norteamericana de Epidemiología, para mostrar un solo hallazgo significativo: que la artritis aumenta con la edad.

Opino que muchos epidemiólogos tienden a tomar un punto de vista muy reducido en la red de causalidad que opera en todas las enfermedades, que su obsesión por las características individuales hace difícil para ellos entender el contexto social e histórico de la enfermedad, y que necesitan aprender de sociólogos, economistas, politólogos e historiadores, con quienes deben unir sus fuerzas.

Epidemiología descriptiva

La epidemiología descriptiva de la violencia, como la de algunas otras causas de enfermedad y muerte, está enormemente limitada a la mortalidad debido a las dificultades para indagar la morbilidad.

El homicidio es la décima causa de muerte en hombres en los Estados Unidos; es la cuarta causa en hombres negros y la quinta en hombres hispanicos, la octava en indígenas varones o nativos de Alaska y la novena en los hombres asiáticos o de las Islas del Pacífico [1]. Es la causa más importante de muerte en personas de 25 a 44 años de edad, la segunda en personas de 15 a 24 años, la tercera en los de 5 a 14, y la cuarta en los de 1 a 4 años [2].

La tasa de homicidio en Estados Unidos se elevó de 5,4 por 100.000 habitantes en 1950 a un pico de 10,8 en 1980 y luego declinó a 9,4 en 1995 [3]. En 1995, la tasa para hombres, (14,7), era casi cuatro veces la de mujeres, (4,0) [3] (véase la tabla 1). Las tasas más altas para hombres y mujeres juntos fue para los de 15 a 24 años, y la razón hombre/mujer más alta fue también para este grupo de edad.

En 1994, la tasa de homicidio ajustada por edad era más alta en los condados metropolitanos (11,1) que en los no metropolitanos (6,3), con las más altas tasas en los condados del centro (18,0) [4]. De 1985 a 1995, la tasa

de homicidio por arma de fuego aumentó de 8,7 a 13,7 muertes por 100.000 personas de 15 a 34 años, mientras que el suicidio por arma de fuego no tuvo ningún cam-

bio (8,1 a 8,4), y las muertes no intencionales por arma de fuego tampoco mostraron cambio (1,0 a 0,8) [5].

Tabla 1. Tasa de homicidio (por 100.000 habitantes). Estados Unidos, 1995

Edad (años)	Todas las personas	Hombres	Mujeres	Razón H/M
Todas edades, Ajustada por edad	9,4	14,7	4,0	3,7
Menos de 1	8,1	8,9	7,2	1,2
1-14	1,9	2,3	1,5	1,5
15-24	20,3	33,9	6,0	5,7
25-44	12,3	19,1	5,7	3,4
45-64	5,5	8,6	2,6	3,3
65 y +	3,2	4,3	2,4	1,8

Desafortunadamente, la publicación de *Health United States* (Salud de Estados Unidos) 1996-1997 y el *Injury Chartbook (Estadísticas de Trauma)* no proporcionan datos suficientes sobre tasas de homicidio por nivel de ingreso, nivel educativo, o clase ocupacional. Los datos se obtienen de la Encuesta Nacional sobre Victimización Criminal, realizada por la Oficina de Estadísticas de Justicia (Bureau of Justice Statistics' National Crime Victimization Survey) sobre todas las tasas de crímenes, fatales y no fatales, por ingreso familiar. Estos datos indican que las tasas más altas ocurren en familias del nivel de ingreso más bajo, y las tasas más bajas, en el grupo de ingreso más alto. Además, los datos sobre tasas de homicidio por grupo étnico indican que las tasas más altas ocurren en los grupos étnicos minoritarios (tabla 2) [3], todos los cuales tienen el más alto porcentaje de personas y familias por debajo de los niveles de pobreza (tabla 3) [6].

Tabla 2. Tasas de homicidio ajustadas por edad (por 100.000 habitantes). Estados Unidos, 1995

Grupo étnico	Hombre	Mujer
Blanco, no-hispánico	5,1	2,4
Asiático o de Islas del Pacífico	8,3	2,6
Indio americano o Nativo de Alaska	18,0	5,6
Hispanico	25,1	4,4
Negro	57,6	11,0

Tabla 3. Porcentaje de personas y familias por debajo del nivel de pobreza, por grupo étnico. Estados Unidos, 1995

Todas las personas	13,8
Blancos	11,2
Asiáticos o Islas del Pacífico	14,6
Negros	29,3
Hispanicos	30,3

Comparaciones internacionales

Los Estados Unidos tienen una posición no envidiable al tener la tasa más alta de homicidio entre el Grupo de los Siete (tabla 4) [7].

Tabla 4. Tasas de homicidio (por 100.000 habitantes). Países del G7, 1990

Estados Unidos	9,4
Italia	2,6
Canadá	2,1
Francia	1,1
Alemania	1,0
Reino Unido	0,7
Japón	0,6

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1990

¿Por qué los Estados Unidos tienen las tasas más altas de homicidios entre los países industrializados? Téngase en cuenta una serie de factores que contribuyen a ello: el consumo alto de alcohol y drogas ilegales; la distribución amplia y la disponibilidad de revólveres y armas de fuego que dan cuenta del 70% de los homicidios; y la alta proporción de grupos minoritarios de población que sufren discriminación y segregación, además de la pobreza.

Una explicación común indica que una tasa alta de criminalidad es responsable de una alta tasa de homicidio. Sin embargo, Zimring y Hawkins han señalado que no hay una correlación entre las tasas nacionales de criminalidad y las tasas de homicidio (tabla 5) [8]. “Estados Unidos es un ambiente altamente violento”, y añaden: “Nuestra considerable propensión para el conflicto violento no sería un problema serio de la sociedad si la disponibilidad y uso de armas fuera bajo” [9].

Es curioso que Zimring y Hawkins no intenten explicar por qué:

Estados Unidos es un ambiente de altamente violento (...) Un estudiante sofisticado de historia social norteamericana puede argumentar que los norteamericanos han mostrado históricamente altos niveles de tolerancia para algunas formas de violencia letal y bajos niveles de tolerancia para otros tipos de dicha violencia; que hay muy poca información sobre homicidios generados en asaltos que involucren a hombres de minorías como víctimas y agresores en los guetos urbanos, mientras que matar a personas de nivel social alto, particularmente en ataques violentos que traspasan los límites sociales y geográficos dentro de los más ricos vecindarios norteamericanos, han generado siempre altos niveles de miedo y baja tolerancia social. Este patrón de dos vías de tolerancia social frente a la violencia continúa en los Estados Unidos, y continúan las enormes diferencias de tasas de victimización por raza, clase y lugar geográfico” [10].

No solamente los grupos étnicos minoritarios tienen las tasas más altas de homicidio (tabla 2), sino que las comunidades de más bajo nivel socioeconómico, y el tamaño de la ciudad, están también asociados con tasas altas. El homicidio está concentrado en las ciudades más grandes de Estados Unidos; en 1992, las 20 ciudades más grandes, con el 12% del total de la población del país, tenía el 34% de los homicidios criminales informados a la policía. Finalmente, está el curioso hecho de que la región juega un papel también. Las tasas de homicidio más altas son las del sur y las más bajas las del noreste; las otras regiones de Estados Unidos están en el medio en la distribución por región [11].

Tabla 5. Categorías de criminalidad según encuesta a víctimas y tasas de homicidio, (por 100.000 habitantes) en 20 países

25% más alto de tasas de crimen	Tasas de homicidio
Estados Unidos	9,9
Nueva Zelandia	2,3
Australia	2,2
Canadá	2,1
Países Bajos	0,9
25% siguiente de tasas de crimen	
Polonia	2,9
Italia	2,6
Checoslovaquia	2,0
España	1,0
Inglaterra y Gales	0,5
25% siguiente de tasas de crimen	
Finlandia	3,2
Escocia	1,7
Suecia	1,3
Francia	1,1
Rep. Federal de Alemania	1,0
25% más bajo de tasas de crimen	
Irlanda del Norte	4,3
Suiza	1,5
Bélgica	1,4
Noruega	1,2
Japón	0,6

Fuente: Van Dijk y Mayhew 1993 (Encuesta de víctimas de crimen); OMS 1990 (tasas de homicidio)

Factores históricos en Colombia

¿Por qué Estados Unidos es un “ambiente altamente violento”? Tal vez algún entendimiento de este fenómeno se pueda extraer de estudios históricos. En el caso de Colombia, que tiene una tasa muy alta de homicidios, hay todo un período de la historia del país conocido simplemente como *La Violencia*. En la introducción del libro de Alonso Salazar, *No nacimos pa semilla (Born to die in Medellín)*, Colin Harding, el editor para América

Latina del periódico *The Independent*, de Londres, describe este período así:

“Desde mediados de la década de 1940 hasta finales de la década de 1950, alrededor de 200.000 colombianos — tal vez más — murieron en una orgía de violencia política que marcó a casi todo el país y particularmente afectó a Antioquia. Alguna fue del tipo tradicional de matanzas por sectarismo, en que integrantes de los dos partidos tradicionales de Colombia, liberales y conservadores, atacaban mutuamente sus pueblos y masacraban a cuánto opositor encontraban.”

La Violencia fue principalmente un fenómeno rural, al menos en sus primeros años, pero no fue nunca puramente sectaria. Mucha de esta violencia tenía causas sociales, económicas y políticas, particularmente en Antioquia y Viejo Caldas. En estas regiones, pequeñas fincas familiares, continuamente subdivididas por herencias y ventas, dejaban a una gran población flotante de migrantes sin tierra, recolectores de café conocidos como “golondrinas”. Muchos de los asesinatos en Antioquia eran para forzar a los agricultores a salir de sus tierras o para robarles la cosecha de café. Cientos de miles de hombres armados, conocidos como “pájaros”, pagados por terratenientes y negociantes, crearon el desorden en los campos y forzaron a miles de campesinos aterrorizados a buscar refugio en las ciudades.

Muchos pobladores rurales antioqueños emigraron a la frontera tropical de Urabá, en la costa del Caribe. Urabá se había abierto al cultivo del banano en los años 30, pero todavía tenía mucha tierra disponible para que los campesinos la abrieran a machete. La inseguridad de esta forma de vida se describe en *No nacimos pa semilla*. Desde entonces, la migración del campo a la ciudad convirtió a Colombia en un país de grandes ciudades — Barranquilla, Cali, Bucaramanga, como también Medellín y Bogotá, la capital— y no es sorprendente que la historia de la violencia haya migrado del área rural a las ciudades.

Medellín, la capital de Antioquia, se jacta de tener una universidad grande, una vida artística y cultural y uno de los periódicos más grandes del país, el conservador *El Colombiano*. El otro lado, más oscuro, es una masa de gente joven desempleada, sin educación en las llamadas *comunas* (vecindarios pobres), sin perspectivas para obtener un trabajo legal y, a menudo, con antecedentes de violencia en sus familias, que fue justamente lo que los incipientes barones de la droga necesitaban para desarrollar sus negocios. La aparición del cartel de Medellín a mediados de los 70 coincidió con una aguda recesión en la economía país. El crimen se volvió el único juego de la ciudad.

Como aclara *No nacimos pa semilla*, las bandas precedieron a las drogas. Los barrios marginados de los suburbios invadieron el corazón próspero de la ciudad con grupos de rudos callejeros. Algunos fueron

reclutados y entrenados en los años setenta y ochenta por grupos guerrilleros colombianos, tales como el Movimiento 19 de Abril (M-19), mencionado en el texto. Cuando el ejército se endureció con las guerrillas, éstas abandonaron las ciudades dejando que sus nuevos aprendices se movieran a actividades más lucrativas para sus recién adquiridas habilidades. De ahí la aparición de bandas juveniles de abusadores y atracadores, hasta que, como en Los Ángeles o Nueva York, el escenario de la droga se volvió el lugar de moda para entrar. En 1980 apareció la organización Muerte a Secuestradores, MAS, a raíz del secuestro de un miembro de la familia Ochoa, una de las principales del cartel. Desde entonces el nivel de muertes relacionadas con la droga se elevó en espiral [12].

No nacimos pa semilla da voz a los miembros de las bandas, con base en las entrevistas de Alonso Salazar, un destacado periodista e investigador social. En su capítulo de conclusiones, dice:

“La formación de los grandes carteles en Medellín de 1975 en adelante coincidió con la peor recesión económica e industrial nunca antes vista en Antioquia. El tráfico de drogas se convirtió en la única oportunidad para muchos sectores de la población que descubrieron en él la alternativa para avanzar social y económicamente. Subsecuentemente, la mafia de las drogas se volvió un modelo de comportamiento para la juventud de la ciudad, que vio en ello una manera de llenar sus aspiraciones para un alcanzar un nivel social y un estilo de vida negado para ellos con las tradicionales opciones del estudio y el trabajo” [13].

Alonso Salazar finaliza su libro con estas palabras:

“Esta mirada a los aspectos culturales del fenómeno de las bandas es, por supuesto, parcial y limitada. Es también peligroso si no se toma como invitación para ampliar nuestro conocimiento de una manera clara que evite estereotipos. El sicario es parte ya de nuestra cultura y sociedad. Este es un lado del problema. El otro es el de los “negociantes” y los “clientes” que usan sus servicios, y que no se limitan sólo a los narcotraficantes. Muchos sectores de nuestra sociedad, los políticos y otros, se esconden detrás de la cortina de humo creada por estos adolescentes asesinos.

Las posibles vías de solución a esta situación están muy estrechamente ligadas a la solución de los mayores problemas que Colombia está afrontando ahora, a las reformas propuestas del Estado, y en particular al sistema de justicia. Pero ellas primero y sobretodo, se relacionan con la creación de esquemas en los barrios pobres que ofrezcan alternativas reales a los niños y a los jóvenes que quieren jugar un papel activo en la sociedad, que quieren oportunidades para sus vidas. Si no podemos hacer eso, todo lo que pasará serán lágrimas de cocodrilo, derramadas siempre que Colombia sea sacudida por cualquier inevitable racha de asesinatos” [14].

Factores históricos en Estados Unidos

El genocidio de la población indígena

Los Estados Unidos fueron fundados con violencia, mucho antes de la revolución norteamericana de 1776. Los europeos que conquistaron e invadieron las Américas arrasaron la población indígena. En Nueva Inglaterra, por ejemplo, la primera Guerra India en 1636-1637 resultó en la masacre de los indios pequot en Mystic, donde los hombres, mujeres y niños del pueblo fueron destruidos por fuego y tiros. El puritano divino Cotton Mather celebró el evento muchos años después en su *Magnalia Christi Americana*: “En poco más de una hora, quinientos a seiscientos de estos bárbaros fueron borrados de un mundo que sufrió con el peso de ellos” [15, 16]. La secuela fue descrita por Stannard en su recuento del *holocausto norteamericano*:

“Mientras tanto, los narragansetts, que habían sido los rivales de los Pequots, pero que estaban horrorizados por esta carnicería inhumana, calladamente aceptaron la dominación inglesa de las tierras de los pequots —sus ‘tierras viudas’, para prestar una frase de Jennings—. Sin embargo esto no probó ser suficiente. Los pueblos ingleses continuaron su multiplicación, los colonizadores continuaron expandiéndose a sus alrededores en campos y valles. Siguieron con la tierra de los narragansetts y de otras tribus.

Es innecesario narrar en detalle la historia de la destrucción de los narragansetts y de otros tales como los wampanoags, en lo que se conoce como la Guerra del Rey Felipe de 1675 y 1676. Miles de nativos fueron matados, sus pueblos y cultivos quemados. En una sola masacre, 600 indios fueron destruidos. Esto fue, según dos historiadores recientes, ‘un My Lai del siglo XVII’, en la cual los soldados ingleses ‘corrieron desbocadamente matando hombres heridos, mujeres y niños indiscriminadamente, quemando los campos y los indios vivos o muertos en sus chozas’. Cotton Mather, pastor venerado de la Segunda Iglesia de Boston, encantado con esto, se refirió más tarde a esta masacre como ‘una barbacoa’. Más carnicería siguió” [17].

Estos no fueron incidentes aislados; la masacre continuó hasta el fin de las guerras del ejército norteamericano contra los indios, en Wounded Knee en 1896, donde, “después de que cientos de hombres, mujeres y niños de Lakota fueron matados por las poderosas armas de Hotchkiss (cañones cargados con explosivos de dinamita) de la *Séptima Caballería*; los sobrevivientes fueron rastreados por millas alrededor y ejecutados sumariamente, porque —y sólo porque— la sangre que corría en sus venas era india” [18].

En su epílogo, Stannard comenta:

Como hemos visto, una de las precondiciones para los genocidios españoles y anglonorteamericanos contra los pueblos nativos de las Américas era una definición pública de los nativos como seres inferiores inherente y permanentemente, es decir, racialmente. Para el conquistador español, los indígenas estaban más específicamente definidos como esclavos naturales, como bestias infrahumanas de carga, porque ese era el uso que los españoles querían darles, y porque tal definición era explicable por atractiva para las creencias de antiguos cristianos y europeos —pasando por Aquino, remontándose hasta Aristóteles. Como los colonizadores británicos, y subsecuentemente los norteamericanos, habían hecho poco uso del servilismo indígena y querían solamente sus tierras, apelaron a otras fuentes de sabiduría cristiana y europea para justificar su genocidio: los indios eran socios de Satanás, eran hombres asesinos salvajes y lascivos de los bosques, eran osos, eran lobos, eran insectos. Supuestamente los indígenas mismos habían demostrado ser incapaces de convertirse al cristianismo o civilizarse y con escasa necesidad de los británicos o norteamericanos para tenerlos como esclavos; en este caso, la matanza masiva de indios fue considerada la única cosa a hacer” [19].

El sistema de la esclavitud

El desarrollo del comercio de esclavos africanos en el siglo XVII proveyó a las colonias inglesas de un número creciente de esclavos, particularmente en las colonias de plantaciones del sur que eran las únicas que tenían el suelo, el clima y la sociedad adecuadas para la esclavitud. En las otras colonias, con pocas excepciones, la institución fue condenada desde el principio por estos mismos factores. La industrialización de las manufacturas inglesas de algodón a principios del siglo XIX crearon una demanda enorme de algodón en bruto, y en las grandes plantaciones el sistema de la esclavitud se volvió dominante en el sur de los Estados Unidos [20].

Las doctrinas racistas se esgrimieron para justificar la esclavitud como un bien. Una de tales doctrinas, la de que los negros eran bárbaros, fue destacada en el preámbulo del Código de Carolina del Sur, en 1712, que declaraba a los Negros como “de naturaleza bárbara, salvaje, y... totalmente no calificados para ser gobernados por leyes, costumbres y prácticas de esta provincia” [21]. Esto nos recuerda la descripción de Cotton Mather de los indios como “miserables salvajes”; el término del Gobernador de la Colonia Plymouth, William Bradford, para quien ellos eran “hombres salvajes”; o el comentario de George Washington en 1783, de que los indios eran, después de todo, muy poco diferentes de lobos: “ambos siendo bestias de rapiña, aunque difieran en su forma” [22].

Además, “doctores, científicos y pseudocientíficos —frenólogos que hicieron un substancial seguimiento— encontraron una base fisiológica para alegar diferencias temperamentales e intelectuales” [23]. Esto suena familiar: en 1994, Herrnstein y Murray publicaron su teoría racista de que las diferencias hereditarias en inteligencia eran responsables del hecho de que la pobreza afectara desproporcionadamente a los afroamericanos. Ampliamente leído y discutido, su libro titulado *La curva de Bell: estructura de la inteligencia y clase en la vida norteamericana (The Bell curve: Intelligence and Class Structure in American Life)* es una contribución muy grande al recrudescimiento actual del racismo [24].

La Guerra Civil terminó la esclavitud, reemplazándola en el sur por la participación en los cultivos. Sin embargo, esto fracasó para terminar con el racismo y la inequidad. Desde el fin de la Guerra Civil hasta el presente, los afroamericanos han estado sujetos a la segregación y a la discriminación: escuelas, servicios de salud y viviendas inadecuadas; pobreza, bombas en las iglesias y violencia racista; amplia intimidación. La herencia de la esclavitud ha sido, como el genocidio de los indios, un factor mayor responsable de la alta incidencia de violencia y homicidios en los Estados Unidos.

Militarismo

Un tercer factor mayor ha sido la continua militarización de los Estados Unidos después de la Segunda Guerra mundial. El concepto de *Un solo mundo*, de Franklin D. Roosevelt y Wendell Winkle fue abandonado después de la muerte del primero de ellos. Fue reemplazado por la agenda del poderoso complejo militar-industrial advertido y atacado por el presidente Eisenhower. Esta agenda condujo a la llamada Guerra Fría, una serie de guerras calientes (*hot wars*) a escala global —guerras directas en Corea, Vietnam y Grenada—, y unas guerras por poder en Guatemala, Chile, Cuba, Nicaragua, Angola y Afganistán.

La victoria de la Guerra Fría fue seguida por acciones militares en Panamá, Líbano, Libia y Somalia, así como también por la Guerra del Golfo. El *dividendo de la paz*, esperado después de la Guerra Fría, no se materializó. Los Estados Unidos ahora gastan 265 billones de dólares por año, “37% de los gastos militares anuales del mundo. El gasto fue más alto en 1995 —descontando la inflación— que en el pico máximo de la Guerra Fría en 1980”. El gasto militar es “cerca de la mitad de lo que se llama gasto discrecional federal. El Congreso y el presidente están haciendo todo el corte en la otra mitad, o sea en los programas domésticos e internacionales” [25]. En 1996, Estados Unidos incrementó su liderazgo como el comerciante de armas más grande del mundo y recibió 11,3 billones de dólares en órdenes, 36% del mercado global [26]. El 1 de agosto

de 1997, el gobierno de Clinton anunció que levantaría la prohibición de vender las armas más avanzadas a países de América Latina, como los aviones de reacción para la guerra y los tanques [27]. Más aún, Estados Unidos ha rehusado unirse al resto de las naciones del mundo en la incondicional ratificación de la Convención de Genocidio de las Naciones Unidas [28], como tampoco ha aceptado incondicionalmente el tratado para prohibir las minas quiebrapatatas [29]. Además, este país está acelerando la investigación sobre el desarrollo de nuevos tipos de armas nucleares así como el perfeccionamiento de las cabezas explosivas existentes [30, 31].

Conclusión

Creo que queda claro que “Estados Unidos es un ambiente altamente violento” y que es ciertamente una sociedad violenta. Las altas tasas de homicidio tienen antecedentes históricos: el genocidio de la población de indios, la institución de la esclavitud, el racismo tan extendido dirigido contra los indios norteamericanos, los negros americanos, los latinoamericanos y otras minorías, la creciente militarización de la economía del país, la ideología y la política gubernamental. Estos son los factores mayores, aunque indudablemente no son los únicos que dan cuenta de nuestras tasas altas de homicidio. La acción seria para combatir el racismo, la pobreza y el militarismo debería ser el foco central de los programas de salud pública para reducir la violencia, para decir, a la manera de lo que afirma Alonso Salazar en su frase final del libro *No nacimos pa semilla*: “Si no podemos hacer esto, todo lo que pasará serán lágrimas de cocodrilo, derramadas cada vez que los *Estados Unidos* sean sacudidos por cualquier inevitable racha de asesinatos”.

Referencias

1. United States. Department of Health and Human Services. National Center for Health Statistics. Health United States 1996-97 and Injury Chartbook. (Publication 97-1232), 1997. Table 33, p. 117-120. *Ibid.*, Table 34, p. 121-122.
2. *Ibid.*, Table 47, p. 155-157.
3. *Ibid.*, Figure 6 data, p. 58.
4. *Ibid.*, Figure 12 data, p. 1.
5. *Ibid.*, Table 2, p. 79.
6. Zimring FE, and Hawkins G. Crime is Not the Problem: Lethal Violence in America. New York: Oxford University; 1997. p. 55.
7. *Ibid.*, p. 7-8.
8. *Ibid.*, p. 123.
9. *Ibid.*, p. 213.
10. *Ibid.*, p. 63-66.
11. Harding C. En: Salazar A. Born to die in Medellin. London: Latin America Bureau; 1990. p. 6-7.
12. *Ibid.*, p. 114.

13. *Ibid.*, p. 127-128.
14. Jennings F. The invasion of America: indians, colonialism, and the cant of conquest. New York: W.W. Norton; 1976, p. 202-227.
15. Stannard DE. American holocaust: The conquest of the new world. New York: Oxford University 1992. p. 112-115.
16. *Ibid.*, p. 115.
17. *Ibid.*, p. 126.
18. *Ibid.*, p. 247.
19. Du Bois WEB. The supression of the African slave trade to the United States of America, 1638-1870. Baton Rouge: Louisiana State University; 1969. p. 7, 151-154.
20. Stampp KM. The peculiar institution: slavery in the ante-bellum south. New York: Random House; 1956. p. 11.
22. Stannard DE. *Op. cit.* p. 119, 238.
23. StamppKM. *Op. cit.* p. 8.
24. Herrnstein RJ, Murray C. The Bell curve: intelligence and class structure in American life. New York: The Free Press; 1994.
25. Lewis A. Wanted a leader to rein in military spending. International Herald Tribune 1996 Jan 23; p. 8.
26. Shenon P. U.S. increases its lead in world market of weapons. New York Times International 1997 Aug 16; p. 3.
27. Myers SL. U.S. lifts a ban on weapon sales to Latin America. New York Times 1997 Aug 2; p. 1.
28. Stannard DE. *Op. cit.* p. 255-256.
29. Mellgren D. U.S. wants land-mine exemptions. Burlington Free Press 1997 Sep 3; p. 2A.
30. Wald ML. U.S. refits a nuclear bomb to destroy enemy bunkers. New York Times 1997 May 31; p. 1, 9.
31. Vulliami E.U.S. in secret new nuclear build-up. Manchester Guardian Weekly 1997 Aug 24; p. 1.

Violencia en Colombia: reflexiones de una profesora visitante*

Violence in Colombia: reflections of a visitor professor

Nina Wallerstein¹

¹ Ph.D. Directora de la maestría en salud pública del Department of Family and Community Medicine de la University of New México. Visitante en la Universidad Javeriana, Santafé de Bogotá, 1997.

Resumen

Como profesora de salud pública en Estados Unidos y habiendo tenido la oportunidad de estar en Santafé de Bogotá por un periodo corto de tiempo, la autora presenta su perspectiva de la violencia en Colombia como asunto que atañe a la salud pública. Aunque no intenta sentar conclusiones, este artículo presenta la gran complejidad de la violencia, desde verla como epidemia, hasta sus orígenes socioeconómicos y políticos, y sus devastadoras consecuencias psicológicas, sociales y de amenaza a la vida desde hace varias generaciones. Este artículo es tanto una narración de experiencias con académicos, gente

de la comunidad, familiares, activistas y profesionales, como también un intento académico por mostrar que la violencia no es caótica e indescifrable sino que tiene raíces sistemáticas y, por ende, oportunidades sistemáticas de mejoramiento. Esperemos que Colombia salga adelante gracias al trabajo de profesionales dedicados al desarrollo de los esfuerzos de la comunidad; gracias a las negociaciones políticas, que aún son débiles; y gracias a las manifestaciones populares por la paz.

-----*Palabras clave:* violencia, paz, salud pública, guerrilla, negociación

Abstract

As a professor of public health in the United States, the author presents her perspective of violence as a public health issue in Colombia, based on her experiences over a relatively short period of time as a Fulbright scholar in Bogotá. Though not claiming to be definitive, the article presents the far-ranging complexity of the violence, from its epidemiology, to its social-economic-political origins, and its devastating psychological, social and life-threatening consequences over multiple generations. The article is both a narrative of experiences with scholars, people in communities, fellow parents, activists, and

professionals, as well as a scholarly treatise to illustrate that the violence is not chaotic and indecipherable, but has systematic roots and therefore systematic opportunities for amelioration. Hope for Colombia is uncovered through the dedication of professionals engaged in community development efforts; through existing, though fragile, political negotiations; and through popular demonstrations for peace.

-----*Key words:* violence, peace, public health, guerrilla, negotiation

* Texto originalmente escrito en inglés. Traducido, con autorización de la autora, por Helena E. Restrepo, M.D. El presente análisis descriptivo sobre la violencia que azota a nuestro país es fruto de una estadía de la profesora Wallerstein en Colombia, por un periodo corto pero suficiente para captar la complejidad y gravedad del problema colombiano. Es útil para los salubristas conocer este tipo de evidencias que contribuyen a hacernos cada día más conscientes sobre la necesidad de discutir e intercambiar a nivel internacional diferentes aproximaciones e interpretaciones del problema de la violencia como un asunto de interés para la salud pública. Como quiera que seguramente la narración de la profesora Wallerstein puede dar origen a discrepancias, su intención es reconocer que la interpretación de la situación que vivió la autora en sus cuatro meses de estadía es respetable desde todo punto de vista y merece nuestro agradecimiento por haber tenido el interés y el valor de observar científicamente y preguntarse cuál es el significado que tienen las múltiples formas de violencia para la salud pública. (Nota de la Tr.)

Introducción

“La violencia en Colombia es un problema de salud pública”, proclamó Saúl Franco en la inauguración de la Conferencia sobre Salud Pública y Violencia en noviembre de 1997 en Bogotá, “en sus raíces y en sus consecuencias de frontera a frontera, en sus niveles de barbarie, y en la rampante impunidad con que opera”. Y sigue Franco diciendo, “Imaginen que una niña de seis años le preguntó a su padre en una zona rural de Antioquia ‘cuando alguien mata, ¿por qué se muere?’”. Al principio no entendí la pregunta: ¿por qué cuando matan se mueren?, pero al final de su discurso, cuando Franco clamó por el derecho de la gente a morir de muerte natural, yo comprendí a la niña que relacionaba la muerte con el hecho de matar. ¿Por qué una niña de seis años habla de matar y de la muerte? Yo no podía creerlo.

A lo largo de los cuatro meses que viví en Colombia como profesora de salud pública de la Fundación Fulbright, fui observando los cambios en mis reacciones, leyendo los periódicos de Bogotá, hablando con mis colegas, con los conductores de taxi, con las madres de los compañeros de mi hijo en el colegio, con los estudiantes, artistas y con todo el que podía.

Mi familia y yo fuimos a Colombia por varias razones: porque mi esposo tenía una familia extensa de dieciséis primos a quienes habíamos visitado veinte años atrás, por la posibilidad de trabajar con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y por la oportunidad para mi esposo y yo de enseñar en universidades colombianas como profesores visitantes. Por supuesto que sabía de la reputación de Colombia como país con una historia de violencia, también de las altas tasas de homicidio, una de las más altas del mundo, seis veces mayor que la de Estados Unidos [1].

Aunque sospechaba que la violencia política de los últimos cien años había sido sustituida por la de las drogas, allá descubrí que el periodo llamado “La Violencia” de 1948 a 1964, de retaliaciones entre los partidos Liberal y Conservador, en el cual 200.000 personas habían sido asesinadas, había sido reemplazado por el tráfico de drogas, por la lucha guerrillera de los últimos 40 años, y también por la lucha entre guerrilleros y los grupos privados paramilitares que se habían extendido rápidamente en los más recientes años. También conocí los datos de que la última década había costado 230.000 vidas que excedían las de “La Violencia” de la década de los 50 y de la “Nueva Violencia” de la década de los 80, debido al terror de los carteles de la droga [2]. Lo que sí no sabía, era si esta violencia podía afectarme a mí, a mi familia y mi trabajo en Bogotá. Mi primer contacto directo con esta situación fue a través de un cable del Departamento de Estado de mi país entre los papeles de la Fulbright, en el cual alertaban a todos los americanos

a no viajar a Colombia, y si éramos tan incautos de hacerlo, que no viajáramos al interior del país y que nos limitáramos a viajar en taxi de y al trabajo. El memo mencionaba también los crímenes callejeros y los asaltos con escopolamina, dejando de lado la violencia política que afecta las vidas de los colombianos. Si no hubiera sido por la calma y la absoluta responsabilidad profesional de la oficina de Fulbright, seguramente nosotros no habríamos aceptado la actividad propuesta.

A pesar de que teníamos conocimiento general sobre estos datos de violencia, había aspectos específicos que no sabíamos ni nos imaginábamos. No sabíamos, por ejemplo, que ese período que íbamos a estar allí era precisamente el tiempo de elecciones para alcaldes y concejos municipales, y que las guerrillas habían decidido sabotear las elecciones con secuestros y terror porque las consideraban una farsa en el 30 a 40% del campo que ellos controlaban.

Desde Estados Unidos hemos tendido a ver la violencia en otros países como caótica e incontrolable, como resultado de guerras étnicas, o de facciones religiosas y tribales, de movimientos y acciones de la insurgencia y contrainsurgencia. Con excepción de las guerras civiles de América Latina de las décadas de los 60 y 80, y más recientemente en Chiapas, México, hemos tenido la tendencia a ver la violencia internacional muy lejana: la antigua Yugoslavia, Ruanda, Chechenia, el Medio Oriente. Pero Colombia está a solamente cuatro horas de Miami y, trágicamente para su gente, ha sido líder en la violencia de las Américas en las tres últimas décadas.

A pesar de la visión de Estados Unidos, en Colombia “La Violencia” ha sido estudiada exhaustivamente por sociólogos, psicólogos, analistas políticos, profesionales de la salud pública, periodistas, historiadores y activistas, y no pretendo comprender todas las corrientes que se han ligado a su historia. Los profesionales de la salud en Colombia han intentado identificar las dimensiones epidemiológicas de la violencia, su huésped, y factores de riesgo del ambiente y de los agentes. Pero yo, como profesional de la salud pública, nunca había estudiado la violencia o los factores de riesgo de los conflictos. Entonces, mientras vivía en Colombia, empecé a darme cuenta de la necesidad de analizar las múltiples dimensiones de la violencia para poder comprender su importancia en salud pública y sobre todo para desarrollar estrategias de paz. Lo que sigue en este artículo es, por consiguiente, un recuento de mi experiencia en Bogotá, durante los últimos cuatro meses de 1997 y lo que he llegado a entender de la naturaleza dinámica y compleja de “La Violencia” dentro de su contexto histórico y político.

Estadísticas de violencia del país

Colombia tiene los índices más altos de toda América en morbilidad y mortalidad por accidentes y violencia

intencional, con una tasa de 96 homicidios por cada 100.000 personas en la población total y de 123 homicidios entre los hombres, en el año 1994.

El homicidio ha sido declarado como una epidemia, pasando del noveno lugar entre todas las causas de muerte hace tres décadas, al primer lugar a partir de la década de los 80, con un margen creciente de la diferencia entre esta causa y todas las demás y fue responsable del 70% de todas las muertes violentas del país en 1994 [4]. En 1995 hubo además un aumento del 15% de las lesiones no fatales. Los datos de 1994 indican que las tres ciudades más grandes, Bogotá, Cali y Medellín dan cuenta del 50% de todos los homicidios que ocurren en el país, reflejando la urbanización del problema [2].

Estadísticas de Medellín de 1994-1996 indican que la mitad de los años potenciales de vida perdidos (APVP) son causados por lesiones intencionales, de las cuales el 98% son homicidios. El 57% de los homicidios ocurren en la clase socioeconómica más baja, el 39% en clase media y sólo el 3,5% en la clase más alta, lo que refleja una distribución inequitativa para la población con las condiciones económicas más desfavorables [4].

Otro índice importante, los años potenciales de vida saludable perdidos por incapacidad o años de vida saludable ajustados por discapacidad (AVISA), muestra que el porcentaje más alto de AVISA por lesiones intencionales es para los colombianos del 18 a 27% del total de años perdidos mientras que en otros países latinoamericanos es de 3,3% y 1,4% a nivel mundial.

El costo de los homicidios y lesiones intencionales es muy significativo para la economía colombiana, y tiene dos componentes: los costos directos que comprenden la suma de atención médica, seguridad para prevención y captura de los involucrados, más los ocasionados por los procedimientos judiciales de los procesos penales y de policía, encarcelamiento, etc., y los costos indirectos que corresponden a la pérdida de ingresos para la sociedad tanto de las víctimas como de los agresores encarcelados y los años de vida saludable perdidos por incapacidad o por muerte prematura. El costo de años de vida perdidos por incapacidad representa el 1,3% del Producto Nacional Bruto (PNB) para hombres y 0,4% para mujeres. En 1995, el total de costos directos e indirectos fue de 61 millones de dólares que corresponde al 0,076 del Producto Interno Bruto (PIB) [5]. Muchos de los costos judiciales son todavía desconocidos a causa de la impunidad reinante, como lo demuestran los informes nacionales de la policía, que estiman que sólo en el 17,2% de los casos se aprehende al asesino y muchos menos casos son condenados por la justicia [1].

Además de los costos y del sufrimiento que produce el homicidio, el efecto de la violencia política sobre la población total ha sido muy severo, con el mayor número de refugiados internos y de campesinos desplazados

en nuestro hemisferio. Las cifras de desplazados en la década de los 90 desde 1985, ha aumentado de 300.000 a 900.000. Las personas no envueltas en los conflictos han tenido o que huir de las zonas de guerra debido a las amenazas físicas, o a la incapacidad de vivir en ciudades flotantes, o crear comunidades de refugiados donde no tienen ni la infraestructura ni la protección internacional o la asistencia a refugiados que cruzan fronteras [6].

Con uno de cada 60 colombianos forzados a migrar entre 1985 y 1994, el acceso a la atención de salud, las campañas de vacunación y el control de vectores de enfermedad, han declinado significativamente; solamente el 22% de las familias de los desplazados reciben atención médica [1].

Violencia como problema de salud pública

¿Qué significa la violencia como un problema de salud pública para los colombianos y para los norteamericanos, en el contexto de salud internacional?

Significa la violencia ejercida por los grandes terratenientes que controlan la tierra (en Colombia la reforma de la tierra ha sido insignificante a pesar de la aparente democracia), donde la población no puede ganar lo suficiente para vivir como campesinos en sus propias parcelas. Tuve conocimiento de una familia que vivía de lo que ganaba a la semana su hijo de once años por lavar bananos en una plantación.

Significa que algunas de las pocas oportunidades de trabajo en el campo es trabajar en sembrados de coca o convertirse en un miembro de los grupos armados (muchachos de catorce años que se unen a la guerrilla para poder comer). Estos mismos jóvenes, para poder tener vestido y comida, se cambian a los paramilitares, cuando la guerrilla es hostigada y obligada a salir de la región. La libertad y los derechos humanos, derecho a la vida, a su propio cuerpo y al trabajo no existen para estos jóvenes [7]. Diferentes fuentes de estadísticas hablan de cifras de 7.000 a 15.000 jóvenes por debajo de los dieciocho años envueltos en el conflicto armado; aproximadamente 2.000 en las guerrillas, y el resto, hasta un 50% en algunas regiones, está en las filas de los paramilitares y del Ejército Nacional. Una iniciativa de paz muy importante, de la Agenda Internacional de UNICEF y la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, establece que los grupos armados, incluyendo el ejército oficial, se abstengan de reclutar menores de dieciocho años.

Significa que la violencia como problema de salud pública, produce la migración desde el campo a ciudades como Bogotá, donde el desempleo es tan alto que la única oportunidad de empleo es vender en las

calles, en la llamada “economía informal” (50-60% de la economía total): juguetes, libros, frutas, chicles, limpiar vidrios, o hacer cualquier cosa similar.

En la mitad de nuestra estadia, un muchacho que no parecía ser mayor que mi hijo de ocho años, estableció un puesto de venta de café diario a las 6 a.m., en la vía de mi casa al punto de parada del bus del colegio de mi hijo. Veía a mi hijo, feliz, soñoliento, bajando la cuesta con su uniforme del colegio y su mochila escolar. En cambio él, trabajaba, cargando dos pesadas bolsas plásticas con unos termos de café, cigarrillos y panes, llevando su pesada carga en la loma, para armar la tienda sobre cartones y tablas viejas. Pablo, ese era su nombre, me contó que no iba a la escuela, pero su voz cambió cuando me contó que el año próximo cambiaría porque su jefe había encontrado una escuela que funcionaba todo el día los sábados, lo cual no interferiría con su trabajo. La historia de Pablo es un recordatorio de la realidad detrás de las políticas neoliberales por las cuales las economías latinoamericanas han salido de la crisis de la década de los 80 para alcanzar un crecimiento del 3%, a un costo igual de crecimiento de la tasa de pobreza. A través de la privatización de los servicios públicos y los cortes dramáticos al gasto gubernamental, la brecha entre ricos y pobres se ha ampliado tremendamente. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha calificado la década de los 90 como “la generación perdida”, de la que entre el 30 y el 50% de América Latina vive en la pobreza, y más del 50% de los niños no puede terminar la escuela primaria.

¿Significa la violencia, como problema de salud pública, el miedo a la violencia callejera que intimida a los ciudadanos a que nunca puedan aventurarse a caminar por el centro o por los barrios del sur de la ciudad? ¿Incluye esa violencia el comercio internacional de armas que alimenta el poder de los grupos armados en la sociedad colombiana? Comercio que es legal, si es con la participación del gobierno americano que arma a los militares colombianos y a los paramilitares, pero ilegal cuando se trata de los narcotraficantes y del mercado negro. A menudo las armas legales se vuelven ilegales, como cuando los paramilitares las usan para proteger a narcotraficantes. Los grupos armados hacen las carreteras intransitables, la infraestructura vulnerable, y aterrorizan a los campesinos. Los innumerables daños a la infraestructura, puentes, carreteras, torres eléctricas, y oleoductos causan escasez de alimentos y de otros bienes para toda la población, incluyendo a los soldados del gobierno estacionados en las regiones donde se lucha.

¿Significa la violencia, como problema de salud pública, la impunidad que permea a cada sector? Se encuentra al más alto nivel, aun desde el ex gerente de la campaña presidencial del presidente Samper a quien se le alega que solicitó 6 millones de dólares al cartel de la droga de Cali y quien fue condenado por

enriquecimiento ilícito a un cómodo arresto de cinco años en casa, con sirvientes y piscina.

Esta impunidad se siente a nivel de los jóvenes marginados, contratados como asesinos, “sicarios”, por los señores de la droga y que reciben de US\$100 a 5.000 por vida, y raramente son aprehendidos por la justicia. Es la impunidad inversa que se les garantiza a la policía y a los militares que cometen brutalidades contra los habitantes de los barrios marginados y los campesinos, en nombre de la guerra a la droga. Es la impunidad de los afamados líderes del cartel de la droga, en libertad o reclusos en cárceles colombianas especialmente construidas para garantizarles su seguridad, y quienes aparentemente pueden comprar a miembros del Senado para derrotar la ley de extradición o por lo menos, prevenir la extradición retroactiva por sus crímenes.

¿Significa un problema de salud pública la exagerada cantidad de población desplazada de su entorno natural a los medios urbanos, en las condiciones más trágicas desde todo punto de vista? Esta población de desplazados es un problema agudo de salud pública.

En resumen, la violencia como problema de salud pública es la que afecta la vida de las personas en todos sus ambientes, es la que se vuelve un determinante fundamental de los niveles de mala salud y pésima calidad de vida. La inseguridad, el miedo y la pobreza condicionan una situación muy deplorable de la salud pública de un país.

Características de la violencia en Colombia

Cabe preguntarnos, ¿cómo se caracteriza este problema de violencia en Colombia? Intentaré presentar mi percepción: La violencia es un problema nacional, a muy alto nivel e incrustada en el contexto particular político e histórico de Colombia. Como toda violencia de países desarrollados o en desarrollo, es multicausal y atraviesa todo el tejido social. También, como lo afirmó Saúl Franco en la mencionada Conferencia nacional sobre violencia,

“la violencia es la imposición de la fuerza al servicio de intereses de grupos particulares. Consiste en actos cometidos asimétricamente, con la consecuente negación de los derechos de sus víctimas. No es el producto de la determinación genética, el azar o la ausencia de lógica. Es una actividad humana inteligente y consciente con un propósito definido que nace del desarrollo de ciertas relaciones entre humanos. Es conforme con procesos históricos cambiantes... un lenguaje sin palabras, tanto físico como simbólico” [2].

Y lo físico y simbólico es penetrante.

Porque la violencia partidista en el país terminó con la declaración de ambos partidos políticos de una alternancia del poder durante cuatro años, comenzando en la década de los 50, y parece haber un sentimiento

de desesperanza con respecto a “La Violencia.” Esta es parte de la cultura del país, dice la gente. Colombia no ha tenido las dictaduras militares del tipo que sufrieron otros países de Sur América; la aparente democracia parece haber creado una pasividad al ultraje. La gente suele decir: esto es “complicadísimo” al hablar de su historia de violencia; ninguna explicación es posible. Se ha vuelto normal arreglar los conflictos con violencia, y encogerse de hombros como otra forma de vida.

Aun Gabriel García Márquez en su libro *Memorias de un secuestro*, refiriéndose a la tiranía de la violencia de Pablo Escobar en la década de los 80, escribió, “Tal vez el aspecto más colombiano de la situación era la capacidad de asombrarse de la gente... acostumbrados a todo, lo bueno y lo malo, con una elasticidad que puede ser la más cruel de las formas de valor”. Es su complacencia, incredulidad, o, de hecho, la capacidad de las personas a vivir su vida. La ironía de este año de elecciones es que es la tercera vez que se eligen alcaldes por voto popular, en vez de ser designados por el Estado.

Del lado psicológico, el psicoanalista Óscar Espinosa declara,

“Nuestra situación como nación se parece a la de Macbeth: asesinada la legalidad y reemplazada por mentiras piadosas, cuando no cínicas, nos precipitamos en el abismo de acciones criminales sucesivas que se vuelven contra todos porque en cierta manera todos somos cómplices de la arbitrariedad. [...] Violencia y mentira son interdependientes: se mata entre otras cosas, para no decir la verdad, la verdad de una situación política, de un beneficio económico, o la verdad de otro crimen cometido. Si se dice la verdad, en cierta manera se pierde el poder y quedan muchos privilegios amenazados de extinción; además la verdad es hija de la libertad” [8].

Aunque la violencia ha cambiado con relación a la violencia de la droga de la década de los 80, la guerrilla y los paramilitares son actores importantes para entender la epidemiología de la violencia. El movimiento guerrillero, con una historia de 40 años, se inicia con el objetivo real de las inequidades, de las revoluciones que trajeran a América Latina la justicia social; este movimiento ha sufrido épocas de severa represión. Cuando un grupo de guerrilla entregó las armas en la década de los 80 para formar un partido político, la Unión Patriótica, sus miembros fueron asesinados por los escuadrones de derecha. “Las guerrillas aún tienen que ser consideradas una fuerza política legítima”, dice Pedro Valenzuela, un analista político y director del programa de resolución de conflictos de la Universidad Javeriana. “Primero que todo, tienen una historia, una ideología de justicia social y de reforma agraria. Segundo, tienen una base en el campo; ellos no podrían controlar un tercio del país sin esa base. Tercero, ellos son un movimiento rico, riqueza proveniente de los secuestros (de hacendados y empresarios) y en algunas zonas del narcotráfico”.

Las FARC entraron al negocio de la droga lentamente desde el comienzo de la década de los 80, al principio y todavía ofreciendo protección a los campesinos que cultivan amapola y coca. Luego, viendo lo lucrativo del negocio, entraron a la producción y distribución. Pero esta conexión no es monolítica y varía regionalmente. Los grupos paramilitares, en una gran proporción apoyan y ganan dinero también del narcotráfico. En un periódico apareció que once investigadores judiciales acompañados de soldados que iban a una finca a erradicar sembrados de coca y a decomisar la tierra, se encontraron con una caravana de dos camiones cargados de coca, protegidos por paramilitares. Los oficiales del gobierno capturaron a los paramilitares, pero de regreso a su base, otros 200 paramilitares los atacaron desde la cima de una pequeña montaña.

El movimiento paramilitar creció en forma de grupos armados contra la guerrilla en la década de los 80, contratados por compañías petroquímicas, hacendados y ganaderos, para protegerlos de secuestros y proteger sus propiedades. Los paramilitares se organizaron, al parecer, con el apoyo tácito evidente de los militares. En la década de los 90, han desarrollado sus propios intereses, negocio de drogas y un liderazgo nacional (con muchas localidades bajo su estructura de control).

En los últimos años, hemos leído que se han institucionalizado las “Convivir”, ligas de autodefensa, que reciben autorización para organizarse cuando un gobierno civil o militar local no puede controlar la región. Por primera vez en la historia de los paramilitares, las Convivir han recibido armas directamente de las fuerzas militares colombianas. Su legalidad fue confirmada por la Corte Suprema que opinó que es constitucional que los ciudadanos se armen para su autodefensa. Unos amigos nos dijeron que este solo acto del gobierno, la distribución y proliferación de armas, hizo posible una escalada de violencia muy grande. El aumento de armas, se ha relacionado internacionalmente con el aumento de las probabilidades de muertes violentas y con la mayoría de las muertes de civiles [9]. Amnistía Internacional ha condenado recientemente a los paramilitares por los desplazamientos, “no como un producto casual, esporádico de las operaciones de contrainsurgencia... [sino como] un arma crucial en la estrategia de las fuerzas armadas y de sus aliados paramilitares”.

El efecto de la violencia política en esta década es penetrante. En el plano económico, Colombia se ha visto imposibilitada para explotar sus bellos recursos naturales y la biodiversidad para la industria turística. Su relación con la América Latina cada vez más globalizada y con los mercados mundiales se ha hecho más frágil; las compañías nacionales y multinacionales no pueden resistir las constantes amenazas a su personal y a su infraestructura. En el plano militar, se informa que la moral del Ejército es cada día más baja con

los constantes ataques de la guerrilla. En el plano internacional, las tropas colombianas son incapaces de evitar los secuestros de soldados de otros países en sus fronteras por los grupos guerrilleros.

Las relaciones con Estados Unidos permanecen tensas, cada lado peleando en su arena política. Y aun con el nuevo paquete para Colombia de 1,3 billones de dólares del Congreso de Estados Unidos, hay muchas dudas si este dinero va a ser positivo o no para la paz. Con cuatro quintas partes de ese dinero destinadas a ayudar ostensiblemente a los militares de Colombia a erradicar el comercio de la coca, la pregunta es ¿cómo se evitará que esta ayuda militar no sea usada contra la guerrilla y de esa forma escalar la guerra civil? [10] Como dijo un editorial de *El Espectador*; “¿Cuántos colombianos que hoy están vivos, que tienen ilusiones y que sudan rebuscándose, morirán con la decisión del Congreso estadounidense?” [11].

No hay duda de que la violencia afecta la vida diaria de la gente en los campos, desde los candidatos políticos hasta los campesinos locales. De un lado, se está más seguro si la región está controlada por los paramilitares o las guerrillas, en tanto no haya conflicto armado que recaiga sobre la población civil. Pero, los números de personas desplazadas, y el gran número de refugiados internos sigue creciendo. Una población satélite del sur de Bogotá de un millón de habitantes, declara que la mayoría son desplazados.

La violencia (real y simbólica) a nivel emocional, artístico y psicológico, nunca desaparece. Una noche estuvimos en una obra de teatro experimental sobre la vida de las mujeres en Colombia. El argumento se centraba en siete mujeres secuestradas que procedían de diversas clases sociales, amas de casa de nivel medio-alto, mujeres ejecutivas, una prostituta, una estudiante joven, y ninguna sabía por qué estaban secuestradas ni qué les iba a suceder. La incomunicación con el exterior, con una constante violencia amenazante de parte de sus desconocidos e invisibles secuestradores, las hizo volverse contra ellas mismas y empezar a condenar la forma de vida de cada una, su falta de moral o falta de valor. Fue muy estremecedor.

Conocimos una amiga escultora, con exposiciones y reconocimiento internacional cuyo trabajo se centra sobre “La Violencia”, transportando al arte la experiencia de la gente que ha sufrido tragedias y actos violentos. Su trabajo lo hace a partir de la experiencia de niños que han sido testigos de la muerte de uno o ambos padres. Ella va a zonas de violencia, con frecuencia con la ayuda de la iglesia, a entrevistar a los niños y retorna a Bogotá con objetos como zapatos o cabello para ser instalados dentro de sus obras escultóricas. Después de cada pieza, ella queda exhausta y no puede moverse por varios días. Pero, según ella, no puede descansar ni parar de producir este tipo de arte.

Intervenciones para reducir la violencia

En la mitad de nuestra estadía, comencé a aprender del trabajo contra “La Violencia”. Empecé a entender que la violencia política no era al azar y que la negociación entre el gobierno y la guerrilla era un primer paso. Si podía detenerse la violencia política (solamente entre el 10 y el 15% de los homicidios son políticos); si podían detenerse los secuestros políticos (que habían conducido a otros secuestros hasta por pequeñas deudas); si la tierra era redistribuida y el poder compartido, entonces la violencia y el crimen diarios también podían controlarse.

Cuando di talleres sobre empoderamiento en ciudades fuera de Bogotá, comencé a darme cuenta de que al ser capaz y al empoderamiento se les ve como “complicadísimos” y contradictorios. ¿Es el empoderamiento benéfico para la comunidad o solamente sustituye a un grupo poderoso por otro? ¿Cómo podrían crearse oportunidades para que la gente expandiera su poder, cuando parece haber tan pocas fuentes legítimas de poder? Ciertamente no hay legitimidad en el gobierno nacional, especialmente cuando la impunidad en los procesos protege a todos, desde los señores de la droga, los más altos oficiales, los criminales de la calle, hasta la policía. Ciertamente no hay legitimidad en el poder que viene de la punta de un arma, ya sea ésta disparada en defensa propia o en forma deliberada. El empoderamiento de líderes locales puede entenderse también como el empoderamiento de los líderes de la guerrilla o de los paramilitares (quienes, después de todo, son los líderes locales). El coordinador de salud pública de un proyecto de desarrollo integral del BID en una zona de conflicto, me dijo que sabía de esto porque había trabajado en diferentes pueblos con la guerrilla o con los paramilitares y sólo confiaba en que el liderazgo evolucionara para dejar de ser únicamente solución de conflictos a través de las armas. Yo estaba asombrada de ver personas que trabajaban en zonas de conflicto armado o en la defensa de derechos humanos con Organizaciones No Gubernamentales (ONG), haciendo desarrollo comunitario, o simplemente siendo testigos de la lucha de las comunidades por la paz. Durante mi tiempo en Colombia supervisé a una estudiante de maestría de salud pública de la Universidad de Berkeley, California, quien estaba haciendo su internado en una así llamada “comunidad de paz” en una zona controlada por los paramilitares. La Junta Comunal estaba aprendiendo lentamente que una comunidad de paz no era solamente declararse zona pacífica, donde no pudieran entrar grupos armados, sino encontrar nuevas vías para lidiar con los conflictos. Aunque mis labores de enseñanza y mi vida diaria en Bogotá no tenían traumas, mi propio trabajo

se veía afectado sutilmente por la constante zozobra de la violencia. Antes de las elecciones traté de no viajar a ninguno de los proyectos de municipios saludables u otros proyectos educativos. Me volví obsesiva por la lectura diaria de los actos de violencia, los secuestros, las masacres (había una constante avalancha de noticias), y por tratar de entender cómo vivía la gente. Para muchas personas, ciertamente para los profesionales que conocí y para mi familia (que no eran objetos directos de violencia ni campesinos que huían de las matanzas), había una normalidad en la tensión. Simplemente vivían sus vidas, tratando de hacer su trabajo y de que sus hijos estudiaran. Entre más conocía dónde laboraban los trabajadores de salud pública y los activistas de derechos humanos, más los admiraba.

A pesar de todo, en este periodo pude ser testigo y aprender algunas iniciativas importantes de salud pública sobre violencia. El alcalde de Bogotá había decretado varias políticas públicas que, de acuerdo con el representante de la OPS en Colombia, eran las más importantes del país. En 1995, uno de sus primeros actos fue prohibir la producción y venta de pólvora, comunes en las fiestas de Navidad y otros festejos, que producían cada año múltiples quemaduras especialmente a niños. En tres años, las heridas y quemaduras en niños de diez a catorce años de edad habían disminuido en un 39%. Otra iniciativa de política de los dos últimos años en Bogotá, fue sostener cinco días de desarme al público: *Que las armas descansen en paz*. Se dio amnistía completa a quien entregara las armas sin hacerle ninguna pregunta. Para ello, el alcalde hizo alianzas con la Iglesia católica y la industria privada; pero tuvo que resistir la insistencia de la policía y de los militares que querían hacer parte de la alianza (posteriormente el Ministerio de Defensa y el Ejército Nacional desautorizaron esta alianza). Unos días antes de las elecciones de octubre, el depósito de armas pasaba de 2.500 kg (dos toneladas y media) que fueron fundidos para hacer cucharas para niños, como un símbolo de paz y vida. Un día antes de las elecciones, el alcalde patrocinó el día de desarme infantil en el cual los niños y jóvenes de las escuelas de toda la ciudad depositaron sus armas de juguete en recipientes durante una fiesta en la plaza central. En este año de 1997, el alcalde decretó también el cierre a partir de la 1 a.m. de establecimientos y clubes nocturnos donde se consume licor, con el fin de reducir las lesiones por accidentes de tránsito, por embriaguez, riñas, etc.

Cada una de estas simples iniciativas políticas tenía un objetivo común de salud pública: eliminar o controlar los “agentes” de violencia, por ejemplo el arma de fuego, el alcohol, la pólvora, y transformar el ambiente social de aceptación del abuso de estos agentes. Como estrategia de salud pública es una lección importante para Estados Unidos.

Además de estas acciones en la ciudad más grande de Colombia, el Ministro de Salud, con apoyo de la OPS, estaba creando sus propias iniciativas, como la de los Municipios Saludables por la Paz y contra la Violencia. Al final de 1997, el Ministerio organizó dos conferencias en las cuales se declaró la violencia como primer problema de salud pública y se promovió el desarrollo del movimiento de Municipios Saludables por la Paz. Este programa ha sido apoyado por la OMS y la OPS en los últimos seis años en América Latina. Pero Colombia, y así debe ser, es el primer país que lo enfoca con la estrategia hacia la paz. Visité varios de estos sitios y quedé muy impresionada con el trabajo de los grupos comunitarios de base, la formación de microempresas y negocios por parte de los grupos de mujeres, por ejemplo la cría de pollos, mejorando así la nutrición y el presupuesto familiar. El ingreso adicional de las mujeres iba acompañado de un estatus más alto en sus familias.

Uno de estos Municipios Saludables que visité fue Versalles, Valle, un pueblo que había sido azotado por la violencia política desde la década de los 50. En 1987, el nuevo médico recién graduado que llegó a hacer su medicatura rural, inició un proyecto comunitario de salud afirmando que “la participación comunitaria es la vacuna para la gente”. Los años que lleva esta organización comunitaria ha producido muchos resultados tales como el desarrollo de microempresas (como la de cría de pollos), la farmacia, la reforestación de bosques, y una casa campesina en la cabecera del municipio, para albergar a las embarazadas rurales antes del parto hospitalario. Todo este proyecto no sólo redujo las muertes maternas sino también las muertes por violencia que cayeron de 22 en 1993, a una en 1997. “Yo veía cerca de 30 a 40 hombres heridos por machete o por golpes de puño semanalmente en el hospital”, dice el doctor Valencia, “y ahora sólo uno o dos al mes.”

A pesar de la aparente normalidad de la vida bajo las amenazas de la violencia, la gente parecía estar exhausta y en busca de cualquier vía de salida. Durante las elecciones de octubre de 1997, la UNICEF con otras ONG organizaron un voto de paz, donde la gente podía votar por la paz en una ficha separada. El día de las elecciones, a pesar de las amenazas previas, incluyendo amenazas a los choferes de buses en las áreas rurales, la gente salió a votar; más de 10 millones de personas, más del 50%, dieron el voto por la paz. Más asombroso aún fue el anuncio del presidente de la Asociación de Ganaderos, al ofrecer su participación en dichas negociaciones, y declarando que para la reforma agraria la disponibilidad de tierra no era un impedimento. Las comisiones nacionales de paz se habían estado reuniendo y los candidatos a la presidencia para 1998 tenían sus propias iniciativas al respecto.

Sin embargo, este proceso es largo y tortuoso y nuestros amigos y colegas sentían que iban a morir muchas personas más, antes de que las negociaciones comenzaran. Justo antes de dejar el país, en diciembre, supimos de una ofensiva paramilitar contra campesinos para quitar el control de las guerrillas (pero dijeron que era para apoyar el voto por la paz, en una terrible y cínica tergiversación de la lógica). Esta última ofensiva parecía completamente surrealista, excepto por la realidad de las tragedias. En noviembre, inmediatamente después de las elecciones, en cinco departamentos los paramilitares masacraron a varias personas, hirieron a otras, quemaron uno de los pueblos, forzando a más de 1.000 personas a huir y a unirse a las masas de desplazados. Como resultado de esta ofensiva, la prensa, que usualmente se enfocaba en los secuestros y asesinatos de las guerrillas (especialmente antes de las elecciones), publicó una tabla que mostraba las muertes por violencia política del año, mes por mes. En cada uno de los meses, las muertes por paramilitares eran de tres a cuatro veces superiores al número de las muertes atribuidas a las guerrillas. Los paramilitares eran de temer; con la idea de reconquistar las regiones tomadas por la guerrilla, se habían comprometido con una estrategia contradictoria: utilizar las masacres y la brutalidad (por ejemplo, decapitando a sus víctimas) para sentarse como actores político-militares en las mesas de negociación, al mismo tiempo que alienaban a la población y al gobierno con sus acciones. Las escaladas de violencia de este año de elecciones, y de los años siguientes, tanto de los paramilitares como de las guerrillas, tenían los patrones de El Salvador y de otros países centroamericanos donde la violencia se volvió una estrategia para demostrar fuerza, justo antes de las negociaciones.

Conclusiones

Después de estos cuatro meses de estadía en Colombia, empecé a desarrollar un marco para examinar el fenómeno de la violencia en ese país. Como Levy y Sidel habían escrito en *War and Public Health*, existe la necesidad de caracterizar a la violencia de la guerra y los conflictos dentro de factores de riesgo definidos para poder diseñar intervenciones de paz [6]. Colombia comparte muchos factores de riesgo de otros conflictos del siglo xx, tales como la proliferación de armamento en manos de ciudadanos, el crecimiento de lo militar, la pobreza y la inequidad en la distribución de la riqueza, los asaltos a civiles, y el poco valor que se da a los derechos humanos, especialmente a los derechos de los niños.

Las consecuencias directas e indirectas de esta violencia seguían patrones universales: una alta tasa de muerte por homicidio, la destrucción de la infraestructura y de los servicios en zonas de conflicto, la falta de

servicios para desplazados y refugiados, el trauma físico y psicológico de los combatientes jóvenes, la violación de los derechos humanos, el daño al desarrollo económico y al ambiente, y finalmente los costos de la sociedad por las pérdidas y gastos en salud, educación y desarrollo para suplir las extremas necesidades humanas. Sin embargo, en Colombia las dimensiones específicas económicas, políticas y culturales deben tenerse en cuenta. Aunque estoy lejos de ser una experta en “La Violencia”, fue claro para mí que los cambios históricos y políticos de ésta a lo largo del tiempo ponen la discusión sobre factores de riesgo, en una red intrincada y dinámica de diferentes percepciones, acciones y condiciones. Colombia tiene ahora el movimiento guerrillero más grande de las Américas, un inverosímil crecimiento de las unidades paramilitares desde la década de los ochenta, un aumento del flujo de armas de Estados Unidos a los militares colombianos, y un flujo de drogas de Colombia a otros puntos del norte. Nunca ha sido más evidente la necesidad de una reforma de la tierra, y, ciertamente, la producción de droga, con su violencia resultante no puede ser atacada sin una reforma agraria. El juego entre drogas, paramilitarismo y fuerzas de las guerrillas, varía considerablemente en las diferentes regiones del país.

Los factores de riesgo y las condiciones importantes para Colombia, por consiguiente, deben extenderse más allá de los tradicionales factores de salud pública psicosociales relacionados con violencia, tales como la proliferación de armas, la pobreza y las normas para la solución de conflictos. La historia cambiante de la naturaleza de la violencia, los aspectos claves de la reforma de la tierra y la producción de droga, la falta de legitimidad gubernamental y la incapacidad a todos los niveles de la sociedad para castigar son fundamentales para entender las fuentes de la violencia colombiana. Además de factores físicos de riesgo, la prolongada duración de los conflictos y su reciente intensidad han conducido a una aceptación cultural y psicológica de la violencia (que no encuentra negación ni resistencia). No podría adivinar si la normalización de la violencia no sería un síndrome de estrés postraumático, dentro del cual, incluso la gente que no la hubiera experimentado personalmente podría ser capaz de mantenerse sana bajo la amenaza potencial constante y amorfa.

No puedo decir que me sentía triste de dejar la tensión de Colombia en ese diciembre, pero sí estaba muy acongojada de que, cuando ya me iba, estaba apenas conociendo personas que querían introducirme en su trabajo con desplazados, con comunidades declaradas a favor de la paz, con organizaciones de base de mujeres y jóvenes. Aunque las noticias parecían, a veces, no dar esperanzas, los profesionales de salud pública, los activistas y los empleados públicos de alto nivel tenían

compromisos a largo plazo, desde simples actos de permear los currículos de estudiantes de ciencias de la salud, con los aspectos de violencia, hasta talleres con las comunidades sobre cómo denunciar los abusos de los derechos humanos y para desarrollar programas de desarrollo comunitario a largo plazo. El voto por la paz de la UNICEF, los sistemas de vigilancia de la violencia, las aperturas a la negociación, las políticas para desarmar a los ciudadanos, la vigilancia para mantener a los jóvenes por fuera del conflicto y del reclutamiento en grupos armados, la ayuda a los desplazados campesinos, en fin, la discusión de la violencia como problema de salud pública, todo esto marcaba una diferencia.

En los últimos años desde que regresé a Estados Unidos, Colombia ha tenido una escalada de violencia, paradójicamente simultánea con las iniciativas de paz del gobierno y los ciudadanos. El actual presidente, Andrés Pastrana, elegido en mayo de 1998 inició varias rondas de negociación con las FARC, el grupo más numeroso de guerrilla y, más tarde con el ELN. El día que empezaron las negociaciones con las FARC, en enero de 1999, los paramilitares arrasaron poblaciones matando a más de 150 personas. Unos pocos meses más tarde, un área del tamaño de Suiza, San Vicente del Caguán, fue cedido al comando de las FARC, bajando el número de muertes violentas, aunque reprimiendo a sus opositores dentro de ese territorio. En noviembre de 1999, miles de personas se tomaron las calles en las ciudades en una marcha organizada de paz urgiendo la terminación de la guerra.

Las negociaciones pueden estar progresando, pero temo la influencia que puedan tener 1,3 billones de dólares de Estados Unidos para ayuda, en su mayor parte, militar. Con esta clase de dinero ¿cómo puede continuar Colombia apoyando a sus ciudadanos para que sigan trabajando por la paz a pesar de sus temores? Pienso que lo que me parecía más temible durante mi estadía como profesora visitante y como profesional de la salud pública era la “normalidad” de la violencia en Colombia. Recuerdo que cuando viví en Bogotá, me encontraba día tras día incrédula ante las noticias y sentía que fácilmente podía sucumbir a la creencia de que la violencia se daba por azar y que era imposible de controlar. Esta aceptación de la normalidad de la violencia representa el peligro de lo simbólico, como el continuo bombardeo de informaciones sobre nuevas víctimas y conflictos, y el poder indiscriminado de los grupos armados, pueden crear y lograr un desempoderamiento para actuar.

No obstante, la violencia en Colombia puede ser descifrada, entendida, caracterizada. El análisis crítico de las condiciones cambiantes y del intercambio entre los factores de riesgo, puede proveer una estructura para la acción a nivel comunitario, nacional e internacional de las instituciones, de los pueblos pequeños, de las ciudades, que incluya negociaciones de necesidad urgente y nuevas políticas públicas saludables. No puedo asegurar que me

fui esperanzada pero tampoco sin esperanza, sabiendo que la gente que conocí estaba trabajando por sus vidas y trabajando día a día por la paz.

Referencias

1. Pan American Health Organization. Health in the Americas. Vol. I, II. Washington, D.C.: 1998. (Scientific Publication No. 569).
2. Franco S. Violence and health in Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 1997; 2(3):170-180.
3. Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia. Reporte del comportamiento de lesiones fatales y no fatales en Colombia, 1994. Santafé de Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 1995.
4. Londoño JL, Grisales H, Fernández SY, Agudelo B, Sánchez JM. Años potenciales de vida perdidos por la población de Medellín, 1984-1996. *Rev Fac Nac Salud Pública* 1999; 16(2):82-107.
5. Banco Interamericano de Desarrollo. Dimensionamiento de la Violencia en Colombia. En: Documentos de Trabajo de la Red de Centros, Serie de Documentos de Trabajo. Cali: Centro de Investigaciones Salud y Violencia, Universidad del Valle, Facultad de Salud, 1998.
6. Levy B, Sidel V. War and public health. New York: Oxford University Press; 1997.
7. Geiger J. The Impact of war on human rights. En: Levy and Sidel (eds). *Op. cit.* p. 39-50.
8. Espinosa Ó. La violencia en Colombia. En: El caballo y el jinete. Pereira, Colombia: José María Calle; 1995.
9. Foege WH. Arms and public health: A global perspective. En: Levy and Sidel (eds). *Op. cit.* p. 3-11.
10. Prieto G. Our new war in Colombia. *New York Review of Books* April 13, 2000; XLVII (6):34-39.
11. Molano A. Apocalypse now. *El Espectador*. Santafé de Bogotá. 27 de junio de 2000.

La globalización de la salud: entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana

Globalization of health: between economic reductionism and citizen solidarity

Álvaro Franco G¹

¹ Profesor, Universidad de Antioquia. E-mail: afranco@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 10 de agosto de 2001. Aceptado: 13 de septiembre de 2001

Franco A. La globalización de la salud: entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001;19(2):43-55

Resumen

El ensayo se refiere a varios conceptos que configuran una nueva megatendencia, quizá la única en el escenario mundial al comienzo del siglo: la globalización, una nueva veta en el debate académico, que se muestra como una opción diferente para la salud pública local, nacional e internacional. El presente escrito considera el tema de la economía y su reduccionismo, entendido como una suplantación que de lo político y lo social hace la economía. Se centra en la globalización de la salud,

siguiendo la perspectiva principal del análisis. Incluye algunos aspectos éticos en los términos de libertad, derechos humanos, solidaridad, equidad y seguridad social. El artículo no se detiene solamente en el debate académico sino que apunta hacia la búsqueda de horizontes sociales para la humanidad: otra alternativa al hegemonismo económico.

-----*Palabras clave:* globalización, salud pública, solidaridad, economía

Abstract

This essay refers to several concepts that constitute a new mega-tendency, perhaps the only one in the world scene at the beginning of the century, globalization, a new vein in the academic debate, which is shown as a different option for local, national and international public health. This paper considers the topic of economy and its reductionism, understood as a supplantation of the political and social issues made by economy itself. The essay focuses on the globalization of

health, following the main perspective of the analysis. It includes some ethical aspects in terms of freedom, human rights, solidarity, justness and social security. This article doesn't stay only in the academic debate, it also points toward the search for social horizons for humanity: another alternative to economic hegemony and to the establishment.

-----*Key words:* globalization, public health, solidarity, economy

Introducción

Los siguientes temas afectan directa o indirectamente la práctica sanitaria: la ética, la salud, la justicia, la economía, la seguridad social, la ciudadanía y los derechos humanos; están relacionados con el debate sobre la globalización, la economía y la solidaridad. A estos conceptos y a su clarificación se dedica la presente disertación. Han marcado tendencias mundiales en conflicto al final del siglo, pero vislumbran la esperanzadora ilusión de que al inicio del XXI, siguiendo el movimiento en espiral de la historia, se logren momentos más justos, más equitativos y más solidarios para todos los ciudadanos del mundo.

Nos referiremos, por un lado, a la hegemonía económica sobre lo social y lo político, en la categoría llamada reduccionismo económico, que da cuenta de las dificultades de los seres humanos para encontrar su esencia, su talante y su identidad universal. En el otro polo están la solidaridad, la justicia, la seguridad social y el ejercicio de la ciudadanía. El dilema desatado entre el ejercicio pleno de la libertad y la ciudadanía, por una parte, y la contracción económica y la carencia de recursos, bienes y servicios para grandes sectores de la población por la otra, asume una dimensión ética de incuestionable trascendencia para la humanidad. Explícitamente se presenta su análisis, al referirse a salud pública y solidaridad.

En el trasfondo de esta diáda se encuentra el mundo de hoy en otra aparente contradicción entre las relaciones locales y globales. A pesar del neoliberalismo, doctrina económica cuestionada por tantos, se están explorando nuevas formas de entender las relaciones locales y globales. A este tema también alude una parte importante de la presentación. Este cometido pretende mostrar una posición menos pesimista frente a la globalización en sus nexos con la salud: la universalización de ésta en una dimensión posible y menos lacerante para la humanidad.

Se parte de algunos conceptos generales, que en conjunto darán cuenta de la *nueva tendencia mundial*. En segundo lugar, se considera el tema de la economía y su reduccionismo, muy comúnmente atribuido al neoliberalismo, pero que en la pretensión de este análisis se entiende más como una suplantación que de lo político y lo social hace la economía. Posteriormente se centra el análisis en la globalización de la salud, según la perspectiva esbozada anteriormente. Finalmente, se tocan algunos aspectos éticos en los términos de libertad, derechos humanos, solidaridad, equidad y seguridad social. Esta última parte se deberá interpretar con la esperanza que subsiste en la humanidad y en

quienes padecen la injusticia de la discriminación, como la otra alternativa al hegemonismo económico y al orden establecido.

El campo de las posibilidades queda así abierto a la exploración intelectual, pero por encima de todo a la práctica política de los gerentes públicos de nivel local e internacional y al pleno ejercicio comunitario de la ciudadanía. Es la búsqueda de la identidad y de la propia existencia de los seres humanos.

Conceptos preliminares

La *globalidad* para Beck* [1] significa “pluralidad sin unidad”.

Por *globalismo* se entiende “la concepción según la cual el mercado mundial desaloja o sustituye el quehacer político” [1].

La *globalización* se entiende “como los procesos en virtud de los cuales, los Estados nacionales soberanos se entremezclan y rubrican mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios” [1].

La *ciudadanía*, por su parte, está constituida en valores de inclusión social e igualdad de oportunidades [2].

Solidaridad: corresponsabilidad social. Una de esas formas es la solidaridad financiera en salud hacia los enfermos. “Los servicios de salud [...] son insumos a la producción del bien salud” [3].

La seguridad social se entiende como “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales” [4].

Calidad de vida. Varios autores, más recientemente, vienen asimilando calidad de vida a un nuevo concepto de bienestar en el sentido de un equilibrio dinámico entre las condiciones de existencia, potencialidades y oportunidades [5].

El *escenario*: “Los escenarios son compilaciones de tendencias en diversas imágenes del futuro” [6]. De acuerdo con la visión de la Cepal [7], el escenario de la salud presentaba unas variables promisorias, pero pasados algunos años, cambia la tendencia en América Latina y, específicamente, en Colombia.

En América Latina, según Cristina Puentes M., a partir de la década de los 90, los temas sociales se han puesto de nuevo sobre el tapete, dadas las reformas económicas; así se ven la descentralización y la democracia, como tendencias hacia la equidad social. Otros temas de moda en el escenario son: el resurgimiento de la sociedad civil y el concepto de ciudadanía [8], la lucha por los derechos individuales y sociales. Paradójicamente, “el número de

* Granda diferencia tres conceptos, basado en Ulric Beck: globalidad, globalismo y globalización.

pobres se incrementó a 110 millones en 1989 y a 196 millones en 1990, o sea el 46% de la población” [9]. En la última década estas cifras de pobreza aumentaron en la generalidad de América Latina, superando índices del 60%. Se observa además un deterioro social de lo humano, a pesar de proliferar las expresiones en favor del “capital humano” [10].

La determinación económica de lo social

El neoliberalismo

Hoy se habla insistentemente de neoliberalismo, a veces de manera subrepticia, pero no hay un hilo explicativo claro en la historia reciente de su relación con los temas sociales, con el Estado, con la desigualdad social, con la sociedad civil y con la política social; aparece el neoliberalismo como teoría y tendencia política económica que explica, a su manera, el problema de la crisis al final del siglo, crisis que, según los expertos, opera en el sistema capitalista.

El concepto de neoliberalismo “se perfila en los dominios tradicionalmente determinantes en las sociedades: la economía, la política y la ética” [11]. Hablar de neoliberalismo necesariamente apunta a reconsiderar los planteamientos clásicos del liberalismo[†]. El neoliberalismo hoy, se basa en los postulados iniciales pero adaptados a los avances del conocimiento metodológico y empírico en el campo social y económico[‡].

En las primeras épocas del liberalismo primaban los conceptos de libertad y economía; era más importante el papel de los individuos frente al Estado y la sociedad. En la segunda etapa, Jacobiana, tomaba importancia el Estado, el poder público, el concepto de lo público y se entendía básicamente en su responsabilidad frente al interés colectivo y el bienestar general. Más adelante, ahora, parece ser que el ciclo se cierra y vuelve al decaimiento del individuo en el mercado, restringiendo el papel colectivo de orden estatal. Este ideario que pervive desde Smith hace énfasis en el trabajo y en el mejoramiento de las condiciones materiales y espirituales del hombre; cimentado en los intereses individuales y en el egoísmo humano, basado en la productividad, construye toda la sociedad económica. Se institucionaliza el mercado a partir del intercambio y así cada cual propende al bienestar individual, según la teoría liberal, olvidándose del sentido colectivo.

Suárez [12] anota: “En el mercado tanto el oferente como el demandante entregan algo de lo que les sobra

para recibir más de alguien, bien del que carecen y ello se explica así porque no es el altruismo ni la compasión lo que mueve a los sujetos a entrar en el proceso de intercambio”. Según esta teoría, se logrará un equilibrio justo, en medio de la competencia y por efecto de “la mano invisible” del mercado (según los teóricos del liberalismo, y también del neoliberalismo).

He ahí el principal sofisma en lo social: creer que hay un punto de encuentro armónico entre los intereses individuales y los colectivos; pareciera, según Smith y los apologistas actuales, que el mercado, por sí, opera como regulador hacia un fin común: el bienestar. La esencia está dada por la libertad y la forma de entenderla.

Para Suárez, el neoliberalismo se resume en algunos aspectos que se desagregan y amplían aún más en este razonamiento: plena economía de libre mercado, reducción del intervencionismo estatal, privatización de empresas, desregulación de la economía, flexibilización laboral, rediseño de los procesos de trabajo globales, transnacionalización del trabajo, modernización industrial y de las entidades públicas; libre comercio y apertura económica, tratados de libre comercio, Estado autoritario y restringido. Por otro lado, el tema de la *desigualdad social* podría considerarse inherente al pensamiento liberal: los hombres, por naturaleza desiguales, ya nacieron así, lo que además, parece bien para la perspectiva neoliberal. Cada cual, según su capacidad y propiedad, se enfrentará a la naturaleza, al mercado y a la sociedad.

La desigualdad social

Si seguimos a los pensadores sobre el tema, se pueden intentar varias objeciones a las falacias del neoliberalismo, la modernidad y la globalización:

- Las instituciones ordenadas y eficientes, desde la concepción neoliberal, deben ser eliminadas si son injustas; John Rawls habla de abolirlas o reformarlas. El neoliberalismo se olvida de la distribución equitativa de los beneficios del bienestar entre todos los miembros de la sociedad. No garantiza un amplio sistema de necesidades básicas, ni reconoce las desigualdades en función de otorgar mayores beneficios a los más desprotegidos. Tampoco, como es obvio, por su base naturalista, permite igualdad de oportunidades para todos. No se garantiza una vida digna a todos los miembros de la sociedad. Los derechos de los ciudadanos, que dice promulgar, no se concretan. No se acepta ninguna distribución social ni existe una política redistributiva. En fin, el

[†] El liberalismo clásico surge con John Locke y Adam Smith a finales del siglo XVIII, como una teoría del Estado, la libertad y la economía, y el liberalismo moderno, con autores como Rousseau, Guido Ruggiero, Bertrand Russell y John K. Galbraith, según Suárez.

[‡] Autores como Hayeck, Raymon Aron, James Buchanann, Milton Friderman de la Escuela de Chicago, Robert Nozick, Hayeck, K. Popper, Michel Novak, Peter B. Erger.

mercado determina todo, incluida la vida; el Estado solo estaría para proteger la propiedad privada (razón de ser de la libertad)⁸.

- Al hacer alusión a la globalización y sus relaciones con el neoliberalismo y la modernidad, podría enunciarse con Brunner [13] que

“las sociedades latinoamericanas han llegado a ser modernas porque, al igual que el resto de occidente [...] viven en la época de la escuela, la empresa, los mercados y la hegemonía como forma de configurar el poder y el control. En todos ellos, aunque de distintas formas y en grados también diversos, predominan el capitalismo, las culturas de masas, hegemonías mediadas por sistemas de concurso y el interés corporativo de los empresarios, incluso en el campo público estatal”.

- El neoliberalismo viene acompañado de desigualdad social. Se podría ampliar más el concepto y señalar que se sustenta, como base filosófica, en la desigualdad entre los hombres, pero a su vez es motor generador de desigualdades sociales. Puede explorarse un poco el comportamiento en América Latina. Para caracterizar la desigualdad social, señalemos de nuevo a Brunner [14]:

“modernidad, en suma, periférica, subalterna respecto a los centros más dinámicos, precaria en su base productiva, con rasgos de exclusión y enormes dificultades de integrar a la población heterogénea eventualmente [...] Una de las expresiones de la heterogeneidad en América Latina está dada en la diversidad de tradiciones culturales. La caracterizan, en síntesis, la pobreza masiva, la exclusión social y la heterogeneidad cultural, con insuficiencias en el campo productivo.”

El reduccionismo económico

Sarmiento [15] hace, por su parte, una descripción de lo que llama la receta neoliberal, de la cual podemos destacar algunos elementos: la libertad individual, la competencia basada en la política macroeconómica, el saneamiento de las finanzas públicas, el control de la expansión monetaria, la apertura y orientación externa de la política macroeconómica, la reducción del Estado, la eliminación de subsidios sociales y económicos, el fomento del ahorro y de la inversión privada, el mercado libre y la flexibilización laboral según oferta y demanda.

Sin embargo, se deriva de su análisis un aspecto más importante, que resulta crucial para el futuro de la política social sobre todo en los países de América Latina: *el traslazo que se hace en la esfera social de los métodos económicos, la lógica económica y de*

su propia racionalidad, lo que en este artículo se considera reduccionismo económico. Es la nueva forma de entender la política social que se expresa en: priorización de la iniciativa privada, transformación de los subsidios mediante oferta por subsidios a la demanda, asistencialismo social en vez de una política social integral y global y aparición de múltiples fondos asistenciales por la vía no gubernamental directa.

Es indudable que la lógica económica (optimización de utilidades privadas y minimización de costos) reemplaza la lógica social (basada en la equidad, justicia, solidaridad, coberturas universales, cooperación, institucionalidad pública, etc.); lo que trae consecuencias de otro orden, distintas al bienestar colectivo. Sarmiento [16] describe este efecto como: “rompimiento del tejido social, aumento de las brechas sociales, incremento de la violencia, inestabilidad laboral y deslegitimación del Estado. Lo que es racional para el individuo no lo es necesariamente para la sociedad como un todo”. Pero, además, se acompaña de la pérdida de valores y sentido gregario, de generación de desigualdades sociales y abandono de las formas solidarias. Aquí estaría, como trasunto, el meollo de la política social y la desigualdad.

La globalización en relación con la salud

La globalización

Varios autores coinciden en que una de las explicaciones más notorias de la globalización radica en los procesos de comunicación y su organización, además del descubrimiento de los mercados mundiales, que han llevado a achicar los espacios y a reducir el tiempo en las comunicaciones y las transacciones, “haciendo posible sistemas globales de interacción instantánea, que internacionalizan la información, universalizan los patrones de consumo, ponen en circulación conocimientos y modos culturales y hacen posible [...] iniciar una planetarización de los fenómenos de hegemonía” [13].

Más directamente, el hecho que nos ha puesto a pensar en forma acerca del tema de la globalización y su relación con la salud ha sido la infiltración perversa del capital financiero internacional (multinacional) en el campo sanitario [17]: se conoce muy bien que las reformas del sector salud fueron apoyadas todas por el crédito y la cooperación de los organismos multilaterales de orden financiero. “Estas reformas facilitan la inserción del capital financiero multilateral

⁸ Varias teorías políticas nos permitirán más adelante analizar la tendencia neoliberal (se dejan planteadas para posterior profundización, lo cual no es posible en este espacio, por el alcance del artículo): El libertarismo de Nozick, el utilitarismo de John Stuart Mill, el liberalismo de Smith, el comunitarismo de Alasdair MacIntyre.

en los países latinoamericanos”, como bien lo demuestra Iriart [17], en su análisis de la experiencia argentina: se trata de la ubicación de dicho capital en el sector privado y de las formas organizativas de los fondos y empresas de la seguridad social en el campo de la salud y aun de las mismas prestadoras de servicios de orden estatal; llama la atención, también, la forma como ha venido penetrando la denominada atención gerenciada en nuestro medio y la tendencia a hacer más eficiente el proceso; finalmente, el propio capital multinacional y el interés privado han propendido a la integración de los antiguos subsectores de la seguridad social, oficial y privada [18], para facilitar la dinámica del mercado.

En este proceso de transnacionalización, el capital financiero internacional está penetrando en América Latina por medio de empresas de seguros extranjeras (estadounidenses y europeas) o mediante la colocación de fondos propios de salud o pensiones en cualquier sector de alta rentabilidad económica [19], expandiendo así los negocios en la seguridad social y la atención de salud pública en nuestros países. Otro mecanismo que se utiliza es la asociación o el establecimiento de alianzas estratégicas entre empresas nacionales y transnacionales en el campo de los seguros. Igual que ocurre en algunos sectores de la economía, la transnacionalización del sector salud se acompaña de exigencias a los países y a las empresas nacionales (también a las del sector social) acerca de la reducción de costos de producción y de flexibilización del mercado laboral; se recomienda el equilibrio financiero en los sistemas de salud y la autorresponsabilidad en la protección de la salud, para ampliar los mercados. Es el caso de las “Obras Sociales” argentinas o de las EPS (entidades promotoras de salud) colombianas, en pensiones y salud respectivamente, implantadas bajo esa filosofía. Lo más grave de la transnacionalización de formas aparentemente desideologizadas consiste en pasar por encima de sistemas de salud con una base e historia propias montadas sobre su propia cultura; la consigna parece ser destruir lo existente o las opciones trabajadas con base en la consideración de la salud como un bien público y en el derecho a la vida.

En un sentido más promisorio, Berlinguer [20] considera la globalización como un fenómeno “irrefrenable, sobre todo porque corresponde a la fase actual de desarrollo histórico del mundo y porque puede responder a múltiples exigencias de los seres humanos”. El problema consiste en cómo se oriente y la dirección que se le dé para el desarrollo y acumulación del capital, o bien, como una oportunidad para el desarrollo humano y el crecimiento cultural de los pueblos. Esta disertación considera siempre tal ambivalencia y busca opciones a la protección social y a la salud humana dentro de la globalización. Aunque es una lucha desigual porque, de todas maneras, la transnacionalización descrita aquí actúa

bajo la racionalidad del capital y convierte en mercancía todo cuanto queda de humano y social. En tal sentido se habla del desmantelamiento de los sistemas de salud y seguridad social gracias a organismos como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial; como se ha dicho en varias ocasiones, tal *modus operandi* no se interesa por el bienestar individual ni la salud colectiva.

Aun así, coincidimos con el autor [21] en que el problema no es la globalización sino las intenciones que se esconden tras ella, así como el recetario para su implementación: “La salud global es un objetivo social deseable, ya sea por su valor intrínseco, ya sea como símbolo de la prevalencia de los valores humanos”, por ejemplo, la lucha contra la inequidad es un fuerte estímulo hacia ese objetivo. La salud, per se, se convierte en “problema general y su globalización es un bien, por el cual se debe trabajar de modo explícito y programado”; anotando de paso que la situación de salud y los problemas relativos a la enfermedad y a la muerte se encuentran globalizados y, peor aún, deteriorada la condición sanitaria debido al influjo del monetarismo y del libre mercado globalizado. Se requiere, según conclusión de los autores que defienden esta posición, de una acción y un interés colectivo por la salud, como un “bien indivisible”, así como ha crecido la conciencia colectiva por la protección ambiental —no obstante que algunos sigan destruyendo el entorno ambiental.

Este panorama de deterioro sanitario identificado en la última etapa, se puede interpretar desde una doble perspectiva socioantropológica: la primera, tema de primordial importancia hoy, la inequidad como consecuencia de la relación inversa con la renta, la instrucción y el poder de los pueblos; la segunda, la nueva era de las enfermedades originadas en el hombre pero no en su condición biológica sino socioantropogénica. En respuesta a ello, coincidimos de nuevo con Berlinguer [22] en que “la globalización debe ser entendida como una tendencia positiva de la especie *homo sapiens* acorde con el actual grado de conocimiento y desarrollo”. No es una invención perversa, pero es necesario cambiar las relaciones de poder y los objetivos de interés colectivo; acompañarla del interés por conveniencia de los seres humanos, además de la solidaridad y que traiga ventajas para todos en lo individual y en lo colectivo.

No se puede desconocer, en otro sentido, que existen interpretaciones más pesimistas sobre el asunto con sesudas argumentaciones y no sin razón:

“La consecuencia de la globalización es la destrucción de lo colectivo, la apropiación de las esferas pública y social por el mercado y el interés privado. Actúa como una mecánica de selección permanente, en un contexto de competencia generalizada. [...] En el mejor de los casos, los poderes públicos son subcontratistas de las grandes multinacionales. El mercado gobierna, el gobierno administra” [23].

Debe anteponérsele, sin embargo, *la globalización política*, inscrita en el afán por una democracia universal y por un ente supranacional de gobierno, es decir, la globalización de un poder social como envés del globalismo económico, que permita la síntesis política y cultural con el mercado, la ciencia y la tecnología al alcance de todos (justicia social), capaz de orientar hacia el interés general.

Algunas formas de la globalización en salud

Se señalan en ese contexto cuatro problemas transnacionales grandes en el orden sanitario con serias implicaciones sobre la población mundial: el recrudecimiento de las enfermedades infecciosas, aun en los países desarrollados; la degradación ambiental a pesar de la conciencia colectiva; la mundialización de las drogas, sobre todo el tabaco y el alcohol, con fuerte incremento en los países pobres; la violencia, problema mundial con expresiones más acentuadas en los focos de conflicto originados en tensas relaciones multifactoriales.

De los nexos que se establecen alrededor de la salud se pueden colegir algunas tendencias de su globalización: permanencia histórica de la globalización, impacto sobre la situación de salud, transnacionalización de los servicios de salud**, la globalización como oportunidad y la salud internacional, entre otras.

La globalización como oportunidad

Se trata de entender la salud como socia del desarrollo [24]; para ello, se propone apoyar los procesos de integración, superar las barreras técnicas y aprovechar las oportunidades en servicios de salud para expandir “los excedentes exportables” en este campo, según análisis de la Organización Panamericana de la Salud. En general, varios autores y políticos sociales coinciden en que frente a la “mundialización del capital” es necesario contraponer la globalización de la solidaridad, generar una nueva óptica de valores superiores. Es una oportunidad para el desarrollo cultural y económico de los pueblos; realmente no se puede reprimir porque se considera que puede llegar a satisfacer muchas exigencias de los seres humanos. Es cuestión de plantearse una tendencia contrahegemónica [20] frente al mundializado sistema económico impuesto por el neoliberalismo. Debe ser una actitud moral frente a ese orden de relaciones; ante la globalización de los riesgos, se debe propender a la globalización de las soluciones. Es necesario superar la lógica ideológica del mercado, oponerse a que aspectos como educación y atención de salud sean arrastrados por esa racionalidad; desarrollar los propios criterios eludiendo la imposición de otros

(para algunos, la imposición norteamericana), entendida como la globalización cultural; buscar desarrollos tecnológicos propios, aprovechando de todas formas la tecnología de avanzada, pero oponiéndose al dominio tecnológico excesivo del monopolio internacional; globalizar la solidaridad, la equidad y la justicia social como contraparte a la injusticia universal.

Justificación de la salud como categoría global — salud internacional

Es interesante explorar el campo de la globalización y entender esta realidad así desde la perspectiva de la globalidad, creándose un entorno importante para abordar el conocimiento con una visión holística y aproximarse al problema de la complejidad que es inherente a la mayoría de los campos del saber hoy. Pero igual, en la acción, para actividades propiamente de la salud, se refiere a la formulación de políticas de salud que deben dar cuenta de procesos complejos de los servicios de salud y de la integralidad de los sistemas; de ello dependen también las posibilidades de transformación y cambio. Simultáneamente debe considerarse el otro polo, el de las realidades locales y las identidades.

De todas formas, aun aceptando que

“la globalidad se puede concebir, en parte, en lo local, es necesario entender la relación salud y globalización de una manera amplia como determinante macro de lo que sucede en los niveles micro, bien sea en espacios particulares o en la singularidad del individuo; [...] de lo que se trata es de cómo entender y construir mejor la salud en un mundo más integrado, más interconectado y globalizado” [25].

Este análisis señala que, dada la complejidad del entorno mundial, el hecho de salud está cruzado inevitablemente por determinantes locales, nacionales e internacionales, y asimismo brinda pautas para la acción más integral y proactiva, anticipativa a la problemática de salud. Apunta también a una modificación en el campo epistémico de la salud (pensamiento en salud) y en el pragmatismo en la planificación de los sistemas de salud.

Solo de esta manera se daría un paso más adelante al poner la salud en la agenda internacional, pues los problemas de salud tienen también una fuerte conexión con soluciones internacionales. Ello toca con aspectos muy importantes en tales relaciones, como la dependencia entre países y el ejercicio del poder en estas instancias, que no puede mirarse únicamente con la estrecha óptica de la cooperación internacional; solo partiendo del reconocimiento de diferentes poderes (grados de apropiación del mismo) e intereses, pueden surgir nuevas formas de interpretar y actuar sobre la salud, mediante alianzas, consensos, negociación, etc.

** De estas cinco categorías analíticas, solo las dos últimas se describen aquí; las tres primeras serán ampliadas en la segunda parte de este ensayo en la próxima entrega.

La salud pública y la solidaridad

Así como fue importante definir el debate entre salud y desarrollo —hoy desde otra óptica— es imprescindible analizar la salud global y sus implicaciones para el desarrollo de un poder mundial, así como la trascendencia de la salud para el sistema económico, a la par de la hegemonía económica y sus efectos sobre la salud mundial. Es lo que se ha intentado en el discurrir de este ensayo; así es que continuemos entonces con el desafío explorando otras formas de pensamiento.

Diego Gracia recoge en su texto sobre bioética [26], la relación entre salud pública, política y ética, que, dada su trascendencia para este campo de conocimiento, se transcribe libremente:

“En el último siglo, la salud ha dejado de ser una cuestión privada, para convertirse en problema público, por eso los términos sanidad y política, en principio ajenos entre sí han llegado a unirse indisolublemente en la expresión ‘política sanitaria’. Hoy es difícil encontrar algún aspecto de la salud pública completamente desligado del inmenso aparato burocrático de la política sanitaria [...]. Unos y otros (críticos y defensores de la posición) justifican sus puntos de vista apelando al concepto de justicia distributiva. No puede extrañar, por ello, que uno de los capítulos más vivos y polémicos de la bioética actual sea el de la justicia sanitaria”.

Es también el problema de la justicia en la asignación de recursos para la salud y su distribución interna; se trata de una cuestión de principios pero también de consecuencias^{††}.

La teoría más prevaleciente en el mundo moderno es la del bienestar colectivo y se pretende encontrar la convergencia entre los principios y el utilitarismo teleológico, según Gracia (deontología y teleología, respectivamente). Esta separación entre lo deontológico y lo teleológico nos sintoniza con la discusión actual entre economistas y gerentes, por un lado, y salubristas y científicos sociales, por otro. Para algunos más moderados la solución podría darse en el punto medio. Es crucial el dilema para quienes ostentan la responsabilidad de la gestión pública y deben manejar los recursos con criterios económicos, lo cual es válido en la esfera microorganizacional; no así en el ámbito de la asignación, cuyas determinaciones deben ser diferentes a las puramente económicas y tomar en consideración la aplicación macrosocial de los principios de la justicia sanitaria.

Lo importante sería subordinar siempre las acciones, la práctica gerencial, política y económica a los principios, fundamentalmente la equidad y la justicia. Aunque las cosas en tal sentido siempre han sido confusas entre nosotros y en otras latitudes como lo reconoce el Centro de Hastings [27]:

“El abordaje tradicional del análisis de costo-beneficio, excluye consideraciones formales de efecto distributivo, del tipo de la equidad y la justicia. Aunque los economistas discrepan sobre cómo resolver este problema, es probable que las consideraciones de equidad, continúen siendo subestimadas en la práctica”.

En este planteamiento, la justicia se basa en la necesidad, “dar a cada uno según sus necesidades”, no es darle o garantizarle su propiedad (diferente con el Estado liberal), de ahí se desprende la gratuidad o no de los servicios de salud. Así, la asistencia sanitaria es exigible, no puede ser privada, sino de la órbita pública y política. La protección a la salud es un derecho social y es la base en la política social.

El ámbito de la salud pública

Hoy, cada vez más se convierten en prioridad o problema fundamental la vida, la salud y la atención sanitaria, así como la connotación ética asume un mayor valor; podríamos decir que están en el orden del día de cualquier agenda. Conceptos de calidad de vida, bienestar y desarrollo se imponen como criterio de orden deontológico para encontrar un rumbo más humano, más justo, más equitativo a los sistemas de salud. Parecieran hacer crisis las corrientes incrementalistas del bienestar, del desarrollo de la producción, en la asociación que de ellas hacemos con la vida y con la salud. Se buscan más, en orden a la comprensión del fenómeno, los aspectos cualitativos; esto es válido para sociedades posindustriales que lograron en años anteriores unos mínimos aceptables en el incremento de las soluciones en salud, pero las sociedades atrasadas tendrán que desarrollarse y superponer acciones y metodologías en ambos niveles.

Hoy no parece válido tener individuos con salud, a la manera de la Grecia antigua, sino comunidades sanas como se ha pregonado en la Carta de Ottawa (Canadá), y en otros foros más recientes. Inclusive habría que ir más allá: “Estamos obligados a hacer lo posible por asegurar que nuestros descendientes tengan los medios para una progresiva mejor calidad de vida que nosotros” [28]; para los bioeticistas solo es válido un concepto de salud que valga para todos, incluidas las generaciones futuras, y consideran la “calidad de vida” como criterio moral de enorme fuerza como lo comparamos anteriormente. Para Karl Otto Apel [29] “la ética solo existe cuando se considera a los hombres como una comunidad de seres racionales con igualdad de derechos en tanto que seres que son fines en sí mismos”.

Para efectos prácticos, en salud, es necesario reconocer que las diferentes condiciones de vida se expresan en la vida cotidiana de cada grupo de

^{††} El tema de la justicia sanitaria, la equidad y los derechos será ampliado en la segunda parte de este ensayo en la próxima entrega.

población, en forma de necesidades, riesgos y problemas diferenciales de salud, así: “En los últimos decenios han quedado de manifiesto las crecientes repercusiones en la salud de la pobreza y la malnutrición; el aumento de las desigualdades sanitarias entre ricos y pobres [...]” [30]. Ese es el espacio de la salud pública, el cruce que hacen las condiciones de vida en los grupos, a partir de los procesos macrosociales para llegar a una determinada forma de enfermar y morir (de grupos e individuos); también incluye la respuesta social solidaria. Dentro de dicha lógica, las propuestas ciudadanas en Colombia, por ejemplo, apuntan a un sistema de salud accesible, de carácter universal; los controles de racionamiento o racionalidad económica se deben dar después de concebir el servicio como un derecho humano fundamental en estrecha conexión con la vida, señalan.

Para terminar, puede resumirse el dilema de la relación con lo público y el mercado. Insistentemente se plantea la disyuntiva entre salud pública y mercado; parece que quienes así piensan suponen que en condiciones de mercado, por lo menos en la plenitud de éste, no pueden aproximarse a los logros en salud pública. Sin embargo, podrían diferenciarse los cometidos tanto del mercado, de la sociedad civil y del Estado, esferas siempre en discusión cuando hablamos de salud pública. ¿Qué se espera de la ciudadanía? ¿Qué, en relación con la solidaridad? ¿Cómo desarrollar el concepto de lo público? Y ¿cuál es el papel de las instancias en confrontación? De acuerdo con López [31], “la salud pública limita el rol del mercado a su papel de facilitador en el intercambio de mercancías”; en tal caso podría entenderse como mercancía la atención en salud individual, pero los demás requisitos, en cuanto a organización, promoción, fomento y las actividades sobre la población son de la órbita pública y junto con la salud integral y la asistencia sanitaria a las comunidades constituyen servicios públicos (o bienes públicos). En ese sentido, coincidiendo con otros autores, “la salud pública es un poderoso instrumento de fortalecimiento de la democracia y la participación” [32].

Referencias

1. Granda E. Salud: Globalización de la vida y de la solidaridad. Conferencia Juan César García. En: Congreso Latinoamericano de Medicina Social (3: 2000: La Habana). Memorias. p. 6-7.
2. Frenck J, Knaul F. Los derechos humanos como base doctrinaria para las políticas de salud. En: Salud y derechos humanos. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1995. (Perspectivas en Salud Pública, N° 22). p. 29.
3. Frenck J, Knaul F. *Op. cit.* p.35.
4. Franco A. La ley 100 de 1993, la salud pública y la seguridad social en Colombia. *Rev Fac Nacional de Salud Pública* 1996;13(1):20-42.
5. Oriol P. El desarrollo como libertad, la crítica de Sen al utilitarismo (Internet site). Available from: <http://www.iigov.org/pnud>.
6. Bezold C. Futuros de la salud. En: Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI, perspectiva para lograr la salud para todos. Washington: Institute for Alternative Futures, Fundación Mexicana para la Salud, S.K. Fhormoranuticals; 1998. p. 27.
7. Kastman R. Desarrollo económico y social y salud para todos. En: Atención a la salud en América latina y el Caribe en el siglo XXI, perspectiva para lograr la salud para todos. Washington: Institute for Alternative Futures, Fundación Mexicana para la Salud, S.K. Fhormoranuticals; 1998. p. 37-48.
8. Puentes C. Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI, perspectiva para lograr la salud para todos. Washington: Institute for Alternative Futures, Fundación Mexicana para la salud, S.K. Fhormoranuticals; 1998. p. 176.
9. Puentes C. *Op. cit.* p. 179.
10. Cuesta FF. La empresa virtual. Madrid: Mc Graw-Hill; 1998. p. 1-50.
11. Suárez JO. Sociedad contemporánea y neoliberalismo. En: Estudio de filosofía. Medellín: Universidad de Antioquia. Instituto de Filosofía; 1993. p. 121-135.
12. Suárez JO. *Op. cit.* p.124.
13. Brunner JJ. América Latina en la encrucijada de la modernidad. *Revista Foro* 1993;20:106.
14. Brunner JJ. *Op. cit.* p. 112.
15. Sarmiento L. El paquete social del neoliberalismo. *Revista Foro* 1993;20:4-20.
16. Sarmiento L. *Op. cit.* p. 6.
17. Iriart C. La Atención gerenciada. Su papel en la reforma de los sistemas de salud. *Salud Problema y Debate* 1999;11(21):5-18.
18. Iriart C. *Op. cit.* p. 10.
19. Iriart C. *Op. cit.* p. 11.
20. Berlinguer G. Globalización y salud global. *Salud, Problema y Debate* 1999;11(21): 36-45.
21. Berlinguer G. *Op. cit.* p. 37.
22. Berlinguer G. *Op. cit.* p. 44.
23. Ramonet I. Efectos de la globalización en los países en desarrollo. Conferencia en el Auditorio de la Unión Industrial Argentina. Debates: Alternativas para Argentina. Julio 10 de 2000.
24. Vieira C. Congreso de Medicina Social. La Habana. Julio 5 de 2000.
25. Godue Ch. La salud en los procesos de globalización y de internacionalización. En: Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización. Foro Internacional. Memorias. Pontificia Universidad Javeriana, 1997. p. 27.
26. Gracia D. Introducción a la bioética. Bogotá: El Búho; 1991. p. 61.
27. The Hastings Center. Appendix D: Values, ethics, and CBA in health care. Citado por: Gracia D. *Op. cit.* p. 86.
28. Green RM. Citado por: Gracia D. *Op. cit.* p. 15.
29. Apel KO. Citado por: Gracia D. *Op. cit.* p. 58.
30. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 1998. Resumen de orientación. Ginebra: OMS;1998. p. 3.
31. López S. Páginas de salud pública. *Salud Pública de México* 2000;42(4):372.
32. Barbero JM, López F, Jaramillo JE. Cultura y globalización. Bogotá: CES, Universidad Nacional; 1999. p. 15.

Encuentros dispares generadores de dependencia en la atención en salud: estudio cualitativo sobre la percepción de la calidad en salud*

Unequal encounters that promote dependence in the health service: qualitative study on the perception of quality in health

Carlos E. Yepes D¹.

¹ Médico, especialista en Administración y en Gestión de Proyectos. Magíster en Salud Pública. Docente e investigador, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; Medellín, Colombia. E-mail: caenyede@epm.net.co.

Recibido: 21 de febrero de 2002. Aceptado: 23 de abril de 2002

Yepes CE. Encuentros dispares generadores de dependencia en la atención en salud: estudio cualitativo sobre la percepción de la calidad en salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2002;20(1):9-22

Resumen

Históricamente, el tratamiento de la gestión de la calidad en lo referente a los servicios de salud se ha realizado desde la concepción técnica y desde la perspectiva del prestador de servicios de salud, con énfasis en los aspectos cuantitativos; esto ha llevado a estrechar la óptica y subvalorar el aprovechamiento que se puede lograr desde enfoques que, al recoger la interacción de las personas en el medio natural, permitan la construcción del significado que dicha relación tiene para cada uno de ellos. Con este estudio se pretende aportar algunos elementos para enriquecer, desde el enfoque cualitativo, el tema de la calidad en la prestación de servicios de salud, pilar de un adecuado sistema de salud que sea generador de bienestar y desarrollo. Si se entiende la responsabilidad que cada uno de los actores tiene en los sistemas de salud, en pro de la construcción de su propio desarrollo, se aprovechará mejor

el soporte conceptual que el interaccionismo simbólico provee y los elementos que la teoría fundada dispone para valorar la opinión de los usuarios, ya que su sentir debe incorporarse a la hora de establecer sistemas de salud más equitativos. En el presente trabajo se desarrolla el proceso de atención en salud, respetando los criterios éticos durante todo el estudio, desde las expectativas generadas con la necesidad de buscar ayuda, pasando por el proceso de negociación desde la diversidad de los actores, hasta deslizarse entre los conceptos íntimamente relacionados de satisfacción e insatisfacción, para llegar a concluir que los encuentros de la atención en salud, además de ser absolutamente desiguales, generan gran dependencia. -----*Palabras clave:* calidad, satisfacción, atención en salud, dependencia.

* Primer lugar en las jornadas de investigación del II Congreso Internacional de Salud Pública, celebrado en Medellín en noviembre de 2001.

Abstract

The approach to management of quality in health services, has been historically carried out from the technical conception and from the perspective of health service providers, with an emphasis in quantitative aspects. This has narrowed the point of view and undervalued the profit achieved when focusing in the interaction of people in natural means, allowing them to construct the meaning that this relationship offers to each one of them. This study contributes with some elements to enrich the topic of quality in providing health services from a qualitative point de view, which is the pillar of an appropriate health system generating well-being and development. Once the responsibility of each one of the actors in the health systems is understood of behalf of their own development, the

conceptual support provided by the symbolic interaction will be fully advantaged as well as the elements of the grounded theory prepared to value the opinion of the costumes, since their feelings should be taken into account when establishing more equitative systems of health. In the present study the process of attention in health is developed, respecting ethical criteria throughout the whole study, that is to say the expectations generated in the necessity of looking for help, the negotiation process among different actors, and the closely related concepts of satisfaction and dissatisfaction, to conclude finally that the encounters in health attention besides being absolutely unequal, generate great dependence.

-----*Key words:* quality, satisfaction, attention in health, dependence.

Introducción

La calidad en la producción de bienes y servicios es uno de los múltiples aspectos relevantes socialmente desde el cual se evidencia el fracaso de la visión científicista en el mundo contemporáneo [1]. El tratamiento positivista de la gestión de la calidad en lo referente a los servicios de salud estrecha dicha temática, a tal punto que cercena la imaginación y la creatividad y dificulta la construcción de otros enfoques que surgen de los factores involucrados en forma natural y de la interacción misma entre ellos, enfatizando el significado que dicha interacción tiene para cada uno de los que intervienen. En ese sentido, la calidad es no solo algo positivo y que cumple ciertos requisitos rígidos preestablecidos, sino también algo deseable y que puede nutrirse de ideas valorativas que hacen eco, como son lo bueno, lo bello y lo útil [1]. Esto implica una multiplicidad de juicios de valor sobre cada una de las propiedades del servicio de salud, de cuya calidad solo se ha hablado en los últimos años en términos de construcción de significado para los actores que intervienen en él.

El presente estudio no pretende más que aportar algunos elementos que enriquezcan el tema de la calidad desde el significado de los servicios de salud para los usuarios, describiendo las principales categorías relacionadas con la percepción de la calidad, explorando las expectativas que se tienen al buscar atención en salud e identificando las características que conforman la satisfacción e insatisfacción. Con el soporte conceptual de la interacción simbólica y los elementos de la teoría fundada se aborda el fenómeno desde el punto de vista del paciente, para continuar mostrando de esta forma la diferencia que se percibe cuando el asunto del estudio se construye desde el seno del mismo fenómeno.

Se parte del siguiente interrogante: ¿cuál es el significado que tiene la atención en salud con calidad

para el usuario de los servicios de salud? La razón estriba en que la inclusión de la opinión de los pacientes en la valoración de los servicios de salud ha venido ganando importancia a lo largo del tiempo, porque la efectividad de la atención médica se mide ahora de acuerdo con criterios tanto económicos como clínicos. Es así como el interés por las opiniones de los pacientes se desarrolló de modo concomitante con el interés sociológico por las relaciones interpersonales, lo que originó estudios de las relaciones médicos y pacientes, de los cuales los primeros demostraron la importancia de entender el punto de vista del enfermo [2].

Además, los usuarios de servicios de salud en el hemisferio occidental se han vuelto más críticos en lo referente a la atención que reciben, reclamando derechos como partícipes en la planeación y evaluación de los servicios de salud [3]. Esto llevó a que en la década del 80 se notara mayor presión hacia los proveedores de la atención en salud en algunos países como Inglaterra. Esto hizo que se solicitara el punto de vista de los pacientes para los procesos de monitoreo y mejora de la calidad de los servicios, lo que a su vez produjo aumento de publicaciones dedicadas a consideraciones sobre la influencia del público en los servicios de salud [4]. Dichas publicaciones forzaron a los dirigentes de los servicios de salud a promover una cultura del servicio orientada al consumidor, que permitiría adoptar una filosofía de la calidad total y organizar sistemas para manejarla.

Método

En el presente estudio se utilizó un enfoque cualitativo que permitió la comprensión de los fenómenos y su significación desde el propio mundo y la realidad de las personas. Entre los tratamientos teóricos más importantes en los cuales se sustenta la investigación cualitativa, se encuentra el interaccionismo simbólico, que plantea

que “lo que sucede aquí, es lo que los actores dicen que sucede” [5]. El interaccionismo simbólico se basa en tres premisas fundamentales: 1) los seres humanos actúan según el significado que las cosas tienen para ellos; 2) dicho significado surge de la interacción social que las personas tienen entre sí; 3) estos significados se modifican por medio de un proceso de interpretación que las personas utilizan al tratar con las cosas que se encuentran [6]. El interaccionismo simbólico permite el surgimiento de la metodología de investigación conocida como *teoría fundamentada* [7], que es una metodología que busca desarrollar teoría a partir de los datos que sistemáticamente se capturan y analizan; es una forma de pensar en ellos y de conceptualizarlos. Es así como durante el curso investigativo, la teoría se desarrolla y se construye dinámicamente por la relación entre recolección de datos y análisis. El rasgo fundamental de esta metodología es el empleo del denominado *análisis comparativo constante*, que permite lograr el énfasis de la metodología, es decir, la construcción de teoría [7]. El muestreo que emplea la teoría fundada es teórico, es decir, que no está predeterminado y se realiza según lo disponga la necesidad surgida por la teoría emergente.

En el estudio participaron 21 usuarios de servicios de salud residentes en los municipios de Caldas y Rionegro (Antioquia, Colombia). A todos se les pidió consentimiento informado para ser entrevistados, luego de haberles notificado de los objetivos y alcances de la presente investigación, y de haber adquirido con ellos el compromiso del manejo confidencial de la información y del mantenimiento de sus nombres en anonimato.

Según Glaser, la identificación de distintas piezas de información de acuerdo con criterios de ordenamiento se denomina codificación [7]. Dependiendo del momento investigativo, dicha codificación toma diferentes formas para permitir un tratamiento diferente de relación entre los datos y la teoría. Es así como en un primer momento descriptivo, se efectúa codificación abierta, que divide el dato y permite identificar algunas categorías, sus propiedades y su localización dimensional [8]. En un segundo momento se hace codificación axial, que reorganiza esos datos de una nueva forma, haciendo conexiones entre una categoría y sus subcategorías. Por medio del llamado modelo paradigmático, las subcategorías se relacionan con la categoría principal mediante diferentes condiciones que le dan precisión a dicha categoría [8]. Aquí la atención se centra en un fenómeno o idea central acerca del cual se dirigen una serie de acciones. En cada fenómeno se aborda el contexto, o sea la serie específica de propiedades del evento. Las condiciones causales son los incidentes que orientan la ocurrencia del fenómeno. Las condiciones de intervención son las expresadas por las estrategias de acción e interacción dentro del fenómeno y las

consecuencias son los resultados de la interacción. Un tercer momento apunta a la codificación selectiva, que pretende explicitar la línea de argumentación y definir las categorías subsidiarias que se relacionan en torno a la categoría principal, además de la validación de todas ellas con los datos y de la inserción de categorías que pueden necesitar refinamiento y desarrollo. La secuencia de estos momentos no es lineal, pues permite la superposición de ellos una vez se haya hecho la codificación abierta. El análisis es básicamente inductivo y abierto y busca saturar la categoría, o sea cuando la nueva información no aporte nada al desarrollo de la categoría [8]. Lo anterior permite concluir que las categorías deben emerger inductivamente y se deben saturar. En forma paralela a la codificación se elaboran notas marginales o memos donde se registran impresiones y comprensiones y también diagramas que permiten visualizar la relación entre las categorías [8].

La validez y confiabilidad se garantizan en este tipo de estudios desde el juicio de veracidad y autenticidad [9]. La veracidad es paralela al criterio de rigor convencional pero se basa en decisiones metodológicas muy diferentes a las de la indagación convencional. Este juicio de veracidad incluye credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmación. El criterio de autenticidad se fundamenta en las preocupaciones paradigmáticas, por lo que se le ha llamado criterio nativo [9], e incluye ecuanimidad, autenticidad ontológica, educativa, transformadora y fáctica. Los mecanismos por medio de los cuales se logró esto fueron el muestreo teórico, el contacto directo y prolongado del investigador con su estudio, su cercanía con la fuente de los datos y su permanente análisis, las descripciones completas de la información proporcionada por entrevistas y observación, además de la retroalimentación permanente de la conceptualización emergida al validarse continuamente con los datos nuevos [5].

El estudio principal se llevó a cabo desde febrero de 1999, durante 18 meses y consistió en cuatro momentos. En la primera fase, que duró ocho meses, se comenzó con la revisión bibliográfica, aspectos metodológicos, el acceso a los informantes y la primera recolección de datos, la cual incluyó las primeras siete entrevistas semiestructuradas, durante las cuales se realizó análisis concomitante mediante el procedimiento de codificación abierta sobre la transcripción íntegra del contenido y verificación. Desde entonces se elaboraron los primeros memos analíticos y se orientó la búsqueda bibliográfica que guiaba al muestreo teórico. En la segunda fase, que duró tres meses, se llevaron a cabo otras siete entrevistas, se continuó con el análisis por medio de la codificación abierta y además se comenzó a refinar, describir y relacionar las categorías que habían emergido, esto mediante la codificación axial principalmente. En

la tercera fase, que duró cinco meses, se realizaron las últimas siete entrevistas y se hizo análisis concomitante, por medio de la codificación abierta, axial y selectiva, lo que permitió refinar las categorías e identificar el proceso y la línea de argumentación del estudio. La cuarta fase duró dos meses y fue en la cual se estructuró el informe teniendo en cuenta que durante su escritura se continuó con el análisis. Es así como se logró la emergencia de una categoría principal: encuentros dispares generadores de dependencia, y de las subcategorías: sentir la necesidad de consultar genera expectativas, negociación que parte del diverso reconocimiento de la enfermedad y moviéndose entre la satisfacción y la insatisfacción. A continuación se presentan apartes solo de la categoría principal.

Resultados y discusión

Encuentros dispares generadores de dependencia

La referencia de encuentros dispares alude a los fenómenos de acercamiento presentes entre personas con diferentes características, necesidades, expectativas, saberes, intereses y visiones del mundo. La disparidad en el encuentro podría implicar el dominio de una persona sobre la otra y por lo tanto podría manifestar lo que Foucault denomina los micropoderes [10]. La disparidad en los encuentros, especialmente en la atención en salud, se da entre otras cosas por la diferencia del lenguaje entre el personal de la salud y los pacientes. Los encuentros dispares basados en la desigualdad existente entre los trabajadores de la salud y los usuarios son el fenómeno de análisis de la presente categoría.

Diversos estudios demuestran que la profesionalización puede convertirse en una estrategia ocupacional para mantener ciertos privilegios y recompensas monopólicas [11]. La base del conocimiento profesional es la racionalidad cognitiva según la cual la posición privilegiada de la profesión se fundamenta en una disciplina científica [11]. Dicha disciplina, al convertirse en cuerpo sistemático, puede llegar a ser una base para prácticas de rutina y así ser controlada externamente, y sería además susceptible de fragmentarse, de ahí que las profesiones de la salud, en especial, crean una barrera para protegerse de dicha rutinización y lo hacen con la indeterminación del conocimiento. Es así como se requiere toda una base hermenéutica desde las profesiones para evitar que a su conocimiento, una vez determinado, accedan otras personas. El poseer una base de conocimientos y el acceso a los pacientes en calidad de clientes proporciona en el sitio de trabajo grandes privilegios, representados en autonomía y control de su profesión sobre el proceso por el cual se presta el servicio. Es así como la profesión médica y

otras relacionadas con la salud han tenido relativo éxito al permanecer vigentes en su representación en la estructura de clases y el posicionamiento profesional en los últimos cien años, regulando el acceso a la prestación de servicios de salud [11].

Si a lo anterior se suma la situación del enfermo, se presenta una situación bastante desbalanceada teniendo en cuenta que este, por definición institucional, y según su papel se encuentra desamparado y, por ello, en necesidad de ayuda [12], además de no tener competencia para ayudarse a sí mismo y de relacionarse socialmente en un escenario dado con un grupo de personas que poseen un cuerpo de conocimiento indeterminado. Fundamentalmente se trata de un rol dependiente, que es lo que define el contexto o propiedades del fenómeno en mención en esta categoría principal [12]. Evidencia de ello se observa en una de las entrevistas del estudio: “Si el doctor me dice que hay que operarla, hay que operarla, pero si dice que eso tiene remedio con medicina y terapias y eso... pues yo acepto lo que me diga el doctor, o sea depende de lo que me diga el doctor, yo lo hago” (E15, P14)**.

La necesidad humana se define como un imperativo interior de los individuos, originada en su dependencia —natural o culturalmente construida— respecto de alguna realidad exterior que el sujeto vive como una carencia acompañada por la tendencia a satisfacerla [13]. Cuando el ser humano piensa en una necesidad, suele recordar algo que se impone; de ahí su carácter imperativo, y en esto se diferencia de otros rasgos humanos en los que intervienen la libertad, el deseo y la expresión creativa del individuo. La necesidad es algo que no se puede dejar de satisfacer sin pagar por ello. Si esa necesidad no se satisface, acarrea un costo en salud, que inclusive se puede pagar con la propia vida. La necesidad involucra también una tendencia, un impulso a colmar la carencia que se expresa en ella. La necesidad como tal es expresión y resultado a la vez de alguna dependencia [13]. Esto surge de algunas de las entrevistas del estudio:

“...Entonces yo fui y le pedí el favor a la enfermera y le dije: —Enfermera, me hace el favor y me ayuda a llevar la hermana mía al baño que hay que mover todos esos aparatos y yo sola no soy capaz y la que viene a ayudarme no ha llegado—. Entonces me dijo: —Ay, espérese un momento a ver que yo estoy muy ocupada. ¿Es que usted piensa que la hermana suya nada más existe aquí?—. Entonces a mí personalmente no me gustó el trato que le dio la muchacha, la trató de mala gana; la hermana mía se puso a llorar, y uno bien adolorido con tantos aparatos por toda parte. Ella se sintió muy incómoda y como ella no estaba enseñada a que la gente la ayudara para nada porque ella ha sido muy independiente toda la vida,

** Las referencias indicadas entre paréntesis corresponden a entrevistas hechas a pacientes en el curso de esta investigación cualitativa.

entonces ella se sintió muy mal y por supuesto yo también me sentí muy mal” (E7, P4).

Se podría hablar de una dependencia respecto del sistema de salud en grande y pequeña escala. A gran escala sería la dependencia del individuo respecto de sus necesidades en salud, que solo la organización social y sus recursos técnicos se pueden aproximar a suplir. A pequeña escala es la dependencia del individuo que consulta frente al otro individuo profesional de la salud y frente a los demás individuos que laboran en instituciones socialmente validadas como restablecedoras de la capacidad funcional de las personas en la sociedad. Es esa dependencia en esta pequeña escala la que emerge en este estudio, teniendo en cuenta que afecta la dependencia a gran escala y a su vez es afectada en forma dinámica por ella. Son tan diferentes las características entre prestadores y usuarios que muchos de esos usuarios consideran que su opinión tiene un menor rango frente a la del profesional, como se percibe en el comentario de uno de ellos: “Una pequeña opinión mía es como que montaran un lugar solamente para embarazadas y personas que tienen su problema de salud, por decirlo así” (E17, P2).

El escenario en el que se aborda dicha dependencia a pequeña escala, se genera a partir de la relación desigual que enfrentan el trabajador de la salud y el paciente. Y es allí en el hospital donde se encuentran el usuario con toda su construcción social de la enfermedad y el personal de la salud con su cuerpo de conocimiento indeterminado para acercarse en pro de los intereses de cada uno de ellos. Si bien es cierto que existen premisas que caracterizan la relación médico-paciente como neutral [11] y como perspectiva de choque [14], en el presente trabajo se abordará la relación entre el personal de la salud y el paciente como forma de negociación [15].

Si consideramos la negociación como un proceso que puede permitir a los actores sociales analizar y hacer compatibles las diferentes razones, intereses y actuaciones de su participación en la resolución de situaciones complejas, además de lograr acuerdos duraderos que sean respetados en el tiempo como base de una cooperación beneficiosa, dichos actores necesitarán compartir dos tipos de información: uno sobre la realidad social local con la problemática que conlleva y los recursos que posee para enfrentarla y otra sobre los intereses, los conocimientos técnicos y las alternativas de actuación de los actores involucrados [16].

Es así como en salud la relación entre trabajadores de la salud y usuarios se da en una relación de negociación, entendida como el proceso mediante el cual ambas partes —que tienen intereses tanto compartidos como diferentes— intercambian información a lo largo de un periodo, con miras a lograr un acuerdo que sostenga su

relación en el tiempo y que les aporte beneficio a ambos. Esto se observó en los relatos de algunos entrevistados:

“—¿Usted cómo se encuentra?—. Y le dije: —Pues, cólicos sí me están dando pero no tan fuertes—. Y entonces me dijo: —Vea, señora, lo que pasa es que llegó una señora de Cocorná y no hay camas y yo sé que usted vive allí arriba, entonces váyase y mañana viene, que usted va a tener una revisión general con cinco médicos. Entonces, si mañana viene el médico: —¿Que fulana de tal dónde está?—, yo le digo que la despaché para la casa porque vino otra paciente más enferma. Entonces yo le dije a ella que bajara a las ocho, que era el examen general” (E13, P4).

Si bien los prestadores de servicios de salud pueden tener ventaja sobre los usuarios por su conocimiento técnico, puede ser muy grande su desconocimiento sobre la realidad local y sobre las mismas características de la persona que consulta. Es mucho el terreno ganado por los usuarios en lo referente al conocimiento de la realidad local, y eso les permite interactuar con el prestador, ya que dispone de información valiosa que tiene grandes implicaciones sobre la recuperación de su estado de salud. En la medida en que ambos actores compartan la información que poseen en pro del interés de cada uno, se podría incidir en la posibilidad de lograr un consenso que lleve a mutuo beneficio.

Son precisamente las necesidades y las expectativas las que nutren principalmente la contraposición de percepciones y la construcción que ellos hacen del significado de la atención en salud. Estas contradicciones podrían ser abordadas de diferentes formas en la medida en que se pretenda acercar las partes iniciando por las necesidades comunes, así: una de las dos partes solicita colaboración a la otra, porque no puede resolver sus necesidades sola, y ella acepta y colabora en la solución, o ninguna de las dos partes decide o puede colaborar o las dos partes se dan cuenta de que si ambas no colaboran, será imposible construir en razón de los dos. Reconociendo que usuarios y prestadores no solo tienen intereses opuestos sino que pueden tener algunos comunes, deben intercambiar información a lo largo de un periodo de tiempo suficiente, que les permita lograr acuerdos para fortalecer las relaciones futuras.

La ciencia económica aporta al proceso de negociación la premisa de que se deben establecer una serie de condiciones que deben ser satisfechas por acuerdo entre las partes racionales, y además establece que a partir de ese conjunto de condiciones se puede generar un resultado único o varias alternativas de selección [16]. Desde la psicología social se tienen grandes aportes al proceso de negociar, ya que su concepción implica un proceso de aprendizaje en el que cada uno de los que intervienen conoce gradualmente lo que el otro demanda. Es así como cada uno de los actores investiga la contraparte [17]. Además, la psicología social

se nutre con campos como la persuasión, el cambio de actitudes, el poder, el manejo del conflicto y la justicia organizacional [18]. Por otro lado, en el proceso de negociación para la atención en salud se identifican y analizan interacciones entre unidades sociales complejas, con el objetivo de buscar mecanismos de cooperación con los cuales se asegure encuentros con resultados exitosos.

Se debe rescatar la importancia que tiene la toma de decisiones por parte de cada uno de los actores que participan en el proceso de la atención en salud, debido a que cada uno por manejar un “saber” ejerce una acción concreta en un momento concreto, demostrando el poder que cada uno de ellos tiene. Debido a que el poder que se manifiesta en el ambiente del encuentro hospitalario es desigual, se genera una relación de dependencia del paciente respecto del prestador por la gran necesidad que tiene aquel de este.

Lo anterior nos permite observar la estrecha relación que se da entre el encuentro desigual, la dependencia que se genera y el proceso de negociación que surge en la atención en salud. La interacción que se logra de estos elementos es permanente, en cada uno de los encuentros que se producen al sentir la necesidad y buscar los servicios de salud. A continuación se presentan algunas características propias de la interacción de los elementos en mención, mostrando las condiciones de intervención y algunas consecuencias de la misma interacción, además de la forma como dicha teoría se respalda en los datos.

El encuentro desigual que se da entre prestadores de servicios de salud y pacientes es un acto histórico, por lo tanto, es un acto no reproducible. Así como el pasado no regresa, es inútil la especulación sobre qué habría ocurrido si se hubiera hecho esto o aquello. La confianza que se produzca luego de cada encuentro puede ser aprovechada en el siguiente, pero siempre será decisivo el llamado *momento de verdad*, o primer contacto entre los actores, y así lograr que desde lo afectivo y desde lo cognitivo se construya una relación que pretende producir beneficios, así sean muy diferentes los intereses de quienes intervienen. Es claro que cada encuentro es irrepetible y se construye en un momento específico. En algunas de las entrevistas observamos una primera impresión positiva: “Yo entré por urgencias y ahí mismo me entraron, me atendieron y me hicieron unos exámenes y ya me dijeron que pa’ que me quedara y sí, la atención muy buena, muy bien todo” (E2, P2).

Siempre existe un riesgo en cada encuentro, que hace que una atención en salud no sea exitosa. Se identifican múltiples factores por parte tanto de oferentes como de pacientes, que afectarían la puesta en común y el entendimiento y esto genera gran insatisfacción por parte de una de las partes o de ambas. Si los factores mencionados son previos al encuentro se asocian generalmente con las expectativas no suplidas, si son

durante el encuentro se asocian principalmente con alteraciones de la comunicación, y si son posteriores, se asocian casi siempre con no obtener el resultado esperado, luego de la atención en salud. Un ejemplo de un encuentro no exitoso es este, en el cual no se dio la respuesta esperada a la inquietud presentada: “Cuando yo me sentía mal o necesitaba algo, le decía a la enfermera. Entonces la enfermera me decía: —Primero que todo esa pregunta o lo que usted siente se lo va a tener que decir al médico de turno” (E4, P6).

En algunos estudios se señala que, utilizando escalas de satisfacción, los investigadores consideran que hay un *continuum* de satisfacción en el cual tanto satisfacción como insatisfacción son extremos opuestos pero del mismo constructo [19]. Lo que es claro es la forma como las quejas por la atención en salud han aumentado y esto se debe principalmente a causas como fracaso en la visita, falta de cooperación entre médico y paciente, fracaso en el tratamiento, fallas en el diagnóstico, fallas al remitir, fallas al ingreso, etc. En lo referente a los profesionales de la salud, las quejas se centran en la pobre comunicación, la falla del diagnóstico y la insatisfacción con el tratamiento [19].

La relación entre satisfacción e insatisfacción no debe verse como dos polos contrarios de una misma línea que los divide en un punto neutral, de indiferencia o de cero satisfacción, cero insatisfacción. Percibida así linealmente solo se podrá tener algún grado de satisfacción o de insatisfacción pero no ambos a la vez. Separada la satisfacción de la insatisfacción, se corre el riesgo de descontextualizarlos y de perder la estrecha relación que tiene una respecto de la otra. Si en esta línea descrita, nos ubicamos en un punto que demuestre cierto grado de satisfacción, necesariamente allí no habrá nada de insatisfacción y esto contradice la sensación real de las personas. Este tipo de representación nos ubica fácilmente en la determinación de lo bueno y lo malo, y de allí se deriva la caracterización de los distintos aspectos para tener en cuenta en el proceso de atención en salud como buenos o malos, frecuentes en las encuestas de satisfacción (actitud del médico, trato recibido, tratamiento eficaz, diagnóstico adecuado y estructura locativa).

Debido a que el constructo de satisfacción parte de integrar diferentes aspectos, podría pensarse en una representación en la que dependiendo del valor que cada persona le dé a dichos aspectos (en términos de lo afectivo, lo cognitivo, el resultado, lo ético-religioso, etc.) y de la construcción que se realice por medio de la interacción de todos los elementos en juicio con la intencionalidad del actor, se expresarán las situaciones de satisfacción e insatisfacción que confluyen. Dicha intencionalidad genera unas expectativas, y es contra ellas de donde en último término emerge el constructo. De esta forma existe una relación dialéctica muy estrecha

entre satisfacción e insatisfacción y ambas coexisten con determinados grados, dependiendo de la interacción de los elementos en juicio. La estrecha relación entre satisfacción e insatisfacción como se propone en el presente estudio surgió de algunas entrevistas, así: “Me tocó uno de los médicos que atendía así, preguntando, y entonces me dijo: —Te voy a mandar unas pastillas—; llegó y apuntó. Y a mí una consulta así, no me sirve, porque yo salgo triste; pero qué casualidad que salí triste, salí con rabia y me sirvieron los remedios” (E5, P11).

Algunos aspectos teóricos que surgen y que son fundamentales para disponer de un mejor encuentro entre los actores relacionados en la atención en salud, son el sitio de encuentro, el tiempo dedicado y la interacción propiamente dicha o el intercambio de opiniones, espacios todos estos controlados por el prestador de servicios de salud.

Si bien es cierto que son múltiples los espacios en donde las personas comúnmente comparten sus diálogos, el sitio de encuentro para la atención en salud —por el hecho que implica— requiere de toda una disposición del espacio, que permita entre otras cosas generar confianza en un ambiente discreto y privado. El sitio es potestad del oferente, de allí que al no tener en cuenta al usuario, se favorece mayor desigualdad por la imposición tanto en lo locativo como en la posibilidad o no de privacidad. Un ejemplo de esto se observó en alguna de las entrevistas:

“Me pareció maluco que sobre todo en el pabellón de hombres, uno es desayunando o almorzando y eso falta de más técnicas en ese pabellón; que le pongan biombos a las camas, por lo que uno desayunando o almorzando y viendo otras personas defecando o vomitando, o tosiendo y desgarrando y uno almorzando, queda muy verraco. Uno bregándose a comer una sopa y otro desgarrando, uno no puede comer tranquilo, entonces eso es falta de más... de que le pongan biombos” (E4, P14).

Como se mencionó, el interés que se le preste al usuario es fundamental para el éxito del encuentro, de ahí que se requiera el tiempo que permita a ambos expresarse y entenderse lo suficiente como para tener muy claro el paso que sigue o lo que se puede esperar dentro del proceso de atención en salud. El tiempo es uno de los elementos básicos en el encuentro y también es factor de desigualdad pues es manejado por el oferente, de ahí que implique una relación de fuerza, intangible e inconsistente por naturaleza. Tener tiempo es poder esperar el momento más favorable para comunicarse con el otro y “aprovechar su mejor momento”, y así sacar el mayor provecho posible del encuentro. Algunos ejemplos de la disparidad del tiempo se observan a continuación:

“Ella —la doctora— casi nunca llegaba a tiempo al consultorio, pero en cambio el paciente tenía que estar a la hora exacta y si no, ella no lo atendía o le pegaba los

gritos del siglo, y me tocó ver una señora que estaba ahí esperando turno y entonces la doctora no llegó a tiempo, entonces ella me dijo: —Pues yo voy a irme a tomarme un fresco, pues la doctora está por allá, yo no sé dónde será y yo tengo mucha hambre—. Y yo le dije: —Vaya, que si ella llega, yo le digo—. Y resulta que no fue sino la señora voltear, para ahí mismo llegar la doctora. Pero ya hacía rato que debía haber llegado la doctora y entonces no quiso atender la señora” (E5, P16).

La interacción propiamente dicha alude al intercambio de conceptos relacionados con el motivo de la consulta, tras el cual se esconden diversas expectativas conforme a una determinada necesidad de las personas. Este es el momento donde, en mayor proporción, se observa cómo el comportamiento dominante de los prestadores influye sobre los usuarios y aunque la reciprocidad no se haga esperar, se genera todo un sistema de acciones y reacciones que llevan a favorecer el sostenimiento de una relación en la cual los usuarios durante sus procesos de atención en salud, siempre van a requerir del prestador para lograr estabilizarse y por ende estarán supeditados a la actuación de él. En el tiempo se refuerzan estas acciones que convierten la dependencia del lego respecto del profesional en un proceso lógico de quien sabe y muestra el camino a quien no sabe. En algunas de las entrevistas se reconoce la gran dependencia que se tiene del profesional: “Doctor, sálvemelo en todo caso, haga lo que sea en las manos de Dios y en las tuyas, no tengo más qué hacer, yo no voy a poner en riesgo la vida de mi niño; cómo lo adoro y en verdad, ese muchacho para mí es la luz de mis ojos” (E16, P3).

Para que la interacción entre usuarios y prestadores de servicios de salud sea más productiva se requiere desarrollar un proceso comunicativo. Si se hace referencia a la definición de Mead, que plantea que la comunicación consiste en crear un estado de ánimo común entre aquel que comunica y el que recibe la comunicación, el encuentro es una actividad que necesita comunicar, y lo hace principalmente con el instrumento privilegiado del lenguaje [20]. La comunicación debe intervenir en la totalidad del encuentro. No hay encuentro sin comunicación, pues la comunicación implica la intervención de la personalidad completa con utilización simultánea de varios canales de transmisión, no siempre coherentes entre sí, con el objetivo casi inaccesible de poner en resonancia dos subjetividades ajenas la una respecto de la otra.

En realidad, la forma como se expresa cada individuo es única y no solo caracteriza su mensaje sino al mismo individuo. Cada uno traduce su experiencia de una forma propia, por la selección continua que hace de los diferentes aspectos del lenguaje por medio de las propias representaciones y de su capacidad para interpretarlas. Algunos relatos permiten observar el proceso de comunicación en los encuentros entre prestadores de

servicios de salud y usuarios: “Él nos habló, nos habló como a carta blanca y nos dijo en cuánto tiempo, más o menos, ella se iba a recuperar, y entonces eso es lo que yo espero de un hospital, porque es que muchas veces va uno donde el médico y lo examina y le coloca droga, pero no le dice esto para qué es, se la voy a aplicar o usted tiene esto, tiene aquello” (E7, P8).

Es fundamental que se identifique la diferencia entre necesidades e intereses en la atención en salud. Mientras que la necesidad es ese impulso irresistible que hace que las causas obren infaliblemente en cierto sentido, el interés representa el provecho, la utilidad, la ganancia. Un usuario cualquiera con múltiples necesidades al buscar atención puede tener un interés específico frente al encuentro y así lograr la anhelada satisfacción. Desde el prestador se debe tener en cuenta tanto lo uno como lo otro para acercar lo más posible su propuesta a la expectativa del paciente. Lo anterior se observó en una de las entrevistas: “Doctor, por favor, yo no estoy enferma pero ya le pagué la consulta, pero atiéndame que lo que quiero es conversar con usted” (E16, P9).

Según el grado de implicación del emisor en la comunicación, se afecta el propio mensaje condicionando el grado de atención y de motivación del receptor. Esto se evidencia así: “Sí, el día que le comenté, que yo quería saber qué daños podía tener mi bebé con la placenta de tamaño disminuido y él no me quiso contestar porque eso eran cosas que no me incumbían a mí sino al cuerpo médico” (E11, P10).

Por otro lado, algunos profesionales utilizan un lenguaje especial para hacerse entender, como en este segmento de entrevista: “Vea, hermano, el páncreas es así: una tripita así, el hígado está aquí, pero el hígado vos lo tenés todo rojo, debido a tanto guaro que le echaste está todo rojo, entonces qué pasa: el páncreas debe de estar así, entonces está haciendo contacto con el hígado y por eso es que te dan los cólicos” (E6, P9).

El lenguaje tiene diferentes funciones. La función referencial del lenguaje es la de transmitir ideas o también de hacer entender, sin ambigüedad, la realidad, el significado (objeto o concepto) por el empleo de significantes (palabras y disposición de las palabras). Aparte de esta función, se desarrollan otras como la emotiva, que permite que el emisor pueda comunicar la emotividad que mantiene respecto del tema del cual habla, imprimiéndole un juicio de valor: bueno o malo, deseable o repulsivo, etc. El lenguaje sirve para comenzar, mantener o parar una interacción, ya que las palabras no tienen en sí mismas ningún sentido verdadero. Es frecuente hablar con otro y que ninguno de los dos se escuche, pero alargan la conversación solo por el hecho de estar cerca el uno del otro, esta es la función factual del lenguaje.

En un encuentro de trabajadores de la salud y usuarios, es común la interacción de algunas de estas funciones, lo que lleva a realizar parcialmente el fin que se propone cada una de las partes, pero es obvio que debido al terreno y al contexto del encuentro, esto se presta para favorecer la desigualdad por privilegiar a los prestadores, con el consecuente fortalecimiento de la dependencia de unos sobre otros.

Conclusiones y recomendaciones

Es trabajo del propio lector definir el alcance del conocimiento generado acá, pues dependiendo de la posición que él asuma frente al fenómeno de estudio, se determinará su aplicación. Algunos aspectos de los planteados aquí pueden parecer un poco extraños para quienes trabajan en salud, pero no se debe olvidar que el punto en cuestión en este estudio es la perspectiva del usuario, de ahí que este trabajo con seguridad precisaría del punto de vista del profesional de la salud. Lo anterior responde a la intencionalidad del investigador, ya que hay demasiados estudios desarrollados sobre la conceptualización técnica y aparentes tratamientos de lo que el profesional cree que piensa el paciente. Por lo anterior, quien vive el contexto desde la percepción del usuario es quien puede además avalar y ver con más facilidad la aplicación del presente estudio. Se espera que el lector logre extraer aspectos relevantes y sus formas de aplicación, que permitan mejorar el juicio de valor que se genera luego de la atención en los centros de atención en salud. Algunos de esos aspectos concluyentes acompañados de su respectiva recomendación pueden ser los siguientes:

En la atención en salud es importante reconocer que usuarios y prestadores, realizan construcciones sociales diferentes de la enfermedad por la cual se genera el encuentro, y que se expresan en necesidades e intereses distintos. Identificar tales diferencias les aporta ostensiblemente para obtener resultados de mayor éxito en la prestación del servicio de salud.

El manejo que se dé a la indeterminación del conocimiento médico define el tipo de relación entre usuario y prestador, ya que favorece el mayor poder de control del agente de salud sobre el paciente. Es fundamental ser consciente de tal hecho para trabajar por parte de ambos actores en forma activa, en favor de relaciones más equitativas en los servicios de salud.

El proceso de atención en salud implica frecuentemente una serie de encuentros sucesivos en los cuales se intercambia información con la finalidad de mejorar el estado de salud de quien consulta. En cada uno de esos encuentros se podrían llevar a cabo negociaciones que permitan compartir conocimiento

bilateralmente y valorar y escuchar abiertamente el discurso del otro para sacar mayor provecho de él.

Los centros de atención en salud son verdaderos campos de fuerzas, en lo referente al poder en juego entre las personas que buscan el servicio y las que lo ofrecen. Si bien dentro del centro las reglas son impuestas por el prestador, facilitando su control sobre las situaciones que rodean la atención en salud, una vez el usuario sale, recupera el control de las condiciones que dependen de él para su recuperación. Esto se explica en parte por la forma como el trabajador de la salud considera al usuario como su objeto de trabajo. La atención en salud podría proporcionar, entre los actores involucrados, el logro de acuerdos mínimos que faciliten seguir las indicaciones del tratamiento, al reconocer el poder que cada uno de ellos tiene en diferentes momentos de la atención, en pro del objetivo común y respetando profundamente la idea ética-religiosa que cada uno tenga en su proceso de recuperación.

El trabajador de la salud puede potencializar la relación con los usuarios para favorecer lazos de respeto que faciliten el manejo de las relaciones y avanzar satisfactoriamente durante el proceso de recuperación de la salud. Una de las formas de hacerlo es dando una explicación al usuario siempre que lo deba esperar por la atención, y propender porque la espera sea lo más amable posible.

Buscar atención en salud ya es un primer paso en lo referente a la intención de recuperarla; así se podría reconocer por parte de los profesionales de este sector, quienes podrían disminuir la predisposición frente a la supuesta actitud irresponsable de algunos usuarios y reconocer la ansiedad que se siente al estar enfermo o en riesgo de muerte; podrían ponerse en el lugar del usuario y facilitar el proceso de adaptación cuando alguien es hospitalizado. Para el usuario es fundamental no sentirse solo.

El usuario de un servicio de salud prefiere al profesional que lo trata amistosamente y con respeto y que utiliza un lenguaje de fácil comprensión. Si bien los pacientes valoran la idoneidad del personal de la salud, ellos siempre reconocen primero el buen trato y la valoración que se haga de ellos. Ser consciente de esto permitirá a los prestadores, entre otras cosas, valorar el tiempo de los usuarios como el de ellos mismos y facilitar la comunicación, logrando disminuir algunos determinantes de la dependencia en la atención en salud.

Reconocimientos

Al profesor Álvaro Giraldo Pineda, asesor del presente trabajo, por su acompañamiento, su entrega y su conocimiento; aportes estos compartidos de manera singular, al mejor estilo socrático, que permitieron que la investigación avanzara y se reconstruyera en cada momento, demostrando que la humildad y el conocimiento pueden ir de la mano.

Referencias

1. Passos R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Washington: OPS; 1997. (Serie Paltex Salud y Sociedad 2000, No 4). 157 p.
2. Cartwright A. Patients and their doctors. A study of general practice. London: Routledge and Kegan Paul; 1967.
3. Van Maanen HM. Evaluation of nursing care: quality of nursing evaluated within the context of health care and examined from a multinational perspective. In: Wills LD, Linwood ME (eds) Measuring the quality of care. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1984. p. 3-43.
4. Jones L, Leneman L, MacClean U. Consumer feedback for the NHS. King Edward's Hospital Fund for London. 1987. Citado por: Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997;45(12):1.829-1.843.
5. Schwartz H, Jacobs J. Introducción a las bases conceptuales de la metodología de investigación cualitativa en salud. Métodos cualitativos y métodos cuantitativos, dos enfoques a la sociología. México; 1984. p. 22-57.
6. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Citado por: Ritzer G. Teoría sociológica contemporánea. Madrid: McGraw-Hill; 1993. p. 213-261.
7. Glaser BG, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.
8. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park CA: Sage; 1990.
9. Lincoln YS. Sympathetic connections between qualitative methods and health research. Qual Health Res 1992;2(4):375-391.
10. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI; 1966. 280 p.
11. Turner BS. Professions knowledge and power. En: Medical power and social knowledge. Londres: Sage; 1987. p. 131-156.
12. Parsons T. El sistema social. Madrid: Revista de Occidente; 1996. p. 569.
13. Sempere J. La necesidad humana como dependencia. Revista Internacional de Sociología 1999;23:131-144.
14. Freidson E. La profesión médica. Barcelona: Península; 1987.
15. Morgan M, Calnan M, Manning N. Sociological approaches to health and medicine. Citado por: De La Cuesta C. An exploratory investigation of the sources of patient satisfaction in ambulatory care. Social Sciences in Health 1997;3(4):222-231.
16. Ganeva I, Marín JM. Capacidad de negociación en el sector salud. 2a. ed. Guatemala: OPS; 1994.
17. Cross JG. Negotiation as a learning process. Journal of Conflict Resolution 1977;21:581-606.
18. Lewicki R, Litterer J. Negotiation. Homewood, Illinois: RD Irwin; 1985.
19. Mulcahy L, Tritter J. Pathways, pyramids and icebergs? Mapping the links between dissatisfaction and complaints. Sociology of Health and Illness 1998;20(6):825-847. Citado por: Coyle J. Exploring the meaning of "dissatisfaction" with health care: the importance of personal identity threat. Sociology of Health and Illness 1999;21(1):95-124.
20. Ritzer G. Interaccionismo simbólico. Cap. 5. Teoría sociológica contemporánea. 3a. ed. Madrid: McGraw-Hill; 1993. p. 213-262.

Factores de riesgo para infección nosocomial en pacientes con trauma, Medellín, 2000

Risk factors for nosocomial infection in patients with trauma, Medellín, 2000

Ángela María Gaviria N¹; Leida Cecilia Sánchez H²; Diana Ruth Madrid S³.

¹ Magíster en Epidemiología, docente del Colegio Mayor de Antioquia, E-mail: gaviria@elsitio.net.co

² Magíster en Epidemiología, Hospital Pablo Tobón Uribe

³ Magíster en Epidemiología, Instituto de los Seguros Sociales

Recibido: 16 de diciembre de 2002. Aceptado: 31 de julio de 2003

Resumen

Con el objetivo de identificar los factores de riesgo para la infección nosocomial en pacientes con trauma, se realizó un estudio de casos y controles en el Hospital Pablo Tobón Uribe de la ciudad de Medellín, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1999. El tamaño de la muestra estuvo compuesto por 540 pacientes: 185 casos con infección nosocomial y 355 controles. Se recolectó información mediante el uso de historias clínicas y se evaluó la severidad (ISS). Luego del análisis bivariado se incluyeron en el análisis multivariado (regresión logística) aquellas variables con significación estadística. El 74,6% de los pacientes fueron hombres, con una edad promedio de 33 años; el promedio de la severidad fue de 12,76 (8,7). Los factores de riesgo identificados en la regresión logística fueron: la edad con OR: 1,02 (1,0016-1,0313); los días estancia OR: 0,6346 (0,5745-0,7009); el uso de antibióticos OR: 2,2274

(1,0259-4,8363); el tiempo con sonda nasogástrica OR: 0,6599 (0,5172-0,8421); el tiempo con catéter endovenoso periférico OR: 1,4538 (1,3182-1,6033) y la duración de la cirugía OR: 0,2961 (0,0997-0,8789), todas estadísticamente significativas y ajustadas por las demás variables del modelo. En conclusión, existen factores de riesgo para la infección nosocomial en pacientes con trauma relacionados con el hospedero y con el trauma que es posible modificar y otros relacionados con la atención hospitalaria, susceptibles de modificación, dentro de los cuales se destacan el uso de antibióticos, los tiempos con sonda nasogástrica y catéter endovenoso periférico y el tiempo quirúrgico.

-----*Palabras clave:* infección hospitalaria, trauma, factores de riesgo, procedimientos invasivos

Abstract

With the purpose of identifying the risk factors for nosocomial infection in patients with trauma, a case control study was conducted in the Pablo Tobón Uribe Hospital of Medellín, between January and December of 1999. The sample included 540 hospitalized patients: 185 infection cases and 355 controls. The information was collected through clinical records and the severity was evaluated using the Injury Severity Score (ISS). After a bivariate analysis, those variables with statistical significance were included in the multivariate (logistic regression) analysis. 74.6% of the patients were men, with an average age of 33 years. The average of severity (ISS) was 12.76 (8.7). The risk factors identified in the logistic regression as statistically significant were age (OR=1,02; CI 95%: 1,0016-1,0313), length of hospital staying (OR=0,6346; CI 95%: 0,5745-0,7009), use of antibiotics (OR=2,2274; CI

95%: 1,0259-4,8363), time with nasogastric catheter (OR: 0,6599; CI 95%: 0,5172-0,8421), time with peripheral venous catheter (OR=1,4538; CI 95%: 1,3182-1,6033), and endurance of surgery (OR: 0,2961; CI 95%: 0,0997-0,8789).

All of these risk factors are statistically significant and adjusted by the rest of the variables in the model. In conclusion there are risk factors for nosocomial infection in patients with trauma related to the host and to the trauma that can be modified, and other factors related to the hospital service that are susceptible of modification. Among them the use of antibiotics, time with nasogastric and peripheral venous catheter and endurance of surgery are the most protruding.

-----*Key words:* cross infection, trauma, risk factors, invasive procedures

Introducción

El trauma, definido como la epidemia silenciosa del siglo XX [1], representa en la época actual, junto con las enfermedades del corazón, una de las principales causas de mortalidad en el ámbito mundial, impactando significativamente a la gente joven y afectando de manera directa e indirecta la economía de los estados, más aún cuando a esta circunstancia se le agrega el importante número de discapacitados y las pérdidas materiales asociadas [2].

La hemorragia y el compromiso del sistema nervioso central son las principales causas de daño y muerte en las primeras 48 horas, mientras que la infección es la causa más frecuente de complicación y muerte después de los tres primeros días del trauma [3]. Se ha encontrado asociación entre la edad del paciente con trauma y la infección. Los pacientes en edad avanzada tienen un mayor riesgo de infección de las heridas ya que es mayor su probabilidad de poseer otras enfermedades asociadas [4-6], disminución de las funciones pulmonares, alteraciones en la respuesta inmunológica, trastornos nutricionales y alteraciones en los mecanismos de defensa inespecíficos, como la tos, la micción, la deglución y el lagrimeo [7-9].

La estancia hospitalaria y más específicamente en una unidad de cuidados intensivos son factores que se asocian con frecuencia a la infección. Un paciente que permanezca hospitalizado por tiempo prolongado está más expuesto a los factores de riesgo del ambiente hospitalario y por ende, la probabilidad de padecer una infección nosocomial es mayor. La estancia hospitalaria se prolonga debido al padecimiento de por lo menos una infección, principalmente del tracto respiratorio inferior, tracto urinario, herida quirúrgica, intraabdominal y torrente sanguíneo [10].

A menudo los métodos diagnósticos, de tratamientos y de soporte de la vida, utilizados para el manejo de los pacientes con trauma se convierten en factores de riesgo para desarrollar infección nosocomial. Entre los medicamentos asociados con el desarrollo de la infección están los antibióticos [3, 11-14] los cuales son usados con el objetivo de reducir el riesgo de infección en los pacientes con trauma. Mediante la profilaxis se pretende obtener unos niveles adecuados de antibióticos en los tejidos lo más pronto posible a fin de lograr su eficacia [3, 11, 12].

Los métodos invasivos que son utilizados en el diagnóstico o tratamiento —o en ambos— de los pacientes hospitalizados son otro factor de riesgo importante para el desarrollo de la infección nosocomial. El uso de catéteres centrales es un factor que predispone al desarrollo de bacteriemias principalmente, el uso de la sonda nasogástrica es un factor muy importante en el desarrollo de neumonía nosocomial, el sondaje vesical prolongado favorece el desarrollo de infección del tracto urinario [15] y los

procedimientos quirúrgicos múltiples o de larga duración favorecen la infección del campo quirúrgico.

A pesar de que el Hospital Pablo Tobón Uribe posee altos estándares de calidad, se cree que el índice de infección intrahospitalaria es susceptible de disminuir, por lo cual es importante identificar aquellos factores de riesgo, relacionados con el hospedero, con el trauma, pero sobre todo, aquellos relacionados con la atención hospitalaria en la institución, como son la oportunidad en la atención del paciente con trauma; el uso de dispositivos invasivos para monitorización, diagnóstico y tratamiento; el uso de antibióticos para profilaxis y otros medicamentos como sedantes y antiácidos; y la oportunidad y destreza en la realización de procedimientos quirúrgicos, entre otros, ya que son factores susceptibles de modificar; todo ello con el fin de disminuir la morbimortalidad, discapacidad, invalidez, incomodidad y costos causados por infección nosocomial en este tipo de pacientes.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles en el Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU) de la ciudad de Medellín, durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 1999.

Población y muestra

El universo de estudio lo constituyeron los 2.719 egresos hospitalarios por trauma en el HPTU durante el año de 1999. El tamaño de muestra seleccionada se obtuvo mediante el programa Epi-info, para un estudio de casos y controles, utilizando los siguientes parámetros: una razón de disparidades de 2, una potencia de 95% y un nivel de significación de 0,05, bajo una proporción de exposición en la población del 15%.

Para hallar la proporción de exposición se promediaron las proporciones de exposición de los factores de riesgo asociados con infección nosocomial encontradas por Valencia y colaboradores [16], con lo cual se obtuvo un resultado de 0,39. Sin embargo se decidió utilizar una proporción de exposición de 0,15, lo que permitiría detectar diferencias más pequeñas que las detectadas con 0,39, ya que la exposición a algunos factores es muy poco frecuente. El tamaño muestral hallado fue de 516 pacientes: 172 casos y 344 controles; finalmente se tomó una muestra de 185 casos y 355 controles, 540 en total (en una relación aproximada de 2 controles por cada caso).

Muestreo

La muestra estuvo constituida por los pacientes que fueron hospitalizados por trauma en un periodo mayor

de 48 horas, excluyendo los que ingresaban para cirugía como consecuencia de un trauma anterior. Los casos fueron tomados de los registros del Comité de Prevención de Infecciones del HPTU y por revisión exhaustiva de las historias clínicas de todos los pacientes con trauma, siguiendo los criterios del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, sigla en inglés de Center for Disease Control and Prevention) [17].

Para los controles, el Departamento de Registros Hospitalarios del HPTU suministró un listado con los egresos hospitalarios de pacientes con trauma en 1999; con ellos se hizo una numeración del 1 al 2.719 y mediante una lista de números aleatorios halladas en el programa Excel se procedió a realizar la selección.

Recolección de datos

La recolección de la información se realizó mediante la consignación de datos en un formulario en el que se incluyó la información general del paciente —con excepción del nombre para mantener la confidencialidad— y los datos relacionados con el hospedero, el trauma y la atención hospitalaria. Como fuente de información se utilizó la historia clínica. La severidad del trauma fue medida por una persona entrenada para ello, quien ha participado en otras investigaciones en esta misma labor, con base en la escala ISS (*injury severity score*) [18], que en este estudio fue menor de 49 (traumas leves y moderados).

Análisis de la información

Se creó una base de datos en el programa SPSS 10.0. Inicialmente se realizó un análisis univariado de las variables con el fin de conocer sus frecuencias y la comparabilidad entre casos y controles. Posteriormente en un análisis bivariado se exploró la asociación de todas las variables independientes con la variable dependiente (infección nosocomial). Para las variables cualitativas se utilizó la prueba chi cuadrado de independencia. En la situación particular en que la variable dependiente fuera dicotómica, se estimó la medida de la asociación usual en los estudios de casos y controles, el OR, acompañado de su respectivo intervalo de confianza del 95% de Cornfield [19]. A las variables cuantitativas inicialmente se les probó normalidad por la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilienfors; con aquellas que siguen una distribución normal se realizó una prueba t para la diferencia de medias y con las que no distribuyeron normal se efectuó la prueba U de Mann Withney [20].

Para el análisis multivariado se utilizó un análisis de regresión logística definiendo como variable dependiente la presencia de infección nosocomial y como variables independientes, aquellas cuyo nivel de significación en el análisis bivariado fuera $p < 0,25$ [21].

Resultados

Se diseñó un estudio de casos y controles en el cual participaron 540 personas que habían sido hospitalizadas en el HPTU por presentar algún tipo de trauma, se incluyeron 185 casos con infección nosocomial y 355 controles.

En relación con las variables sociodemográficas, tanto el grupo de los casos como el de los controles estuvo conformado en su mayoría por hombres: 74,6% (403). El promedio de edad fue 30,85 (20,76) años en el grupo de los casos, 3,19 (22,82) años menos que la edad promedio del grupo de los controles. No hubo diferencias significativas con respecto a la edad y el sexo en ambos grupos (tabla 1). Los accidentes de tránsito junto con las caídas fueron los agentes que ocasionaron mayor número de traumas, observándose que no hubo diferencias en los dos grupos, seguidos por el proyectil de armas de fuego, con el cual se encontraron diferencias significativas, siendo mayor la proporción (23,8%) en los casos. El porcentaje de personas con trauma penetrante, trauma abierto y fractura abierta fue mayor en los casos con una asociación estadísticamente significativa (valor $p < 0,05$). El índice de severidad del trauma fue en promedio 12,76 en los casos, 4,5 más severo que el promedio de los controles. El 93% de las personas presentaron trauma leve y el mayor porcentaje estuvo en el grupo de los controles (tabla 1).

Del total de la muestra, el 59,6% de los pacientes fueron remitidos al HPTU desde otras instituciones de la ciudad o de otros municipios, siendo los casos remitidos un 13% más (tabla 1). Al 28% de las personas se les practicó algún procedimiento en urgencias y de estos, el 52% fue realizado en otra institución, con 2,2% más en casos que en controles, diferencia no estadísticamente significativa (tabla 1). Una mayor proporción de casos recibió atención quirúrgica inmediata, procedimiento este que es más frecuente en el HPTU. El tiempo promedio para la cirugía fue de 19,75 minutos menos en el grupo de los controles comparado con el de los casos. El tipo de anestesia más utilizado fue la general, con una diferencia estadísticamente significativa, y la especialidad quirúrgica que más intervino fue la de ortopedia, en la cual no hubo diferencia estadísticamente significativa (tablas 2 a 4). En total, a los casos se les realizó el doble de cirugías en promedio que a los controles (tabla 4).

Se observa una tendencia positiva en la relación con el tipo de herida quirúrgica y la oportunidad de infección. Personas con una herida quirúrgica sucia tuvieron dos veces más la oportunidad relativa de infección que las personas que presentaron herida limpia (chi cuadrado de tendencia 5,040, $p = 0,025$).

Tabla 1. Factores de riesgo relacionados con infección nosocomial y características del paciente y el trauma, HPTU, 2000

Factor de riesgo		Casos No. (%)		Controles No.(%)		OR (IC 95%)	Valor p
Sexo:	hombres	144	(77,8)	259	(73)	1,30 (0,857-1,979)	0,128
Edad	media (años) (DE*)		30,85 (20,76)		34,04 (22,82)		0,126a
Agente que originó el trauma:						0,384 (0,238-0,619)	
Arma de fuego: si	44	(23,8)	38	(10,7)		0,000	
Tipo de trauma:	penetrante	41	(22,2)	39	(U)	2,31 (1,427-3,731)	0,001
Trauma abierto:	Sí	117	(63,2)	157	(44,2)	2,22 (1,541-3,202)	0,000
Procedimiento en urgencia previo al ingreso:	Sí	29	(15,7)	48	(13,5)	1,19 (0,74-1,960)	0,289
Cirugía en otra institución:	Sí	18	(9,7)	15	(4,2)	2,44 (1,201-4,968)	0,011
Fracturas:	Sí	143	(77,3)	259	(73)	1,26 (0,832-1,913)	0,160
Tipo de fractura:	Abierta	77	(41,6)	72	(20,3)	3,02 (1,972-4,616)	0,000
Clasificación de la herida quirúrgica	limpia limpia	11	(5,9)	14	(3,9)	1,00	
	contaminada	3	(1,6)	6	(1,7)	0,64 (0,10-3,9)	0,000
	contaminada	38	(20,5)	35	(9,9)	1,38 (0,51-3,0)	
	sucia	30	(16,2)	13	(3,7)	2,94 (0,94-9,34)**	
Comorbilidad:	presente	34	(18,4)	66	(18,6)		0,124
Aliento alcohólico:	Sí	19	(10,3)	37	(10,4)		0,064
Tiempo de espera:	media (minutos) (DE*)		14,36 (38,58)		14,09 (28,66)		0,929b or
Severidad del trauma:	leve moderado	156 29	(84,3) (15,7)	348 7	(98) (2)	0,108 (0,046-0,252)	0,000
Índice de severidad (ISS):	media (DE*)		12,76 (8,7)		8,26 (5,13)		0,000a

*Desviación estándar, ** Chi cuadrado de tendencia

Tabla 2. Factores de riesgo relacionados con infección nosocomial y los procedimientos realizados en el paciente con trauma, HPTU, 2000

Factor de riesgo	Casos		Controles		OR	Valor p
	No.	(%)	No.	(%)	(IC 95%)	
Procedimiento en urgencia previo al ingreso: sí	29	(15,7)	48	(13,5)	1,19 (0,74-1,960)	0,289
Atención después del trauma: antes de 240 minutos	74	(40)	142	(40)	0,90 (0,619-1,320)	0,227
Procedimiento en urgencias: sí	53	(28,6)	96	(27,6)	1,10 (0,738-1,638)	0,744
Atención quirúrgica inmediata	82	(44,3)	69	(19,4)	3,31 (2,243-4,895)	0,000
Tipo de anestesia: general	68	(36,8)	67	(18,9)		0,000
Uso de sonda nasogástrica	46	(24,9)	17	(4,8)	6,58 (3,646-11,874)	0,000
Uso de sonda vesical	85	(45,9)	59	(16,6)	4,26 (2,852-6,375)	0,000
Uso de tubo endotraqueal	22	(11,9)	i	(03)	47,78 (6,385-357,51)	0,000
Uso de catéter endovenoso periférico	180	(97,3)	341	(96,1)	1,48 (0,524-4,169)	0,317
Uso de catéter endovenoso central	29	(15,7)	7	(2)	9,2 (3,963-21,551)	0,000
Uso de catéter arterial	10	(5,4)	0	3,03	(2,683-3,419)	0,000
Uso de catéter epidural	2	(1,1)	4	(1,1)	0,959 (0,174-5,285)	0,663
Uso de tubo torácico	27	(14,6)	21	(5,9)	2,72 (1,490-4,957)	0,001
Hospitalización en la UCI	28	(15,1)	4	(1,1)	16,31 (5,639-47,190)	0,000
Antibiótico previo	145	(78,4)	231	(65,1)	1,9 (1,288-2,939)	0,001
Uso de sedantes	52	(28,1)	34	(9,6)	3,69 (2,291-5,949)	0,000
Uso de bloqueadores H2	109	(58,9)	146	(41,1)	2,05 (1,431-2,946)	0,000
Uso de antiácidos	7	(3,8)	3	(0,8)	4,61 (1,179-18,06)	0,022
Nutrición parenteral: sí	9	(4,9)	0		1,02 (3,674-3,404)	0,000
Trasfusiones	87	(47)	68	(19,2)	3,75 (2,533-5,542)	0,000

* IC: intervalo de confianza del 95%

Tabla 3. Comparación de la duración de la hospitalización, las intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos (entre casos y controles), HPTU, 2000

Variable		Casos 185	Controles 355	Valor p
Días estancia	media (DS*)	26,19 -18,17	7,86 (5,69)	0,000 ^{''}
Duración de la cirugía inicial	media (minutos) (DS*)	93,06 -62,42	73,31 (42,55)	0,088 •
Tiempo de anestesia	media (minutos) (DS*)	131 -74,02	99,71 (46,13)	0,015-
Tiempo con SNG	media (días) (DS*)	4,67 (3)	3,06 (1,56)	0,062 •
Tiempo con sonda vesical	media (días) (DS*)	6,82 (4,95)	4,93 (4,44)	0,002'
Tiempo con catéter endovenoso periférico	media (días) (DS*)	9,42 (6,84)	7,73 (5,66)	0,001'
Tiempo con catéter endovenoso central	media (días) (DS*)	6,55 (4,37)	8,71 (4,68)	0,254 ^b
Tiempo con catéter epidural	media (días) (DS*)	8 (5,66)	4,75 (1,26)	0,283 ^b
Tiempo con tubo torácico	media (días) (DS*)	6,58 (2,63)	5,24 (2,39)	0,077 ^b
Tiempo en la UCI	media (días) (DS*)	4,43 (2,91)	1,67 (0,58)	0,115 ^{''}

a: U de Mann Whitney; b: t de Student; DS*: desviación típica

Tabla 4. Número y duración de otras intervenciones realizadas en pacientes con traumas (entre casos y controles) HPTU 2000

Variable		Casos 185	Controles 355	Valor p
Número de transfusiones	media (DS*)	4,12 (3,93)	2,73 (1,81)	0,005 a
Número de cirugías	Media (DS*)	1,438 -1,514	0,772 (0,821)	0,000 a
Tiempo con antibiótico previo	media (días) (DS*)	7,92 (6,44)	6,22 (5,29)	0,001 a
Tiempo con sedantes	media (días) (DS*)	5,32 (4,48)	3,14 (3,41)	0,002 a °7
Tiempo con bloqueadores H2	media (días) (DS*)	8,88 (6,56)	7,71 (5,44)	0,238 a
Tiempo con antiácidos	media (días*) (DA*)	11,85 (8,64)	4 (5,20)	0,1 ^

a: U de Mann Whitney; b: t de Student; DS*: desviación estándar o típica

Una quinta parte de los pacientes presentó algún tipo de comorbilidad; no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión, seguida de la farmacodependencia con un porcentaje de 6,7 y 5,0 respectivamente (tabla 1).

El 60% de los pacientes, tanto de los casos como de los controles, fue atendido en el HPTU después de 4 horas de ocurrido el trauma, y el tiempo promedio de espera entre el ingreso al HPTU y la primera atención fue similar en ambos grupos (tablas 1 y 2). El promedio de días de estancia en los casos fue de 26,19 días, 18,33 días más que los días promedio del grupo de los controles, hallazgo estadísticamente significativo (tabla 4). Los cinco principales diagnósticos de ingreso, que correspondieron al 57,5% del total de ingresos, fueron trauma encefalocraneano (TEC), fractura de fémur, politrauma, fractura de tórax y cadera; el 42,5% restante correspondió a otros diagnósticos más desagregados.

El uso de métodos invasivos, como sonda nasogástrica, sonda vesical, tubo endotraqueal, catéter endovenoso central, catéter arterial, tubo torácico y nutrición parenteral, fueron más utilizados en los casos, excepto el uso de catéter endovenoso periférico y catéter epidural, que no mostraron diferencias entre los grupos. El promedio de días con estos dispositivos solo mostró diferencias significativas en el tiempo con sonda vesical y catéter endovenoso periférico. La hospitalización en la UCI fue 14% más frecuente en el grupo de los casos, con un tiempo de 2,76 días más en promedio que el de los controles (tablas 2 y 3).

Tanto el tiempo promedio como el uso de medicamentos como antibióticos, sedantes, bloqueadores H2 y antiácidos fue mayor en los casos, excepto el tiempo con bloqueadores H2, que fue similar entre los dos grupos. Es así como el uso de antibióticos fue 13,3% más frecuente en el grupo de los casos comparado con los controles. El tiempo promedio con antibióticos en los pacientes con trauma fue de 4,77 días, con un rango que osciló entre 1 y 35 días.

Las transfusiones fueron 28% más frecuentes en los casos a los cuales se les realizó el doble en promedio de transfusiones que a los controles (tablas 2 y 4).

Al 76% de los casos se les realizó cultivo microbiológico y los principales microorganismos aislados fueron: *Escherichia coli* (28,4%), *Staphylococcus aureus* (18,44%), *Enterococcus faecalis* (17,7%), *Enterobacter cloacae* (9,92%), *Acinetobacter baumannii* (9,21%); los cuales causaron el 83% de las infecciones. Los principales sitios de infección fueron el campo quirúrgico (23,8%) y los tejidos blandos y de la piel (21,8%).

En el análisis multivariado se decidió realizar un modelo de regresión logística que incluyera las variables que tuvieron un valor de $p < 0,25$ en el análisis bivariado: sexo; edad (centrada en la media); agente que originó

el trauma; tipo de trauma; trauma abierto; presencia y tipo de fractura; clasificación de la herida quirúrgica; severidad del trauma; remisión; atención después del trauma (tiempo transcurrido entre el momento del trauma y la primera atención); cirugía inmediata (cirugía realizada en las primeras horas de ocurrido el trauma); uso de sonda nasogástrica, vesical, tubo torácico, antibiótico previo, sedantes, bloqueadores H2 y transfusiones; tiempos de estancia, de cirugía inicial (dos categorías: menos de 120 minutos y más), de sonda nasogástrica, de sonda vesical, de catéter endovenoso periférico, de antibiótico previo (antes de la cirugía) y de sedantes; y finalmente, número de transfusiones y número de cirugías. Se excluyeron del modelo variables que a pesar de tener un $p < 0,25$ tuvieron una frecuencia de exposición muy baja: catéter endovenoso central, catéter arterial, tubo endotraqueal, hospitalización en la UCI, nutrición parenteral y antiácido y otras, debido a que la recuperación de estos datos en las historias clínicas fue imposible: la comorbilidad y aliento alcohólico.

Según el modelo resultante, las variables de edad, uso de antibióticos y tiempo con catéter endovenoso periférico (CVP) se comportaron como factores de riesgo asociados a infección nosocomial y como factores protectores el tener menos número de días de estancia, menor número de días con sonda nasogástrica y tiempos de cirugías menores de 120 minutos, ajustado por las demás variables en el modelo (tabla 5).

La oportunidad de presentar infección nosocomial en pacientes con trauma se aumenta en 1,01 veces por cada año de edad por encima del promedio (33 años), en 1,45 veces por cada día más con catéter endovenoso periférico (CVP) y en 2,2 veces entre quienes reciben antibiótico previo en relación con quienes no lo reciben, mientras que por cada día menos de estancia hospitalaria y tiempos menores de 120 minutos de cirugía disminuye el riesgo de infección en 36% y 70% respectivamente, luego de ajustar por el efecto de las demás variables.

Discusión

El presente estudio buscaba hallar los factores de riesgo para la infección nosocomial en pacientes con trauma en un hospital de tercer nivel, dentro de los cuales se analizaron factores relacionados con el hospedero, con el trauma y con la atención hospitalaria. Se identificaron factores inherentes al trauma y el hospedero, que a pesar de ser difíciles de modificar condicionan la presencia de infección nosocomial, los cuales podrían ser susceptibles de intervenir mediante la atención oportuna y el seguimiento de protocolos de manejo que impidan que al paciente se le agreguen otros factores de riesgo relacionados con la atención.

Tabla 5. Modelo de regresión logística para infección nosocomial y trauma

Variable	B	S.E.	Sig.	OR	IC 95%
Edad > 33 años	0,1664	0,0076	0,0298	1,0166	1,0016-1,0317
Días de estancia	-0,4548	0,0507	0,0000	0,6346	0,5745-0,7009
Uso antibiótico previo: sí	0,8009	0,3956	0,0429	2,2274	1,0259-4,8363
Tiempo SNG* (días)	-0,4156	0,1244	0,0008	0,6599	0,5172-0,8421
Tiempo CVP** (días)	0,3742	0,0500	0,0000	1,4538	1,3182-1,6033
Tiempo cirugía <120 min	-1,2172	0,5552	0,0283	0,2961	0,0997-0,8789
Constante	2,0843	0,5944	0,0005		

*sonda nasogástrica; **catéter endovenoso periférico

En este estudio se encontró que la edad (OR=1,01), el uso de antibióticos (OR=0,22) y el tiempo con catéter endovenoso periférico (OR=1,45) fueron factores de riesgo asociados a infección nosocomial y como factores protectores el tener menos número de días estancias (OR=0,63), menor número de días con sonda nasogástrica (OR=0,65) y tiempos de cirugías menores de 120 minutos (OR=0,29), ajustado por las demás variables en el modelo.

La literatura ha reportado la comorbilidad [4-6] y el aliento alcohólico [16] como factores asociados a infección nosocomial, sin embargo, en este estudio no se encontró tal asociación quizás debido a que no se pudo obtener esta información en más del 80% de los pacientes. También se ha reportado la severidad del trauma como factor predictor de infección [16], sin embargo, en este estudio no quedó en el modelo final. Una posible explicación es que los pacientes más graves no alcanzan a llegar al hospital y que solo llegan los traumas leves y moderados o que mueren tan rápido que no alcanzan a desarrollar infección.

Varios estudios han reportado que el uso de sonda nasogástrica, sonda vesical, tubo torácico, las transfusiones y el número de transfusiones están asociados con infección [4, 10, 15, 16, 22-24], lo que fue corroborado en este estudio, en donde además se encontró que por cada día menos con sonda nasogástrica se reduce el riesgo de infección en un 34%.

El uso de catéter endovenoso periférico fue utilizado en el 90% de los pacientes y, al contrario de la asociación reportada en la literatura [25], en este estudio no se encontró como factor de riesgo para infección nosocomial mientras que el tiempo con catéter endovenoso periférico sí, ya que por cada día más con este se aumenta el riesgo de infección en 1,45 veces.

El uso de medicamentos tales como sedantes, antibióticos y bloqueadores H2 estuvieron asociados significativamente de acuerdo con lo encontrado en

otros estudios [12-14, 26-29]; es así como el uso de antibióticos aumenta en 2,2 veces el riesgo de infección.

Tal como lo reportan varios estudios [10, 16], los días estancia estuvieron asociados significativamente con infección nosocomial y además se encontró que por cada día menos en el hospital el riesgo de infección se reduce en un 37%.

Cirugías con una duración menor a 120 minutos disminuyen el riesgo de infección en 70%, tal como lo reportan otros autores [16, 30].

Este estudio permitió la identificación de algunos factores de riesgo para infección en pacientes con trauma en el HPTU y la elaboración de un modelo predictivo de infección en estos pacientes, sin embargo, en tanto el diseño fue retrospectivo y la fuente de información secundaria, la historia clínica presentó limitaciones en la búsqueda e identificación exhaustiva de otros factores de riesgo que pudieron estar involucrados en este evento.

Se sugiere la realización de futuros estudios que permitan identificar otros factores inherentes a la atención hospitalaria y su asociación con infección nosocomial en pacientes con trauma, tales como las normas de asepsia y las guías de aislamiento, además de otros factores extrahospitalarios, como el transporte del paciente y la manera como es remitido, las cuales no se pudieron contemplar en este estudio debido a su diseño.

Referencias

1. Uribe M, Carvajal C, Cavallieri S. Trauma: la primera hora. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1985. p. 17, 263-265.
2. Heredia M, Millitelo P, Cooper C. Educación en trauma. p. 57. En: Rodríguez A, Ferrada R. (eds). Trauma. Cali: Sociedad Panamericana de Trauma; 1997.
3. Andrade A. Profilaxis antibiótica en trauma. En: Uribe M, Carvajal C, Cavallieri S. Trauma: la primera hora. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1985.

4. Brennehan F, Boulanger B, Milzman D, Rodríguez A. The trauma patient with preexisting disease and geriatric trauma patient. p. 95-101. En: Maull K, Rodríguez A, Wiles CH. Complications in trauma and critical care. Philadelphia: WB Saunders; 1996.
5. Perra PC, Bartfield JM, D'Andrea. Geriatric trauma: Outcomes of elderly patients discharged from the ED. *Am J Emerg. Med* 1999;17(7): 629-632.
6. Wardle TD. Comorbid factors in trauma patients. *Br Med Bull* 1999;55(4): 744-756.
7. Bavier C, Hunynh T. Immunologic response to injury. p. 1186-1188. En: Mattox K. (ed). Complications of trauma. New York: Churchill Livingstone; 1994.
8. Catania R. Immunological consequences of trauma and shock. *Ann Acad Med Singapore* 1999; 28(1): 120-132.
9. Shepard RD, Shek PN. Immune responses to inflammation and trauma: A physical training model. *Can J Physiol Pharmacol* 1998; 76(5): 469-472.
10. Papi G, McLellan BA, EL-Helou P, et al. Infection in hospitalized trauma patients: Incidence, risk factors and complications. *J Trauma* 1999;47(5): 923-927.
11. Irish E, Joshi M, Kaplan E. Infection in the trauma patient. En: Maull K, Rodríguez A, Wiles CH. Complications in trauma and critical care. Philadelphia: WB Saunders; 1996.
12. Lerma C, Olarte F, Gallego A. Antibióticos en trauma, p. 11-15. En: Agudelo M. Manual de normas y procedimientos en trauma. Medellín. Universidad de Antioquia; 1993.
13. Neu H. Antimicrobial agents: Role in the prevention and control of nosocomial infections. Cap. 18. In: Wenzel R. Prevention and control of nosocomial infections. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1993.
14. Hernández L, Sussmann O, Saravia J, Olaya I, González M. Estrategias para el uso prudente de los antimicrobianos y agentes antimicrobianos específicos. Cap. 17. En: Malagón-Londoño G, Hernández L. Infecciones hospitalarias. 2a ed. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 1999.
15. Shekelle PG, Morton SC, Clark KA, Pathak M, Vickrey BG. Systematic review of risk factors for urinary tract infection in adults with spinal cord dysfunction. *J Spinal Cord Med* 1999; 22(4): 258-272.
16. Valencia M, Morales M, Arroyave ML, Montoya WD, Colorado SM, González G. Factores de riesgo de infección intrahospitalaria en pacientes mayores de 12 años hospitalizados por causa traumática en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1999. Trabajo de grado (Magíster en epidemiología). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, 1999.
17. Lynch P, Jackson M, Presión GA, Soule BM. Infection prevention with limited resources. Chicago: ETNA Communications; 1997. Traducción para países en vía de desarrollo. Apéndice A.
18. Association for the Advancement of Automotive Medicine. The Abbreviated Injury Scale. 1990 Revisión. Barrington, IL: Association for the Advancement of Automotive Medicine; 1990.
19. Kleinbaum D, Kupper L, Muller K. Applied regression analysis and other multivariable methods. 2nd ed. Belmont, CA: Duxbury Press; 1988. p. 538.
20. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regresión. New York: John Wiley and Sons; 1989.
21. Siegel S. Estadística no paramétrica: Aplicada a las ciencias de la conducta. 3 ed. México, D.F.: Trillas; 1990. p. 143.
22. Borzotta AP, Beardsley K. Candida infections in critically ill trauma patients. A retrospective case-control study. *Arch Surg* 1999; 134:657664.
23. Hernández L, Silva J. El proceso de prevención de la infección hospitalaria. p. 119-121. En: Malagón-Londoño G, Hernández L. Infecciones hospitalarias. 2a ed. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 1999.
24. Patchen E. Prevention and manager of infections. p. 257. In: Feliciano D, Moore E, Mattox K. (eds). Trauma. 3ra ed. Stamford: Appleton and Lange; 1996.
25. Malagón-Londoño G, Hernández L. Infecciones hospitalarias. 2a ed. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 1999. p. 695-700.
26. Ponce de León RS, Molinar RF, Domínguez CG, Rangel FS, Vásquez RVG. Prevalence of infections in intensive care units in México: A multicenter study. *Crit Care Med* 2000; 28(5): 1316-1321.
27. Paniagua LA, Pelaéz MC, Ramírez JC, Villegas CE, et al. Factores de riesgo para infección intrahospitalaria por bacterias multirresistentes a los antibióticos: Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, junio 1998-junio 1999. *Infectio* 2002; 6(1): 27-40.
28. Barrido E. Infecciones de la herida quirúrgica, p. 112. En: Ponce de León RS, Soto JL. Infecciones intrahospitalarias. México, DF: McGraw Hill. Interamericana; 1996.
29. Patchen E. Prevention and manager of infections p. 249-259. In: Feliciano D, Moore E, Mattox K. (eds). Trauma. 3ra ed. Stamford: Appleton and Lange; 1996.
30. Mayhall G. Surgical infections including burns. Cap. 27. In: Wenzel R. Prevention and control of nosocomial infections. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1993.

Información para la toma de decisiones en la planeación del desarrollo local*

Information for making decisions in planning local development

Jenny Andrea Vélez V¹; Claudia Patricia Llantén M²; Ligia de Salazar³.

¹ Comunicadora Social; Magíster en Salud Pública; Coordinadora de Comunicaciones del Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, (CEDETES) de la Universidad del Valle. E-mail: javelez@cedetes.org

² Médica, Magíster en Salud Pública, Universidad del Valle.

³ Enfermera, Ph.D. en Evaluación, MPH, MAS; Directora del Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública (CEDETES) de la Universidad del Valle.

Recibido: 8 de febrero de 2004. Aceptado: 18 de marzo de 2004

Vélez JA, Llantén CP, De Salazar L. Información para la toma de decisiones en la planeación del desarrollo local. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2004;22(1):15-21

Resumen

Objetivo: establecer relaciones entre información y toma de decisiones en torno a la planificación del desarrollo local, estudiando los usos de información en un proceso de planeación territorial en un área de Cali, Colombia. **Métodos:** se realizaron entrevistas semiestructuradas, grupos focales y revisión documental. Se definieron 19 categorías de estudio mediante análisis deductivo e inductivo. Se realizó análisis horizontal y vertical de la información y se contrastaron fuentes y métodos. Se indagó sobre actores de las decisiones, tipos de información usada, tipos de uso, flujos y necesidades de información. **Resultados:** se identificaron valores subyacentes a la acción de los decisores, basados en sus percepciones. Se encontró que la información se considera como objeto que debe controlarse, que da poder. También se identificaron

como determinantes de uso la información que desconoce necesidades comunitarias, el sentimiento de impotencia de las comunidades, la desconfianza en el proceso y en el gobierno y la visión sesgada de la planeación como asignación de dineros. **Discusión:** es pertinente establecer procesos de información que valoren, cualifiquen y complementen conocimientos comunitarios con mejoramiento de información institucional; que acerquen a las comunidades al gobierno y a procesos políticos y que contribuyan al empoderamiento para una equitativa participación comunitaria en las decisiones de la planeación del desarrollo.

-----**Palabras clave:** toma de decisiones, planificación participativa, información pública, desarrollo regional

Abstract

Objective: to establish relationships between information and decision making in planning local development, in Cali, Colombia, studying the information usage in a process of territorial planning. **Methods:** information was collected through semistructured interviews, focal groups, and document review. Nineteen study categories were defined through deductive and inductive analysis. Methods and sources were contrasted and compared via horizontal and vertical analysis.

A quest was accomplished about the actors and their decisions and about the type of information they used as well as the needs of information, its flows and its usage. **Results:** values underlying the actors' decisions were identified and pointed out as values based on their perceptions. Information is conceived as a means that should be controlled. It was observed that equal participation is expressed as a value but not carried out in practice. Among the determinants of usage the following

* Tercer premio en las jornadas de investigación del III Congreso Internacional de Salud Pública, organizado por la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez de la Universidad de Antioquia, en Medellín, del 28 al 30 de octubre de 2003. El trabajo se realizó con el apoyo del Programa de Subvenciones para la Investigación (PSI) de la Organización Panamericana de la Salud. Este artículo es una síntesis del informe final del trabajo de grado presentado a la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle para obtener el título de magíster en salud pública. El trabajo obtuvo la calificación de meritorio (abril, 2003).

were identified: information that neglects community needs, a feeling of impotence in the communities, mistrust on the process and on the government, and a reduced vision of planning as if it merely were as money assignment. **Discussion:** it is mandatory to establish processes of information that value, qualify, and complement community knowledge with

an improvement of the institutional knowledge, bringing together communities and government in a political process aiming to empowerment towards a balanced participation in development related decisions.

-----*Key words:* decision making, participative planning, public information, regional development

Introducción

El orden informativo existente impide la real comprensión entre los pueblos, porque la información es utilizada como otro instrumento de dominación.

Juan Somavía.

El apoyo de información es determinante para el empoderamiento de comunidades, para permitir que transformen sus condiciones de vida y que asuman el control de su bienestar y desarrollo [1, 2]. Milio [2] afirma que la información representa la diferencia entre una comunidad activa y participativa y una pasiva y manipulada. Hay estudios que muestran la relevancia de no ignorar las percepciones sociales sobre las necesidades, las formas de uso y los beneficios de tener información y de no acelerar la inversión local en este sector solo como resultado de observar el conspicuo papel de la información en países industrializados. Se han descrito amplias brechas entre países del norte y países en desarrollo del sur en relación con los usos de información para el desarrollo, como también un limitado conocimiento del impacto entre inversión en información y el alcance de metas específicas de desarrollo en estos países [3, 4]. Sin embargo, se hallaron pocos estudios en la literatura consultada que exploraran la relación entre información, la toma de decisiones y el empoderamiento comunitario orientado al desarrollo [5, 6].

Este trabajo buscó identificar relaciones entre usos de información y procesos de toma de decisiones, así como factores contribuyentes a este uso alrededor de la planificación del desarrollo local, en un territorio de la ciudad de Cali, Colombia. Para ello, se realizó un estudio descriptivo apoyado en una combinación de teorías sobre información, toma de decisiones y planificación del desarrollo [7-12] y el uso de técnicas cualitativas para la recolección y análisis de la información.

El uso se entendió como las posibilidades de asumir un comportamiento regular, adoptado efectivamente en la práctica [13]. La planificación territorial se observó como un escenario de comunicación entre gobierno y ciudadanía y de participación comunitaria en torno a las decisiones sobre política en el territorio [14]. La información se concibió como diferentes discursos o estímulos —susceptibles de ser transmitidos— que pueden ayudar a reducir incertidumbre y a transformar

estructuras de conocimiento, y cuya valoración y sentido social determinan formas de organización y configuración de la sociedad y de relaciones entre actores sociales [15].

Metodología

Este es un estudio descriptivo que utilizó entrevistas semiestructuradas, grupos focales y revisión documental entre noviembre de 2001 y diciembre de 2002, apoyado en los resultados de un exploratorio inicial. Se diseñaron y aplicaron guías para entrevistas y grupos focales, protocolos de salida de campo y fichas de observación.

Mediante bola de nieve se identificaron 35 informantes que cumplían con los criterios de inclusión —pertinencia, señalamiento como potencial informante clave, participación en mínimo 50% de las reuniones del comité de planificación en el periodo de estudio, vivienda en la comuna en el mismo periodo, representación de algún grupo participante y aceptación—. Especial atención se dio a la revisión permanente de la información para identificar la saturación. Finalmente se entrevistaron 25 informantes: 17 de comunidad, cuatro del gobierno y cuatro de la universidad.

El reconocimiento como actor con grado de influencia en las decisiones se adicionó como criterio de selección de informantes para los grupos focales. Casos marginales surgidos mediante entrevistas se incluyeron también en los grupos; con estos se buscó profundizar en los hallazgos preliminares sobre determinantes de uso de la información en las decisiones. Se conformaron dos grupos con comunidad, con 12 informantes. Se grabaron entrevistas y grupos focales en audio, transcritas, que se exportaron al programa Ethnograph® v.5.07 y se codificaron manual y electrónicamente para su recuperación y análisis de acuerdo con las categorías.

Se adaptó una ficha resumen de documentos para sintetizar la información de la revisión documental, de las cuales se obtuvieron 37 y se realizó una categorización deductiva e inductiva. Surgieron 19 categorías de estudio —cinco principales y 14 subcategorías— de este proceso: actores claves, tipos de información, tipologías de uso de la información, flujos de información y necesidades de información.

Se contrastaron fuentes y métodos y se realizó análisis horizontal y vertical de la información.

Empleando Ethnograph, se establecieron listas de conteo, lo que mostró frecuencias de repetición de respuestas a un tema o categoría. Se identificaron patrones de respuesta y relaciones entre categorías, analizando causas y explicaciones. Se hicieron controles cruzados durante las entrevistas y entre los entrevistados para comparar versiones. Se revisó permanentemente la evidencia que sustentara los hallazgos, identificando alusiones claves, es decir, sentencias de los informantes dotadas con un sentido y que reflejaran percepciones y valores sobre un determinado aspecto de estudio. Empleando resúmenes escritos sencillos y carteleras, los resultados del estudio fueron devueltos y discutidos con los tomadores de decisión comunitarios. También se entregó un resumen que fue debatido en reuniones con funcionarios gubernamentales.

Resultados

Se obtuvieron 1.323 alusiones relacionadas con las categorías de estudio. La mayoría de las alusiones señala como importante la información en las decisiones y que estas deben ser resultado del consenso de los agentes del desarrollo; sin embargo, lo anterior no está determinando prácticas de uso de información en ese sentido. Se hallaron también diversas limitantes especialmente relacionadas con el ejercicio coercitivo del poder.

La visión de los actores sobre la planificación fue uno de los principales determinantes del uso de información para tomar decisiones. Los decisores comunitarios ven la planificación solo como un proceso para asignar recursos económicos y que se realiza sin una “visión de territorio” (86% de 95 alusiones relacionadas).

Se percibió un monopolio de información no solo por parte de las instituciones gubernamentales, sino entre los mismos actores comunitarios (86% de 78 alusiones); se menciona que “el que más saliva tiene más hojaldrá come... ahí la información la tienen unos, y la utiliza el que tenga más sentido de convencimiento con los otros” [C14E10CA Lines 439- 442].

Los entrevistados describen dos tipos de información en las decisiones: información institucional, proveniente de instancias principalmente gubernamentales, e información referencial, surgida de la experiencia personal, el conocimiento y la percepción de los individuos y grupos. La mayoría considera que la planeación del desarrollo se basa principalmente en información referencial.

Se identificaron dos principales tipos de uso de la información. De 178 alusiones que sustentan esta categoría, 46% indicó el uso de la información como instrumento para presionar una determinada acción de otros —como el caso del uso de la información financiera— y 35%, el uso de la información como recurso para respaldar y

mantener liderazgos generalmente impuestos, por parte de determinados actores.

Los entrevistados no identificaron flujos claros de información o procesos sistémicos de producción, procesamiento, distribución y uso de la misma en los que las comunidades participen activamente.

Los hallazgos en torno a esta categoría muestran que los mecanismos de difusión determinan, con mayor frecuencia, el uso de información en la planificación local, frente a otros determinantes que aparecieron como relevantes en las entrevistas, tales como la credibilidad en torno a las posibles fuentes.

Se consideraron necesarios e importantes los mecanismos disponibles para la difusión de información en el contexto local —carteleras, sala informativa comunitaria, periódico comunitario— pero están manejados de modo inapropiado. Se resaltó la necesidad de fortalecer procesos más interpersonales de comunicación en conjugación con procesos mediáticos, a fin de reducir el impacto de factores como la baja alfabetización y la poca educación en consumo de medios, como limitantes de uso de información.

Se puede enunciar una serie de obstáculos que actúan como determinantes de uso de información por parte de los decisores comunitarios: falta de gobernabilidad en las decisiones y de credibilidad en el proceso; deficiente formación e información de los actores en torno al objetivo y a su papel en la planificación; barreras de comprensión y acceso físico a información; información institucional disponible fragmentada e incoherente; poca intención y actitud de búsqueda de información por parte de las comunidades, de la mano con una falta de cultura de uso de información; y falta de sentido de pertenencia de algunos actores por el territorio.

Aspectos mencionados por los entrevistados y que podrían fortalecer un uso más adecuado de la información en la planificación territorial se refieren a: contar con un espacio que aglutine información de fácil acceso sobre el territorio; diseñar estrategias de comunicación efectivas entre comunidades e instancias gubernamentales para producir conjuntamente y obtener información actualizada y oportuna para las actividades comunitarias; desarrollar estrategias que incluyan en mayor medida a la comunidad en las decisiones sobre la información que se proveerá y para que las entidades gubernamentales usen y contrasten la información de origen comunitario con la que ellos manejan; emplear personas de la zona en el levantamiento de datos del territorio; establecer un continuo proceso de cualificación para la participación y la gestión; y finalmente, desarrollar mayores habilidades de los facilitadores de la planificación para fortalecer y promover la participación equitativa de todos los actores en las decisiones.

Conclusiones y discusión

Este estudio permitió identificar una serie de factores determinantes del uso de información en las decisiones, que aporta pistas claves para orientar estudios posteriores que profundicen en una mayor comprensión de la relación entre información, toma de decisiones y empoderamiento.

Los hallazgos muestran que, en el contexto de estudio, la información se usa como un objeto que debe controlarse porque da poder, lo que redundaría en exclusiones, monopolios e inequidades en la participación y acceso a decisiones. Se identifica que las relaciones entre información y toma de decisiones están mediadas principalmente por dos tipos de determinantes: un primer tipo que es producto de los procesos de producción, flujos y distribución de información que se generan en el territorio local; y el segundo, que está relacionado con condiciones estructurales del territorio, derivadas de la cultura, formación y valores de las comunidades frente a los procesos participativos y de decisiones.

Si se ve la planificación local como el espacio de comunicación entre gobierno y comunidades, en ella deben confluír equitativamente y en relación dialógica las visiones, sentidos e intereses de ambos actores frente al proceso. Eso implica que, en términos de usos y necesidades de información para tomar decisiones, se requiera diseñar formas creativas de complementar ambos tipos de información.

Se expresa la necesidad de que la información del propio contexto cobre sentido para los tomadores de decisión comunitarios; por tanto, un afán y una necesidad por su participación en su construcción.

En relación con los usos de información, este estudio ofrece una mirada pragmática y de construcción de sentido y de valores, en contraste con otros estudios que los abordan generalmente desde una perspectiva “matemática”, que reproduce el modelo de información ya agotado, centrado en la producción, transmisión y recepción de datos.

Los principales hallazgos muestran que aunque hay conciencia sobre la importancia de la información para que la comunidad participe equitativamente en la toma de decisiones, esto no se observa en la práctica. La información se ve como objeto que debe controlarse, que da poder a unos pocos actores para imponer su posición e influir en decisiones, especialmente información relacionada con recursos financieros.

Información institucional que no responde a necesidades comunitarias, inapropiados mecanismos de difusión, pocas posibilidades de acceso y débil sentimiento de autoeficacia individual [16] aparecen entre los principales determinantes de uso de información en las decisiones de la planificación del desarrollo.

Limitado sentido de identidad y pertenencia con el territorio, débiles lazos de confianza y cohesión entre los

grupos sociales y una sesgada visión de la planificación como toma de decisiones económicas explican también los usos descritos, a la luz de los hallazgos de este estudio. De acuerdo con los trabajos de Britz, Blignaut y Ponelis [17], lo anterior muestra que la planificación del desarrollo se está basando en información pobre. También porque la información se usa como instrumento de exclusión, por la falta de apreciación del papel de la información y por la deficiente “alfabetización” del público para su uso. Richeri [18] afirma que la necesidad y la habilidad de seleccionar y escoger información están estrechamente ligadas a las oportunidades que las condiciones individuales y sociales ofrecen para que esta información pueda ser utilizada, valorada y aplicada. En este estudio se observó que para muchos individuos, el problema radica no solo en deficientes condiciones sociales, sino en la falta de experiencia que condiciona su actitud para utilizar la información obtenida de su contexto, encontrarle sentido y transformar sus estructuras de conocimiento, de tal manera que se incrementen las probabilidades de que la información se use en las decisiones. Estos aspectos han sido también considerados claves en los principios de la teoría de *sense-making* de Dervin [18].

Por otro lado, el interés por acceder y fortalecer la capacidad para entender, juzgar, discernir y usar información del propio contexto para actuar es también un indicador de grados de empoderamiento comunitario [19, 20]. El proceso de planificación local podría convertirse en un sensor de este indicador en la comuna y contribuir a orientar las acciones de proyectos u organismos que trabajen en ese campo.

Si bien existe un grado de acuerdo sobre el valor de la información, e incluso se escribe mucho sobre su importancia para el desarrollo “ya que se entiende que la mejor decisión es una decisión informada”, la provisión de información útil para el desarrollo de sectores menos favorecidos no suele ser tomada en cuenta como actividad fundamental en nuestros países. Esto podría superarse si las instituciones del nivel central y local se preparan más adecuadamente para atender las necesidades de información de las comunidades, adaptando sus estructuras y procesos.

Se hace relevante la realización de estudios que profundicen en comparaciones que evidencien impacto real de la información en el logro de las metas de la planeación del desarrollo, en construir procesos de información y comunicación que acerquen la planificación a las necesidades de las comunidades, y las comunidades al gobierno, y en ayudar a construir argumentos desde nuestro contexto que demuestren contundentemente que buenas decisiones son basadas en buena información.

Reconocimientos

Las autoras reconocen y agradecen la participación de más de 50 líderes comunitarios de la comuna siete de Cali, así como a los funcionarios gubernamentales del nivel local y del Departamento Administrativo de Planeación de la alcaldía de Cali.

Al Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, (CEDETES) de la Universidad del Valle, por el apoyo técnico y financiero, y al programa de subvenciones para la investigación de la Organización Panamericana de la Salud por la cofinanciación del estudio. A los profesores Carlos Osorio, Diego Ceballos y Mario Mosquera por sus conceptos como evaluadores académicos, y a las directivas de la Escuela y a la maestría en salud pública de la Universidad del Valle por fomentar la apertura hacia áreas del conocimiento poco exploradas, pero cada vez más necesarias en salud pública.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: OMS; 1986. En: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, DC: OPS / OMS; 1996. (Publicación Científica y Técnica, 557).
- Milio, N. Fortaleciendo la capacidad de las comunidades: una forma de lograr la salud y la equidad. En: Cartilla de Seguridad Social 1997; (3): 10-25.
- McConnell, P. Measuring the impact of information on development: overview of an international research program. IDRC. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.idrc.ca/books/focus/783/mcconn.html>. Acceso: 10 de agosto de 2001.
- Pellegrini, A. Ciencia en pro de la salud. Notas sobre la organización de la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS / OMS; 2000. (Publicación Científica y Técnica, 578).
- Conectándonos al futuro de El Salvador. Desarrollo local. Estrategia para la creación de una sociedad del aprendizaje. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.conectando.org.sv/Estrategia/Local.htm>. Acceso: 10 de agosto de 2001.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Situaciones de uso de información: caso en la planificación y gestión municipales. Santiago de Chile: CEPAL/CLADES, 1990. (Información y Desarrollo, 1).
- Abril G. Teoría general de la información: datos, relatos y ritos. Madrid: Ediciones Cátedra, 1997.
- Dervin B. Chaos, order and sense-making: A proposed theory for information design. In: Jacobson R. ed. Information design. Cambridge, MA: MIT Press, 1999. p. 35-37.
- Moore N. A model of social information need. J Inf Sci 2002; 28(4): 297-304.
- Parsons W. Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis. Aldershot UK: Edward Elgar; 1995.
- Lasswell H. Politics: who gets what, when, how. New York: World Publishing; 1958.
- Simon H. Models of bounded rationality. Vol. 3. Cambridge, MA: MIT Press, 1997.
- Chuaqui L. Las costumbres y la ley escrita en la sociología. Rev Temas Pedagógicos 2001; (6): 68-70. Disponible en internet: http://www.umce.cl/revistas/temas_pedagogicos_n06_articulo_08.html
- Santiago de Cali. Alcaldía. Acuerdo 01. Reforma administrativa. Libro II. Sistema municipal de planificación. Santiago de Cali: Departamento Administrativo de Planeación Municipal, 1996.
- Abril G. *Op. cit.*
- Bandura, A. Self-efficacy: towards a unifying theory of behaviour change. Psychol Rev 1977; 84(2): 191-215.
- Britz JJ, Blignaut JN, Ponelis S. 1998. Information rich - information poor: A critical analysis and possible solutions. Conference: Ethics of Electronic Information in the 21 Century: Memphis (USA), 29 September 1998.
- Richeri G. Complejidad social y opinión pública. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.felafacs.org/dialogos/pdf21/richeri.pdf>. Acceso: 10 de agosto de 2001.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000; 15(3): 259-267.
- Hubley J. Health empowerment, health literacy and health promotion: putting it all together. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.hubley.co.uk/1hlthempow.htm>

La infección por VIH/Sida entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América latina

The HIV/AIDS infection among men who have sex with men in Latin America

John Harold Estrada M¹

¹ Odontólogo, Magíster en Educación Comunitaria de la Pontificia Universidad Javeriana; Magíster en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia; profesor asociado de la Facultad de Odontología y de la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia. estradamontoya@hotmail.com

Recibido: 2 de marzo de 2004. Aceptado: 20 de mayo de 2004

Estrada, JH. La infección por VIH/Sida entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2004;22(1):107-120

Resumen

La prevalencia de la infección por el VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en algunas ciudades de América Latina y Centroamérica oscila entre 5 y 20%, valores muy por encima del observado en estudios realizados en la población general de las mismas ciudades o países, lo cual permite afirmar que en muchos de nuestros países (y Colombia no es la excepción) la epidemia se encuentra concentrada en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres. América Latina aporta el mayor número de infecciones nuevas de VIH en HSH después de los Estados Unidos de América. Los objetivos de este artículo son tres. Primero, exponer las consideraciones epidemiológicas de la infección con el VIH/sida en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). Segundo, hacer referencia a los factores sociales que determinan el tránsito de las políticas de prevención en VIH, de un enfoque epidemiológico y

biologicista a una perspectiva contruccionista del género y la sexualidad. Tercero, revisar el contexto cultural de los estudios de sexualidad entre hombres en América Latina. La transmisión sexual del VIH entre hombres tiene características muy particulares, ligadas a prácticas sexuales específicas como la penetración anal y el sexo oral y a diversidad de situaciones psicológicas, sociales, culturales y políticas, que determinan las condiciones en que se realizan dichas prácticas. Esto pone de presente que los riesgos específicos de los HSH exigen políticas de prevención específicas para esta población. Una estrategia de intervención en HSH deberá estar constituida por un discurso que promueva el respeto y la equidad de género, revalorice la sexualidad y permita la libre expresión y ejercicio de las diversas orientaciones sexuales.

-----*Palabras clave:* homosexualidad masculina, VIH, sida, epidemiología

Abstract

The prevalence of HIV infection in men who have sex with men (MSM) in some Latin and Central American cities varies between 5 and 20%, values which are above the ones observed in studies done in populations of some cities and countries (and Colombia is not the exception). Thus it is possible to establish that the epidemic is concentrated in the MSM population. Latin America provides the highest number of new HIV infection cases in MSM after the United States. This article has three objectives. First, to expose the epidemiological considerations of the HIV/AIDS infection

in MSM. Second, to make reference to the social factors that determine the transit of prevention policies in HIV, from an epidemiological and biological emphasis to a constructionist perspective of gender and sexuality. Third, to revise the cultural context of the studies done about the sexuality of MSM in Latin America. The sexual transmission of HIV among men has very special characteristics, linked to specific sexual practices such as anal intercourse and oral sex and to a large diversity of psychological, social, cultural and political situations that determine the conditions in which such practices

are done. This study shows that the specific risks of MSM demand specific policies of prevention for such population. An intervention strategy in MSM must involve a discourse that promotes respect and gender fairness, revalues sexuality and

allows the spontaneous expression and practice of different sexual orientations.

-----*Key words:* homosexuality male; HIV; AIDS; epidemiology

Introducción

La epidemia de infección por el VIH en hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se ha configurado bajo el paradigma del estigma, la discriminación y la exclusión social. Esto no solo ha respondido a posturas ideológicas, sino también al proceso histórico de desarrollo y madurez de la comunidad gay y lésbica en los años 80 —en particular en los países del primer mundo—, que consolidó una agenda política centrada en el reconocimiento de sus derechos civiles y humanos fundamentales.

La infección por el VIH apareció en Estados Unidos precisamente cuando el movimiento gay alcanzaba su madurez política, momento aprovechado por el ultraconservador gobierno de Ronald Reagan para implementar estrategias de vigilancia epidemiológica que condujeron a reforzar el discurso moral y jurídico y a la exclusión y discriminación de las personas que viven con VIH/sida. Más adelante surgieron las pruebas diagnósticas obligatorias para el VIH, la persecución y el acoso a la comunidad gay que vio disminuidas sus conquistas políticas y sociales.

Posteriormente, la preeminencia del discurso “*el sida es problema de todos*” trajo aparejados problemas, ya que se dejó de hacer intervenciones focalizadas en grupos específicos y por esto muchas personas empezaron a considerar el VIH como problema ajeno o de “otros”. Las políticas implementadas podrían calificarse de heterocentras y adultocéntricas, lo cual dejó por fuera a numerosos hombres de diferentes edades y orientaciones sexuales.

A partir de este momento, la infección del VIH/sida ha continuado devastando a los grupos de HSH y la falta y/o la inoperancia de las acciones gubernamentales ha causado que los indicadores epidemiológicos de prevalencia en este subgrupo poblacional se disparen en toda América latina y el Caribe hasta valores que fluctúan entre 5 y 20% en algunas ciudades de la región.

Los objetivos de este artículo son tres. El primero, exponer las consideraciones epidemiológicas en relación con la infección con el VIH /sida, haciendo énfasis particular en la situación actual de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). El segundo, hacer referencia a los factores sociales que determinan el tránsito de las políticas de prevención en VIH, de un enfoque epidemiológico y biologicista a una perspectiva contruccionista del género y la sexualidad.

El tercer objetivo, revisar el contexto cultural de los estudios de sexualidad entre hombres en América latina.

Consideraciones epidemiológicas en relación con la infección por el VIH/sida

Se estima por parte del programa de sida de las Naciones Unidas (ONUSIDA) que para diciembre de 2002 se habían reportado más de 62 millones de personas infectadas por el VIH desde el inicio de la pandemia, de los cuales 5 millones contrajeron la infección durante el último año, entre ellas 800.000 niños y niñas. Un total de 42 millones de personas viven actualmente con el VIH/sida que, de no recibir tratamiento adecuado, pasarán a engrosar las filas de defunciones por causa de la enfermedad [1].

En América latina y el Caribe la epidemia está bien consolidada y asume muchas facetas, dada la diversidad en los patrones de desarrollo y demográficos de los países de la región, por lo cual existe el peligro de que se propague de forma rápida en ausencia de respuestas nacionales eficaces. Se calcula que en la región viven con el VIH cerca de dos millones de personas, entre las que se incluyen las 200.000 personas que se infectaron el año pasado. En algunos países de la región (Haití, Guyana, Belice y República Dominicana) la prevalencia estimada de VIH en mujeres embarazadas es igual o superior a 1%. En estas zonas la epidemia está muy arraigada en la población general y se propaga principalmente a través del coito heterosexual, mientras que en Colombia, México, Perú y el Cono Sur se producen más infecciones en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), categoría que sigue siendo arbitraria epidemiológicamente, pero que sirve para agrupar todas las prácticas sexuales entre varones, tengan o no una identidad sexual de tipo homosexual. Para algunos de estos países, el VIH/sida es la primera causa de mortalidad, superados solo por los países del África subsahariana.

En la región se combinan los factores de desarrollo socioeconómico desigual (en términos de necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de analfabetismo y concentración de la riqueza y de la tierra en pocas manos), la gran movilidad de la población y la situación de estigma y discriminación que experimentan grupos poblacionales (en particular los hombres que tienen

sexo con hombres) como situaciones que favorecen la propagación del VIH [2].

La infección por VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América latina y el Caribe

A pesar de que 75% de las nuevas infecciones en el planeta se producen entre hombres heterosexuales, en nuestro continente se presentan simultáneamente aumentos en las tasas de incidencia en hombres homosexuales y otros HSH y heterosexuales, pero dado el menor tamaño poblacional de la comunidad de HSH frente a la de hombres heterosexuales, las repercusiones en este grupo son de mayor proporción e impacto y requieren acciones inmediatas y contundentes.

La prevalencia de la infección por el VIH en HSH en algunas ciudades de América latina y Centroamérica

oscilan entre 5 y 20%, valores muy por encima del observado en estudios realizados en la población general de las mismas ciudades o países, lo cual permite afirmar que en muchos de nuestros países (y Colombia no es la excepción) la epidemia se encuentra concentrada en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres. Según los reportes de ONUSIDA, América latina aporta el mayor número de infecciones nuevas de VIH en HSH, después de los Estados Unidos de América.

El hecho de que se asumiera durante años una postura de cierta naturalidad frente a la mayor afección de grupos de HSH, sumado a la ya mencionada situación de estigma y discriminación que experimentan estos hombres en la mayor parte de nuestro países, podría explicar en parte por qué, pese al paso del tiempo y a los esfuerzos de ONG y otros colectivos que agrupan a hombres gay o de diversas orientaciones sexuales no se ha logrado controlar la infección y, por el contrario, parecería que ello está lejos de lograrse.

Tabla 1. Prevalencia de infección por VIH entre HSH en América latina

Región	País	Población	Prevalencia %	Año
Área Andina	Bolivia	HSH	14,6	1999
	Colombia	HSH	20,4	1999/2000
	Colombia	Bisexuales	15,8	1994
	Perú	Homosexuales/bisexuales	11,2	1985
	Perú	HSH	13,3	2000
	Perú	HSH	14,2	1999
	Perú	HSH	5,5	2000
	Perú	HSH	4,9	1999
	Ecuador	HSH	10,7	1999/2000
	Ecuador	HSH	28,4	1999/2000
	Venezuela	Hombres gays	25,0	1994
Venezuela	Homosexuales	30,8	1992	
Brasil	Brasil	Homosexuales	8,9	1996
	Brasil	Homosexuales/bisexuales	10,0	1990
	Brasil	Homosexuales/bisexuales	9,2	1994
	Brasil	Homosexuales	13,9	1990/1994
	Brasil	Homosexuales/UDE*	32,2	1996
	Brasil	Homosexuales/ bisexuales	10,8	1994
	Brasil	Homosexuales/ bisexuales	11,0	1995/1997
Cono Sur	Argentina	Homosexuales/ bisexuales	11,2	1987/1989
	Argentina	Homosexuales/ bisexuales	12,8	1991
	Argentina	HSH	13,3	1999/2000
	Argentina	HSH	13,8	2003
	Paraguay	Homosexuales	8,8	1987/1990
	Uruguay	Bisexuales	3,2	1996
	Uruguay	Homosexuales	2,6	1996

Continuación tabla 1

Región	País	Población	Prevalencia %	Año
	Uruguay	TSM **	13,4	2000
	Uruguay	TSM	17,8	1999

* UDE: Usuarios de drogas endovenosas ** TSM: Trabajadores sexuales masculinos

De los estudios de prevalencia o incidencia entre HSH disponibles en América latina, Centroamérica y el Caribe (tablas 1 y 2) puede colegirse que el porcentaje de las personas que viven con VIH que son HSH oscila en valores que van desde 10 a 15% en países del Caribe no latino, Caribe latino y Centroamérica; de 30 a 35% en Brasil y el Cono Sur; hasta 48% en el área andina y 54% en México, con lo cual el promedio para la región estaría cercano al 35%, cifra elevada si se considera el tamaño relativo de la población de HSH frente a la población heterosexual en dichos países [3, 4].

Si bien la información disponible es escasa y en algunos países precaria, se puede suponer que en muchos de los países se produce un subregistro de los casos de VIH asociados a conductas homosexuales, toda

vez que en muchas ocasiones por no realizar adecuadas historias clínicas con los pacientes o por el estigma asociado a las prácticas homosexuales, se presume una transmisión de tipo heterosexual. En la mayor parte de nuestros países estas infecciones se notifican en el grupo de jóvenes de 25 a 34 años, lo cual nos permite inferir que las infecciones están ocurriendo cinco o más años antes de su diagnóstico, es decir, en los límites de la adolescencia.

Esta situación es crucial al enfrentar los desafíos del diseño de programas de prevención, ya que se encuentra arraigada una idea sobre la juventud como periodo eminentemente heterosexual, lo que deja por fuera de las acciones educativas y de prevención a los jóvenes HSH.

Tabla 2. Prevalencia de infección por VIH entre HSH en América Central y el Caribe

Región	País	Población	Prevalencia %	Año
Caribe	Cuba	Contactos de HIV+	5,2	1988
	República Dominicana	Bisexuales	7,7	1994
	República Dominicana	Homosexuales	11,7	1994
	Jamaica	Homosexuales/bisexuales	15,0	1986
	Jamaica	Homosexuales/bisexuales	9,6	1986
	Martinica	Homosexuales/bisexuales	39,1	1988
	Trinidad y Tobago	Homosexuales/bisexuales	40,0	1993/1994
México	México	Homosexuales/ bisexuales	15,5	1991/1996
	México	Bisexuales	2,6	1993/1995
	México	Homosexuales	31,6	1993/1995
	México	Homosexuales	29,2	1990/1994
	México	TSM *	13,6	1990
América Central	Costa Rica	Homosexuales/ bisexuales	4,9	1994
	El Salvador	HSH	17,8	2001
	El Salvador	HSH	17,7	2003
	Guatemala	HSH	11,5	2001
	Guatemala	HSH	11,5	2003
	Honduras	HSH	8,2	2001
	Honduras	HSH	16,1	2001

Continuación tabla 2

Región	País	Población	Prevalencia %	Año
	Honduras	HSH	13,0	2003
	Panamá	HSH	11,3	2001
	Panamá	HSH	10,6	2003
	Nicaragua	HSH	10,5	2003

* TSM: trabajadores sexuales masculinos

Desde la nueva lógica que opera para la vigilancia epidemiológica de segunda generación (en particular los estudios de comportamiento), se hace necesario: estimar de la manera más precisa posible el tamaño real de la población de HSH; continuar con estudios de seroprevalencia en grupos clave; profundizar en la implementación de metodologías cualitativas con informantes clave de estos grupos; caracterizar la variedad y diversidad de conductas sexuales asociadas a esta población (esto porque no en todas las relaciones sexuales entre varones se producen relaciones anales de penetración o inserción, que si no son protegidas tienen el mayor riesgo de transmisión del VIH); estimar la frecuencia y calidad de la utilización de preservativos y evaluar el impacto comportamental de las estrategias educativas y de prevención orientadas a esta población. Igualmente, se debe tener siempre presente la protección de los derechos humanos y la atención a los HSH particularmente vulnerables, como son los prisioneros, los travestis, los transexuales, los trabajadores del sexo, los migrantes y los usuarios de drogas endovenosas.

Carlos Cáceres, uno de los más reconocidos investigadores del tema del VIH entre hombres en América latina, concluye que la pandemia de VIH en el grupo de HSH puede calificarse de devastadora, considerando que éste continúa siendo el grupo más vulnerable y que, por ende, requiere una respuesta social clara, efectiva y bien establecida. No hacerlo puede tener como efecto la sinergia de la epidemia de este grupo con las epidemias de VIH existentes en nuestra región, como la asociada a las compañeras sexuales de algunos HSH [5].

Lecciones aprendidas

En la actualidad se ha hecho conciencia de que la infección se encuentra en una fase temprana de desarrollo y sigue sin estar claro cómo evolucionará en el largo plazo. Se han identificado y probado muchos enfoques eficaces para la prevención del VIH y se ha reconocido la necesidad de hacer particular hincapié en las poblaciones en situación de vulnerabilidad, en

particular los HSH pero, dado que la distribución del riesgo y la vulnerabilidad varía mucho de una sociedad a otra —al igual que la capacidad de localizar y trabajar con la población vulnerable—, no hay por tanto un enfoque único de prevención que resulte eficaz en todas partes y con todas las personas. Para producir y mantener cambios de comportamiento eficaces a gran escala, es menester que los programas específicos de prevención abarquen muchos elementos, elaborados a partir de las propuestas de cada una de las poblaciones destinatarias, para tratar sus necesidades específicas y los factores que influyen sobre los cambios de comportamiento [6].

La inversión en la prevención del VIH evita un incalculable sufrimiento humano y también sus consecuencias sociales y en el desarrollo, independientemente de las tasas de prevalencia de cada país. El aumento de la incidencia del VIH solo podrá detenerse con una expansión masiva de los esfuerzos de promoción y prevención. Es en este sentido en el que los programas para HSH se tornan fundamentales y deben continuarse con cada generación de hombres que se aproximan a la madurez sexual y que la alcanzan, y que necesitan aprender a vivir satisfactoriamente con el panorama de la infección VIH /sida en sus vidas [7].

Modelos de promoción y prevención empleados en la lucha contra el VIH/sida: transición del enfoque epidemiológico conductual a una perspectiva político-económica

La transmisión sexual del VIH entre hombres tiene características muy particulares, ligadas a prácticas sexuales específicas, como son la penetración anal y el sexo oral (Guajardo estimaba en 2002 que por cada relación anal de penetración con protección se producen casi tres relaciones no protegidas, y que por cada episodio de sexo oral protegido, se producen 18 episodios no protegidos) como también a diversidad de situaciones psicológicas, sociales, culturales y políticas,

que determinan las condiciones en que se realizan dichas prácticas. Esto pone de presente que los riesgos específicos de los HSH exigen políticas de prevención específicas para esta población.

El concepto de prevención no corresponde a una categoría única, sino que por el contrario, refleja las diferentes visiones de la realidad social imperantes en un momento determinado y se considera con carácter provisional en ausencia de una herramienta definitiva para controlar la transmisión del virus. La prevención de la infección se torna insuficiente y requiere de una lógica de anticipación mayor que en cualquier situación conocida anteriormente. Ante una epidemia tan cambiante, con tantos perfiles en coexistencia y frente a tantas situaciones de inequidad y estigmatización, ¿cómo brindar una perspectiva de prevención homogénea y transparente?

Esquemáticamente —y con fines didácticos— podemos describir tres modelos teóricos que se han utilizado para afrontar la prevención de la transmisión del VIH en estos años. Estos se han desarrollado de manera secuencial, responden a distintas ópticas de la prevención, representan cada uno un mayor nivel de inclusión con relación al anterior y son utilizados en ocasiones de manera ecléctica, sin responder a las necesidades particulares de las poblaciones sujeto de las acciones.

Modelo epidemiológico-conductual

En la década de los años ochenta, la aparición de la epidemia del VIH/sida se consideró como un hecho social y de salud pública que tuvo efectos negativos sobre las representaciones y valoraciones de la sexualidad y el erotismo. El surgimiento de la epidemia determinó un retroceso en relación con las formas de entender la sexualidad y el erotismo que propició el restablecimiento de las ideas esencialistas y normativas sobre los comportamientos sexuales*.

La respuesta de los diferentes gobiernos, para contrarrestar los efectos nefastos de la epidemia, se tradujo en el diseño e implementación de políticas públicas por parte de sus sistemas nacionales o locales de salud. El examen de estas políticas gubernamentales iniciales permite comprender por qué las primeras acciones de prevención estuvieron signadas por un enfoque que denominamos epidemiológico-conductual. Debemos reconocer que fueron estas políticas, desde sus miradas normativas y prescriptivas, las principales promotoras de las ideas que relacionaron la transmisión del VIH con las identidades homosexuales. La finalidad de los discursos médicos no era únicamente contrarrestar

los factores de riesgo, sino marcar los parámetros que distinguirían el ejercicio de una sexualidad normal de una sexualidad anormal.

La asociación entre sida y homosexualidad produjo como consecuencia inevitable que los programas de prevención y las acciones educativas se dirigieran, casi en su totalidad, a la población de hombres homosexuales (denominados en su momento grupos de riesgo). Esta homologación fue decisiva para configurar un discurso moralista sobre dichas orientaciones y para considerar la propagación de la infección como resultado de comportamientos sexuales desviados. Este hecho se confirma con la no inclusión de las conductas heterosexuales en la caracterización de los factores de riesgo; es decir no reconociendo a los hombres heterosexuales como sujetos que de igual manera están expuestos al contagio y que pueden ser transmisores del VIH.

Este modelo centrado en las conductas de riesgo individuales parte del supuesto de que las personas son sujetos racionales que consideran los costos y los beneficios de las diferentes alternativas de actuación en un momento dado, con la información que tienen a su alcance. Por esto, inicialmente los programas se concentraron en identificar los factores individuales que influyen en la transmisión del VIH. A las personas se les pedía que informaran sobre sus creencias, sus actitudes y prácticas individuales, y del conjunto de respuestas, mediante análisis verticales, se sacaban conclusiones y se agrupaban y categorizaban los denominados factores de riesgo [8].

Se pasaba luego a la atribución de dichos factores a las personas, a la definición de las características epidemiológicas que eran relevantes para constituir los denominados grupos de riesgo. En lo que se refería a sexo más seguro, el modelo consideraba que una persona mide el riesgo presente de una determinada relación sexual, juzga sobre la eficacia y costo de las medidas de protección y toma decisiones acordes con qué hacer en dicha situación, como un acto voluntario para proteger la propia salud; el énfasis se centraba en procesos mentales individuales subyacentes a la toma de decisiones.

La metodología de los estudios epidemiológicos basados en CACP (conocimientos, actitudes, creencias y prácticas) permitía configurar procesos educativos y de difusión de información que se constituyeron en la finalidad de sus estrategias. Para sus gestores e impulsores, los aspectos evidenciados en las encuestas eran indispensables para lograr cambios conductuales individuales mediante la intervención de corte cognitivo sobre la información, la percepción del riesgo, la

* Esta situación trajo consigo la intolerancia y la marginación de las minorías sexuales y la estigmatización de las identidades sexuales y de las prácticas eróticas que difieren del paradigma heterosexual.

percepción sobre el control del propio comportamiento, la confianza en sí mismo y las actitudes de las distintas personas. El énfasis estaba en la percepción o falta de percepción de los individuos, lo cual actuaba como disparador de un cambio hacia conductas saludables [9].

Podemos afirmar que hasta finales de 1989 las políticas de información pública y las campañas de prevención tenían dos objetivos: el primero, consolidar el componente educativo y el segundo, fortalecer las acciones en comunicación. Estos serían los criterios principales a través de los cuales se podría conseguir un cambio y lograr respuestas adecuadas de los diferentes actores sociales. Con el transcurrir del tiempo se evidenció la poca efectividad de sus estrategias, motivo por el cual se llegó a considerar que los modelos basados en factores ligados a la percepción y comportamiento del individuo eran insuficientes en la lucha mundial contra el sida [10].

Modelo antropológico-cultural

Ya hacia 1991 se puede percibir la superación de la perspectiva biologicista y biomédica fundamentada en el enfoque de riesgo. Por esta razón, las nuevas reflexiones tuvieron en cuenta los contextos ambientales y socioculturales donde se inscriben las personas. Este modelo hace hincapié en los significados que los sujetos les dan a las prácticas preventivas y de riesgo, a partir de su pertenencia a contextos culturales específicos. El cambio de paradigma se fundamentó en la insuficiencia del modelo anterior y en el examen del entorno personal y social de los individuos, lo cual permitió la inclusión de los diversos sentidos, escenarios y grupos de población en los diseños de programas. En este modelo se toman en cuenta las normas y valores sociales y se analiza su configuración específica en las diferentes culturas o subculturas.

Es decir, se consideró que la vulnerabilidad no era equiparable con una mera probabilidad (riesgo epidemiológico) sino que se encontraba también determinada por una combinación de factores culturales y sociales que influyen en la conducta de los individuos. Este cambio de perspectiva se tradujo en un replanteamiento de los factores de riesgo, que modificó la comprensión de la epidemia y la dimensionó como un problema social. En consecuencia, los programas abandonaron la categoría de grupo de riesgo por ser estrecha, prescriptiva y segregacionista para cambiarla por la de comportamiento de riesgo [11].

Con esta nueva categoría se pretendía acabar con los prejuicios y la discriminación social hacia la orientación homosexual. La transmisión de la infección por VIH se convirtió en un acontecimiento que competía a todos los tipos de orientación y prácticas sexuales; de esta manera, se logró orientar las estrategias preventivas

hacia la inclusión de las relaciones sociales y eróticas “para llegar a hombres que podrían no responder a los mensajes y programas dirigidos a la comunidad homosexual”. Esto permitió caracterizar el papel que desempeñan las personas en el control del VIH, toda vez que para lograr el éxito de las campañas se requiere la aceptación de una definición pública de riesgo y peligro y que los individuos consientan en el control de su propio comportamiento [12, 13].

El empleo de la categoría comportamiento de riesgo presenta al mismo tiempo un aspecto positivo y uno negativo. En relación con el aspecto positivo, hablar de comportamiento de riesgo es incorporar los peligros relacionados con el VIH a la realidad social dentro del universo móvil, dinámico e incierto del erotismo. El elemento negativo está asociado a la reducción del comportamiento de riesgo a la enumeración de las prácticas y conductas que se constituyen en factores predisponentes de transmisión del VIH, ocasionando la generalización de los comportamientos al no relacionarlos con las situaciones particulares de las personas. La taxonomía de los comportamientos de riesgo no ofrece una explicación de las relaciones entre estos y los contextos en que los individuos discuten y negocian sus experiencias eróticas. Tampoco logra dar cuenta de las decisiones, riesgosas o no, presentes en las situaciones reales y mucho menos delinear las características del grupo social al que pertenecen los individuos y desde donde ellos interactúan.

Reconocer el aspecto positivo y negativo de estas campañas de prevención sirvió de referente para transitar a otra fase del modelo, que exigía apreciar al riesgo no como un dato epidemiológico sino como un fenómeno social y psíquico que debía caracterizarse desde los elementos socioculturales y contextuales, para entender que la aparición del riesgo y las percepciones que los individuos tienen de él se construyen en el seno de las situaciones en las cuales los sujetos valoran y desarrollan sus prácticas sexuales. En consecuencia, las nuevas propuestas de intervención desde este modelo consideraron los comportamientos de riesgo desde los diversos sentidos, escenarios y grupos de socialización en los cuales se inscriben e interactúan las personas e intentó modificar las normas y los valores que potencian los riesgos e impiden los comportamientos preventivos, a la vez que alentaba la promoción de aquellas normas y valores que hacen viables los comportamientos saludables.

La transformación de las percepciones se debió en parte a los aportes de los trabajos e investigaciones realizados desde las ciencias sociales, que se constituyeron en los elementos claves para caracterizar la complejidad de las conductas sexuales y exponer que las normas racionales para el control de los riesgos

eran infructuosas. Su gran contribución fue integrar una mirada constructorista del diseño de los programas de prevención, permitiendo particularizar las estrategias y asimismo, adaptar las intervenciones de acuerdo con las singularidades, las particularidades y el entorno social de los individuos; pero al igual que en el modelo anterior, se pueden señalar algunas críticas. Dos de ellas se refieren a la tendencia culturalista y/o psicologista en las explicaciones de la pandemia, es decir, que representan una disociación de los significados atribuidos a las interacciones implicadas en las prácticas sexuales de las personas. Esto hizo necesario avanzar a una concepción que incluyera los aspectos estructurales como elementos clave para comprender y trabajar frente a la infección por el VIH [14-16].

Modelo político-económico

Al final de la década de los noventa y al inicio del siglo XXI surge el modelo político-económico. Este modelo parte de la idea de que las desigualdades económicas y sociales están en la base de la epidemia y sostiene que estas constituyen importantes obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento hacia conductas saludables. Este modelo desplaza la idea de riesgo individual por los conceptos de vulnerabilidad social e individual y de exclusión social. Las intervenciones preventivas están dirigidas hacia el activismo de base comunitaria movilizado para la defensa de los derechos de las minorías y de las personas afectadas. Se deja de analizar el riesgo percibido en términos de comportamiento individual para centrarse en la vulnerabilidad estructurada y condicionada socialmente. Este modelo parte de la evidencia de que los sujetos se conducen no solo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de los recursos estructurales capitales y simbólicos con los que cuentan. Como lo señala Pierre Bourdieu, estos recursos se encuentran distribuidos de manera desigual en las personas y están atravesados profundamente por diferencias de clase [17].

Las intervenciones estructurales, la movilización comunitaria y el empoderamiento colectivo derivados del modelo tienen en común su enfoque crítico sobre las causas económicas, políticas, culturales y sociales que determinan la dinámica de la epidemia por el VIH/sida. El riesgo individual se encuentra inscrito en una estructura que hace que algunos grupos sean más vulnerables que otros; por lo tanto, las acciones propuestas desde este modelo son necesariamente de largo alcance y más amplias que aquellas que solo buscan cambios de comportamiento individuales y que están dirigidas a cambiar incluso políticas que favorezcan la desigualdad y la injusticia.

El modelo político-económico de prevención, al desplazar el riesgo individual hacia el de vulnerabilidad social, lleva a una reacción frente a la epidemia del VIH/sida, incentivando un cambio social que posibilite la reforma de las estructuras de desigualdad.

Según esta perspectiva, la reacción social debe apuntar a transformar las relaciones de género que hacen más vulnerables a las mujeres, a reformar una estructura económica que liga cada vez más al sida con la pobreza y los grupos marginales, a revertir la exclusión de la que son víctimas los usuarios de drogas y a superar la estigmatización de la homosexualidad que hace que los HSH continúen siendo víctimas preferenciales de la epidemia. El modelo propone además que la prevención debe integrarse a la atención a las personas, no solo por razones humanitarias sino también de salud pública, lo cual trae como consecuencia la propuesta de integralidad en los programas de prevención-atención.

Los riesgos de este modelo pueden ser: el determinismo económico y social dado a la problemática del VIH/sida y el poco margen de maniobra que puede otorgar a los individuos, que a pesar del peso de las categorías estructurales, siempre tienen la posibilidad de ejercer ciertos niveles de resistencia frente a estas.

Los elementos propuestos en los dos primeros modelos se han incorporado en mayor o menor medida en la formulación de las campañas realizadas en el ámbito internacional en los últimos años, como lo ilustran las campañas de prevención lideradas por ONUSIDA en los años 2000-2001 (Los hombres marcan la diferencia) y 2002-2003 (Viva y deje vivir).

En la primera de ellas se señaló que los hombres —tanto homosexuales como heterosexuales y bisexuales— son determinantes en la transmisión del VIH y en la segunda, que se debe superar la estigmatización y el rechazo a las personas que viven con VIH/sida para lograr un control adecuado de la epidemia [18].

En particular, la campaña Los hombres marcan la diferencia consideró que las relaciones sexuales entre hombres son una realidad presente en nuestra sociedad y que las prácticas homosexuales se pueden experimentar entre dos homosexuales, entre un homosexual y un heterosexual, entre un bisexual y un homosexual y entre dos heterosexuales. Igualmente, que estas relaciones se pueden dar o no con el reconocimiento de una identidad homoerótica por parte de los participantes. Se sugiere entonces hablar de una homosexualidad permanente y de una homosexualidad circunstancial y se prefiere utilizar el concepto de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Al respecto, es pertinente señalar que para que la categoría HSH sea útil y válida dentro de un programa de prevención deberá estar sustentada desde una perspectiva constructorista del género y la sexualidad y llenarse de contenidos socioculturales alejados de los discursos esencialistas.

Para que las acciones y políticas públicas puedan hacerse cargo de estas nociones de sexualidad, deben dar cuenta de la naturaleza compleja de su objeto (ligado a prácticas subjetivas sociales) que escapa a las definiciones clásicas de la epidemiología y la salud pública. Está en construcción la incorporación de los elementos del tercer modelo a las acciones encaminadas a disminuir la epidemia [19].

El contexto cultural de los estudios de sexualidad entre hombres

En América latina, son diversas y desiguales las publicaciones que dan cuenta del diagnóstico de la situación frente a la sexualidad masculina y las relaciones sexuales entre hombres. A finales del siglo XX se abrieron espacios ligados a la globalización que propiciaron intercambios y encuentros entre los representantes de las organizaciones de base comunitaria, las personas que viven con VIH/sida y los y las activistas de organizaciones que trabajan en torno a las identidades sexuales. Estos intercambios fortalecieron la capacidad de respuesta y propuesta de estos grupos locales.

Los desarrollos académicos que surgieron en este momento acompañaron las transformaciones sociales, políticas, económicas y culturales que se han dado en la región en las últimas décadas y que han contribuido a una relativa democratización de las relaciones entre hombres y mujeres y al cuestionamiento de los discursos vigentes sobre masculinidad.

Muchas de las instituciones que respaldaban el predominio masculino en el campo de la política, la economía y el control de la reproducción sufrieron cuestionamientos que repercutieron sobre las representaciones de género y por ende, sobre la masculinidad.

Si bien, las representaciones de la masculinidad están cambiando, en el ámbito de la sexualidad se sigue esperando que los hombres sean activos, tengan más de una pareja y tiendan a controlar la frecuencia y la forma en que mantienen relaciones sexuales. Muchos grupos sociales continúan propiciando que los hombres adopten actitudes frente al riesgo que los llevan a rechazar los preservativos por considerarlos “poco masculinos”, a probar y a volverse adictos a las drogas inyectables y a ser negligentes con la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Pese a las transformaciones, a los desarrollos investigativos y a los intercambios ya mencionados, la homosexualidad continuó siendo tratada como una desviación de las prácticas e identidades sexuales “normales”, utilizando para ello argumentos de tipo jurídico, legal y biomédico. Teniendo en cuenta la extensión del VIH, se plantea la necesidad de enseñar que el autocuidado y el cuidado

de los otros también es “cuestión de hombres”. En un período de aumento de los índices de infección por VIH —sobre todo entre los jóvenes—, se hace indispensable trabajar para cambiar los patrones culturales que aseguran que los hombres de verdad son aquellos que corren riesgos, incluidos los que afectan su salud.

Estos estudios muestran que ganar una comprensión más compleja de la sexualidad masculina exige estudiar no solo las prácticas sexuales de los varones sino también los contextos sociales, culturales, económicos y políticos en los cuales se producen estas prácticas, los sistemas sociales y culturales en los cuales adquieren significados y las redes de poder en las cuales están imbricadas. Sin embargo, existe una tendencia a asociar la masculinidad con la heterosexualidad y la actividad y la homosexualidad con la feminidad y la pasividad [20].

En gran parte de América latina, un hombre que penetra a otro hombre no deja de ser considerado viril (por el contrario confirma su hombría) y un hombre que es penetrado, casi siempre es estigmatizado como afeminado. Este esquema explica por qué muchos hombres declarados heterosexuales no admiten o no perciben haber tenido relaciones homosexuales.

Su condición de penetradores les garantiza a sus ojos y socialmente su virilidad. Por otra parte, la discriminación y la hostilidad que existe en nuestra sociedad frente a la homosexualidad los induce a ser reacios en admitir su comportamiento. Y aunque el sexo entre hombres ocurre en todas las sociedades, las políticas gubernamentales y de salud colombianas no han tenido suficientemente en cuenta hasta el momento la necesidad de proteger a los hombres que tienen sexo con hombres y a sus parejas mujeres.

Paralelamente con esto, podemos apreciar en la región una expansión de las formas de representación de identidades en el campo de la diversidad sexual, situación que pone en evidencia la estrechez de las categorías homosexualidad, heterosexualidad y bisexualidad para dar cuenta de las diferentes identidades y prácticas homoeróticas en determinados contextos locales, económicos y lingüísticos. Por esto, se suele poner en duda la asociación casual y directa entre deseo sexual, comportamiento sexual e identidad sexual, observándose que existen aquí diversidad, complejidad y discontinuidades entre un determinado comportamiento y un sentido diferenciado de identidad sexual. Las investigaciones destacan la complejidad de la relación entre papeles sexuales, papeles de género e identidad, encontrando en ocasiones disidencias de la identidad, como en el caso de los travestis y otros HSH, en quienes la identidad no se genera solo a partir de elementos unívocos masculinos o femeninos [21].

Una serie de trabajos realizados en Colombia y América latina señalan que la adopción de rasgos o comportamientos identificados como masculinos o

femeninos, o de un papel pasivo o activo en las relaciones sexuales, es independiente de la orientación sexual.[†]

En ese sentido se ha buscado mostrar que el comportamiento homosexual o heterosexual no está necesariamente asociado con un sentido diferenciado de identidad sexual. José Fernando Serrano, investigador de la Universidad Central, plantea que la “homosexualidad” es una categoría construida para referirse a ciertos aspectos de la vida de los seres humanos, que rebasa los componentes sexuales e implica toda una expectativa de vida y una forma de entender y sentir el mundo [22].

A partir de sus entrevistas con varones homosexuales de sectores medios urbanos colombianos, el autor concluye que no existe una sola homosexualidad sino una diversidad de situaciones, múltiples géneros homosexuales donde interactuarían componentes femeninos y masculinos, variando de acuerdo con la vida de los individuos. Por otra parte, a través de sus prácticas, los homosexuales les otorgan nuevos significados a las categorías y papeles que la sociedad les impone. De esta manera resuelven la tensión entre la identidad que se les propone socialmente y la identidad que ellos elaboran y recrean. Otra situación interesante es aquella donde los hombres se encuentran en situación de confinamiento sin posibilidades de intercambio afectivo o sexual con mujeres (cárceles, fuerzas armadas, órdenes religiosas), escenarios donde se configuran unas complejas experiencias homoeróticas que dificultan particularmente las acciones de prevención del VIH/sida [23].

Las representaciones sociales dominantes del homoerotismo, así como la forma en que estas interactúan con las prácticas sexuales específicas son fundamentales. En un entorno machista, el estatus masculino debe reafirmarse constantemente y lo que simbólicamente lo amenaza se estigmatiza con crudeza. La exclusión social de lo homosexual compartida por la sociedad en su conjunto apenas empieza a subvertirse por la creciente difusión de valores acerca del respeto a la diferencia y la diversidad sexual, que cambian el discurso oficial, aunque no las prácticas más arraigadas.

Con base en los estudios revisados podemos concluir que la relación entre comportamiento sexual e identidad de género es de una gran complejidad y que las formas a través de las cuales se construyen las identidades sexuales —en este caso “homosexuales”—, en distintos contextos, dependen en gran parte de las categorías y clasificaciones disponibles en cada sociedad y cultura para abordar la sexualidad. El foco de los estudios se ha desplazado del comportamiento sexual en sí mismo hacia las situaciones sociales en las cuales se produce

dicho comportamiento y hacia las normas culturales que lo organizan. Se ha hecho evidente que categorías como homosexualidad o heterosexualidad no reflejan la diversidad y complejidad de las experiencias sexuales vividas y se ha disociado el comportamiento homosexual o heterosexual de un sentido diferenciado de identidad de género [24, 25].

En lo concerniente a las acciones educativas dirigidas a HSH en América latina, diversas investigaciones producidas en los últimos años han evidenciado problemas de diferente índole, entre los cuales podemos identificar los siguientes:

- Los mensajes de prevención pierden de vista la complejidad de las motivaciones de los hombres para tener relaciones sexuales, así como los sentidos emocionales que se asignan a estas.
- Los planteamientos del sexo protegido o del uso del condón pueden resultar ofensivos por los supuestos que connota (de infidelidad, de tener infecciones de transmisión sexual, de desconfianza en la pareja) o por la complejidad de las interpretaciones que genera.
- El sexo no protegido se ve como facilitador de una mayor cercanía e intimidad con la pareja “estable” y se asumiría como una práctica normal, libre de riesgo.
- El cálculo del riesgo de los compañeros sexuales se sigue haciendo a partir de su apariencia de persona “sana” o “enferma” y esto induciría a tener sexo sin protección con muchos de estos compañeros que lucen aparentemente sanos.
- La baja autoestima, así como la clandestinidad de las experiencias sexuales (facilitadas por alcohol o drogas) a las que se enfrentan muchos hombres afectan la capacidad cognitiva y emocional de los sujetos para adoptar conductas preventivas.
- La dificultad de la incorporación del uso del condón en muchos de los escenarios de la sexualidad homoerótica, ya que otros riesgos estarían presentes en dichos escenarios y se valorarían como más importantes (como la integridad física, el riesgo de ser detenidos y encarcelados, el riesgo de perder la oportunidad del encuentro sexual).
- No todos los HSH están preparados para mensajes directos y contundentes, y por tanto, muchos de ellos requieren mensajes o aproximaciones elípticas.

En relación con los anteriores planteamientos, se establece que una estrategia de intervención en HSH debería estar constituida por un discurso que promueva el respeto y la equidad de género, revalorice la sexualidad y permita la libre expresión y ejercicio de las diversas orientaciones sexuales. Igualmente, se pretende

[†] Esta síntesis retoma elementos publicados en el segundo capítulo del libro de Mara Viveros, *De quebradores y cumplidores sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*, edición a cargo de Profamilia, Fundación Ford y el Centro de Estudios Sociales (CES) de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia.

cuestionar aquellos factores que reproducen actitudes y conductas negativas e intolerantes hacia las identidades homosexuales y se apunta a la desestigmatización de la orientación homosexual [26].

En consecuencia, se dejarán de plantear generalizaciones sobre la identidad homosexual y se abordará a los hombres homosexuales como un grupo heterogéneo, con diferentes estilos de vida y distintas representaciones.‡

La construcción de comunidades gays y de espacios culturales que permitan el desarrollo de identidades homosexuales desde más temprano contribuirá a que los HSH desarrollen mejores percepciones sobre el valor de su vida y, por ende, se esfuercen más en conservarla.

Referencias

- UNAIDS. Report on the global HIV/aids epidemic. Geneva: UNAIDS; 2003.
- Calleja JM, Walker N, Cuchi P, Lazzari S, Ghys PD, Zacarias F. Status of the HIV/aids epidemic and methods to monitor it in the Latin America and Caribbean region. *AIDS* 2002; 16 (suppl 3): S3-12.
- Swartlander B, Coutinho R, Loures L. The HIV/ aids epidemic in the Latin America and Caribbean region. *AIDS* 2002; 16 (Suppl 3): S1-2.
- Pando MA, Maulen S, Weissenbacher M, Marone R, Duranti R, Salomón H, *et al.* High human immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection. *Int J Epidemiol* 2003; 32(5):735-740.
- Cáceres C. HIV among gay and other men who have sex with men in Latin America and the Caribbean: a hidden epidemic? *AIDS* 2002; 16 (Suppl 3): S23-S33.
- Cáceres C, Pecheny M, Terto V, eds. Sida y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción - perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. Lima: UPCH; 2002.
- Castro A. Determinantes sociopolíticos de la infección por VIH: violencia estructural y culpabilización de la víctima [Conferencia]. En: Segundo Foro Latinoamericano de VIH/sida; La Habana, abril 10 de 2003.
- Sevilla E. Modelos analíticos de las ciencias sociales para prevención de infección por VIH. En: Cinco estudios antropológicos sobre el mal de amores en la ciudad de Cali. Cali: CIDSE, Universidad del Valle; 1999. (Documento de Trabajo Cidse, 44). Disponible en: <http://socioeconomia.univalle.edu.co/cidse/documentos/download/pdf/doc44.PDF>.
- Calvez M. Los usos sociales del riesgo. Elementos de análisis cultural del sida. Posadas (Arg.): Universidad Nacional de Misiones; 1998.
- Sevilla E. Dueños de sí y de sus deseos: Estudio sobre la sexualidad de los colombianos y su vulnerabilidad al VIH. Cali: CIDSE. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. Universidad del Valle; 1995.
- Sevilla E. Perfiles de la sexualidad: a propósito de las diferencias entre hombres y mujeres en Colombia. *Estudios Demográficos y Urbanos* 1997; 34/35: 261-306.
- Lamas M. Explicar la homofobia. *Rev Letra S* 1996; 2. Disponible en: <http://www.orgullogay.cl/arti3.htm>
- Kimmel M. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En: Valdés T, Olavarria J. (eds). *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, FLACSO; 1997.
- Finkelkraut A, Bruckner P. *El nuevo desorden amoroso*. Barcelona: Anagrama; 1979.
- Fuller N. No uno si no muchos rostros. Identidad masculina del Perú urbano. En: Viveros M, Olavarria J, Fuller N. (eds). *Hombres e identidades de género. Investigaciones desde América latina*. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional; 2001.
- Viveros M. Género y salud reproductiva en Colombia. En: Franco S. (ed). *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 481-493.
- Téllez G. Pierre Bourdieu: conceptos básicos y construcción socioeducativa. Claves para su lectura. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional; 2002.
- ONUSIDA. *El sida y las relaciones sexuales entre varones*. Ginebra: ONUSIDA; 2000.
- Giddens A. *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra; 2000.
- Castañeda I, Astrain ME, Martínez V, Sarduy C, Alfonso A. Algunas reflexiones sobre el género. *Rev Cubana Salud Pública* 1999; 25(2): 129-142. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol25_2_99/spu04299.pdf
- Parker R. Hacia una economía política del cuerpo: construcción de la masculinidad y la homosexualidad masculina en Brasil. En: Valdés T, Olavarria J. (eds). *Masculinidades y equidad de género en América latina*. Santiago de Chile: Ed. Flacso. FNUAP; 1998.
- Serrano J. La organización social de la masculinidad. En: Valdés T, Olavarria J. (eds). *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, FLACSO; 1997. p. 31-48.
- Serrano J, Corredor A. Diversidad cultural y homosexualidades [Ponencia]. En: Simposio Sexualidad y Construcción de Identidad de Género. VII Congreso de Antropología en Colombia; Universidad de Antioquia, Medellín, 1994.
- Scott J. El género como categoría útil para un análisis histórico. En: Lamas M. (comp.). 2ª ed. *La construcción de la diferencia sexual*. México: PUEG / UNAM; 2001.
- Viveros M. El término "género" y sus avatares. [Manuscrito inédito]. 2003.
- ONUSIDA. *Resumen mundial de la epidemia de VIH /sida: Diciembre de 2002*. Ginebra: ONUSIDA; 2002.

‡ Dentro del grupo homosexual, se presentan otros subgrupos con algunas circunstancias únicas que les son propias; sin embargo, la caracterización de este grupo se dificulta debido fundamentalmente a que no existe una personalidad homosexual como tal, ni características psicológicas específicas de homosexuales, ni tampoco características físicas que permitan diferenciar homosexual de heterosexual.

La educación en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en un contexto surcado por tensiones

Education in a tension crossed context in the Growth and Development Monitoring Program

Gloria Escobar P¹; Fernando Peñaranda C²; Miriam Bastidas A³; Nicolás Torres O³; Adriana Arango C³.

¹ Odontóloga, odontopediatra. Magíster en Salud Pública, docente de la Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Cibercorreo: gescobar@coomevemail.com

² Médico. Magíster en Salud Pública. Magíster en Educación y Desarrollo Social y Educativo. Candidato a Ph.D. Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

³ Médico Pediatra. Docente de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Recibido: 25 de julio de 2005. Aceptado: 21 de febrero de 2006

Escobar G, Peñaranda F, Bastidas M, Torres N, Arango A. La educación en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en un contexto surcado por tensiones. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2006;24(1):84-91

Resumen

Objetivo: presentar aquellos resultados relacionados con el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano que influyen en el proceso educativo del Programa de Crecimiento y Desarrollo, derivados de una investigación dirigida a comprender sus efectos e impacto. **Metodología:** en un estudio de casos múltiples con perspectiva etnográfica, se acompañó un grupo de niños y adultos participantes del programa en cuatro instituciones de Medellín, durante el ingreso, y tres controles del primer año de vida; se realizaron observaciones y entrevistas a adultos significativos y miembros de los equipos de salud. **Resultados:** varios factores influyen sobre la educación en el programa: la Ley 100 de

1993 constituye para algunos una oportunidad y para otros una amenaza; algunas condiciones del modelo actual pueden traducirse en limitaciones para el proceso educativo; la norma técnica de la Resolución 412 de 2000 presenta contradicciones conceptuales y entra en tensión con la perspectiva de promoción de salud de la propuesta SIPI; y cada institución aplicó de manera diferente la norma. Algunos actores perciben ambientes poco propicios para la educación; se requiere por ello que las políticas provean condiciones que fortalezcan el programa y una propuesta educativa basada en el diálogo de saberes.

-----**Palabras clave:** Programa de Crecimiento y Desarrollo, educación para la salud, promoción de la salud, Ley 100 de 1993, Resolución 412 de 2000

Abstract

This article presents Colombian health system context-related findings as part of study intended to understand the educative outcomes and impact of the Growth and Development Monitoring Program (SIPI). In a multiple case study, from an ethnographic perspective, a selected group of children and adults was followed at each institution. Observations took place during initial check-up appointment and the three following ones during the first year. Adults and health team members were interviewed after each session. Findings indicate that several factors have influence on the educative process: diverse scenarios were created by the Law 100, in 1993, representing

either an opportunity or a threat for different actors. Health System model-related problems (Law 100, 1993) may also affect education. Incongruence between health promotion and disease prevention was found in the technical Norm from Resolution 412/2000 and Creates tension with SIPI health promotion orientation. Finally, each institution implemented technical norm in a different way. Some actors perceive non proper scenarios for education. So, it is necessary that policy formulation creates conditions to qualify the program and its educative process.

-----*Key words:* Growth and Development Monitoring Program, health education, health promotion, SIPI, Ley 100 de 1993, Resolución 412 de 2000

Introducción

Los programas de crecimiento y desarrollo se realizan en Colombia desde la década de los setenta y a lo largo de su historia han sido objeto de transformaciones. Después de Alma Ata, el programa adquirió gran importancia en las instituciones de salud y llegó a considerarse el programa bandera en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En 1991, el Grupo Interinstitucional para los Programas de Salud del Niño en Antioquia desarrolló la “Propuesta Nacional de Salud Integral para la Infancia, SIPI”, planteada desde una perspectiva de promoción de la salud. En 1993, el Servicio Seccional de Salud de Antioquia publicó el Manual de SIPI, en el cual se definieron las orientaciones generales del programa, así como las normas técnicas y administrativas que orientaron su desarrollo. Con la reforma al Sistema General de Seguridad Social, mediante la Ley 100 de 1993, el programa se incorporó a los planes de beneficio como parte del Plan Obligatorio de Salud.

Con la participación de algunos de los autores del presente artículo, se realizó entre 1999 y 2000 la investigación “Evaluación del proceso de implementación del programa de Salud Integral para la Infancia, SIPI o de Crecimiento y Desarrollo, en el municipio de Medellín”, con el objetivo de identificar los cambios experimentados por el programa con la reforma al sistema de salud colombiano [1]. Los resultados mostraron que este programa, con gran influencia de la propuesta Salud Integral para la Infancia, SIPI, sufrió transformaciones para adecuarse al nuevo Sistema General de Seguridad Social, a raíz de la implementación de la Ley 100 de 1993.

Se encontró además que la reforma tuvo un impacto distinto en cada una de las instituciones participantes. La investigación concluyó que, con la Ley 100, los programas en el régimen contributivo mantuvieron la estructura y funcionamiento promovida por el SIPI, pero afectó

negativamente los programas en el régimen subsidiado, diferencias que constituyen otro factor de inequidad en el sistema de salud [2]. Sin embargo, aunque el estudio no alcanzó a evaluarlo, los diferentes actores vislumbraban una amenaza aún mayor para la perspectiva de promoción de salud del programa: la implementación de la Resolución 412 de 2000, por la cual el Ministerio de Salud estableció las guías para los programas de promoción y prevención, que incluye la “Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años”.

Otra de las conclusiones señalaba la importancia de emprender evaluaciones que superaran los aspectos de gestión y satisfacción de usuarios, por cuanto las instituciones han introducido innovaciones en el programa, pero no han evaluado los efectos e impactos del mismo. De allí surgió la solicitud de realizar evaluaciones de la educación como componente fundamental del programa.

Con el propósito de comprender los efectos e impactos de la educación que se lleva a cabo en el programa, así como los factores que intervienen en el proceso, se adelantó entre noviembre de 2002 y abril de 2005 el proyecto de investigación “Hacia la comprensión de los efectos e impacto del componente educativo del programa de crecimiento en cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud de Medellín. Componente educativo”.

Si bien el objetivo general se enfocaba hacia los efectos e impacto del proceso educativo del programa, en los hallazgos surgió nuevamente con fuerza el tema del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y, en especial, de la norma técnica, como parte de la categoría de análisis “Contexto en el cual se gesta el proceso educativo”. En este artículo se exponen los resultados sobre este aspecto y la educación en el programa, así como la discusión que se generó alrededor de su marco normativo. El proyecto, en su totalidad, se

presenta en un informe que está actualmente en proceso de publicación [3].

Métodos

La evaluación ha utilizado tradicionalmente enfoques cuantitativos, orientación que algunos autores consideran insuficiente para explicar lo que sucede. Guba y Lincoln propusieron en 1989 una cuarta generación de evaluación, en la cual —más allá de la medición, de la descripción del programa a la luz de los objetivos preestablecidos y del juicio— el evaluador busca las aseveraciones, las preguntas y los asuntos relevantes para las personas interesadas [4, 5].

Por su parte, Oakley, Pratt y Clayton consideran que la evaluación de programas sociales debe involucrar la evaluación de proceso, es decir, de la forma en que este se lleva a cabo (relaciones que se dan, participación de los actores, procedimientos, valores que circulan, forma en que se aprende, proceso de toma de decisiones, entre otras), y diferencian efectos de impacto para la evaluación. Entre otras características, postulan que el impacto va más allá de las posibilidades propias del proyecto y, en este sentido, el contexto puede jugar un papel positivo o negativo; esto hace necesario reconocer y explicar otros factores involucrados, además de la intervención como tal [6].

Para la comprensión de los efectos e impacto del Programa de Crecimiento y Desarrollo, se realizó un estudio de casos múltiples con una mirada etnográfica —enmarcada en una perspectiva constructivista— donde, más allá de la medición, se buscó la comprensión del *cómo* y del *por qué*, para acercarse a la posibilidad de trascender la evaluación como juicio y retomarla como reflexión, aprendizaje y negociación de los aspectos significativos.

Las cuatro instituciones participantes (Punto de Salud, Comfama, Cajaser y una unidad intermedia de Metrosalud) son Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que participaron en la investigación anterior y que ofrecen el programa en la ciudad de Medellín. Cada institución seleccionó un programa, teniendo en cuenta que el potencial de aprendizaje de un caso es un criterio diferente a la representatividad y, en ocasiones, superior a esta [7]. En cada una de ellas se llevó a cabo un análisis profundo de cada caso particular, desde una perspectiva donde lo esencial no consiste en reflejar el mundo sino el caso específico y su particularidad, y que tampoco busca establecer comparaciones entre los programas que desarrollan las instituciones.

Para cada caso se seleccionó un grupo de niños y adultos significativos inscritos en el programa, a quienes se hizo un acompañamiento a partir del ingreso y durante los tres controles sucesivos en el primer año de vida; se contó con el consentimiento escrito de los padres y

adultos significativos y de los miembros de los equipos de salud, tras explicarles los propósitos del estudio y los procedimientos que se llevarían a cabo. La identidad de los adultos y miembros de los equipos entrevistados se mantuvo en reserva por parte de los investigadores.

La recolección de la información se realizó mediante la observación de las sesiones y entrevistas grupales efectuadas con profundidad a los miembros de los equipos de salud y a un grupo de adultos significativos. Las guías de entrevista —semiestructuradas y flexibles— fueron diseñadas de acuerdo con las preguntas iniciales de la investigación y ajustadas en el transcurso de la misma [8]. La posición institucional se conoció a través de reuniones con los coordinadores del programa.

Asimismo, las reuniones periódicas del grupo de investigación se convirtieron en un espacio de análisis y de reorientación permanente del proceso investigativo, en concordancia con la flexibilidad y reflexividad que se requiere en la investigación cualitativa. Las transcripciones de las sesiones y entrevistas grabadas, así como las actas del equipo investigador y del grupo de coordinadores, se organizaron en el archivo central; por su parte, cada investigador manejó un archivo personal con sus notas y memos analíticos.

El análisis de los datos se inició de manera simultánea con la recolección de la información [9]. Con los textos de las primeras observaciones, las notas de los investigadores y las transcripciones del material grabado, se realizó una primera fase de codificación para refinar el proceso. A partir de los documentos inicialmente codificados se elaboró una primera estructura categorial. La estructura emergente se probó y ajustó en las reuniones del equipo investigador y, como resultado de estas discusiones, se fue consolidando una estructura categorial más elaborada. La codificación y clasificación del material se realizó con la ayuda del programa Atlas Ti 4.2.

Los coordinadores de las instituciones y algunos miembros de los equipos apoyaron el análisis mediante ocho reuniones. En las tres primeras se presentaron los modelos pedagógicos adoptados por las distintas IPS, acompañados de una reflexión teórica sobre la pedagogía y la educación en salud. Las siguientes se destinaron a la discusión de testimonios enviados con anticipación por parte del equipo de investigación.

El proceso condujo a reflexiones por parte de todos los actores, con lo cual se buscó recoger sus voces y los significados que orientan sus acciones; estos criterios responden a la naturaleza interpretativa del trabajo investigativo y a la subjetividad de las realidades que orientan la perspectiva constructivista [10]. Asimismo, con la discusión permanente del equipo investigador, la cuestión de rigor se centró en la reflexión y la reflexividad, las cuales posibilitan la emergencia de los aspectos más

significativos [11]. En términos de Lincoln y Guba, el rigor radica en ser *interpretativamente rigurosos* [10].

Resultados

Los resultados del Programa de Crecimiento y Desarrollo no son el fruto de procesos lineales; en ellos intervienen múltiples factores, de los cuales algunos hacen parte del proceso educativo; otros son externos a él y configuran las racionalidades desde las cuales se ubican los actores; y otros más constituyen el contexto en el cual se lleva a cabo. Con estos factores se construyó un modelo basado en la comunicación pedagógica que recoge las categorías surgidas en el análisis, el cual se presenta en el informe completo de la investigación.

De los tres niveles del modelo, el contexto particular en el cual se sitúa el proceso educativo constituye el primero de ellos y en él se ubican la cultura, el conocimiento biomédico y el sistema de salud en el cual se inscribe. Por ello, los elementos que surgieron en relación con el Sistema General de Seguridad Social colombiano aportan elementos importantes para comprender la educación llevada a cabo en el programa y sus resultados.

En primera instancia, resalta el hecho de que los diferentes actores que participan en el desarrollo del programa en las instituciones —en especial los miembros de los equipos de salud y coordinadores institucionales— tienen diversas visiones del SGSS y de sus implicaciones sobre el programa: “La aplicación de la ley ha tenido diferencias [...] el cambio ha sido percibido como negativo para algunas instituciones, para otras como positivo”.

Cada institución construye un escenario propio, donde el espacio físico, la capacitación, la conformación de los equipos, los protocolos para las sesiones y los aspectos administrativos tienen influencia sobre el desarrollo del programa, y en el cual en cada institución construyen normas y orientaciones particulares:

“Se busca continuidad con el programa de gestantes y está basado en un enfoque de medicina familiar. [...] En el Programa de Crecimiento y Desarrollo se atiende a la familia, esto es, al cuidador que sea”.

“El programa está enmarcado dentro de las disposiciones de la OPS, la OMS, el Ministerio de Salud y la Ley 100. También se ha visto influenciado por la estrategia AIEPI”.

“[...] en ese sentido se piensa en el programa, porque en vez de cortar el servicio o acomodarnos estrictamente a la ley, [la institución] ha querido [...] hacer su planteamiento como caja de compensación”.

“[...] nosotros hemos tenido la fortuna de que hemos contado con la participación de un equipo muy similar de profesionales durante todo el tiempo, aun antes de la Ley 100, lo que no ha pasado con otras EPS.”

Aunque las percepciones son variadas, algunos educadores (miembros de los equipos de salud) y coordinadores de los programas señalaron la influencia de un sistema orientado con preponderancia hacia actividades curativas, que ha relegado los programas llamados de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En una de las instituciones se hace más evidente esta percepción sobre la Ley 100, expresada con frecuencia en comentarios como los siguientes:



Figura 1. Modelo ecológico del proceso educativo

“Tenemos que llenar unas coberturas, y si nosotros no cumplimos con esas coberturas, entonces el programa no funciona y nos sacan del mercado”.

“Se ha perdido mucho la parte educativa porque ya todo lo importante es facturar [...] antes venían la nutricionista, la psicóloga, la trabajadora social [...] pero eso como que no lo pagan, entonces ya no volvió ninguna”.

Otras condiciones afectan el proceso educativo, entre ellas, la inestabilidad de los grupos. Con frecuencia, los educandos (madres y otros adultos significativos) pierden el derecho de asistir al programa por la inestabilidad laboral de los afiliados al sistema, a lo cual se suman las deserciones que se presentan después del primer año de vida, por dificultades en la tramitación de la afiliación al régimen subsidiado o porque la familia del niño no se encuentra dentro de la clasificación de Sisben* que el régimen cobija:

“...otra cosa que afectó muchísimo el programa, fue lo de la seguridad social en salud, las contrataciones, porque la población donde nosotros estamos, está ubicada en un estrato socio-económico 3, y el Sisben sólo visita la gente que tiene estratos 1 y 2 [...] o sea, muchos no tienen Sisben†, y no tienen capacidad tampoco para afiliarse a una EPS”.

“[antes] les hacíamos una encuesta, una clasificación socioeconómica, y con eso se atendía [...] si era mayor de un año y estaba en crecimiento y desarrollo y vacunación. Se le daba toda esa atención, subsidiada por la Secretaría. Pero [...] también se quitó la clasificación socioeconómica, entonces muchos niños quedaron por fuera”.

“[...] la gran mayoría de las mamás está desempleadas, los esposos desempleados, están viviendo de arrimadas, y eso crea conflictos, y ya las mamás no tienen derecho a ir ni a trabajo social, ni a la psicóloga, porque si van a trabajo social, tienen que pagar, y si van a la psicóloga, también, porque ya eso no lo cubre el Sisben; y anteriormente tenían derecho, lo mismo a una asesoría del nutricionista en forma individual [...] aunque tengan Sisben, tienen que pagarlo, porque eso es una cosa de segundo nivel”‡.

Por otro lado, algunas modalidades de contratación de los profesionales (contrato con cooperativas, contratos solo para hacer actividades específicas) y la reducción que en algunas instituciones han experimentado los equipos generan dificultades para llevar a cabo actividades de formación, evaluación y seguimiento,

debido a la inestabilidad y la pérdida de talento humano valioso para el programa.

Sin embargo, para muchos actores, los cambios en el programa fueron aún más profundos a partir de la implementación de la resolución 0412 de 2000, que estableció la *Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años*, como lo anticiparan Ramírez y colaboradores. También en este caso, cada institución acogió la normatividad de diferentes maneras: algunas mantuvieron sus equipos, otras los redujeron a lo establecido en la norma técnica y una de ellas agregó elementos al programa, en concordancia con su filosofía institucional:

“Los objetivos y la metodología del programa son los estipulados por la Resolución 0412. El programa ha sufrido con la reestructuración del sistema de salud. Antes se contaba con el equipo interdisciplinario y un trabajo educativo muy bonito. Pero esto desapareció con la entrada en vigencia de la Resolución 0412”.

“[...] hubo que ajustar el número de profesionales a raíz pues de la Ley 100 [y la institución] ha defendido, hasta donde se ha podido, un servicio integral, que por lo menos haya participación de todas las áreas [disciplinas]”.

“Entonces a fines de octubre de 2000 para acá ya se cambió la modalidad, entonces el médico ya salió del programa; ya solo el médico evalúa el niño que ingresa, y ya luego alguno de los profesionales, [...] ya sea nutricionista, psicóloga o trabajadora social, y aplicamos la escala, y hacemos también la parte educativa.”

“Porque así nos mandaron los parámetros [...], lo básico era la escala y que fuera aplicada por un profesional y no por la auxiliar [...] la teníamos como anexo pero no era importante [...] era primordial el peso, la talla, la revisión del médico y la participación de otros profesionales, pero a partir de 2000 se centró en la escala”.

Todas las instituciones consideran que la norma técnica es limitada, pero a pesar de ello intentan mantener la calidad del programa y hacen más de lo que aquella les exige, aunque también reclaman más compromiso de otros sectores:

“Es necesario reconocer el esfuerzo que están haciendo las EPS, ante las restricciones de la ley. Incluso, se va más allá de lo estipulado y esto ha demandado mucho esfuerzo y compromiso de los equipos institucionales. Así, en una de las EPS se vinculará al equipo un optómetra [...]

* Sistema de clasificación de beneficiarios. De acuerdo con esta escala de clasificación, y con la disponibilidad de recursos, se define la posibilidad de afiliación al régimen subsidiado.

† Con frecuencia, en el lenguaje popular se utilizan los términos Sisben y afiliación al régimen subsidiado como sinónimos.

‡ La contratación de las actividades de primer nivel de atención en el régimen subsidiado, está a cargo de las secretarías de salud municipales y las de segundo nivel, a cargo de las direcciones seccionales de salud, con lo cual a veces una IPS que desarrolla el programa no tiene contrato para otras actividades.

el costo es alto, pero se entiende el esfuerzo como un compromiso con la salud de los afiliados”.

“De todas maneras el esfuerzo no es suficiente. Se plantea la necesidad de que se vinculen otros sectores como los de protección y educación, pues no se puede dejar toda la responsabilidad en el sector salud”.

Frente a las transformaciones en el sistema de salud y a la limitación de las normas que lo reglamentan, los equipos de salud manifiestan la influencia de la propuesta SIPI para el desarrollo del programa. Aunque hay variaciones en cuanto al grado en el cual los educadores consideran que cumplen los postulados del SIPI, este continúa siendo un punto de referencia importante desde lo teórico y lo metodológico: “Vea, mejor dicho, nosotros nos basamos en el manual de SIPI para crecimiento y desarrollo”.

Pero algunos expresan su preocupación por la influencia que la normatividad vigente pueda tener en la educación que quisieran brindar:

“El programa se debería dirigir hacia promover la cultura de la crianza. En ocasiones las limitaciones llevan a que el programa se centre en la valoración ponderal y psicomotora”.

“Existen en la actualidad circunstancias que dificultan el desarrollo de un adecuado proceso educativo. Integrar en una misma instancia el examen físico, el control antropométrico, la evaluación del desarrollo psicomotor y las charlas educativas puede no ser recomendable desde el punto de vista pedagógico. Tal vez sería pertinente diseñar espacios en los cuales los adultos puedan compartir sus diálogos de saberes en un ambiente más relajado y productivo”.

“El sistema de salud actual ha generado una serie de contradicciones que hacen difícil construir una perspectiva integral [...] puede llevar a que el funcionario de salud y el usuario tengan intereses diferentes y en ocasiones contrapuestos, lo cual tampoco favorece la construcción de relaciones productivas”.

Discusión

Los hallazgos relacionados con el sistema de salud colombiano que tienen influencia sobre el proceso educativo del Programa de Crecimiento y Desarrollo pueden agruparse en cuatro categorías: los escenarios diversos que creó la Ley 100 para que las instituciones desarrollen el programa; algunas condiciones propias del nuevo sistema de salud dentro del modelo de competencia regulada; las contradicciones en la norma técnica y las tensiones que genera en relación con la propuesta SIPI; y la aplicación diferencial de la norma por parte de las instituciones.

Un análisis del contexto del sistema de salud y su influencia en el programa para la ciudad de Medellín pasa por dos ejes fundamentales: la propuesta de Salud Integral para la Infancia (SIPI) y el modelo de salud que creó la Ley 100 de 1993. El SIPI constituye una propuesta participativa gestada de abajo hacia arriba y un antecedente fundamental para entender lo que sucede con el programa. La Ley 100 —y las normas que la reglamentan— representan la influencia oficial. Ambas constituyen escenarios particulares donde se desarrolla el proceso educativo.

Al momento de la reforma al sistema de salud, cada institución tenía una historia y un desarrollo propios, que influyeron en la forma como cada una se insertó en el mismo. Para aquellas creadas después de la Ley 100, el nuevo modelo constituía una oportunidad, y se estructuraron de acuerdo con sus lineamientos. Las cajas de compensación familiar por su misión y estructura administrativa, pudieron aprovechar su experiencia y ampliar sus servicios. Las instituciones públicas —con larga trayectoria en la ejecución del programa bajo un modelo diferente— se vieron condicionadas a una transformación que respondiera a las nuevas exigencias de rentabilidad y competencia, con lo cual encontraron en la reforma una amenaza.

En estas últimas, encargadas de atender la mayor parte de la población del régimen subsidiado, además de los niños menores de un año que no están en ninguno de los dos regímenes, se presentan problemas de contratación para articular la atención del primero y segundo nivel, percibiéndose como obstáculo para una adecuada atención.

Otras condiciones propias del sistema de salud colombiano que creó la Ley 100 también afectan este propósito. Entre ellas se destacan la inestabilidad de educadores y educandos, como resultado de las condiciones de contratación y de los problemas de cobertura y acceso, así como la preocupación por la rentabilidad económica de los programas. Todo ello genera además un ambiente de presión sobre los educadores.

Estas diversas percepciones de los equipos de salud llevan a que, como educadores, no se sitúen de la misma manera frente al programa. Así, las condiciones para la construcción de optimismo y satisfacción hacia el trabajo no son las mismas: unos ambientes parecen más productivos que otros para el ejercicio de las prácticas pedagógicas.

Sin embargo, la implementación de la Resolución 0412 tuvo un peso aún mayor como condicionante de la educación que en él se lleva a cabo. La propuesta SIPI se orienta hacia el propósito de acompañar y estimular al niño en su proceso de crecimiento y desarrollo, promoviendo la felicidad, creatividad, autonomía, solidaridad, autoestima y salud como metas del mismo,

mediante el tratamiento de los métodos de crianza como un diálogo de saberes entre el equipo de salud, los padres y la comunidad [12]. La norma técnica, por su parte, plantea una justificación que, orientada probablemente por las propuestas de promoción de la salud, reclama el compromiso social con los niños y las niñas, la equidad, el bienestar y la calidad de vida [13], pero rápidamente abandona esta perspectiva y pone el énfasis en la detección de la enfermedad desde una visión biomédica:

“Se entiende la atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte” [13].

Una contradicción que también se refleja en los objetivos del programa [13]:

“Disminuir las tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años”.

“Ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades”.

Pero, además, al analizar los objetivos de la norma y su materialización en el desarrollo metodológico, se observa cómo las actividades establecidas se orientan fundamentalmente hacia la detección de las alteraciones del crecimiento y no se establecen de manera específica las acciones encaminadas a promover la “salud integral para potenciar sus posibilidades”. Se hace así evidente una contradicción teórica en la que algunas partes del texto plantean una perspectiva de promoción de la salud, pero sus actividades se quedan en una concepción de prevención de la enfermedad. Esto es congruente con lo encontrado por investigadores en diferentes partes del mundo [14-17].

Se percibe así, una tensión entre dos orientaciones: por un lado, la propuesta SIPI, de gran peso histórico en el desarrollo del programa, con una concepción de salud en función del bienestar y un objetivo explícito de promoción de la salud del niño; por otro lado, una legislación en la cual subyace una concepción desde una perspectiva individual de la salud, que se traduce en actividades centradas en la enfermedad. Ambas propuestas crean un contexto contradictorio.

Ante dos lógicas contrarias, las instituciones asumen diferentes posiciones, de acuerdo con su experiencia en el programa, su concepción de salud,

la importancia que den a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad y las condiciones particulares que les impone el sistema de salud actual. De esta forma, la implementación de la Resolución 0412 tuvo consecuencias muy diferentes en cada uno de los casos estudiados. En algunas instituciones, la aplicación de la norma no afectó el desarrollo del programa; en ellas, los equipos siguen siendo multidisciplinarios y se percibe una orientación basada en la propuesta SIPI. Otras instituciones, por el contrario, se acogieron a la norma y con ello redujeron el equipo de profesionales que realizaba el programa e hicieron transformaciones en la dinámica del mismo.

Que algunas instituciones mantengan gran parte de la orientación inicial, fortalezcan sus programas con acciones de capacitación y además busquen complementar los equipos con otros profesionales responde más a su experiencia y compromiso con el programa, a una convicción sobre las bondades de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y a las posibilidades, que a las normas oficiales que los orientan; de allí que la Resolución 0412 afectara de diferente manera a los programas y adquiriera significados diversos para los actores.

Sin embargo, una normatividad centrada en la enfermedad es proclive a una educación que parte de un enfoque de riesgo, en que se hace imperativo establecer “conductas saludables”. Cabe preguntarse por las repercusiones del contexto descrito sobre el miembro del equipo de salud como educador y sobre su concepción de educación cuando se desempeña en medio de la tensión entre ambas orientaciones, entre sus convicciones y propósitos y las posibilidades que percibe cada vez más restringidas, a la luz de la propuesta de diálogo de saberes de Freire, donde el conocimiento como donación dé paso a una nueva concepción que exige superar la contradicción educador-educando y asumir la dialogicidad como esencia, en una educación que tienda a la liberación de ambos [18].

Conclusiones

Un programa que constituye un apoyo a la función de crianza llevada a cabo por los adultos significativos de los niños, como se hizo evidente en las entrevistas, debería fortalecerse desde la formulación de las políticas y las normas que tienen influencia en su desarrollo. Este llamado se hace apremiante si se tiene en cuenta la realidad colombiana y latinoamericana, donde la situación de pobreza y la inequidad ponen a muchas familias en serias dificultades para dar a sus hijos la infancia que desearían [19] —y a la cual tienen derecho— y donde la pérdida de redes de apoyo genera una crianza en medio de la incertidumbre y la angustia.

En el modelo que se construyó para comprender la educación en el programa, se presentan diversos factores que tienen relación con el proceso educativo y que configuran las prácticas pedagógicas. Entre ellos, el educador, con sus concepciones y su posición ante el conocimiento y la experiencia, adquiere un carácter central. Por tanto, su transformación es fundamental para llevar a cabo una propuesta educativa diferente. Sin embargo, el sistema de salud colombiano —y en particular la norma técnica que orienta el programa— crea un contexto que puede entrar en conflicto con los anhelos de los actores.

Para superar las tensiones, deberían desarrollarse propuestas de educación que trasciendan la idea de estrategia para concebirla como un bien meritorio, fundamental para el desarrollo humano. Una perspectiva más coherente con la concepción de Freire y con la propuesta de diálogo de saberes que recoge el SIPI, en la cual se incorporen planteamientos como los que hace Saúl Franco, para quien la educación para la salud se entiende como la apropiación de bienes culturales y sociales que permitan a los sujetos enfrentar y resolver creativamente los retos de su cotidianidad y de su historicidad, al servicio de opciones saludables y condiciones de bienestar; integrando pero superando los procesos de escolarización formal [20].

De lo anterior se desprende que el fortalecimiento del componente del Programa de Crecimiento y Desarrollo no depende solo de la transformación del educador o de una filosofía institucional que le sea propicia; es necesario que las políticas de salud tomen en consideración las múltiples dimensiones del desarrollo humano y favorezcan programas que promuevan la salud como algo más que la ausencia de enfermedad.

Reconocimientos

A los niños, adultos significativos y miembros de los equipos de salud de los cuatro programas involucrados en el proyecto, quienes, con su experiencia y aportes, hicieron posibles los aprendizajes de esta investigación; a las instituciones de salud participantes, que pusieron todos sus recursos a disposición del proyecto; al CINDE y a la Universidad de Antioquia, por su apoyo y financiación.

Referencias

- Ramírez H, Bastidas M, Peñaranda F, Lalinde MI, Echeverri S, Giraldo Y. Evaluación del proceso de implementación del programa Salud Integral para la Infancia SIPI o Crecimiento y Desarrollo en el municipio de Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
- Peñaranda F, Bastidas M, Ramírez H, Lalinde M, Giraldo Y, Echeverri S. El programa de crecimiento y desarrollo factor de inequidad en el sistema de salud. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2000; 20: 89-99.
- Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Torres N, Arango A. Efectos e impacto del Programa de Crecimiento y Desarrollo en cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Medellín. Componente educativo. 2002-2005. (En prensa).
- Swanson J, Chapman L. Dentro de la caja negra: asuntos teóricos y metodológicos en la realización de una investigación evaluativa con enfoque cualitativo. p. 80-111. En: Morse J, ed. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
- Lecompte M. Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programa. www.u.v.es/RELIEVEv1n1.htm. 1995; (fecha de acceso: 12 de marzo del 2005).
- Oakley P, Pratt B, Clayton A. *Outcomes and impact: Evaluating change in social development*. Oxford: Intract; 1998. p. 27-78.
- Stake R. Case studies. P. 435-454. En: Denzin N, Lincoln Y, ed. *Handbook of qualitative research*. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
- Taylor SJ, Bogdan R. La entrevista en profundidad. p. 100-132. En: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1994.
- Coffey A, Atkinson P. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
- Lincoln Y, Guba E. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. p. 163-188. En: Denzin N, Lincoln Y, *Handbook of qualitative research*. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
- Davies D, Dood J. Qualitative research and question of rigor. *Qualitative Health Research* 2002; 12(2):279-289.
- Lalinde M, Vargas J, Gómez L, Beleño A, Botero S, Estrada H *et al*. *Salud integral para la infancia: manual de normas técnicas y administrativas*. Medellín: Servicio Seccional de Salud de Antioquia; 1993.
- Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000, febrero 25, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El Ministerio; 2000.
- Greene W, Simons-Morton B. *Educación para la salud*. México: McGraw Hill; 1988.
- Tones k. Reveille for radicals! The paramount purpose of health education? *Health Educ Res* 2002; 17: 1-5.
- Ziglio E, Hagard S, Griffiths J. Health promotion developments in Europe: achievements & challenges. *Health Promot Int* 2000; 15: 143-154.
- Restrepo H. Conceptos y definiciones. p. 24-33. En: Restrepo H, Málaga H, eds. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001.
- Freire P. *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI; 1972.
- Kliksberg B. La situación de América Latina y sus impactos sobre la familia y la educación: interrogantes y búsquedas. *Educación Hoy* 2001; 145: 9-47.
- Franco S. La Promoción de la salud y la seguridad social. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo; 1995. Citado por Montoya S. *Educación en salud*. En: *Fundamentos de salud pública*. Tomo 1. Medellín: CIB, 1997. p. 111-122.

Encontrar una familia en la calle

Finding a family in the streets

Álvaro Giraldo P¹; Constanza Forero P²; Lina M. López G³; Leidy Tabares⁴; Paula A. Durán G⁵.

¹ Sociólogo, Magíster en Salud Pública, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Cibercorreo: algipi@guajiros.udea.edu.co

² Enfermera, Magíster en Salud Pública, profesora de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

³ Trabajadora Social, facilitadora en procesos de formación juvenil, investigadora del Grupo Cultura y Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

⁴ Protagonista de la película *La vendedora de rosas*.

⁵ Estudiante de Gerencia en Sistemas de Información en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Recibido: 22 de agosto de 2005. Aceptado: 21 de febrero de 2006

Giraldo A, Forero C, López LM, Tabares L, Durán PA. Encontrar una familia en la calle. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2006 24(1):92-97

Resumen

El presente estudio fue realizado por el Grupo de Investigación de Cultura y Salud, en la ciudad de Medellín, Colombia, con niños en situación de calle que participaron en la película *La vendedora de rosas*. **Objetivo:** evidenciar el significado que tiene para ellos el hogar y la familia. **Metodología:** para la comprensión del fenómeno, se partió del punto de vista de los participantes mediante el enfoque etnográfico y la perspectiva de la investigación cualitativa. **Resultados:** muestran el significado que los niños dan a su hogar, al tránsito de este a la calle y de cómo encuentran la familia deseada y el regreso

al hogar. **Conclusiones:** las personas que viven en situación de calle salen de sus hogares por diversos motivos, como falta de afecto, malos tratos y búsqueda de libertad y, al llegar allí, necesitan sobrevivir, acción que se facilita con la intervención de los mediadores, quienes les permiten encontrar la que consideran su verdadera familia. Al final del artículo se incluye un glosario con los términos utilizados por los niños de la calle. -----**Palabras clave:** familia, niños de la calle, hogar, poder en psicología, investigación cualitativa

Abstract

Current study was done by “Grupo de Investigación de Cultura y Salud” (Culture and Health Research Group) in Medellín, Colombia, among children living in the streets, who participated as natural actors in the film *La vendedora de rosas*. **Objective:** to demonstrate the meaning of home and family for children living in the streets. **Methodology:** comprehension of the phenomena, from participants point of view through the ethnographic qualitative perspective. **Results:** results show the meaning that kids give to their homes, and to the trajectory from home to streets, and their perceptions about the family they would like to

have. Also it shows return to home. **Conclusions:** people who live on the streets leave their homes for several reasons, such as lack of affection, child abuse, domestic violence, search for freedom. Once they get there, survival is possible by mediators interventions who allow them to find out what they consider as real family. At the end of the article there is a glossary with terms used by the street children. -----**Key words:** family, homeless children, home, power in psychology, qualitative research

Introducción

Las transformaciones en el ámbito político, económico, social y cultural —evidenciadas en la acelerada urbanización, la violencia, las condiciones de pobreza en que vive gran parte de la población, los malos tratos, el deseo de afecto, independencia, libertad y el abuso— llevan a los niños a abandonar sus hogares y a llegar a las calles, en donde se unen a los *combos* que existen en las diferentes ciudades, o bien, forman nuevos grupos que se convierten en sus familias y en los cuales encuentran la protección y el afecto que no tienen en sus casas.

El enfoque etnográfico permitió establecer como aportes a la discusión: la diferenciación que se hace entre el hogar, la familia y la familia deseada; contemplar en las interrelaciones, la diferenciación entre el “poder del corazón” y el “poder de la ambición” y la importancia de la vinculación permanente de los participantes en la investigación. Los resultados muestran la diferencia entre la concepción de hogar y de familia y exploran el tránsito que los niños viven entre la casa y la calle, en donde pueden encontrar una familia y el regreso al hogar por las condiciones que viven en la calle. En los estudios revisados, no aparecen explícitas las diferencias entre el hogar, la familia y la familia deseada, desde la mirada de los participantes. En la investigación se hace explícita en la concepción de hogar y de la familia, el tránsito de la casa a la calle, el retorno al hogar y el encontrar una familia.

Este estudio parte de la perspectiva de la investigación cualitativa, que pretende comprender los fenómenos desde el punto de vista de los participantes. Asimismo, busca la comprensión de los significados y acciones cotidianas, para construir y dar sentido al fenómeno estudiado. Se utilizó el enfoque etnográfico, que según Velasco [1], permite describir y analizar los procesos culturales dentro de un contexto determinado.

La etnografía puede entenderse, según Geertz [2], como el proceso de la *descripción densa*. Es decir, ir más allá de los simples hechos y buscar estructuras significativas [3]. Se parte del concepto de cultura, entendida como “estructuras de significados establecidos socialmente” [4]. El etnógrafo, en su condición de investigador, no parte de conocimientos previos, sino de la ignorancia metodológica y, por lo tanto, debe iniciar un proceso de conocimiento por medio del trabajo de campo; así, construye el conocimiento con base en la interacción que establece con el grupo observado. El investigador pasa de la mirada al sentido, como afirma Galindo [5].

Los participantes fueron personas que trabajaron en la película *La vendedora de rosas* [6], quienes compartieron un año y medio de experiencias durante la filmación. Ellos hacen parte de la gran cantidad de niños y jóvenes que han vivido en situación de calle. A cada persona se le presentó el consentimiento informado

y se le explicó que la investigación no requeriría de procedimientos de intervención ni experimentales [7]. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos a partir de las entrevistas; aceptaron participar y formar parte del grupo investigador.

Para la recolección de los datos se emplearon técnicas como la observación, el diario de campo (que en el texto se identifica con la abreviatura D.C.), la entrevista (identificada con una E seguida del número correspondiente) y la revisión documental:

- *La observación*: se realizó en los hogares, los lugares de trabajo y, en general, en los hechos de la vida cotidiana de los participantes. Algunas de las observaciones fueron grabadas en video.
- *El diario de campo*: se llevó un registro de las actividades diarias y las impresiones de los investigadores.
- *Las entrevistas*: fueron realizadas por el grupo de investigación en forma individual y grupal, coordinadas por dos integrantes; uno de ellos hacía las veces de entrevistador principal y el otro la complementaba, formulando preguntas que surgían del resto del grupo. Para el desarrollo de las entrevistas se partió de temas generales como la vida en el hogar y en la calle, la violencia y la muerte; se hizo registro individual de estas; luego se transcribieron para iniciar su codificación. Se realizaron varios encuentros con cada uno de los participantes; la duración en promedio fue de una hora por sesión.
- *La revisión documental*: Se emplearon diferentes referentes bibliográficos como libros, revistas, periódicos y otros documentos para complementar la información directa.

El análisis se hizo a partir de la lectura de las entrevistas y las observaciones. Estas fueron codificadas en forma descriptiva; los códigos se agruparon de acuerdo con su similitud, permitiendo establecer una nueva agrupación y, así, la elaboración de categorías y subcategorías. Se identificó como categoría principal sobrevivir y se hallaron subcategorías como muerte, mediadores para vivir en la calle, poder, droga y encontrar una familia; esta última se presenta en este artículo. Durante el proceso de la investigación y especialmente en esta etapa, se contó con los aportes de los participantes del estudio; de esta manera se validaron los datos.

Resultados

A partir del análisis de los datos obtenidos, se identificó que para los niños en situación de calle [8] existen dos formas de entender lo que tradicionalmente se ha denominado familia: el hogar y la familia.

Hogar

Según los participantes en el estudio, el *hogar* está conformado por personas con afinidad sanguínea, como mamá, hermanos, abuela y en ocasiones, *papá*. Entre las características identificadas del padre se encuentran el estar ausente y el ser inestable, abusivo o agresivo.

Estar ausente o inestable: “Mi papá ha sido muy aventurero [...] ha sido muy inestable, ha sido una persona que nunca está en la casa, se pierde por temporadas [...]” (E4).

Abusivos: “¿Que papá le dice a uno que se deje mamar los senos por cinco *bonyoures* y cinco mil pesos [...]?” (E5).

Agresivos:

“Una vez llegó mi papá todo borracho a pegale a mi mamá. Él empezó a pegale y yo desperté, entoes él empezó otra vez a pegale y lo cogí con un palo de escoba y lo encendí a palo. Yo: —¡A mi mamá no le pegue; eh, descarao! —fue lo que le dije yo. Y me hizo quitar la ropa y me metió al baño y abrió el chorro y empezó a dame con una correa, y yo era con una rabia...” (E6).

La *mamá* es la persona más importante en el hogar, porque brinda apoyo emocional, afectivo y económico. Interviene en el proceso de formación de sus hijos mediante *golpes*:

“Ella mantenía correas, verbenas; mantenía machete, tablas; todo eso era pa mí, todo ese regalito era pa mí” (E5) y *castigos*: “Hubo una vez que me amarraron desnuda del todo; me amarraron, hija, en una cama; todo un día amarrada, lo que se dice como estar secuestrado, y yo no sabía cómo desamarrarme pa volame, hija; cuando menos pensé, resulté fue izque con la cama en el patio” (E6).

Además de lo anterior, existe una relación ambivalente con la madre: a pesar de los castigos y maltratos, siempre la tienen presente; expresan amor por ella y justifican sus comportamientos:

“Amo a mi mamá, pero yo nunca le voy a perdonar lo que ella me hizo. Ella me metió una puñalada... porque yo no quería traer plata pa que ella consumiera droga” (E2).

“Yo no trato de culpar a mi mamá, porque sé que mi mamá fue humillada por su familia, o sea, el papá la quiso violar, el hermano la quiso violar, la mamá no le creía, entonces todo eran golpes y una cosa y la otra” (E1).

La madre es la cabeza del hogar; debe trabajar para sostenerlo, lo que lleva a distanciarse de sus hijos, delegando sus cuidados a otras personas, principalmente a la abuela, quien asume el rol de la mamá:

“Mi mamá madrugaba a las dos de la mañana a trabajar; llegaba a las cuatro de la tarde, cinco, seis, así; no tenía hora fija, mientras que mi mamita (abuela) se quedaba con nosotros...” (E5).

Entre algunos *hermanos* se establecen relaciones de protección mutua y de complicidad. Son considerados como intermediarios frente a la mamá. Esta mediación se da cuando quieren evitar el castigo o para que les permitan ingresar a la casa en forma transitoria o permanente:

“Mi mamá me miraba y me decía: —Yo no la voy a dejar entrar. —Yo: —¡No me deje entrar, pero déme comida, que tengo hambre!, —Que tampoco te voy a dar comida. —Entoes llegó la hermana mía: —Ma, mire a mi hermanita, déjela entrar; ¡qué pesar! —Que no. —Entoes se va usted con ella. —Entonces, ¡ah, nos vamos las dos! —Y como mi hermana es la ñaña de mi mamá (la preferida): —Entoes, que entre, pues...” (E3).

El *hogar* se rige por normas sobre el cumplimiento de tareas, funciones para el manejo de la casa y compromisos como las horas de llegada. Las normas son rígidas, implícitas e inconsistentes, en cuanto dependen del estado de ánimo de la madre, del padre o de quien los cuide. El incumplimiento de estas normas a veces causa problemas, que pueden generar violencia hacia los hijos por no asimilarlas y hasta pueden expulsarlos a la calle [9]: “Estudia, trabaja o se va de la casa” (E4).

Del hogar a la calle

Los hallazgos muestran que los niños que participaron en el estudio tienen varias razones o circunstancias que favorecen el tránsito del hogar a la calle, como por ejemplo el maltrato físico y verbal, la falta de afecto, la desintegración de los vínculos familiares y los abusos, hallazgos que concuerdan con autores como De Venanzi y Hobaica [10], Galeano y Vélez [11] y Ribeiro [12]: “Porque es que de mí bregaron hasta abusar mis primitos, mis mismos primos, es una cosa que uno carga aquí desde niño” (E7).

Las personas que conforman el hogar ejercen autoridad sobre los niños por medio de castigos que les producen sentimientos de *rencor* y que posibilitan el paso a la calle. Algunas veces, los niños recurren a la *manipulación* como estrategia para aumentar la libertad y disminuir los castigos:

“Pa no calentarme mucho en la casa y amortiguar el regaño con mi mamá, le llevaba mercaíto... llegaba donde mi mamá con una cara de 38 [revólver], y yo: —¡Uh!, bueno, entoes mamá, tranquilita —le decía yo—; vea, mami, el mercadito y aquí una plata que tenía. —Le daba, entoes ahí apaciguaba a mi mamá un poquito” (E1).

El factor *económico* es otra de las razones por las cuales los niños abandonan el hogar:

“Yo ya estaba más grandecita, ya entendía mucho más lo que vivíamos, veía más y entendía más el sufrimiento de mi mamá y de tantas cosas; de ver cómo nos sacaban de la pieza porque no habíamos pagado... Entonces empecé como a entender muchas cosas y ahí sí pude decidir, pues,

cómo coger un camino diferente... Claro que yo empecé con mi mamá; yo salía con mi mamá... Mas sin embargo pensaba que debía estar con ella, pero me cansé de eso y entonces decidí coger rumbo sola, hacer mis propias cosas sola, conseguir la plata por mi cuenta...” (E1).

La madre cumple un papel importante en la socialización. Los impulsa a ser adultos o a dejar de serlo; en muchos casos, es la que los inicia en el conocimiento en la calle y en ocasiones les enseña a trabajar en esta:

“Mi mamá desde muy chiquita me enseñó a vender cigarrillos; mi mamá tenía una *chacita*... Desde ahí, yo empecé a andar la calle; a andar no, a conocerla; entonces, pues me le volaba... Me fui enrolando, me fui enrolando en la calle...” (E7).

A lo anterior se suman los intereses que tienen los niños, como el deseo de conocer otros espacios a los que no han tenido acceso; la obtención de *libertad* [13]; el deseo de *aventura* [14]: “Ese día me dio el arranque y ella [amiga] me dijo: —Vámonos —y yo me fui” (E2), como también el poder *consumir* droga sin que nadie se dé cuenta en su hogar: “Me metía al baño a hacerme la que me bañaba; entonces abría la llave y dejaba que el chorro cayera y metía un pie pa que se sintiera como de que una persona estaba en el chorro, y era sentada en un balde y trabándome” (E1); y *tomar decisiones* de forma libre sin tener que recibir castigos: “Y nos íbamos hasta tres días a acampar sin permiso de los papás; de nadie; es que nosotros como de por sí, siempre como que nos mandábamos solos” (E2).

Calle

Los niños al llegar a la calle encuentran un espacio donde desarrollan la mayor parte de las actividades y se sienten libres. Este tránsito les exige la búsqueda de formas para sobrevivir, permitiendo así que crezcan en la adultez. Para este crecimiento utilizan mediadores o facilitadores, como las drogas: “Antes de empezar a trabajar, nos veníamos pa ca; armábamos el bareto, nos trabábamos y a camellar” (E1).

Los niños interactúan con: *los compañeros*, que son aquellos que viven en la calle, con quienes comparten algunas situaciones; *las amistades*, como vendedores o compradores y gente que anda en la calle, con quienes no tienen vínculos afectivos y de los cuales en momentos determinados reciben apoyo; *los hijos de papi y mami*, pertenecientes en su mayoría a una condición económica alta, son consumidores de ella y su interacción con los niños se caracteriza por el sometimiento; y *las corbatas*, que tienen dinero y dominio político, manejan las armas y el mercado de la droga; los niños de la calle les prestan servicios y a cambio reciben dinero. La posición frente a ellos es más de prevención (recelo). Por último, están *las culebras*, que son aquellos que deben o a quienes se les debe algo (droga, dinero, muertos, favores, entre otros):

“Las culebras hay que acabarlas, o bien saldándoles la deuda o matándolas” (DC).

Los niños, al iniciar su situación de calle, se relacionan con algunas personas a las que denominan *protectores*, que los acogen, les enseñan a vivir, a “camellar” (trabajar), les indican las normas, los apoyan en situaciones de conflicto y comparten con ellos lo que tienen: “Ella fue como tan especial, que me dijo: —Lo que yo tenga, mientras pueda, yo lo comparto con usted” (E1).

Los protectores son los que generalmente los ponen en contacto con un “combo”, o grupo de muchachos, que después de un tiempo los acepta o no como integrantes; en caso de no ser aceptados, buscan otro combo o forman un nuevo grupo. Durante la inserción en los combos, el niño se apropia de la calle, la conoce más y la convierte en un espacio privado; la vuelve propia y, de esa manera, la calle adquiere cada vez más importancia, mientras el hogar la pierde [15].

Algunos niños piensan que la vida en la calle es dura:

“Vivir en la calle es como si uno no tuviera nada, ni esperanzas, ni nada” (E2).

“Es muy duro saber que en la casa de uno tiene dormida, tiene su comida; así no sea la mejor, pero la tiene. En la calle la tiene que buscar pa que le den sobraos que dejen por ahí y dormir en la acera” (E2).

Las dificultades que existen en la calle disminuyen cuando se pertenece al combo, lo que les permite ser adultos y así encontrar una familia; encuentran protección, apoyo, dinero y comida, y además tienen normas que respetan y hacen respetar: “Esa es la ley de la calle, respetar para que lo respeten” (E3). Cuando se tiene un grupo con estas características, quienes lo integran se convierten en *parceros* (“los que siempre están con uno”) (E3), en quienes encuentran afecto, aceptación, libertad, pareja y nuevas vivencias; ellos son como los hermanos y hacen parte de la familia de la calle: “Todos nos brindábamos cariño, aprecio. Ya vi que la familia mía no estaba allí, sino acá” (E6).

Los combos se desplazan y ubican en distintos sectores de la ciudad; viven en los parques y las aceras [16]; algunas veces alquilan una casa o pieza en hoteles para vivir y asumen los diferentes roles del hogar. Perdura la familia de la calle hasta cuando matan al líder. Al suceder esto, algunos integrantes pretenden ocupar su lugar, otros se unen a nuevos combos o regresan a su hogar. Si el líder es encarcelado, la familia no se desintegra y a veces los lazos de unión se fortalecen.

En la cotidianidad de la calle se manifiesta el *poder* como “poder del corazón” y “poder de la ambición”. El primero es el que se reconoce por la entrega a los demás; no pretende dominar, ni infundir miedo; se logra

por medio de acciones como prestar ayuda cuando se tiene algún problema con la fuerza pública o con otras personas, conseguir que los muertos sean enterrados y curar los heridos: “[...] esa necesidad tan grande de la gente y empecé a ayudarlo... si tengo una cosa y hay que compartirla, la comparto y si hay que luchar por algo, se lucha” (E4). Este poder perdura y no puede ser arrebatado, aunque en ocasiones se puede delegar temporalmente; además, posibilita la consolidación de la familia de la calle y el surgimiento de un líder.

El “poder de la ambición” se consigue por medio del dinero, el dominio del negocio de la droga, la posesión de armas y las cicatrices o marcas que quedan en el cuerpo después de haber vivido distintas situaciones de agresión: “Vea, yo tengo veintiocho puñaladas, y todos esos se han chuliado [están muertos]” (E8). Este poder, además de posesión, implica control de las otras personas y de lo que se tiene.

Familia deseada

En los hallazgos, los niños hablan de otra familia cuyas características difieren del hogar y de la familia de la calle; en este caso, afirman haberla encontrado durante el tiempo en que estuvieron viviendo juntos, mientras se filmó la película *La vendedora de rosas*.

Los niños buscan una familia que les ofrezca afecto y libertad: “Tener cariño y libertad de bailar, conseguir novios y trasnochar. También libertad de estrenar o de ponerse ropa prestada” (E7), según Delval [14], que les propicie un ambiente de confianza donde los acepten, los amen tal como son y puedan tener relaciones gratificantes:

“Que se entiendan mutuamente todos, o sea, que no haya desprecio, ni rencor hacia nadie y que, si hubo algo para él, para usted también o para mí también, no para una sola persona. Como dice el dicho: ‘Todos en la cama o todos en el suelo’” (E3).

Esta es la que denominan “familia deseada”; allí prima el poder del corazón; “todos tenemos el mismo valor aunque todos no somos iguales” (DC); está conformada por mamá, papá y hermanos. Anhelan una mamá dedicada a las labores del hogar y que esté pendiente de todas sus necesidades; un papá responsable que lleve el dinero, la comida, pague el arriendo, la educación, comparta con sus hijos, controle los problemas y establezca las normas; unos hermanos cómplices, con los que puedan salir, compartir sus cosas, y que cuando peleen, no dejen de ser amigos.

Regreso al hogar

Hay varias razones para volver al hogar. Estas se pueden agrupar en:

- *Carencias*: determinadas por la falta de sitios para asearse, dormir y cambiarse de ropa.

- *Deseos*: expresados en querer ver a su mamá y hermanos, saber cómo está la situación en su casa y obtener apoyo cuando tienen problemas.
- *Experiencias*: ver morir a sus compañeros, ser violados, maltratados y recibir agresiones de personas o grupos: “Me tocó ver que los policías quemaron una amiga de nosotros con sacol; pues le quitaron el sacol, se lo echaron en la cabeza y la prendieron. Desde eso, pues me asusté mucho; me asusté demasiado y dije: —esto no es conmigo. —Y desde ese día no, yo ya paro; yo ya seguía pues en la casa, yo ya no salía...” (E2).
- *Dificultades*: se relacionan más con su situación personal, como el cansancio, el hambre y el frío.
- *Frustración*: cuando se acaba la familia en la calle o no encuentran a la familia deseada. “De pronto, una violación, mucha aguantadera de hambre, problemas, no sé, pues porque cuando yo decidía volver a la casa, era que ya me sentía que me hacía falta mi mamá, queriendo estar como en compañía de ella, porque añoraba la cama de la casa, ya como tanto frío, ya como cansada en la calle” (E1).

La estadía de los niños en el hogar, posterior al retorno, no es permanente. Regresan a la calle, porque sienten que en el hogar pierden adultez y, en consecuencia, libertad; además, encuentran los mismos problemas económicos y sociales que existían cuando lo dejaron.

Conclusiones

- Para los niños en situación de calle existe una diferencia entre el hogar y la familia. Esta es más importante que el hogar y se constituye a partir de los combos o grupos de *parceros* que habitan en las calles. La familia les facilita su sobrevivencia y les permite desempeñar su rol como adultos. Allí encuentran un espacio propicio para incorporarse a la vida y establecer diferentes tipos de relaciones.
- En la calle se realizan interacciones con algunas personas como los compañeros, los *parceros*, las amistades, los protectores, los *hijos de papi y mami* y se tiene cuidado con las *corbatas* y las *culebras*.
- Los *protectores* son personas importantes en el proceso de inserción en la vida en la calle, pues son los que dan las primeras pautas, enseñan a trabajar y conectan a los niños con los combos.
- Las interrelaciones que se dan entre ellos giran en torno a dos tipos de poderes: “poder del corazón” y “poder de la ambición”, constituidos por elementos muy diferentes.
- Las personas en situación de calle salen de sus hogares por diversos motivos. Entre los más frecuentes se encuentran la falta de afecto, el

- maltrato recibido, la posibilidad de conseguir dinero y droga, el deseo de nuevas aventuras, la obtención de libertad y el poder tomar sus propias decisiones.
- Se presentan situaciones en que los niños regresan al hogar, pero en la mayoría de las veces este retorno es temporal, mientras se soluciona la dificultad por la cual han tenido que regresar.
 - La “familia deseada” es buscada por los niños en situación de calle para que les llene vacíos afectivos y les brinde aceptación y comprensión. En ella “todos tenemos valor, aunque no todos somos iguales”.

Reconocimientos

Durante el proceso de investigación participaron A Giraldo, C Forero, L López, L Tabares, F Cabarcas, P Durán, J Cano y Y Ramírez. En la revisión para la publicación del artículo, hicieron parte del equipo A Valencia, M Hurtado y M Suárez.

Glosario

- Bareto: cigarrillo de marihuana.
- Bonyur: nombre comercial de un alimento compuesto de yogur con cereal.
- Calentarse: cuando se hace algo y la gente ya se dio cuenta, le puede suceder algo.
- Chacita: lugar pequeño de trabajo, ubicado en los andenes, donde se venden dulces.
- Chuliar: matar.
- Combo: banda que se contrata para realizar acciones como ajuste de cuentas.
- Cara de 38: cara de disgusto, por alusión al revólver calibre 38.
- Mercadito: pequeña dotación de alimentos.
- Ñaña: persona consentida.
- Sobraos: restos de comida.

Referencias

1. Velasco H, Díaz de Rada A. La lógica de la investigación etnográfica: un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela. Madrid: Trotta; 1997. p. 235.
2. Geertz C. Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En: Bohanman P, Glazer M. Antropología. Lecturas. 2.ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 1993. p. 547-568.
3. Velasco H, Díaz de Rada A. *Op. cit.* p. 49.
4. Geertz C. *Op. cit.* p. 554.
5. Galindo J. Etnografía. El oficio de la mirada y el sentido. En: Galindo J. Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. México: Pearson; 1998. p. 347-379.
6. Gaviria V. La vendedora de rosas [video]. Medellín: Producciones Filamento; 1998.
7. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, 4 de octubre, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
8. Maciel C, Brito S, Camino L. Characterization of street children in João Pessoa, Brazil. *Psicol Reflex Crit* 1997;3(2): 315-334. [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Consultado: 20 de septiembre del 2004.
9. Tamayo J, Atehortúa J, Castaño, J. Factores socio-familiares que inciden en el abandono del grupo familiar y posterior vinculación a la calle de los niños y jóvenes pertenecientes al programa menor de la calle en Ciudad Don Bosco durante el año 2002. Medellín, 2003. Trabajo de grado. [Trabajador social]. Universidad de Antioquia. Departamento de Trabajo Social.
10. De Venanzi A, Hobaica G. Niños de la calle, ¿Una clase social? [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.geocities.com/trabajosociedad/DeVenanzi.htm>. Consultado: 5 de octubre de 2003.
11. Galeano E, Vélez RO. La calle como forma de sobrevivencia: gaminismo, prostitución infantil y menor trabajador en el centro de Medellín. Medellín: Cámara de Comercio de Medellín, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Consejería Presidencial para Antioquia; 1996. p. 50.
12. Ribeiro MO. A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003;11(5):622-629.
13. *Ibid.*, p. 627.
14. Delval J. El adolescente y el mundo social En: Delval J. El desarrollo humano. México D.F.: Siglo XXI; 2000. p. 574-591.
15. Corrales M, Zuluaga J. Niñez callejera y contexto socio-familiar. Una mirada desde el trabajo social. Medellín, 2001. p. 34. Trabajo de grado [Sociólogo]. Universidad de Antioquia. Departamento de Sociología.
16. Galeano E, Vélez RO. *Op. cit.* p. 78.

Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003

Description of access to health services for displaced recipient children in marginal settlements of six cities in Colombia, 2002-2003

Mónica P. Ballesteros P¹; Marta B. Gaviria L²; Sofía E. Martínez B³.

¹ Médica, Especialista en Salud Ocupacional, Magíster en Epidemiología, investigadora del Grupo de Epidemiología, profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Cibercorreo: mballesterosp@guajiros.udea.edu.co

² Médica, Magíster en Epidemiología, investigadora del Grupo de Epidemiología, profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

³ Médica, Magíster en Epidemiología, investigadora asociada del PECET, Universidad de Antioquia

Recibido: 2 de septiembre de 2005 Aceptado: 21 de febrero de 2006

Ballesteros MP, Gaviria MB, Martínez SE. Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2006;24(1):7-17

Resumen

Objetivo: describir el acceso a servicios de salud en menores de 18 años desplazados y receptores de sectores marginales en Colombia. **Materiales y métodos:** estudio de corte transversal con fuentes secundarias suministradas por la OPS, con información de menores residentes en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia (Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, Montería y Soacha). **Resultados:** se encontró distribución similar por sexo y grupos de edad. Se observó mayor proporción de menores desplazados desescolarizados y tamaño de hogar mayor; asimismo, baja proporción de consulta entre los que percibían la necesidad de hacerlo sin diferencias por población, explicada en su mayoría por falta de dinero, sin otras asociaciones. El

acceso real estuvo asociado con el hecho de ser desplazado. Con el análisis de correspondencias múltiples se tipificó al individuo, mostrando alta vulnerabilidad para el acceso en desplazados, con carta de la Red de Solidaridad Social (RSS), pertenecientes a un hogar con jefatura femenina con un oficio no remunerado. **Conclusión:** se encontraron dificultades de acceso relacionadas con aspectos diferentes al aseguramiento; entre estos, la falta de dinero, el ser menor desplazado, tener carta de la RSS y pertenecer a un hogar con jefatura de hogar femenina sin oficio remunerado.

-----**Palabras clave:** desplazamiento forzado, accesibilidad a los servicios de salud, población marginada, Colombia, salud infantil

Abstract

Objective: to describe access to health services in displaced recipient children living in marginal settlements in Colombia. **Design and method:** cross-sectional study with secondary sources provided by PAHO, which included information about children under 18 years old who lived in settlements of six cities in Colombia (Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellin, Monteria and Soacha). **Results:** similar distribution by sex and age. It was observed a greater proportion of displaced children

not attending to school and with bigger households. Low proportion of health services attendance for those subjects who felt the need to look for attention frequently arguing lack of money, with no differences by population with any other associations. Real access was associated with being displaced. Using multiple correspondence analysis individuals were typified, showing high vulnerability when it comes to health services access for those subjects with a paper authorizing

health attention and belonging to a household headed by a woman with no remunerated job. **Conclusion:** observed difficulties to health access were related to aspects different from social security; as lack of money, being a displaced

person, a paper authorizing health attention and belong to a household headed by a woman with no remunerated job.

-----Key words: forced displacement, health services accessibility, isolated population, Colombia, child health

Introducción

Los desplazados, en la mayoría de las circunstancias, son personas en condiciones de pobreza y vulnerabilidad que se han visto forzadas, a causa de la violencia, a partir de sus hogares o lugares habituales de residencia hacia otros territorios dentro de las fronteras del país [1]. En Colombia, cerca de dos millones de personas han sido obligadas a movilizarse de su lugar de origen para proteger sus vidas. Esta situación se dificulta aún más por el hecho de que muchos desplazamientos ocurren de manera silenciosa, y por tanto algunas personas no son identificadas como parte de esta población [1-6].

Como producto del desplazamiento se da una recomposición sociodemográfica, en espacios urbanos determinados, a los cuales se les ha dado el nombre de asentamientos. En ellos se encuentran altos índices de marginalidad que multiplican los problemas urbanos y a su vez pueden convertirse en otro factor de conflicto que prolonga en las ciudades el enfrentamiento armado [7, 8].

De todos los grupos que hoy sufren discriminación y violencia, cuatro se destacan por la severidad y universalidad de su marginación: niños, mujeres, pobres de áreas rurales y minorías étnicas (indígenas y afrocolombianos), que se ubican en zonas marginales urbanas de ciudades grandes e intermedias y en zonas de áreas metropolitanas, y que se enfrentan a un dramático deterioro de su calidad de vida, pero que prefieren en su mayoría quedarse donde están, ante la persistencia de los fenómenos de violencia en sus regiones de origen [9, 10].

La Red Interagencial de la Organización de las Naciones Unidas en los Desplazamientos Internos señala que niños y adolescentes conforman la mitad de todas las personas desplazadas internamente (PID) en el mundo. La Organización Internacional para la Migración (OIM) estima que de los 17 millones de niños colombianos, aproximadamente 700.000 han sido desplazados a causa del conflicto y la violencia. En las ciudades grandes, el 54,0% de la población desplazada son niños; y el grupo de mujeres y niños llegan a representar el 80,0% del total de la población en esta situación [11].

De acuerdo con el Alto Comisionado de la ONU para Derechos Humanos, los niños colombianos han sufrido más que cualquier otro sector de la población los resultados del conflicto armado interno. Los desplazamientos tienen en ellos un efecto devastador, limitando sus oportunidades para el desarrollo personal. Los traumas se asocian a la violencia que precede generalmente los desplazamientos, el cambio

precipitado en la administración de su tiempo y espacio, y el desmembramiento del núcleo familiar genera una nueva situación aún más hostil. A esta lista se le agregan los efectos de la segregación y estigmatización a los niños, que tienen un impacto negativo en el desarrollo psicosocial [11-15].

El desplazamiento de una población siempre afecta el estado de salud y el cuidado de salud de las personas involucradas, impacto que es superior en las mujeres y en los niños. La exposición a nuevos riesgos y la mayor vulnerabilidad resulta en mayores riesgos para el desarrollo de enfermedades e incluso el aumento de la mortalidad en esta población [2, 11].

En los lugares de asentamientos de comunidades desplazadas por la violencia, es reiterada la presencia de menores con enfermedades de tipo infeccioso y con altos niveles de desnutrición. De igual forma, la cobertura en salud no alcanza a dar respuesta a las diferentes manifestaciones psicológicas que dejan la guerra y su creciente degradación en la mente de niños y jóvenes [5, 11].

El Programa de Alimentación Mundial (PAM) ha afirmado en varias ocasiones que hay una falta de atención y servicios ofrecidos a las familias desplazadas después de los primeros meses de haber sido desplazados y que, consecuentemente, su salud se deteriora [5, 11].

La reducción del acceso a los servicios de salud es otro obstáculo con el que debe lidiar esta población. Ellos pierden el acceso a los servicios de salud a los que habitualmente acudían y, adicionalmente, tienen desventajas culturales, económicas y funcionales en los servicios de salud en donde se reubicar.

En Colombia, en el año 2000, solo el 22,0% de la población desplazada reportó tener acceso a los servicios médicos. Una de las causas que puede limitar el acceso es la pérdida de información sobre la utilización de los servicios de salud, su ubicación o los costos [2]. Cuando el acceso a los servicios se dificulta, la población receptora, que es aquella que se encontraba ya en los asentamientos, participa del sufrimiento de los desplazados. En resumen, se presenta como resultado la reducción al acceso a los servicios de salud y condiciones precarias de salud, tanto en la población desplazada como en la receptora [2, 8].

El Grupo Tema de la Organización de Naciones Unidas sobre los Desplazamientos, concluyó que las PID sufren discriminación para obtener cuidados médicos. Los funcionarios del gobierno han suministrado varias explicaciones sobre la falta de acceso que tienen las PID al sistema de la salud; entre ellas, se resalta que

la situación es parte de un “problema estructural” a causa de recursos inadecuados. Es difícil proporcionar servicios a las PID de manera individual y no de forma masiva, puesto que la mayoría de estos se desplaza sobre una base individual. Esto significa que la mayoría tiene dificultad de acceder al sistema; esta situación evidente no se reconoce oficialmente y, por lo tanto, no se ha traducido en la elaboración de programas eficaces. Por último, el requisito de que las PID deben registrarse con la Red de Solidaridad Social (RSS) para recibir servicios médicos a los cuales tienen derecho; este requisito sigue siendo supremo, a pesar de que los mismos funcionarios de salud reconocen que muchas de las PID no se registran porque tienen miedo de ser identificados [11].

La equidad en el acceso a los servicios de salud y los cuidados preventivos son esenciales para reducir el número y los tipos de riesgos y factores de vulnerabilidad [2].

La utilización de los servicios de salud se refiere al proceso en que se relacionan la población y el personal de salud para satisfacer una condición de salud determinada; esta incluye una cadena de acontecimientos que se presentan desde que surge la necesidad de atención hasta el momento en que se inicia o continúa la utilización de los mismos. A lo largo de este proceso, se identifican como determinantes de la demanda de atención aspectos como las creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor, a la frustración y a la incapacidad [16].

Dentro de los principales factores que afectan la utilización de los servicios de salud, se encuentran las características de la enfermedad y los factores sociodemográficos, económicos y culturales de la población; es así como la percepción de la enfermedad y su gravedad activarán mecanismos de búsqueda de resolución del problema. La edad de las personas — siendo mayor la necesidad de resolución en las edades extremas de la vida— y el género marcan diferencias en la necesidad de atención médica, especialmente por las diferencias en los riesgos reproductivos y laborales. Asimismo, aspectos estructurales del hogar, tales como el tamaño y el nivel educativo de los jefes, son determinantes en la utilización. En condiciones de pobreza, la presencia de hogares numerosos puede afectar el ingreso per cápita, limitando el acceso a los servicios de salud; por su parte, jefes de hogar con bajo nivel educativo limitan la identificación temprana de problemas de salud propios y de las personas a su cargo, y la necesidad de búsqueda de ayuda, especialmente en enfermedades agudas y servicios preventivos [16].

Es importante resaltar que la condición de salud percibida por una población y su interacción con la estructura de servicios asistenciales ofrecidos es un fenómeno complejo, que es conveniente analizar en función de las características propias de la población, que influyen sobre la utilización de los servicios ofrecidos, y

de la estructura asistencial que condiciona a la población en la utilización de los mismos [16].

En el presente estudio, el análisis de las condiciones de acceso a los servicios de salud se valoró en dos dimensiones: potencial y real. El acceso potencial es la posibilidad de obtener atención determinada por la adecuación entre el sistema de prestación de servicios (disponibilidad de recursos, tipo de aseguramiento y estructuras de servicios) y las características de la población (predisposición frente al sistema de servicios, tener carné de aseguramiento y morbilidad percibida). El acceso real se refiere a la “utilización efectiva” de servicios de salud, los cuales, en el caso de la oferta, van desde el tipo de institución y servicios utilizados hasta la capacidad resolutoria. En el ámbito de las características de la población, el acceso real pasa por la satisfacción del usuario, las actitudes y prácticas respecto a la experiencia de utilizar servicios y la percepción de resolución de la necesidad en salud [17, 18].

El Estado colombiano tiene la obligatoriedad de proteger el derecho a la salud de sus habitantes; fue a partir de la aprobación de la Ley 387 de 1997, cuando se asignó al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) la responsabilidad de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población desplazada [18].

Este artículo busca describir las condiciones de acceso a los servicios de salud de los menores de 18 años desplazados y receptores que habitan en asentamientos marginales de seis ciudades de Colombia, con el propósito de brindar información a quienes toman decisiones de políticas, diseñadores y ejecutores de estrategias de intervención orientadas a reducir barreras de acceso y a garantizar una atención integral en salud a esta población en condiciones de especial vulnerabilidad en el país.

Metodología

Se realizó un estudio de corte transversal basado en fuentes secundarias [18, 20-21]. Para el análisis, se seleccionaron variables relacionadas con el acceso a los servicios de salud de la investigación “Condiciones de salud en menores de 18 años desplazados y receptores que comparten asentamientos marginales en 6 ciudades de Colombia, 2002-2003” [22]. Las ciudades incluidas en el estudio fueron Cali, Cartagena, Montería, Soacha, Medellín y Bucaramanga, principales receptoras de desplazados en el país.

Las unidades de análisis seleccionadas fueron los individuos menores de 18 años y los hogares de cada uno de ellos. Para identificar los hogares como desplazados o receptores operativamente, se decidió tomar como base para el estudio la condición individual del jefe o cabeza de este, puesto que se encontraron hogares constituidos por personas de diferente condición (unas que venían

desplazadas y otras que ya habitaban en el asentamiento eran migrantes no desplazados).

La morbilidad percibida recientemente hace referencia a la información suministrada por el padre o cuidador del menor acerca de las enfermedades presentadas por los menores en las dos semanas previas a la encuesta. La morbilidad fue clasificada según diagnósticos manifestados y los síntomas más frecuentes por sistemas.

Se trabajaron, con la totalidad de los registros, 5.646 individuos y 2.753 hogares. Se excluyeron del análisis los registros duplicados, incompletos o que no tuvieran coherencia.

Las variables estudiadas en el individuo fueron: tipo de población (desplazada o receptora), sexo, edad, nivel educativo, morbilidad percibida reciente, tipo de documento para acceder a servicios, búsqueda de ayuda asistencial, negación de la atención y razón principal para no asistir a servicios de salud. En el hogar se estudiaron: sexo del jefe del hogar, estado civil, lectoescritura, nivel educativo, remuneración del oficio del jefe de hogar y hacinamiento.

Para las variables cualitativas se determinó su frecuencia y porcentaje según tipo de población, grupos de edad y sexo. La significación estadística se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado de independencia, donde se comparó cada categoría de respuesta de la variable con relación a las demás categorías, con un nivel de significación del 5%. Cuando se cruzaron variables dicotómicas que tenían frecuencias esperadas inferiores a 5, se determinó la significación mediante la prueba exacta de Fisher [23, 24].

Para las variables cuantitativas, se determinaron las medidas de resumen descriptivas. Se evaluó su normalidad por medio de la prueba de Kolmogorov Smirnov. La distribución de las variables no fue normal, por lo tanto, se usó la prueba U de Mann-Whitney. El nivel de significación usado fue del 5% [23, 24].

Se realizó un modelo de correspondencias múltiples, que es un método factorial que permite establecer tipologías de individuos y describir asociaciones entre las variables seleccionadas. Se incluyeron variables del menor y del hogar que mostraron asociación estadísticamente significativa. La selección del número de factores a evaluar se hizo mediante la identificación del mayor aporte que realizó cada uno a la asociación entre las variables (coeficiente c2). Se realizó la representación gráfica de los perfiles de morbilidad percibida y acceso a los servicios de salud [25-27].

El análisis estadístico se realizó con el apoyo del programa SPSS, versión 11,5, Epiinfo para Windows versión 3.3.2. y XLSTAT versión 7.5.3.

El presente estudio se desarrolló teniendo en cuenta las consideraciones éticas establecidas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud [28]. Se garantizó la confidencialidad de la información, reservando la identidad de las personas e instituciones participantes.

Resultados

Descripción sociodemográfica

El total de la población menor de 18 años estudiada en las 6 ciudades fue de 5.646 personas, de las cuales 2.291 (53,0%) estaban en situación de desplazamiento y 2.655 (47,0%), era población receptora. La edad promedio fue de 7,6 años ($\pm 5,0$) y el 50% de los menores tenía 7 años o menos. La distribución según sexo fue similar, siendo algo mayor la población femenina (50,8%); por cada 100 niñas en situación de desplazamiento había 96 niños; y por cada 100 niñas receptoras, 98 niños, sin encontrarse diferencias significativas entre desplazados y receptores (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los menores de edad según tipo de población

Variable	Tipo de población				Prueba de significación	
	Desplazada		Receptora		X ²	Valor P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
<i>Sexo</i>						
Hombre	1.463	48,9	1.317	49,6	0,27	0,604
Mujer	1.528	51,1	1.338	50,4		
Total	2.991	100,0	2.655	100,0		
<i>Edad (años)</i>						
< 1	177	5,9	186	7,0	2,77	0,096
1 a 4	770	25,7	762	28,7	6,22	0,013
5 a 11	1.222	40,9	1.014	38,2	4,17	0,041

Continuación tabla 1

Variable	Tipo de población				Prueba de significación	
	Desplazada		Receptora		X ²	Valor P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
12 a 17	822	27,5	693	26,1	1,37	0,243
Total	2.991	100,0	2.655	100,0		
<i>Nivel educativo por grupos de edad</i>						
7 a 11 años						
Ninguno	121	14,8	65	9,6	9,55	0,001
Primaria incompleta	631	77,0	519	75,8	0,29	0,589
Primaria completa	52	6,4	74	10,8	9,68	0,001
Secundaria incompleta	15	1,8	26	3,8	5,44	0,019
Total	819	100,0	685	100,0		
12 a 17 años						
Ninguno	22	2,8	14	2,1	0,83	0,363
Primaria incompleta	368	46,7	175	25,7	69,11	0,000
Primaria completa	177	22,5	126	18,6	3,5	0,061
Secundaria incompleta	214	27,1	351	51,7	91,71	0,000
Secundaria completa	7	0,9	13	1,9	2,83	0,092
Total	788	100,0	679	100,0		

Los menores en edad escolar desplazados tienen menor acceso a la educación que los receptores. En el subgrupo de 7 a 11 años, el 14,8% de los desplazados y el 9,6% de los receptores se encontraban desescolarizados al momento de la encuesta, diferencias que fueron estadísticamente significativas ($p = 0,001$). En el subgrupo de 12 a 17 la desescolarización fue inferior, sin embargo, se encontró una menor proporción de desplazados con algún nivel de secundaria (28,0%) que los receptores (53,6%); esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,000$) (tabla 1).

Los menores pertenecían a un total de 2.753 hogares, de los cuales el 50,2% correspondía a población desplazada y el 49,8% restante, a población receptora. El tamaño de los hogares de los menores en situación de desplazamiento fue significativamente mayor que el de los hogares receptores. Con un promedio de 5,02 ($\pm 2,03$) y 4,76 ($\pm 1,85$) respectivamente (U de Mann Withney = 903.250,50, $P = 0,016$).

De manera similar entre las dos poblaciones, el 56,5% tenía jefatura femenina y la mayor proporción (94,9%), edades comprendidas entre los 18 y los 59 años, intervalo que corresponde a la población económicamente activa (tabla 2).

Al evaluar el nivel educativo de los jefes del hogar de los menores, se encontraron diferencias significativas

en la proporción de analfabetismo en cada una de las poblaciones, siendo mayor en las mujeres cabeza de hogar que en los hombres para ambos tipos de población; asimismo, se encontró una proporción significativamente mayor de desescolarización en las mujeres cabezas de hogar, al compararlas con los hombres en la misma condición, sin embargo, esta diferencia solo fue significativa en la población desplazada ($P = 0,028$). Es importante resaltar que cuando la jefatura la asumía la mujer, hubo una mayor proporción de jefe de hogar sin pareja y con oficio no remunerado, siendo estas diferencias estadísticamente significativas para ambos tipos de población (tablas 3 y 4).

Características del acceso potencial

Con respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se indagó a los padres o cuidadores por el tipo de documento del que dispone el menor para acceder a los servicios de salud, y se encontró un aseguramiento significativamente inferior entre los desplazados. Así, mientras 54,4% de los receptores tenían afiliación al régimen contributivo (carné de una empresa promotora de salud, EPS) o subsidiado (tenían carné de una administradora del

Tabla 2. Sexo y edad de los jefes de hogares con menores de edad según tipo de población

Variable	Tipo de población				Prueba de significación	
	Desplazada		Receptora		X ²	Valor P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
<i>Sexo</i>						
Hombres	600	43,4	598	43,6	0,02	0,888
Mujeres	783	56,6	772	56,4		
Total	1.383	100,0	1.370			
<i>Edad (años)</i>						
< 18	7	0,5	13	0,9	1,87	0,171
18 a 34	727	52,6	724	52,8	0,03	0,853
35 a 59	582	42,1	580	42,3	0,02	0,892
60 y más	67	4,8	53	3,9	1,57	0,209
Total	1.383	100,0	1.370	100,0		

Tabla 3. Algunas características sociodemográficas de los jefes de hogares desplazados con menores de edad según sexo

Variable	Sexo del jefe de hogar				Prueba de significación	
	Hombres		Mujeres		X ²	Valor P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
<i>Edad</i>						
< 18	2	0,3	5	0,6	–	0,705*
18 a 34	282	47,0	445	56,8	13,16	0,000
35 a 59	283	47,2	299	38,2	11,23	0,000
60 y más	33	5,5	34	4,3	0,99	0,329
Total	600	100,0	783	100,0		
<i>Estado civil</i>						
Unión libre	409	68,7	372	48,3	57,17	0,000
Casado	135	22,7	83	10,8	35,45	0,000
Soltero	31	5,2	108	14,0	28,50	0,000
Separado	15	2,5	119	15,5	63,37	0,000
Viudo	5	0,8	88	11,4	59,22	0,000
Total	595	100,0	770	100,0		
<i>Lectoescritura</i>						
No	139	23,2	221	28,2	4,36	0,036
Sí	459	76,8	562	71,8		
Total	598	100,0	783	100,0		
<i>Nivel educativo</i>						
Ninguno	105	17,9	175	22,7	4,77	0,028
Primaria incompleta	247	42,0	282	36,6	4,14	0,041
Primaria completa	134	22,8	163	21,1	0,53	0,466
Secundaria incompleta	82	13,9	118	15,3	0,49	0,483
Secundaria completa	18	3,1	30	3,9	0,67	0,411
Técnica/universitaria	2	0,3	3	0,4		1,000*
Total	588	100,0	771	100,0		

* Según la prueba de Fisher

Tabla 4. Algunas características sociodemográficas de los jefes de hogares receptores con menores de edad según sexo

Variable	Sexo del jefe de hogar				Prueba de significación	
	Hombres		Mujeres		X ²	Valor P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
<i>Edad</i>						
< 18	5	0,8	8	1,0	0,14	0,704
18 a 34	281	47,0	443	57,4	14,60	0,000
35 a 59	288	48,2	292	37,8	14,74	0,000
60 y más	24	4,0	29	3,8	0,06	0,806
Total	598	100,0	772	100,0		
<i>Estado civil</i>						
Unión libre	396	66,9	366	48,0	48,13	0,000
Casado	132	22,3	87	11,4	29,07	0,000
Soltero	38	6,4	129	16,9	34,01	0,000
Separado	18	3,0	130	17,1	67,21	0,000
Viudo	8	1,4	50	6,6	22,04	0,000
Total	592	100,0	762	100,0		
<i>Lectoescritura</i>						
No	80	13,4	145	18,8	7,17	0,007
Sí	518	86,6	627	81,2		
Total	598	100,0	772	100,0		
<i>Nivel educativo</i>						
Ninguno	54	9,3	83	10,8	0,85	0,355
Primaria incompleta	181	31,0	231	30,0	0,16	0,690
Primaria completa	165	28,3	179	23,3	4,41	0,035
Secundaria incompleta	119	20,4	200	26,0	5,76	0,016
Secundaria completa	56	9,6	67	8,7	0,32	0,571
Técnica/universitaria	8	1,4	9	1,2	0,11	0,741
Total	583	100,0	769	100,0		

régimen subsidiado, ARS), esta fue de solo 24,6% entre los desplazados; siendo esta diferencia significativa ($P = 0,000$). El 53,0% de las personas afectadas por el desplazamiento utilizaban para el acceso la carta de la RSS. Llama la atención que 8,0% de los receptores contaban también con este registro que es exclusivo para la población desplazada (tabla 5).

La proporción de menores cuyos padres o cuidadores reportaron morbilidad percibida reciente (en las dos semanas previas al momento de la encuesta) fue similar entre desplazados y receptores (51,0% en promedio). La búsqueda de ayuda asistencial por el padre o cuidador en caso de morbilidad percibida reciente en los menores fue de alrededor de 15%, similar en los dos tipos de población. Entre quienes buscaron ayuda asistencial, se encuentra predominio del sexo femenino y de las edades de 1 a

11 años. No se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los menores desplazados y receptores. Entre las razones expuestas por los padres o cuidadores para no buscar ayuda asistencial (acudir a una institución de salud) en caso de morbilidad percibida reciente en el menor, la principal razón para no hacerlo fue la falta de dinero, proporción que fue significativamente mayor entre los desplazados (57,2%) que entre los receptores (47,6%), ($P = 0,0001$) (tabla 5).

Factores asociados con el acceso potencial

Al explorar los factores asociados con el acceso potencial a los servicios de salud, solo se encontró asociación de la asistencia con la edad del menor y que el ser menor de un año se comportó como factor favorable para la asistencia a los servicios de salud (oportunidad relativa OR = 0,56,

Tabla 5. Características de acceso potencial a los servicios de salud en los menores de edad según tipo de población

Variables	Tipo de población						
	Desplazada		Receptora		Prueba de significación		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	X ²	Valor P	
Tipo de documento del que dispone el menor para acceder a los servicios de salud	Carné de EPS	134	5,8	454	24,5	297,29	0,000
	Carné de ARS	435	18,8	553	29,9	69,47	0,000
	Carné de Sisben	501	21,7	678	36,6	113,29	0,000
	Registro en la RSS	1.225	53,0	149	8,0	938,48	0,000
	Ninguno	17	0,7	17	0,9	0,43	0,514
	Total	2.312	100,0	1.851	100,0		
Morbilidad reciente percibida en el menor por el padre o cuidador	Sí	1.508	50,8	1.361	51,7	0,466	0,495
	No	1.463	49,2	1.273	48,3		
	Total	2.971	100,0	2.634	100,0		
Búsqueda de ayuda asistencial por el padre o cuidador en caso de morbilidad percibida reciente en el menor	Si	235	15,6	207	15,2	0,77	0,782
	No	1.273	84,4	1.154	84,8		
	Total	1.508	100,0	1.361	100,0		
Sexo de los menores de edad que buscan ayuda asistencial por el padre o cuidador en caso de morbilidad percibida reciente	Mujer	125	53,2	116	56,0	0,36	0,549
	Hombre	110	46,8	91	44,0		
	Total	235	100,0	207	100,0		
Grupos de edad de los menores que buscan ayuda asistencial por el padre o cuidador en caso de morbilidad percibida reciente	< 1 año	32	13,6	32	15,5	0,3	0,583
	1-4 años	83	35,3	74	35,7	0,01	0,925
	5-11 años	87	37,0	64	30,9	1,82	0,177
	12-17 años	33	14,0	37	17,9	1,21	0,271
	Total	235	100,0	207	100,0		
Razones expuestas por los padres o cuidadores para no buscar ayuda asistencial en caso de morbilidad percibida reciente en el menor	Falta de dinero	355	57,2	245	47,6	10,39	0,001
	No lo consideré necesario	206	33,2	226	43,9	13,69	
	Otra	60	9,6	44	8,5	0,42	0,516
	Total	621	100,0	515	100,0		

IC95% = 0,41-0,78), sin encontrarse asociación en los otros grupos de edad, es decir, en el menor de un año hay una adecuada proporción de consulta una vez se percibe la necesidad de hacerlo (tabla 6).

Características del acceso real

En el presente estudio, la única variable que dio cuenta del acceso real a los servicios de salud fue la negación de la atención en la institución de salud. Se evaluó de acuerdo al tipo de población y se encontró que del total que asistieron, 9,0% de la población en condición de desplazamiento y 2,1% de la población receptora no fue atendida, diferencia que fue estadísticamente significativa ($c^2 = 8,87$, $P = 0,003$).

Factores asociados con el acceso real

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la negación de la atención y el encontrarse en situación de desplazamiento ($OR = 5,02$, $P = 0,000$), sin encontrarse asociación con ninguna otra de las variables estudiadas (sexo, edad y tipo de documento para acceder a los servicios de salud).

Mediante el análisis factorial de correspondencias múltiples, se evaluaron agrupaciones que caracterizaran los menores de edad provenientes de asentamientos marginales con morbilidad percibida reciente y acceso a las instituciones de salud. La figura 1 muestra la disposición de las modalidades en los dos primeros planos factoriales. Se observa que el primer eje factorial

Tabla 6. Asociación entre la búsqueda de ayuda asistencial por el padre o cuidador en caso de morbilidad percibida reciente en el menor de edad y algunas variables sociodemográficas del menor y del hogar al que pertenece

Variables		Búsqueda de ayuda asistencial por el padre o cuidador en caso de morbilidad percibida reciente en el menor de edad						
		Sí	No	X ²	Valor P	OR*	IC 95%	
Tipo de población menor de edad	Desplazada	235	1.273	0,077	0,782	0,97	0,793	1,191
	Receptora	207	1.154			1		
Edad del menor (años)	<1	115	390	12,143	0,000	0,56	0,405	0,779
	1 a 4	157	819	0,893	0,345	0,86	0,636	1,171
	5 a 11	151	1.000	0,346	0,556	1,09	0,808	1,487
	12 a 17	70	423			1		
Sexo del menor	Mujer	241	1.303	0,105	0,745	0,97	0,78	1,19
	Hombre	201	1.124			1		
Afilación del menor al sistema de salud	No asegurado	209	934	0,07	0,792	0,97	0,77	1,22
	Asegurado	149	687			1		
Sexo del jefe de hogar del menor	Mujeres	273	1.446	0,743	0,389	0,91	0,74	1,13
	Hombres	169	981			1		
Lectoescritura del jefe de hogar del menor	No	85	541	2,025	0,155	1,20	0,93	1,55
	Sí	356	1.883			1		
Presencia de hacinamiento en el hogar del menor	Sí	269	1590	3,55	0,060	1,22	0,99	1,50
	No	173	837			1		

*OR: Oportunidad relativa

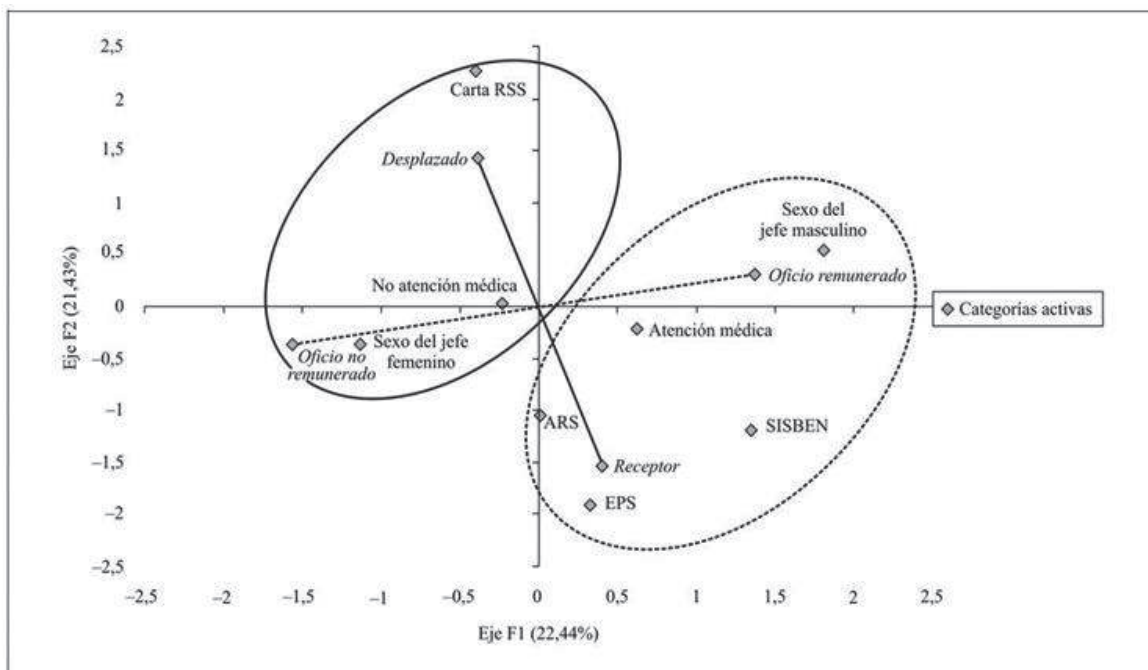


Figura 1. Proyección de las categorías activas sobre los ejes factoriales I y II para acceso real a servicios de salud en los menores de edad

(factor I) está supremamente determinado por la remuneración del oficio del jefe de hogar, y el segundo eje (factor II), por el tipo de población.

Estos ejes establecieron dos tipologías de individuos: por el lado izquierdo se puede afirmar que se encontraban menores que no recibieron atención en una institución de salud, desplazados, cuyo tipo de aseguramiento era la carta de la RSS y cuyo jefe de hogar era de sexo femenino y no tenía un oficio remunerado. Al lado derecho se encontraron aquellos menores que tuvieron acceso a los servicios de salud y que recibieron atención en instituciones de salud; se caracterizaban por ser receptores, tener algún tipo de aseguramiento (EPS, ARS o Sisben) y cuyos jefes de hogar eran de sexo masculino con oficio remunerado.

Todas las variables incluidas en el modelo tuvieron valores significativos, con excepción en el factor I de la variable tipo de aseguramiento subsidiado (ARS) y en el factor II, la variable atención en institución de salud.

Discusión

Con la reforma colombiana en salud (Ley 100 de 1993), se esperaba que mejorara el aseguramiento de la población al SGSSS, generando a su vez una disminución en las barreras de acceso a los servicios de salud, especialmente de tipo económico, que eran las que estaban afectando principalmente a la población más pobre. Sin embargo, después de la reforma, diferentes estudios evidencian que las barreras económicas continúan ocupando el primer lugar [29].

Específicamente en población desplazada, han sido evidentes las limitaciones existentes en el acceso a los servicios de salud, a pesar de que el Estado colombiano reconoce y afirma a través de la legislación (Ley 387 de 1997) la existencia de derechos especiales [1]. Recientemente, una decisión de la Corte Constitucional señaló que el gobierno no ha cumplido sus responsabilidades y obligaciones legales frente a la población desplazada, lo que obliga al Estado a reorientar sus acciones en torno a esta [30].

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), para el año 2000, el servicio y la cobertura de la seguridad social en Colombia ha presentado un progreso rápido y exitoso en los últimos cinco años. Las cifras de afiliación se duplicaron del 23% en el año 1993 al 58% en el 2000, encontrándose la mayor proporción de afiliación en la población urbana (60%) [31]. En el año 2002, la cobertura poblacional para el régimen contributivo fue del 30% y para el subsidiado, del 26% [31, 32].

Según los resultados del presente estudio, la cobertura de aseguramiento en los menores se mantuvo por debajo de lo reportado para el país, tanto para

receptores como para desplazados; con presentación en este último grupo de porcentajes más desfavorables. Estos resultados probablemente reflejan el comportamiento esperado para el sistema actual de aseguramiento, que fue diseñado para que, a través del régimen subsidiado, se brindara aseguramiento a personas de bajos recursos económicos, aunque en población infantil en situación de desplazamiento es el registro de la RSS el principal documento que permite acceder a servicios de salud.

Según investigaciones realizadas en Colombia, el tipo de aseguramiento constituye una de las barreras que encuentra la población para acceder a los servicios de salud, teniendo los usuarios del régimen subsidiado mayor dificultad para recibir la atención, especialmente en enfermedades de alto costo, con limitación de acceso a niveles de atención de mayor complejidad y falta de dinero. En otros casos, la utilización de los servicios se limita por exigencia de trámites y ubicación de servicios de salud en zonas distantes. En general, el tener un aseguramiento no garantiza a una persona el acceso real a los servicios de salud y no elimina las barreras económicas [29].

En este estudio se encontró que la falta de dinero fue la principal razón para no asistir a una institución de salud, lo cual está acorde con lo reportado en estudios nacionales representativos en los que las barreras económicas constituyen antes y después de la reforma sanitaria el mayor obstáculo para obtener servicios, principalmente en las poblaciones más pobres [29].

Han aparecido nuevas barreras en el acceso a los servicios de salud generadas por usuarios y prestadores. No es suficiente el hecho de lograr la superación de las barreras de acceso geográfico y las barreras económicas para garantizar la atención en salud. De los menores cuyos padres o cuidadores reportaron morbilidad percibida reciente y que consultaron a una institución de salud por esa causa, hay un porcentaje importante a quienes se les niega la atención en salud, siendo esta negación mayor en las personas en condición de desplazamiento que en los receptores. Lo anterior podría explicarse por la tendencia de asimilar a la población desplazada como pertenecientes al SGSSS, lo que tiende a abolir los contenidos especiales de atención y protección de los derechos de esta población que, por sí mismos, ya habían sido vulnerados, desconociendo que fueron desplazados por una falla en el deber estatal de protección.

Al explorar otros atributos relacionados con las dificultades de acceso real a los servicios de salud, el modelo de correspondencias múltiples permitió una aproximación a los grupos de individuos que requerían una atención prioritaria, siendo estos los menores desplazados, con el registro de la RSS como aseguramiento, cuyo jefe de hogar era femenino, sin tener este un oficio remunerado.

Conclusiones

En los menores de 18 años, habitantes de estos asentamientos marginales, se encontraron dificultades de acceso a los servicios de salud. Estas fueron superiores en la población desplazada; sin embargo, en ambas poblaciones el acceso es limitado, de ahí la importancia de la formulación de políticas y el diseño de estrategias orientadas a la población marginada, sin discriminar dentro de ella. La principal razón para no asistir a una institución de salud cuando hubo necesidad de realizarlo fue la falta de dinero.

El estudio revela la conformación de un perfil epidemiológico con dificultad para acceder a una institución de salud caracterizado por: ser menor desplazado, con la carta de la RSS como aseguramiento, con jefatura de hogar femenina y sin que esta tenga un oficio remunerado.

La utilización del método de correspondencias múltiples en este grupo de personas busca asociaciones entre variables y define dos categorías de individuos, con un sentido acorde a lo encontrado en la literatura. Se recomienda continuar realizando investigaciones que exploren categorías de individuos con características especiales, tales como la población infantil localizada en asentamientos marginales, en aspectos fundamentales como el acceso a los servicios de salud, el cual está influenciado por la subjetividad de los cuidadores a cargo de los menores; por tanto, incluir variables de tipo cultural podría dar cuenta de tipificaciones de individuos que no se alcanzan a identificar en este estudio.

Agradecimientos

A la Organización Panamericana de la Salud por su aval y por la autorización del uso de la información que alimentó este trabajo.

Referencias

- Colombia. Congreso. Ley 387 de 1997, julio 18, por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Bogotá: El Congreso; 1997.
- Leus X, Wallace J, Loretta A. Internally displaced persons. *Prehospital Disaster Med* 2001;16(3):75-82.
- Colombia. Presidencia. Red de Solidaridad Social. Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada. Informe al Congreso de la República, enero del 2001 a febrero del 2002. Bogotá: Red de Solidaridad Social; 2002.
- Colombia. Presidencia. Red de Solidaridad Social. Informe sobre desplazamiento forzado en Colombia, primer trimestre del 2001. Bogotá: Red de Solidaridad Social; 2001.
- Programa Mundial de Alimentos (PMA), Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). Identificación de las necesidades alimentarias y no alimentarias de los desplazados internos. Una encuesta conjunta de las poblaciones desplazadas internamente en Colombia. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/pma/InformeCICR-PMA01.pdf> Consultado: noviembre del 2005.
- Colombia. Presidencia. Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.vertice.gov.co/contenido/capitulo.asp?chapter=66> Consultado: noviembre del 2005.
- Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos (CODHES). Desplazamiento y violencia. Cap. 5. En: Un país que huye: desplazamiento y violencia en una nación fragmentada. Bogotá: Unicef; 1999. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/libros/despl/05.html>. Consultado: noviembre del 2005.
- Sánchez P. Hacia una vivienda saludable: estrategia integradora que permite cambio a actitudes favorables para el mejoramiento de la salud de las comunidades. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/ops/vivisalud/>. Consultado: noviembre del 2005.
- Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos (CODHES). Marginalidad y pobreza: otro drama de los desplazados. Cap. 2. En: Un país que huye: desplazamiento y violencia en una nación fragmentada. Bogotá: Unicef; 1999. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/libros/despl/02.html> Consultado: noviembre del 2005.
- Cortés F. Consideraciones sobre marginalidad, marginación, pobreza y desigualdad en la distribución del ingreso. *Papeles Poblac* 2002;8(31):9-24.
- Women's Commission for Refugee Women and Children. Millones no vistos: la catástrofe del desplazamiento en Colombia. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.womenscommission.org/pdf/co2_es.pdf. Consultado: noviembre del 2005.
- Rojas J, Romero M, De Rooy C, Quiroz N, Barona C, Franky S et al. Esta guerra no es nuestra: niños y desplazamiento forzado en Colombia. Bogotá: CODHES, Unicef; 2000. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.unicef.org/co/conocimiento/guerra.htm>. Consultado: noviembre del 2005.
- Unicef Colombia. El dolor oculto de la infancia. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://unicef.org/co/pdf/dolor.pdf>. Consultado: noviembre del 2005.
- Unicef Colombia. Cumbre mundial en favor de la infancia. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.unicef.org.co>. Consultado: noviembre del 2005.
- Berman H. Children and war: current understandings and future directions. *Public Health Nurs* 2001;18(4):243-252.
- Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública Mex* 1991;34(1):36-48.
- Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en salud. Washington, D.C: OPS/OMS. Centro de Documentación e Información CID, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud (HSP); 1991. p. 4-6.
- Gaviria M, Echeverri E, Gómez J, Peñaranda F, Olaya A, Yépez C. Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002. Medellín: OPS/OMS, Universidad de Antioquia; 2003. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/perfilmedellin2003/index.htm>. Consultado: noviembre del 2005.

19. Colombia. Presidencia. Decreto 2131 de 2003, julio 30, por el cual se reglamenta el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones. Bogotá: La Presidencia; 2003.
20. Ruiz M, Angulo M, López M, Vera L, Peña M, Ríos L. Diagnóstico de la situación de salud de las poblaciones desplazada y no desplazada en Bucaramanga y su área metropolitana, 2003. Bogotá: OPS/OMS, Universidad Industrial de Santander (UIS). [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/infor-mes/ops/estudiosantander2003/index.htm>. Consultado: noviembre del 2005.
21. De La Hoz F, Cáceres H, Duarte F, Schoonewolf J, Sánchez R. Estudio de perfil epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena. Bogotá: OPS/OMS, Instituto Nacional de Salud (INS); 2002. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/epe-pv2002/>. Consultado: noviembre del 2005.
22. Ballesteros MP, Martínez SE. Condiciones de salud en población menor de 18 años desplazada y receptora que comparte asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003. Medellín; 2005. Trabajo de grado (Magister en Epidemiología). Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
23. Norman GR, Streiner DL. Bioestadística. Madrid: Mosby-Doyma Libros; 1996.
24. Dawson-Saunders B, Trapp RG. Basic and clinical bios-tatistics. Norwalk, CO: Appleton and Lange; 1990.
25. Díaz L. Análisis de correspondencias. p. 384-419. En: Estadística multivariada: inferencia y métodos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
26. Panagiotakos D, Christos P. Interpretation of epidemiological data using multiple correspondence analysis and log-linear models. *J Data Sci* 2004;2:75-86.
27. Sánchez R, Herrera N. Caracterización de pacientes hospitalizados mediante análisis de correspondencias múltiples. *Rev Colomb Psiquiatr* 1999;28:25-34.
28. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científico-técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
29. Echeverri E. Panorama de la salud pública en Colombia. p. 360-367. En: Franco S. (Ed.). *La Salud Pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*. Memorias cátedra Manuel Ancizar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003.
30. Colombia. Corte Constitucional. Comunicado de prensa, septiembre 13 de 2005: Ordenes finales para el cumplimiento de la Sentencia T-025 de 2004. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/legislacion/ordenessentenciat025.pdf> Consultado: noviembre del 2005.
31. Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa L. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000: resultados. Bogotá: Profamilia; 2000.
32. Colombia. Ministerio de la Protección Social. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co>. Consultado: noviembre de 2005.
33. Colombia. Instituto Nacional de Salud. [Sitio en inter-net]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co>. Consultado: noviembre de 2005.

Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión

Health and public policies: research and decision making relationship

Rubén Darío Gómez A¹; Deisy Alejandra Orozco G²; Fabio León Rodríguez O³; William Velásquez V³.

¹ Profesor del Departamento de Ciencias Básicas, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Cibercorreo: rdgomez@guajiros.udea.edu.co

² Estudiante de Administración en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

³ Profesores, Proyecto Políticas Públicas y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Recibido: 3 de noviembre de 2005. Aceptado: 18 de agosto de 2006

Gómez RD, Orozco DA, Rodríguez FL, Velásquez W. Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2006;24(2):105-118

Resumen

La gestión de políticas públicas y la investigación son procesos que se complementan. Las primeras deben resolver problemas concretos y las segundas deben ser orientadoras de la decisión hacia cambios sociales benéficos. Sin embargo, no existe una teorización que explique suficientemente las complejas relaciones entre investigaciones y políticas. A continuación se identifican condiciones y tendencias cuya intervención podría optimizar el desempeño de los investigadores en este campo.

Objetivo: explorar la relación entre la investigación y las políticas en salud, determinando condiciones y tendencias que permitirán mejorar la intervención de los investigadores frente a las políticas en salud. **Metodología:** revisión bibliográfica.

Resultados: diferentes modelos idealizados pretenden dar cuenta de las relaciones entre investigaciones y políticas, pero se quedan cortos al explicar por qué algunas interacciones son exitosas y otras no. Tanto la investigación como la gestión de

políticas son procesos dinámicos que no ocurren siempre de igual manera y cuyos puntos de convergencia se relacionan con cinco dimensiones: el tema o asunto central al que ambas se refieren, las características personales de los investigadores y los políticos, la manera como ambos desarrollan su papel, las presiones del contexto sociopolítico sobre investigadores y políticos y el impacto potencial de los hallazgos. **Conclusiones:** la influencia potencial de las investigaciones sobre las decisiones políticas depende de múltiples factores, algunos de los cuales han sido identificados por la literatura y podrían ser gobernables por los investigadores. Las publicaciones sugieren que debe promoverse un mayor contacto entre los investigadores y los tomadores de decisiones.

-----**Palabras clave:** políticas de salud, investigación, proceso político, servicios de salud

Abstract

Public policymaking and research are complementary processes. The former must solve specific issues and the latter must direct decision towards benefic social changes. There is not a single solid theory explaining the complex relationship between research and policymaking. This paper reviews conditions and trends which intervention could optimize the performance of research in the political field. **Objective:** to explore the relationship between research and health policies determining conditions and trends that would allow an improvement in the intervention of researchers facing policymaking. **Materials and methodology:** bibliographical review. **Results:** different idealized models focus in the relationship between research and policymaking but they fail

to explain why some interactions are successful and others not. Both research and policymaking are dynamic processes that do not always occur in the same way and which converging points are related to five dimensions: the central issue which both refer to, the personal characteristics of the researchers and politicians, the way they develop their role, the pressures of sociopolitical contexts on researchers and policymakers and the potential impact of findings. **Conclusion:** potential influence of research on political decisions depends on multiple factors, some of which have been identified by the literature and could be manage by researchers. Reviewed literature suggests that a greater contact between researchers and policymakers should be promoted.

-----*Key words:* health policies, research, health services

Introducción

Las políticas y las investigaciones son el producto de procesos diferentes, regidos también por principios teóricos y metodológicos que les son propios y con frecuencia contrarios. Ambos productos se cruzan inevitablemente en el punto donde las primeras deben resolver problemas concretos y las segundas se consideran competentes para orientar la decisión hacia mejores resultados. Este punto de encuentro entre la decisión y el conocimiento reviste especial importancia en el mundo globalizado, donde las fuerzas que determinan la definición de prioridades y los criterios para generar y distribuir recursos son complejas y rápidamente cambiantes [1]. Así las cosas, cabe preguntarse si las investigaciones inciden de algún modo sobre las políticas de salud y, en este caso, en cuáles niveles y con qué resultados.

Aunque en principio la relación de complementariedad entre investigaciones y políticas de salud parezca obvia, los expertos no se han puesto de acuerdo sobre la capacidad de las primeras para influir sobre las segundas, ni sobre la apertura del proceso político a los descubrimientos y hallazgos de los investigadores. Las publicaciones que aluden específicamente a la relación entre investigaciones y políticas de salud son escasas y hasta el momento “[...] no existe una teorización sólida en el campo de las relaciones entre investigaciones y políticas. En especial en el área de la salud” [2]. La ciencia política en general ha aceptado con cautela la influencia de las investigaciones sobre las políticas públicas, por considerar que estas últimas son la expresión y resultado de complejos procesos de interacción política, en que la lógica de los razonamientos y la evidencia de los estudios sucumben a la evidencia de los intereses predominantes en la organización social [3-5], y que su formulación y

aplicación han estado más sujetos a procesos de conflicto y negociación entre grupos con intereses diferentes que a criterios de tipo técnico o científico [6, 7]. De hecho, los mismos artífices de políticas pueden llegar a serlo sin ser conscientes de ello, ni de sentirse obligados a basarse en investigaciones [2, 8]. Quienes confían en la influencia de la investigación sobre el proceso político consideran que su valor pudiera relacionarse con la capacidad de los estudios para generar conocimiento útil que facilite y racionalice la toma de decisiones y generar cambios socialmente benéficos [9, 10], y llaman la atención sobre la necesidad de fortalecer la investigación en el seno de la gestión de políticas públicas (*policymaking*) [7, 11, 13].

Este artículo explora la relación entre la investigación y las políticas en salud con base en una revisión de la literatura disponible, e identifica condiciones y tendencias cuya intervención podría optimizar el desempeño de los investigadores en este campo.

Políticas e investigaciones: una relación compleja y no siempre necesaria ni exitosa

La relación entre investigaciones y políticas puede entenderse como un proceso complejo y variable, cuyos resultados podrían depender de ciertos factores susceptibles de identificación e intervención. Varios autores se han ocupado de esta interacción [7, 14-16]. Es equivocado suponer que toda política de salud demanda una investigación, pues con frecuencia hay suficientes elementos de juicio como para justificar una decisión determinada sin necesidad de realizar estudios nuevos y el problema consiste entonces en aprovechar la información [17]. En otros casos, la decisión es más difícil, pues dependerá de condiciones que no son

explícitas ni evidentes. Es allí donde la investigación se hace especialmente útil, “[...] cuando las cosas no se reconocen con facilidad. La batalla (del investigador) consiste en interpretar la información, en desarrollar estrategias contra signos extremadamente opacos [...]” [18] y generar nuevos conocimientos que cambien la decisión [9].

En relación con las políticas de salud, las investigaciones podrían mejorar la decisión de cuatro formas: advirtiendo sobre problemas que podrían ser prioritarios, guiando a los actores hacia mejores decisiones, reconceptualizando los problemas para facilitar su comprensión y movilizando apoyos hacia una determinada propuesta [9]. En cualquiera de estos casos, la incorporación a las políticas ocurre a través de diferentes mecanismos [7]. West y Scott [15] proponen, por ejemplo, diferenciar los análisis *del* proceso político de los análisis *para* el proceso político, y agrupan la investigación políticamente relevante en dos categorías: la *investigación académica* tradicional disciplinaria o

conducida por investigadores y la *investigación aplicada*, dirigida a resolver los problemas prácticos de la política. Esta última adquiere cada vez mayor importancia y se divide a su vez en investigación dirigida a evaluar políticas ya establecidas e investigación dirigida a soportar el desarrollo de políticas. Por su parte, Gibbons [16] considera que existen dos tipos de estudios con diferente grado de influencia sobre las políticas: la investigación pura de los académicos y la producción del conocimiento que se realiza al resolver problemas en la marcha; en este último caso, el conocimiento se produce interdisciplinariamente por parte de diferentes agentes que se mueven de un problema a otro, apremiados por la misma cotidianidad; en consecuencia, el conocimiento no se descubre primero y se aplica después, sino que es generado y producido por el mismo contexto en el cual se pone en marcha. Este tipo de investigación tiene una difusión amplia e inmediata entre los artífices de políticas. La tabla 1 presenta diferentes modelos que pretenden dar cuenta de la relación entre investigaciones y políticas.

Tabla 1. Relaciones entre investigación y políticas; modelos explicativos*

Contenido de la investigación	Uso que se da a las investigaciones	Contexto en que interactúan
<p>Modelo de conocimiento El <i>policymaking</i> es un proceso racional y los tomadores de decisiones usan racionalmente las investigaciones existentes cuando definen las políticas.</p>	<p>Modelo político Las investigaciones se usan para apoyar decisiones ya tomadas, más que para generarlas.</p>	<p>Modelo interactivo Investigadores y tomadores de decisiones interactúan de una manera compleja y dinámica, no siempre racional ni predecible.</p>
<p>Modelo de solución de problemas Los tomadores de decisiones sienten la necesidad de información para resolver sus problemas y por ello encargarán las investigaciones pertinentes.</p>	<p>Modelo táctico Los políticos utilizan las investigaciones para postergar discusiones y protegerse del debate mientras deliberan.</p>	<p>Modelo de la ilustración La información científica se va incorporando a la toma de decisiones, circulando a través de diferentes canales de comunicación públicos y privados.</p>
<p>Modelo de influencia intencional Los investigadores proponen sus investigaciones para modificar intencionalmente las políticas.</p>		<p>Modelo de la empresa intelectual Tanto las investigaciones como las políticas son influidas por otras tendencias intelectuales que se les imponen desde el contexto.</p>

* Adaptado de Weiss [8] y de Bronfman *et al.* [2]

Modelaciones teóricas como las descritas facilitan la comprensión de las interacciones entre las investigaciones y las políticas de salud y pueden complementarse entre sí, pero no explican por qué algunas de estas interacciones son exitosas y otras no. La respuesta, según Walt, podría estar en la forma como se lleven a cabo tanto el proceso investigativo en salud como el *policymaking* [6].

El problema se resolvería de modo relativamente más fácil si hubiera una sola forma de hacer ciencia y una sola forma de desarrollar políticas. Sin embargo,

no existe una sino múltiples formas de hacer ciencia y cada uno de los enfoques defiende su criterio de rigurosidad. En relación con el *policymaking*, se han propuesto también diferentes modelos idealizados, que lo presentan como un proceso lineal, relativamente constante en el que los problemas y las decisiones se suceden en etapas diferenciables y con cierta regularidad. Al comentar estos modelos idealizados, Walt reconoce su utilidad didáctica, pero considera que, en la vida real, las políticas son el producto de una interacción compleja, incierta y conflictiva de actores que perciben

las situaciones cotidianas de acuerdo con sus propios intereses y valores y cuya dinámica es muy variable [6]. En consecuencia, estamos frente a dos procesos que no ocurren siempre de la misma forma y cuya interacción puede darse en diferentes momentos. Walt ha insistido en que la clave para comprender las políticas radica en cuatro dimensiones: su contenido, los actores que intervienen en la investigación y la gestión de políticas, el proceso que genera tanto los conocimientos como las decisiones, y el contexto en que se realiza la interacción entre investigaciones y decisiones políticas; a estos criterios podríamos agregar un quinto: el impacto. Las dimensiones propuestas por Walt podrían también ayudarnos a comprender la interacción entre las investigaciones y las políticas de salud [2, 6].

Primer factor crítico de éxito: el contenido de las investigaciones y las políticas

No todos los temas científicos interesan a los políticos. Tal como lo sugieren algunos estudios, la capacidad de las investigaciones para influir en las decisiones en salud pudiera estar relacionada de forma directa con la vigencia de su tema central, su relevancia y confiabilidad, la inteligibilidad del informe, la oportunidad de la difusión, la aplicabilidad de las recomendaciones y la convergencia entre las conclusiones y las políticas vigentes [2]. Algunos de estos factores están bajo el control directo de los científicos; otros no.

La literatura científica de los últimos años muestra una producción importante de investigaciones indexadas relacionadas con políticas de salud. Aunque muchos de los estudios que inciden sobre las políticas de salud circulan como documentos internos propios de las entidades privadas o estatales, el análisis de la producción científica publicada podría darnos un indicio sobre las prioridades, no solo de los investigadores sino también de las revistas, las casas editoriales y las bases de datos que operan en este campo. PubMed se revela como la colección más amplia en relación con la temática y la gran mayoría de sus referencias está en inglés. En todas las bases de datos consultadas se observa un volumen creciente de publicaciones relacionadas con políticas públicas, que alcanzan un pico máximo en el decenio de los noventas. Este incremento podría interpretarse como indicador del interés creciente de varios sectores sociales en el tema de las políticas de salud.

El interés de las publicaciones en las políticas de salud presenta sus variaciones. En su interior se observa un predominio de documentos relacionados con el tema de las reformas de los sistemas de atención sanitaria cuyas producciones, en términos tanto absolutos como relativos, se disparan también en la década de los

noventas. Este grupo de documentos podría explicar el incremento en el total de publicaciones sobre políticas de salud que se observa en dicho periodo; por su parte, el interés en las reformas no es independiente de otros que convergen con él, principalmente la operación de los servicios de salud y los análisis de costos. El tema de los servicios de salud resurge entre las publicaciones sobre políticas de salud arrastrado por el interés en las reformas. Un reducido número de publicaciones alude como tema principal a temas relacionados con la gestión de las políticas, como *policymaking*, *politics* y papel del Estado, y a otros determinantes de la salud, como medio ambiente, comportamiento y estilo de vida, inequidad, derechos humanos, género o desarrollo humano. La situación descrita evidencia la heterogeneidad de intereses que se refleja en las publicaciones, el predominio de publicaciones en medios de difusión biomédica y la limitada participación de análisis y publicaciones en lenguas diferentes a la inglesa.

El interés prioritario de las investigaciones no se refleja solamente en las publicaciones indexadas; el monto que se invierte en los estudios puede reflejar el interés particular de las entidades que financian las investigaciones. Tradicionalmente, las prioridades en investigación en salud se han formulado en términos de enfermedades y tecnología biomédica [19]. Enfermedades de alta frecuencia en el mundo reciben relativamente poca atención por parte de las investigaciones; tal es el caso de las infecciones respiratorias, la enfermedad diarreica, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la tuberculosis, las enfermedades tropicales, las condiciones perinatales y el VIH/sida [19]. De un total de 60 billones de dólares gastados anualmente en investigaciones biomédicas (42 billones por AVAD, años de vida ajustados por discapacidad), menos de 2% (solo 100 millones = US\$2,2 por AVAD) se invierten en asuntos relacionados con la malaria, lo que representó para el año 2000 el 2,7% de la carga de enfermedad en el mundo [20]. En el año 2000, “el gasto total en investigaciones relacionadas con leishmaniasis, malaria, trypanosomiasis y tuberculosis —que juntas representan el 5% de la carga de enfermedad del mundo (75 millones de AVAD)— ascendió a 383 millones de dólares. De estos, aproximadamente 85 millones se gastaron en investigaciones sobre medicamentos, lo cual equivale al 0,14% del gasto total en investigación sanitaria, y solo a US\$1,13 por AVAD. Las cifras mencionadas son extremadamente bajas si se considera que, la resistencia del parásito a los antimaláricos viene en aumento” [21].

Una segunda inquietud que no puede resolverse con estos datos, pero que debe plantearse como interrogante de especial importancia, se refiere a la direccionalidad de la influencia. ¿Son las reformas sanitarias, por ejemplo, el efecto de las investigaciones y publicaciones realizadas en este campo, o las publicaciones son, por el

contrario, el reflejo de decisiones políticas ya tomadas que se imponen a los investigadores? En el primer caso, las investigaciones ejercerían un poder innovador; en el segundo serían un elemento conservador utilizado para legitimar decisiones previamente asumidas.

Los expertos han insistido en la importancia de presentar los estudios de forma apropiada para que lleguen a los tomadores de decisiones [19, 2]. La colección recopilada por PubMed refleja una actividad científica en la que las publicaciones en idiomas diferentes al inglés tienen una pobre representación. Una discusión sobre este tema podría estar cargada de prejuicios y estereotipos de lado y lado; sin embargo, el hecho de que amplias regiones del mundo donde los problemas de salud son especialmente acuciantes sean también regiones no anglohablantes debería hacernos reflexionar sobre la capacidad de las publicaciones para llegar a los decisores.

La importancia de difundir los hallazgos más allá de las publicaciones mismas es una inquietud creciente entre las revistas especializadas y, en particular, entre las revistas biomédicas que han desarrollado un sistema de tres eslabones para difundir sus principales hallazgos: los ejemplares escritos del artículo, los comunicados de prensa y el artículo periodístico; de esta manera, no solo llegan a los médicos sino también a la población general [22]. Esta práctica no está exenta de riesgos porque algunas revistas presentan los resultados de forma sesgada, exageran la importancia de los hallazgos u ocultan sus limitaciones. Los resúmenes (*abstracts*) presentados a congresos son otra vía de difusión de los hallazgos, aunque su porcentaje de aceptación es muy variable [23]. Asimismo, los informes presentados en congresos y reuniones pueden tener también una alta cobertura en los medios de comunicación [23] y, en ocasiones, son la única vía de difusión al público, pues una cantidad de hasta 25% de los *abstracts* no se publican en las revistas [23]. La propiedad de los medios para difundir información científica han sido analizados en el campo biomédico, donde se han identificado ventajas y riesgos para los pacientes, y aunque no hay estudios específicos en relación con las políticas de salud, podría suponerse algo similar [24, 25].

La adopción de los estudios como criterios de decisión podría estar relacionada, no solo con su confiabilidad y validez, sino con su capacidad para contribuir a la comprensión de la situación por parte de los involucrados y, lo que puede ser más importante, movilizarlos a la acción [26-28]. Por ello, privilegiar el rigor metodológico e insistir en separar la investigación del proceso político puede bloquear, más que facilitar, el desarrollo de la investigación en políticas públicas [29]. “La acción de producir, tanto conocimiento como decisiones políticas, está cargada de valores que tienen un efecto en los productos de ambos procesos y, en

particular, en la interacción entre ellos. Al mismo tiempo, se trata de relaciones de poder donde los problemas éticos, el conflicto y la negociación forman una parte importante de esa interacción” [2]. Una investigación que pretenda contribuir a cambios socio-políticos a gran escala puede requerir un mayor pluralismo metodológico y un interés mayor por las estructuras del poder en la sociedad [30].

Segundo factor crítico de éxito: la utilización provechosa de los estudios depende también de los actores

Para Walt, las características personales de los actores, tanto investigadores como artífices de políticas, afectan de forma importante la influencia que ejercen los estudios sobre las políticas [6]. Se da por aceptado en sociología que los individuos rara vez obran de manera racional con arreglo a fines [2], pues lo hacen desde su historia emocional, sus aspiraciones personales, sus lealtades de grupo, las rutinas aprendidas de su entorno y su posición en el grupo [31], y en el campo de las políticas de salud se ha descrito específicamente la forma como los intereses de los investigadores, su grado de organización, su prestigio, sus conflictos de intereses, su imagen acerca de los tomadores de decisiones y su relación con estos últimos influyen sobre el impacto de su producción en las políticas [2].

Actitud de los tomadores de decisiones

Aun en el caso de que los investigadores asumieran una posición óptima frente a la gestión de políticas, habría que contar con las características que afectan la actitud de los tomadores de decisiones hacia los estudios y su capacidad para comprenderlos y ponerlos en práctica. No todos los comprometidos en la política tienen en cuenta las investigaciones al momento de analizar su problemas o tomar decisiones, pues su actitud hacia los estudios puede estar relacionada con el tipo y características de los grupos de interés, la existencia e intensidad de conflictos y alianzas, la confianza en las investigaciones, su capacidad para comprender información, la imagen que tienen de los investigadores y su relación con los científicos [2, 6]. Los tomadores de decisiones pueden estar esperando de los estudios resultados espectaculares y aplicables a corto y mediano plazo, pero su disponibilidad para ponerlos en práctica puede depender de los demás factores críticos descritos por Walt, en especial de que coincidan con sus intereses. Se ha observado [2] que algunos artífices de políticas tienden a privilegiar los estudios biomédicos y epidemiológicos y a subvalorar los estudios sociales, hallazgos que contradicen la insistencia de la salud pública en la superación del reduccionismo biomédico y

que podrían reducir el alcance de las investigaciones en la formulación de las políticas. El liderazgo, la formación profesional y los intereses personales de los tomadores de decisiones pueden jugar un papel importante en el aprovechamiento de las investigaciones [2]. Los patrones que los artífices de políticas asumen para tomar decisiones, el tipo y grado de participación de los grupos afectados, la transparencia de las decisiones y el flujo de poder en el grupo se han propuesto también como factores críticos de la interacción entre investigaciones y políticas [2].

Prejuicios y estereotipos

Los mutuos estereotipos interfieren negativamente en el aprovechamiento y aplicación de las investigaciones; los tomadores de decisiones pueden considerar que las investigaciones tardan mucho, no son suficientemente aplicables o no apuntan a problemas prioritarios [6] y suelen ver a los investigadores como tecnócratas insensibles y poco dispuestos a aceptar la complejidad e incertidumbre inherente a las decisiones, y como más interesados en la publicación de los hallazgos que en su aplicación [2]. Por su parte, los investigadores suelen ver a los artífices de políticas como gente ignorante y sus intereses, como no científicos y, por consiguiente, poco importantes.

La desconfianza mutua podría verse agravada por la presencia de conflictos personales [2, 31]. Reconocer que los intereses subjetivos de investigadores y de artífices de políticas influyen, tanto en su producción como en su interacción, implica que debe prestarse una especial atención a este aspecto.

La comunicación

La comunicación entre investigadores y artífices de políticas se revela entonces como uno de los factores más determinantes de la influencia que pudiera esperarse de las investigaciones. Los investigadores pudieran tener demasiada confianza en que la publicación de sus estudios sea suficiente para su uso eventual; sin embargo, los estudios de Bronfman sugieren que los decisores no obtienen su información científica de la revisión de las publicaciones, ni de las revisiones sistemáticas, ni de los foros, sino del personal de las áreas de investigación del sector salud y de consultas informales a expertos que consideran de su confianza; sus hallazgos revelan también que investigadores y decisiones tienen la impresión de que no existen estructuras formales que posibiliten esta interacción [2]. En consecuencia, la interacción casi no ocurre y cuando sucede, puede ser intrascendente.

El Estado como actor

Entre los actores a caracterizar reviste especial importancia el Estado; ello exigirá al investigador considerar las concepciones, la estructura y la funcionalidad del Estado, que constituyen el contexto de

su análisis y que condicionan la gestión de las políticas públicas. Sin embargo, en el mundo globalizado, otros actores pueden tener tanta o más capacidad para posicionar sus intereses en la agenda política, entre ellos, los grupos económicos (incluyendo los medios de comunicación que son de su propiedad), los grupos políticos, los grupos de presión, las entidades privadas con ánimo de lucro o sin él y las entidades financiadoras de investigaciones [32, 33].

Tercer factor crítico de éxito: los procesos involucrados en la investigación y la gestión de las políticas

La capacidad de las investigaciones para mejorar las decisiones pudiera radicar en el proceso mismo de elaboración de los estudios y de formulación o aplicación de las políticas.

Las características del estudio determinan su influencia en la política

Los investigadores comprometidos en el proyecto *Comparative Studies on Health Sector Reform* han destacado las dificultades de realizar investigaciones en el campo de las políticas de salud; dichos problemas suelen estar relacionados con la definición de las preguntas de investigación y el objeto de estudio, la selección de métodos apropiados, la inadecuación de las bases de datos disponibles, la falta de herramientas de análisis de datos cuantitativos y cualitativos y la manera de comunicar los resultados [34, 35]. Adicionalmente, más allá de los acuerdos de Nuremberg y Helsinki, los fundamentos éticos de la investigación tienen siempre una dimensión subjetiva, difícil de valorar, pero determinante en relación con las políticas. Estas características no siempre dependen de los investigadores, cuyas agendas varían de acuerdo con su vinculación institucional, las tendencias corrientes en su campo de conocimiento, las fuentes de financiación disponibles y las mismas políticas vigentes.

Se ha descrito que los investigadores que pertenecen al sector académico tienen mayor flexibilidad para definir su agenda y una mayor libertad frente a presiones políticas, pero también muestran un mayor desinterés en los problemas políticos de los decisores; por su parte, los investigadores vinculados a instituciones estatales se muestran más pragmáticos y más susceptibles a las influencias de las políticas vigentes [2].

Las tendencias de cada disciplina influyen sobre el interés de los científicos y el tipo de enfoques que den a sus estudios. La metodología a elegir y la rigurosidad de los diseños de investigación constituyen

un aspecto especialmente espinoso. En principio, responder a preguntas tan variadas y complejas como las que se incluyen en los problemas y las decisiones relacionadas con la salud demandará de los investigadores la aplicación de una amplia gama de enfoques [16] y ceñirse a los criterios de rigurosidad de cada uno de ellos [2]. Centrados en la solución de su propia pregunta, los investigadores incurren a menudo en confusiones y contradicciones terminológicas, aproximaciones incompatibles y desorientación en la forma de integrar las diferentes herramientas metodológicas [34]. Se ha reconocido la necesidad de aplicar, en las investigaciones sobre políticas en salud, metodologías multidisciplinarias, tanto cualitativas como cuantitativas [36-42] y las experiencias publicadas van desde la modelación matemática epidemiológica y demográfica [43-45], los análisis de sistemas dinámicos [46] y los estudios para contención de costos [47] hasta las investigaciones de mercado [48], los análisis del comportamiento [49] y los grupos focales.

La propuesta de desarrollar un modelo de “salud pública basada en la evidencia” (SPBE), por analogía con la medicina basada en la evidencia (MBE) [50-53], merece un comentario especial, no solo por su frecuencia creciente entre las publicaciones relacionadas con el tema, sino también por la controversia que ha suscitado y que pone en tela de juicio su pertinencia y utilidad para la salud pública [54]. Los argumentos en contra sostienen que la información sobre los aspectos cruciales incluidos en la política pública de salud no siempre se refleja en datos empíricos ni está al alcance del investigador [55-58], máxime cuando quienes definen la agenda política quisieran permanecer ocultos [59]. Las grandes decisiones que afectan a la sociedad globalizada, especialmente en relación con la apropiación y distribución de los recursos, suelen tomarse en recintos cerrados y en conferencias vedadas al público, por considerarse que afectan la “seguridad nacional” [60]. Pocos investigadores tendrán acceso directo a la opinión de los grandes decisores y es muy probable que, en caso de lograrlo, obtengan información solo de aquellos a quienes conviene que se conozca su propia posición; en los demás casos, la respuesta podría ser el consabido “*no comments*”. Mientras más injusta o ilegítima sea la medida, más interesado estará su gestor en ocultar evidencias [18]. En estos casos, las técnicas usuales de investigación empírica son ineficaces y los enfoques forenses, periodísticos o judiciales, cuya concepción de la “evidencia” y de cómo obtenerla es diferente, se revelan como opciones metodológicas más apropiadas [61, 62]. De todos modos, los métodos, técnicas e instrumentos a seleccionar dependerán de la intencionalidad del investigador y de las condiciones en que se realizará el análisis, trátase de los procesos de formulación o aplicación de la política y de la valoración de su impacto [63-66].

Cuarto factor crítico de éxito: el contexto de la interacción conocimiento-decisión

El entorno en el que se producen e interactúan investigaciones y políticas se impone a la interacción entre ambas y puede explicar por qué algunos estudios son o no tenidos en cuenta, e inclusive por qué han surgido como proyectos y por qué han recibido apoyo [67, 68]. Este contexto puede examinarse desde tres dimensiones: académica, ideológica y política.

Contexto académico

En contra de lo que pudiera suponerse, las investigaciones científicas no obedecen solo a la racionalidad de la ciencia, y con frecuencia los científicos realizan su trabajo expuestos a presiones que se imponen de manera velada sobre su actividad y la calidad de sus productos. Walt, comentando diferentes estudios que muestran la influencia ideológica sobre la producción científica, resalta cómo desde los noventa, tanto los investigadores como los hacedores de política y los organismos financiadores de los estudios, han incorporado cada vez más los valores sociales de la sociedad americana, especialmente en relación con la prioridad que se da a la dimensión individual sobre la colectiva [6]. Las investigaciones llevarán necesariamente el sello de los paradigmas vigentes en el entorno científico y académico y de las condiciones particulares de desarrollo de la investigación en cada localidad, condiciones que se impondrán a la forma como los científicos ven los problemas e intentan resolverlos [6].

Contexto ideológico

El investigador no es completamente libre ni neutral para elegir sus preguntas ni sus métodos, pues su contexto social, su experiencia personal y las demandas externas se impondrán de forma consciente o no en sus elecciones y sus análisis [69-74]. Por otra parte, en el mundo moderno, la investigación científica ha asumido las características de una industria, en la cual el conocimiento es una mercancía, con sus espacios de demanda y oferta, y cuyos inversionistas están atentos, por convicción o por necesidad, a las utilidades que genera la investigación [75].

Contexto político

Los intereses predominantes en la sociedad se imponen a los investigadores, cuya producción estará condicionada por la influencia determinante que sobre ella ejercerán el sistema político, el clima político y las características del Estado [26]. La multiplicidad de combinaciones que pueden experimentar ambos contextos en el espacio y el tiempo introduce un alto grado de incertidumbre

en la relación entre investigaciones y políticas, y los investigadores interesados en el tema deberían tener en cuenta estos aspectos al formular sus proyectos. La estabilidad de los sistemas políticos, la pertenencia de investigadores y tomadores de decisiones a la misma élite y la urgencia percibida alrededor de un problema de salud podrían propiciar la influencia de las investigaciones sobre las políticas, mientras el centralismo, la discontinuidad del gobierno y las restricciones económicas podrían interferir desfavorablemente en ello [2, 6].

El contexto político puede promover o descalificar a priori cierto tipo de investigaciones y no es lo mismo publicar un artículo biomédico que difundir un análisis de políticas públicas. En algunas regiones del mundo, la difusión de los hallazgos y su utilización por parte de quienes influyen en las políticas puede constituir un serio problema para los investigadores [76, 77], más difícil de resolver aun cuando dichos resultados entran en conflicto con los intereses de quienes controlan el sistema político. Los obstáculos a la difusión asumen diferentes modalidades que van desde la falta de respaldo al proyecto en ciernes hasta el silenciamiento de los investigadores. Las entidades que financian proyectos de investigación definen qué y cómo investigar y cuáles de los estudios saldrán a la luz. Aun en caso de que exista la obligación de publicar un informe, la gestión moderna de los medios de comunicación permite hacerlo sin que llegue al público, o puede hacerlo de tal modo que los hallazgos no perjudiquen a un agente en particular [6].

Las políticas de salud también determinan las características de los estudios

La relación entre investigaciones y políticas no es unidireccional. Las políticas son el producto de intereses ideológica y políticamente determinados y los investigadores pueden verse tanto estimulados como restringidos por estos intereses [34]. Las políticas internacionales y nacionales influyen tanto en la generación de investigaciones como en su adopción por los tomadores de decisiones. El aumento de publicaciones sobre el tema de las reformas que se observa durante la década de los noventa podría constituir un ejemplo de influencia de las políticas vigentes sobre los intereses de investigación, más que a la inversa. Durante la década de los noventa, los organismos internacionales mostraron un particular interés en la investigación en políticas de salud y, en especial, en el tema de las reformas. En 1990, la Asamblea Mundial de la Salud enfatizó la necesidad de desarrollar investigaciones en salud para fundamentar en ellas las políticas nacionales e impulsó la noción de *investigación sanitaria nacional esencial* [78]; por su parte, en 1993, el informe del Banco Mundial, *Invertir en salud*, destacaba la importancia de la investigación

para mejorar la salud [79]. Al interés de los organismos internacionales se suma el de las entidades privadas.

Las instituciones que financian los estudios determinan tanto su origen como su contenido y aplicabilidad [6]. La financiación de los estudios puede provenir de los gobiernos nacionales, de las organizaciones internacionales y de los propios gobiernos y organizaciones locales [2]. En términos corrientes, el gasto en investigaciones en salud de entidades estatales y privadas pasó de 56 billones de dólares en 1992 a 73,5 billones en 1998 [80]; de esta última cifra, 50% (37 billones de dólares) correspondía a fondos estatales, 42% (30,5 billones) a la industria farmacéutica y 6% restante (6 billones) a fondos de universidades, sector privado y organismos sin ánimo de lucro. Ninguno de los países considerados de mediano y bajo ingreso cumplen la recomendación internacional de destinar a la investigación el 2% del gasto [80]. El Foro Global para la Investigación en Salud, auspiciado por la OMS, estima que anualmente se destinan a investigación en salud y desarrollo cerca de 70 billones de dólares, y de acuerdo con informes de la Comisión en Investigación Sanitaria para el Desarrollo (1990) y del Comité Ad-hoc de la OMS en investigación en Salud (1996), 90% de esta cuantía se aplica a problemas de salud que son prioritarios solo para 10% de la población mundial, inequidad que han destacado con el nombre de *brecha 10/90 en investigación en salud* [80].

A la investigación en las reformas no convergen solo los intereses gubernamentales; los servicios de salud representan una vasta industria que moviliza más de 2.000 billones de dólares por año (9% del producto mundial) [81]. Los agentes financiadores pueden estar más interesados en justificar una política previa de la entidad o en legitimar una decisión ya tomada que en explicitar los intereses de los demás involucrados [6]. El interés de las entidades privadas y gubernamentales puede converger en el apoyo a investigaciones que aporten a las políticas, pero, al mismo tiempo, condicionan los alcances de los estudios, como se ha descrito en el caso del sida y la vacunación en México [2]. Sin embargo, no siempre ocurre de este modo, y el enfrentamiento entre el gobierno de Suráfrica y las productoras de antirretrovirales es un ejemplo interesante de conocimientos científicos, políticas públicas e intereses económicos. Como lo señala Bronfman [2], puede aceptarse que el gobierno financie los estudios, pero el consenso es más débil acerca de la participación de los tomadores de decisiones en las investigaciones. En 1990, entre 60 y 90% de la financiación de investigaciones en salud se centraba en estudios clínicos, biomédicos y de laboratorio.

La brecha 10/90 es un reflejo de que la agenda científica se desarrolla de forma irregular y para corregirla, el Foro Global de Investigación en Salud ha

propuesto que se enfatice en establecer prioridades por medio de procesos interdisciplinarios y participativos que tengan en cuenta la carga de la enfermedad, los determinantes de la salud, el costo/efectividad y los flujos financieros [82]. Con el propósito de reducir la brecha

10/90 y aprovechar las investigaciones para mejorar la salud mundial, las reuniones sobre investigación en salud auspiciadas por la OMS en cooperación con varias instituciones han propuesto varias recomendaciones que se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Recomendaciones internacionales sobre investigación en salud

Fuente	Contenido de la recomendación
Asamblea Mundial de la Salud (1990)	<ul style="list-style-type: none"> Enfatizar la necesidad de realizar investigaciones en salud para fundamentar las políticas nacionales.
Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo (1990)	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el impacto de los demás sectores en la salud. Realizar estudios interdisciplinarios y en cada país sobre determinantes de la salud.
Banco Mundial: Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en salud (1993)	<ul style="list-style-type: none"> La investigación es esencial para mejorar la salud y superar las desigualdades. Investigar sobre problemas prioritarios. La eficiencia de los servicios es una prioridad.
Comité <i>ad hoc</i> sobre investigación en salud (1996)	<ul style="list-style-type: none"> Realizar estudios sobre determinantes de la salud. Priorizar áreas de investigación de mayor impacto poblacional. Utilizar las intervenciones más costo-efectivas frente a la carga de enfermedad.
Comité asesor para investigación en salud (1997)	<ul style="list-style-type: none"> Realizar estudios sobre determinantes de la salud. Utilizar perfiles visuales de información en salud para reflejar los hallazgos.
Proyectos de investigación sanitaria nacional esencial (1999)	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar en cada país procesos orientados por la demanda. Definir prioridades en cada país con base en criterios de equidad, justicia y aceptabilidad ética, política, social y cultural.
Foro Mundial para la Investigación en Salud (2002)	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar la prioridad de las investigaciones sobre enfermedades de mayor carga y sobre determinantes de la salud. Complementar los enfoques biomédicos con los aportes de la epidemiología, la demografía, la economía, las ciencias del comportamiento y la administración. Promover investigaciones sobre los problemas y condiciones de salud de la población más pobre. Fortalecer los estudios sobre sistemas de salud. Promover la participación de las comunidades en la identificación de prioridades de investigación.

Fuente: basado en Global Forum on Health Research 10/90 Report [19]

Quinto factor: el impacto es otra de las áreas críticas de interacción entre ciencia y política

No todos los estudios llegan a resultados útiles, no todos llegan a incorporarse como política y no todos generan los mismos efectos al ponerse en marcha. El impacto de las investigaciones sobre las políticas en salud se ha visto limitado también por la variabilidad de las diferentes regiones, no solo en los perfiles socioculturales y de morbilidad [83-87], sino en la exposición a los determinantes de la salud, el desarrollo y desempeño de los sistemas de servicios, la aplicabilidad y acceso a las tecnologías [82]. Por otra parte, la utilidad de las políticas es una noción relativa cuya valoración debe hacerse con

cuidado, pues una misma política tiene efectos diferentes entre grupos con intereses distintos [83, 84, 87-89]. Los resultados de un estudio pueden tardar en incorporarse a la agenda política y los efectos de estas últimas podrían darse después de un largo tiempo [6]. Aun estudios muy bien hechos podrían tener aplicabilidad limitada por su objeto específico de interés, que contrasta con el amplio espectro de factores implicados en la decisión. Las expectativas de los *policymakers* pueden ser amplias, inmediatas y pragmáticas y, de otro lado, la heterogeneidad y dinamismo de la agenda política puede desconcertar a los científicos, que deberán hacer un esfuerzo para obrar de forma proactiva y no reactiva.

La aplicabilidad de los hallazgos es un criterio de éxito fundamental en la interacción entre investigaciones y políticas [6], pero los hallazgos de un estudio no

necesariamente son transferibles a otros contextos [82] y una recomendación científica exitosa no garantiza que haya un cambio favorable en la política. Se ha descrito que, en el caso específico de las reformas sanitarias, el éxito de las políticas no obedece a su racionalidad científica sino a cinco factores de éxito inherentes a la gestión, cuya importancia pudiera extrapolarse a otras políticas en salud: los actores que pagaron el costo de la reforma, los beneficios potenciales para el gobierno y los demás actores interesados, los recursos técnicos requeridos, el grado de participación popular y el tiempo de implementación de la política [90].

La comunicación entre investigadores y tomadores de decisiones determina los resultados de la interacción

El impacto de las investigaciones va mediatizado por su puesta en práctica y este proceso obedece a múltiples factores, entre ellos a la difusión hacia los tomadores de decisiones. Ciertas condiciones que reflejan la estrecha relación entre los artífices de política y los investigadores, tales como la participación de estos últimos en las investigaciones desde sus inicios, la intencionalidad de los investigadores de incorporar sus hallazgos a las políticas, los requerimientos y apoyos por parte de las autoridades sanitarias y el apoyo en datos locales pueden mejorar la difusión y aplicación de los hallazgos científicos [91-94]. Estas observaciones contradicen las pretensiones de separar la investigación de la gestión de políticas, o de hacer de los investigadores agentes extraños al proceso político. Los retos de la investigación en políticas de salud no consisten solo en acceder a la información, sino en hacer que esta llegue a audiencias relevantes [95] (especialmente a los artífices de políticas) e ilustre su proceder. Al respecto, las propuestas de relacionar la investigación con la gestión de las políticas incluyen que la investigación informe razonablemente a quienes toman las decisiones [96, 97] de manera oportuna y apropiada [98-100] y que promueva entre ellos la capacidad para valorar y utilizar la información generada por los científicos [101].

El contacto entre investigaciones y políticas de salud puede darse en múltiples momentos que ocurren entre la formulación del problema y la evaluación del resultado. Si tanto las investigaciones como las políticas correspondieran a procesos regulares y lineales, sería relativamente fácil sobreponerlos y modelar la relación entre ambas, etapa por etapa. Pero ello no ocurre así en la vida real; aunque las investigaciones suelen sujetarse a protocolos más o menos uniformes según su criterio de rigurosidad, las políticas provienen de procesos más inciertos y dinámicos, donde los modelos teóricos lineales tienen poco poder predictivo [6]. Las decisiones involucradas en el proceso político podrían semejar más a un juego de ajedrez [102], en que las fichas están sujetas unas a otras por bandas

elásticas y donde cualquier movimiento puede afectar otras piezas; las decisiones se hacen más inciertas si se supone que el tablero está inmerso en la niebla y que solo podemos ver por momentos parte de las fichas; en este juego, las investigaciones arrojan luces intermitentes sobre una o varias celdas, pero la ficha iluminada pronto desaparecerá en la niebla arrastrada por otros movimientos. La analogía podría flaquear en algunos aspectos pero evoca algunas ideas interesantes en relación con las investigaciones y las decisiones; por ejemplo, ¿qué pasaría si en lugar de que las luces vinieran desde fuera y de manera intermitente, cada actor pudiera generar su propia luz en la medida en que se abre camino?

El poder de los medios

Aunque cada vez más los científicos recurren a los medios para divulgar sus hallazgos, las relaciones entre ambos actores no están exentas de dificultades. Algunos científicos podrían experimentar ciertas resistencias a vulgarizar sus hallazgos. Los medios se comportan como una industria muy sensible a influencias externas, entre ellas el entorno político [6], y tienen criterios propios para divulgar y procesar la información que responde a los intereses de sus propietarios. Los estudios de Djankov *et al.* en 97 países han encontrado [103] que las familias y los particulares controlan 57% de los periódicos y 34% de las estaciones de televisión, mientras los gobiernos lo hacen en 29 y 60% respectivamente; las interpretaciones y conclusiones de estos investigadores, aunque controvertidas, sugieren que la posesión de los medios de comunicación está asociada con los resultados de la información en políticas de salud y educación.

Conclusión

En un mundo cada vez más complejo, donde los problemas de salud afectan a un número cada vez mayor de la población, las investigaciones podrían optimizar la decisión de quienes hacen las políticas. La relación entre las investigaciones y las políticas reviste una amplia variabilidad y sus efectos exitosos se han atribuido a factores específicos, algunos de los cuales podrían estar bajo el control de los investigadores. Entre ellos, se destacan el tema central de las políticas y los estudios, las características personales de los investigadores y los políticos, la forma como los investigadores y los artífices de políticas emprenden sus procesos, el contexto en que interactúan investigaciones y decisores, y el impacto potencial de los estudios. Las políticas de salud no obedecen tanto a la influencia de las investigaciones como a los intereses de los artífices de políticas, y la presión que sobre investigadores y artífices de políticas ejercen contextos sociales, políticos e intelectuales. Mejorar la comunicación y los vínculos entre investigadores y

tomadores de decisiones se refleja como una actividad prioritaria. La complejidad de la relación entre estudios y decisiones políticas obliga a los investigadores a tomar cierta distancia y reexaminar su actividad.

Siendo las políticas el producto de la interacción de actores cuyos intereses y valores derivarán en la adopción o rechazo de una decisión, los estudios no deberían limitarse a la descripción formal de políticas en marcha ni a evaluar sus efectos y deberían preocuparse también por eventos que han ocurrido antes y donde puede estar la clave de los cambios. La caracterización de los actores que participan en el proceso político, sus intereses, conflictos y alianzas, su *modus operandi* frente a la agenda política y su correlación de fuerzas constituyen la clave para la comprensión de la política pública y, como tal, deben ser objeto de investigación. Las preguntas de los investigadores deberían derivarse entonces hacia los actores y sus intereses, hacia la forma como estos perciben o no las situaciones como problemas, hacia sus interacciones de poder y los sistemas políticos que estas interacciones configuran, en fin, al proceso político y sus diferentes componentes [7, 104, 105].

Aun sin que los propios científicos sean conscientes de ello, sus investigaciones serán o no retomadas como argumento de legitimación por los diferentes actores que intervienen en el proceso político, de acuerdo con sus propias motivaciones e intereses. Ello los obliga a asumir posiciones que no son solamente metodológicas sino también éticas y políticas y que, más allá del informe publicado, se reflejan en las consecuencias de sus planteamientos.

Referencias

- Giddens A. Un mundo desbocado: Los efectos de la globalización en nuestras vidas. México: Taurus; 1999.
- Bronfman M, Langer A, Trostle J. De la investigación en salud a la política. La difícil traducción. México: Manual Moderno; 2000.
- Weber M. El político y el científico. 8.ª ed. Madrid: Alianza; 1994.
- Hobbes Th. Leviatán. 2.ª ed. Madrid: Editora Nacional; 1979.
- Segura A. La influencia de la investigación en las políticas de salud y en la práctica sanitaria. Rev Esp Salud Pública 2000;74.
- Walt G. Health policy: an introduction to process and power. Johannesburgo: Witwatersrand University Press; 1994.
- Stone D; Maxwell S and Keating M Bridging Research and Policy. An International Workshop. UK Department for International Development Warwick University, 16-17 July 2001 (Acceso 2 Apr 2002). Disponible URL: <http://nt1.ids.ac.uk/gdn/fulltext/Bridging.pdf>
- Weiss CH. The many meanings of research utilization. Public Admin Review 1979; 39:426-431.
- Milio N. La contribución de la investigación. En: Ciudades Sanas: la nueva salud pública y la investigación que necesitamos. Revisiones en Salud Pública 1993;3:155-67.
- Fox DM. Health policy and the politics of research in the United States. J Health Polit Policy Law 1990;15(3):481-499.
- O'Neill, M., Pederson, A.P. Building a methods bridge between public policy analysis and health public policy. Can J Public Health 1992;83 (suppl 1):S25-30.
- Klarman HE. Observations on health services research and health policy analysis. Milbank Mem Fund Q Health Soc 1980;58(2):201-216.
- Williams SR, Wysong JA. The use of research in national health policy: an assessment and agenda. Med Care 1975;13(3):256-267.
- Milio, N. Promoting health through public policy. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1989.
- Scott C, West E. Nursing in the public sphere: health policy research in a changing world. J Adv Nurs 2001;33(3):387-95.
- Gibbons M, Limoges C, Nowotny H, Schwartzman S, Scott P, Trow M. The new production of knowledge: the dynamics of science and research in contemporary societies. Citado por: Scott C, West E. Nursing in the public sphere: health policy research in a changing world. J Adv Nurs 2001;33(3):387-95.
- Phillips CV. The economics of 'more research is needed'. International Journal of Epidemiology 2001;30:771-776.
- Innerarity D. La sociedad invisible. El País, Madrid; 19 de febrero del 2002.
- Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research 2001-2002. [Sitio en internet] [Acceso: 2 de mayo del 2002]. Disponible en: <http://www.globalforumhealth.org/pages/index.asp>
- TDR Home page. [Sede web] The special programme for research and training in tropical diseases; 1996 [Acceso: 14 de mayo del 2002] Research Results (2 pantallas) World Health Organization. Ad hoc Committee on Health Research. Investing in Health Research and Development. Disponible en: http://www.who.int/tdr/research/progress9900/knowledge/seb_hsr.htm
- Keusch G; Davies C; Spiegel J. Paper presented at Forum 5, October 2001, by: Citado por Global Forum for Health Research, The 10/90 Report on Health Research 2002. [Acceso: 24 mayo del 2002]. Disponible en: <http://www.globalforumhealth.org/FilesUpld/29.pdf>.
- Casino G. Press Releases. Escepticismo [Acceso: 7 de junio del 2002]. Disponible en: URL: <http://pv1fd.pav1.hotmail.msn.com/cgi-bin/getmsg?curmbox=F000000005&a=5f7179ddcca1864a3b96c622161ec5ec&msg=MSG1023493683.38&start=2574482&l=en=8959&mfs=2526>
- Lisa M., Schwartz MD, MS; Steven Woloshin MD., MS; Linda Baczek, BBA Media Coverage of Scientific Meetings: Too much, too soon? JAMA 2002;287(21):2859-2863.
- Cates W, Rosemberg Z, Raymond E. Holtz A. To de Editor: When Should the Public Be Informed of the Results of Medical Research? Jama, 2001; 286 (23): 2944-45, December 19, 2001.
- Cates W, Rosemberg Z, Raymond E. Holtz A. Op. cit.
- Subirats J. El análisis de las políticas públicas. Gac Sanit 2001;15(39):259-264.
- Hinshaw AS. Using research to shape health policy. Nurs Outlook 1988;36(1):21-4.
- Edwards A, Elwyn G, Mulley A. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures BMJ 2002;324:827-830.
- Whitelaw A, Williams J. Relating health education research to health policy. Health Educ Res 1994;9(4):519-526.
- Davis P, Howden-Chapman P. Translating research findings into health policy. Soc Sci Med 1996;43(5):865-872.
- Alexander J. Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial: análisis multidimensional. Barcelona: Gedisa; 1995.

32. McKee M, Zwi A, Koupilova I, Sethi D, Leon D. Health policy-making in central and eastern Europe: lessons from the inaction on injuries? *Health Policy* 15(3):263-269.
33. Grindle M, Thomas J. Public choices and policy Change. Citado por McKee M, Zwi A, Koupilova I, Sethi D, Leon D. Health policy-making in central and eastern Europe: lessons from the inaction on injuries? *Health Policy and Planning* 15(3):263-269.
34. TDR Home Page. [Sede web]. The Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases; 1999 [Acceso: 2 de mayo del 2002]. Publications (2 pantallas) De Blas, E. WHO. Health policy research is essential... but difficult. Disponible en: <http://www.who.int/tdr/publications/tdrnew/news60/policy.html>
35. The World Bank [Sede web]. Multi-Country Projects in Equity, Poverty, and Health [Acceso 14 de mayo del 2002]. Disponible en: <http://www.worldbank.org/poverty/health/library/guide/proj07.htm>
36. Holcik J, Koupilova I. Defining and assessing health-related quality of life *Cent eur j public health* 1999;7(4):207-209.
37. Nutbeam D. Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. *Health promotion international* 13(1):27-44.
38. Garrett M.J. An introduction to national futures studies for policymakers in the health sector. *World Health Statist Quart* 1994;47(3-4):101-117.
39. Randolph T. Rural Household data collection in developing countries: preparing the Data for analysis. Working Papers in Agricultural Economics. Department of Agricultural Economics and Cornell Food and Nutrition Policy Program. Data Collection Paper. 1991; (91-19):1-35.
40. Pinstrup-Andersen P, García M. Data on food consumption by high-risk family members: Its utility for identifying target households for food and nutrition programmes. In *intra-household resource allocation: issue and methods for development and planning*. Lorge Rogers B, Schlossman NP, publishers. Tokyo: United Nations University Press. Cornell Food Nutrition Policy Program. CFNPP Reprint Series. 1990; PG1:164-174.
41. Klarman HE. Observations on health services research and health policy analysis. *Milbank meml. fund q health soc* 1980;58(2):201-216.
42. Hinman AR. Quantitative policy analysis and public health policy: a macro and micro view. *Am J Prev Med* 1997;13(1):6-11.
43. Draper D; Fouskakis DA Case study of stochastic optimization in health policy problem formulation and preliminary results *Journal of Global Optimization* 2000;18(4):399-416.
44. Murray CJ, Lopez AD. The utility of DALYs for public health policy and research: a reply. *Bull World Health Organ* 1997;75(4):377-381.
45. Nobre F, Stroup DF. A Monitoring system to detect changes in public health surveillance data. In *Journ Epidemiol* 1994;23(2) 408-418.
46. Joffe M, Mindell J. A framework for the evidence base to support health impact assessment. *J epidemiol community health* 2002;56:132-138.
47. Shaw LJ, Redberg RF. From clinical trials to public health policy: the path from imaging to screening. *Am J Cardiol* 2001;88(2A):62E-65E.
48. Strouse R, Carlson B, Hall J. Report on Survey Methods for the Community Tracking Study's 1998-1999 Round Two Household Survey. Washington: Center for Studying Health System Change; 2001.
49. Thorngate W The Social psychology of policy analysis. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 2001;3:85-112.
50. Heller RF, Page J. A population perspective to evidence based medicine: evidence for population health *J epidemiol community health* 2002;56:45-47.
51. Smith T. Evidence based politics *BMJ* 1996; 312:127.
52. Murray Ch, Frenk J. World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. *The Lancet* 2001;357:1698-1700.
53. Lohr KN, Eleazer C, Mauskopf J. Health policy issues and applications for evidence-based medicine and clinical practice guidelines. *Health Policy* 1998;46:1-19.
54. Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet* 2000;356:1598-1601.
55. Karhausen L R. The poverty of Popperian epidemiology. *Int J Epidemiol* 1995;24(5): 869-874.
56. L Rychetnik, M Frommer, P Hawe. A shiell criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:119—127.
57. Koelen M A, Vaandrager L, Colomé C. Health promotion research: dilemmas and challenges. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:257-262.
58. Smith GD, Ebrahim S, Frankel S. How policy informs the evidence *BMJ* 2001;322:184-185.
59. Palast G. The globalizer who came in from the cold. *Londres: The Observer*; 2001 [Acceso 4 de abril del 2002]. Disponible en: <http://www.gregpalast.com/detail.cfm?artid=78&row=1>
60. Palast G. Gats got his tongue. *London Sunday: The Observer*; 2001 [Acceso 4 de abril del 2002]. Disponible en: <http://www.gregpalast.com/detail.cfm?artid=77&row=1>
61. Macdoanld G. Re-designing the evidence base for health promotion. *Internet Journal of Public Health Education*. 2000;2:B9-17.
62. Hall WA, Callery P Enhancing the rigor of grounded theory: incorporating reflexivity and relationality. *Qualitative Health Research* 2001;11(2):257-272.
63. Nutbeam D. Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. *Health promotion International* 13(1):27-44.
64. L Rychetnik, M Frommer, P Hawe, A Shiell Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:119-127.
65. Ashton J, Seymour H. Políticas de salud para la nueva salud pública. En: *La Nueva Salud Pública*. Barcelona: Masson; 1990; p. 101-125.
66. Milio N. Nutrition policy for food - rich countries: a strategic analysis. Baltimore y Londres: University of North Carolina at Chapel Hill/The Johns Hopkins University Press; 1990.
67. McKee M, Zwi A, Koupilova I, Sethi D, Leon D. Health policy-making in central and eastern Europe: lessons from the inaction on injuries? *Health policy plan*; 15(3):263-269.
68. Grindle M, Thomas J. Public choices and policy Change. Baltimore, MD: Johns Hopkins Press, 1991. Citado por McKee M, Zwi A, Koupilova I, Sethi D, Leon D. Health policy-making in central and eastern Europe: lessons from the inaction on injuries? *Health Policy and Planning*; 15(3):263-269.
69. Judd J, Frankish J, Moulton G. Setting standards in the evaluation of community based health promotion programmes: a unifying approach. *Health promotion international*. 2001;16(4):367-380.
70. Fook J. Linking theory, practice and research. *Critical Social Work* 2001;2(1).
71. Judd J, Frankish J, Moulton G. *Op. cit.*

72. Wenstop F, Magnus P. Value focused rationality in AIDS policy. *Health Policy* 2001;57:57-72.
73. Karhausen L R. The poverty of popperian epidemiology. In *J epidemiol* 1995;24(5): 869-874.
74. Ralph E. *Just Results: Ethical foundations for policy analysis*. Washington D.C.: Georgetown University Press, 1998.
75. Thomson Center Watch. *Center Watch: clinicals trials listing service [sede web]* Boston: Center Watch, 1995. [Acceso 8 de mayo del 2002]. Disponible en: <http://www.centerwatch.com>
76. South J, Tilford S. Perceptions of research and evaluation in health promotion practice and influences of activity. *Health educ res* 2000;15(6):729-741.
77. Learmonth A. Utilizing research in practice and generating evidence from practice. *Health educ res* 2000;15(6):743-756.
78. Brundtland G. WHO. *Health Research for development International*. En: Conference on health research for development. Ginebra; World Health Organization; 1999 [Internet]. [Acceso: 12 de mayo del 2002]. Disponible en: http://www.who.int/director-general/speeches/1999/english/19990430_ichrd.html
79. Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000: Invertir en Salud [Sitio en internet]*. Washington: Banco Mundial; 1993. [Acceso: 11 de mayo del 2002]. Disponible en: http://publications.worldbank.org/e-commerce/catalog/product?item_id=194651
80. Global Forum for Health Research. *The 10/90 Report on Health Research 2001-2002*. (Acceso 2 Mayo 2002). Disponible en: <http://www.globalforumhealth.org/pages/index.asp>
81. Brundtlan GH. WHO Global Forum for Health Research. Geneva; Abril 30 1999. [Acceso: 10 de mayo del 2002]. Disponible en: http://www.who.int/director-general/speeches/1999/english/19990609_geneva_global_forum.html
82. Global Forum for Health Research. *The 10/90 Report on Health Research 2001-2002*. [Acceso: 3 de mayo del 2002]. Disponible en: <http://www.globalforumhealth.org/pages/index.asp>
83. Hepworth J. Evaluation in health outcomes research: linking theories, methodologies and practice in health promotion. *Health Promotion International* 1997;12(3):233-238.
84. Joffe M, Mindell J. A framework for the evidence base to support Health Impact Assessment. *J J Epidemiol Community Health* 2002;56:132-138.
85. UK Department of Health. *Health Impact Assessment: Report of a Methodological Seminar*. UK Department of Health; 1999.
86. Frankish CJ, Green LW, Ratner PA, Chomik T, Larsen C. *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy. A Report to the Health Promotion. Development Division of Health Canada*. Institute of Health Promotion Research. University of British Columbia. May 1966.
87. Von de Water HPA, Perenboom RJM and Boshuizen HC. Policy relevance of the health expectancy indicator an inventory in European Union countries. *Health Policy* 1996;36(2):117-129.
88. UK Department of Health. *Health Impact Assessment: Report of a Methodological Seminar*. UK Department of Health.; 1999.
89. Frankish CJ, Green LW, Ratner PA, Chomik T, Larsen C. *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy. A Report to the Health Promotion Development Division of Health Canada*. Institute of Health Promotion Research. University of British Columbia. Mayo de 1966.
90. Grindle M, Thomas JW. After the decision: Implementing policy reform. En *World development* 1990;18:1163-1181.
91. Manderson L. Drugs, sex and social science: social science research and health policy in Australia. *Soc Sci Med* 1994;39(9):1275-1286.
92. Larson E. Health policy and NIH: implications for nursing research. *Nurs Res* 1984;33(6):352-356.
93. Vinje G, Hewitt D. Influencing public health policy through action-oriented research: A case study of Lysol abuse in Alberta. *Journal of Drug Issues* 1992;22(1):169-178.
94. Elsinga E, Rutten FF. Economic evaluation in support of national health policy: the case of The Netherlands. *Soc Sci Med* 1997;45(4):605-620.
95. Lomas J. Finding audiences, changing beliefs: the structure of research use in Canadian health policy. *J Health Polit Policy Law* 1990;15(3):525-542.
96. Davis P, Howden-Chapman P. Translating research findings into health policy. *Soc Sci Med* 1996 Sep;43(5):865-872.
97. MacIntyre S, Chalmers I, Horton R, Smith R. Using evidence to inform health policy case study. *BMJ* 2001;322:222-225.
98. Wellings K, Macdowall W. Evaluating mass media approaches to health promotion: a review of methods. *Health Education*. 2000;100(1):23-32.
99. Vaitilingam R Economic and Social Research Council and British Academy. *Developing a Media Strategy*. Londres, ESRC UK ;2002. [Acceso: 6 de enero del 2002]. Disponible en: http://64.4.30.250/cgi-bin/linkrd?_lang=ES&lah=feabad3cc9f37f3155a15db469cdf7c&lat=1014121650&hm__action=http%3a%2f%2fwww%2eesrc%2eac%2euk%2fesrcontent%2fPublicati onsList%2f4books%2fmedframeset%2ehtml.
100. Resnik DB. Ethical dilemmas in communicating medical information to the public. *Health Policy* 2001;55:129-149.
101. Hoffmann Ch, von der Schulenburg G, Matthias J. The influence of economic evaluation studies on decision making A European survey. *Health Policy* 2000;52:179-192.
102. Helming S, Göbel M. *Planificación de proyectos orientada a objetivos (ZOPP): Orientaciones para la planificación de proyectos y programas nuevos y en curso Unidad 04 Estrategia de Desarrollo de la Empresa*. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GMBH.
103. Djankov S, McLiesh C, Nenova T, Shleifer A. *World Bank, Harvard University. Who owns the media? World Bank and Harvard University*. [Acceso: 1 de mayo del 2002]. Disponible en: http://econ.worldbank.org/files/2225_wps2620.pdf
104. Pastor M *et al*. *Ciencia política*. Madrid: McGraw-Hill; 1993.
105. Pastor M *et al*. *Fundamentos de ciencia política*. Madrid: McGraw-Hill; 1994.

Duración de la revascularización miocárdica practicada a los afiliados de una EPS colombiana, 1999-2004*

Survival of the myocardial revascularization implanted to the affiliated to the Obligatory Plan of Health (OPH) of Susalud EPS, Colombia, 1999-2004

Diana Paulina Jaimés¹; Claudia Teresa Osorio²; Hugo Grisales R³.

¹ Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Medellín, Colombia. Correo Electrónico: djaimes@une.net.co

² Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Medellín, Colombia. Correo Electrónico: claudiateresao@gmail.com

³ Magíster en Epidemiología, profesor titular Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo Electrónico: hgrisales@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 9 de diciembre 2005. Aprobado: 24 enero de 2007

Jaimés DP, Osorio CT, Grisales H. Duración de la revascularización miocárdica practicada a los afiliados de una EPS colombiana, 1999-2004. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2007;25(1):7-15

Resumen

Objetivo: describir la supervivencia de la revascularización miocárdica en afiliados al Plan Obligatorio de Salud (POS) de Susalud EPS en cinco ciudades colombianas entre 1999 y 2004. **Materiales y métodos:** se consideraron 720 revascularizaciones miocárdicas cuyas características estaban anexas en una base de datos de Susalud EPS; se construyó una tabla de vida y la curva de supervivencia de la revascularización miocárdica y se exploró la asociación de ésta con variables de persona mediante el método de Kaplan Meier y la prueba log rank. **Resultados y conclusiones:** desde el momento de la cirugía hasta seis años después, la durabilidad de la revascularización miocárdica alcanzó el 86,3%: 92,8% para los hombres y 72,9% para las mujeres. La probabilidad de falla de la revascularización presentó un

marcado descenso en los primeros 9 meses, a partir de este tiempo fue poca la variabilidad, hasta el sexto periodo (53,1 meses) y un incremento importante hacia el séptimo periodo (62-70,9 meses). Se destaca una alta probabilidad de falla en el posoperatorio temprano y hacia el final del periodo de estudio. La durabilidad de la revascularización se asoció con el sexo, y se destacó que 50% de las revascularizaciones que fallan en las mujeres alcanzaron el doble de durabilidad con respecto a los hombres. La presente investigación puede ser un punto de partida para futuras investigaciones de la supervivencia de la revascularización miocárdica que incluyan variables clínicas que pudieran influir en la supervivencia de la misma.

-----Palabras clave: supervivencia, enfermedad coronaria, revascularización miocárdica, probabilidad de fallo

Abstract

Objective: to describe the survival of myocardial revascularization in patients affiliated to the obligatory plan of health (OPH) of Susalud company in five Colombian cities between 1999 and 2004. **Methodology:** 720 myocardial revascularizations were considered from which their characteristics were included in a database of Susalud. A

life table and the survival function curve of the myocardial revascularization were built. The association of this information with variables of person by Kaplan Meier's method and the log rank test was explored. **Results and conclusions:** from the moment of the surgery until six years later the durability of the myocardial revascularization reached 86.3%: 92,8%

* Investigación adscrita al Grupo de Investigación Demografía y Salud

for men and 72.9% for women. The probability of fault of the myocardial revascularization presented a remarkable reduction during the first 9 months. Since this time on it had little variability until the sixth period (53.1 months). In the next period it had an important increase (62-70.9 months). A high probability of fault in the early post surgery period as well as at the end of the study is pointed out. The durability of the myocardial revascularization was also associated with, and it

was found that 50% of the implants that fail in women doubled durability of those implanted to men. The present research can be a starting point for future investigations on survival of the myocardial revascularization that include clinical variables that can influence in it.

-----Keywords: survival, coronary illness, myocardial revascularization, fault probability

Introducción

La enfermedad coronaria se caracteriza por la acumulación de grasa a lo largo de la capa interna de las arterias, que disminuye y obstruye el flujo de sangre al músculo cardíaco; aunque esta enfermedad evoluciona lentamente, ocasiona la muerte instantáneamente en un tercio de los casos [1, 2].

El tratamiento para la enfermedad coronaria puede abarcar desde el control de los factores de riesgo o la prescripción de medicamentos hasta procedimientos intervencionistas de tipo transcáteter (angioplastia, aterectomía, ablación con láser) o quirúrgico (revascularización miocárdica) [3], los cuales se utilizan para dilatar arterias parcialmente bloqueadas y crear derivaciones en arterias gravemente obstruidas, respectivamente. La revascularización miocárdica es un procedimiento quirúrgico que conlleva mayor riesgo, tanto en la etapa operatoria como posoperatoria, debido a que es un procedimiento invasivo que generalmente requiere anestesia general y circulación extracorpórea [3]. Esta intervención quirúrgica, además de prolongar el tiempo de vida del individuo, mejora el pronóstico, reduce los síntomas asociados con la patología (angina de pecho intermitente, disnea o fatiga), aumenta la tolerancia al ejercicio y disminuye las dosis requeridas de fármacos, lo que se podría traducir en una mejor calidad de vida.

En los países desarrollados, la enfermedad de las arterias coronarias es la causa principal de muerte entre personas de ambos sexos [4], y es mayor en los hombres, sobre todo en aquellos en edad comprendida entre los 35 y 55 años. Después de los 55 años, las defunciones en los hombres disminuyen mientras que en las mujeres siguen una tendencia ascendente. Con respecto al origen étnico, en comparación con los blancos, las tasas de mortalidad entre los negros son más elevadas hasta los 60 años y entre las mujeres negras, hasta la edad de 75 años.

En Colombia, la enfermedad coronaria es la principal causa de muerte, excluidas las afines a la violencia, en hombres de 45 a 64 años y mujeres mayores de 45. En particular, se destaca el peso importante que tiene esta causa de muerte sobre el total de afiliados al POS de Susalud EPS en el año 2004, especialmente entre personas de 15 y más años [5].

Este trabajo permite conocer algunas características sociodemográficas de los afiliados al POS, de Susalud EPS a quienes se les practicó la revascularización miocárdica en el periodo 1999-2004, la morbimortalidad, la probabilidad que tiene el puente coronario[†] de durar un cierto número de periodos de tiempo a partir del momento en que se lo practica, la probabilidad de falla en cada periodo de estudio y la posible asociación entre el tiempo de supervivencia del puente coronario y variables afines que reportan la literatura y la destreza del personal médico. Los resultados derivados de esta investigación servirían de apoyo en el diseño de estrategias que permitan impactar positivamente la durabilidad de la revascularización miocárdica, en particular, y de la calidad de vida del paciente, en general.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de una cohorte de 720 puentes coronarios practicados a los afiliados al POS Susalud EPS en cinco filiales en Colombia, a saber: Medellín, Bogotá, Cali, Barranquilla y Manizales, desde el año 1999 hasta el 2004. La recolección de los datos demográficos fue realizada por funcionarios del área de afiliaciones, y la referida a la prestación del servicio, por auditores médicos y de cuentas; dicha EPS suministró los datos necesarios, tanto de los pacientes como del número de afiliados, para el desarrollo de la investigación, los cuales estaban anexos en primera instancia en el software Data Ware House y luego se consignaron en una base de datos en Excel. Valga resaltar que antes de que los datos se ingresaran al sistema, se revisaron en auditoría médica y contable, con el fin de garantizar su calidad. Es importante anotar que la información proviene de fuentes secundarias y, como tal, no existió seguimiento alguno a los pacientes, solo un reporte de algunas características referidas al procedimiento y práctica coronaria. Este estudio fue avalado por la EPS Susalud, que facilitó la información; además, se dejó constancia formal de respeto de toda la normatividad existente sobre los aspectos éticos, si bien el Comité de Ética de la Universidad de Antioquia clasificó este estudio como de riesgo mínimo.

[†] En el texto se utiliza indistintamente revascularización miocárdica y puente coronario, según el contexto del párrafo.

La información concerniente a los pacientes se exportó al software estadístico SPSS, versión 11.0 para Windows, con el fin de llevar a cabo los procedimientos técnicos dirigidos al alcance de los objetivos trazados.

La distribución univariada se presentó mediante tablas y figuras y, como indicadores de resumen, se emplearon la mediana y la desviación mediana absoluta, medida de dispersión utilizada cuando la desviación estándar y la desviación media absoluta no son pertinentes por la heterogeneidad de los datos [6]. Valga advertir que para la definición de los intervalos de tiempo considerados en la construcción de las tablas de vida se utilizó, como criterio estadístico, la mediana, por su resistencia a la presencia de valores extremos, dado que los tiempos de supervivencia reportados fueron especialmente heterogéneos.

La variable respuesta se construyó tomando en cuenta el tiempo transcurrido desde el momento en que se realizó el puente coronario (evento inicial), hasta la ocurrencia de la muerte del afiliado por causas relacionadas con la enfermedad coronaria o reemplazo del puente coronario (evento final)[‡]. La condición de no censura se definió como falla del puente coronario, esto es, muerte por causa relacionada con la enfermedad coronaria o reemplazo del puente coronario y la condición de censura, como muerte por otras causas, pérdida durante el seguimiento y todos aquellos puentes coronarios que duran hasta el final del periodo de estudio; para la construcción de la tabla de vida se calcularon las siguientes funciones:

lx : número de revascularizaciones miocárdicas que se han realizado al inicio del periodo x .

dx : número de puentes coronarios que fallaron[§], ya sea por la práctica de una segunda revascularización o por la muerte del afiliado, debido a causas atribuibles al procedimiento.

qx : probabilidad que tiene el puente coronario de fallar dado que ha durado hasta el periodo inmediatamente anterior.

px : probabilidad que tiene el puente coronario de durar un determinado periodo.

sx : probabilidad que tiene un puente coronario de durar cierto tiempo a partir del momento del implante.

Por otro lado, en la descripción del tiempo de supervivencia en función de la condición de censura se utilizó el método de Kaplan Meier y como representación gráfica, la curva de supervivencia [7]. Para explorar la asociación entre el tiempo de supervivencia del puente coronario con algunas

variables de persona, se hizo uso del log rank test y como criterio de decisión, se utilizó un $\alpha = 0,05$

Resultados

Caracterización sociodemográfica

Se consideraron 720 puentes coronarios practicados a los afiliados al POS, de Susalud EPS en Medellín, Bogotá, Cali, Barranquilla y Manizales, en el periodo comprendido entre 1999 y 2004. Aproximadamente un poco más de las tres cuartas partes de los puentes practicados a la población pertenecen a la regional de Medellín. El 71,0% de los puentes coronarios fueron realizados en personas del sexo masculino; la edad promedio del afiliado al momento de la cirugía fue de 62,3 años, con desviación estándar de 10,7 años^{**}; el 50% de estos tenían 63 años o menos, con esta como la edad más frecuente. En cuanto al grado de escolaridad, el 25,1% refirió tener estudios secundarios, aunque se destacó que en 41,0% de los casos, esto se desconoce. Cuando se consideró el estado civil, el 74,6% de los afiliados refirieron tener pareja; con respecto al ingreso se encontró que 55,7% dijeron que ganaban menos de dos salarios mínimos (tabla 1).

Durante los cuatro primeros años considerados en el estudio, hubo un aumento con tendencia casi lineal de la tasa de puente coronario; al quinto año se observó un aumento marcado; esto es que por cada 100.000 afiliados se presentaron 21,3 puentes coronarios y hacia el sexto año, el comportamiento tendió a ser constante (figura 1). Se encontraron diferencias en los promedios de edad entre hombres (61,6 años) y mujeres (63,9), mayor en éstas (IC 95%: 0,5 a 3,9 $p = 0,008$, prueba t para diferencia de muestras independientes). De los 720 puentes coronarios, 14 (1,9%) fueron reemplazados. Es de anotar que estos se practicaron en personas de 50 años en adelante, con el grupo de edad de 50 a 59 años el que presentó la mitad de los casos; en cuanto al sexo, se presentó en igual proporción para ambas categorías.

Los factores determinantes para la falla del injerto coronario fueron la muerte a causa de enfermedad coronaria y el reemplazo del puente; para el primer factor se encontró que por cada muerte por causas diferentes a la enfermedad cardíaca se presentaron 2,3 muertes a causa de ésta. En cuanto al segundo factor, reemplazo del puente coronario se encontró que del total 14 fueron reemplazados; es decir que por cada puente coronario primario se presentaron 0,02 reemplazos.

[‡] Se entiende en el contexto de este trabajo como “reemplazo en puente coronario” aquellos puentes que fueron realizados por segunda vez a los afiliados al POS, de Susalud EPS entre 1999-2004

[§] En el transcurso del análisis de la información se entenderá “Falla de Bypass” como el suceso que implique el reemplazo del puente coronario o el desencadenamiento de un evento final por razones atribuibles al procedimiento.

^{**} Se advierte que en el transcurso del análisis de la información, se entenderá como “Afiliados”, a todas aquellas personas afiliadas al POS, de Susalud EPS que se les ha practicado revascularización miocárdica en el periodo 1999-2004.

Tabla 1. Distribución porcentual de las variables cualitativas consideradas en la investigación sobre supervivencia del puente coronario practicado a los afiliados al POS de Susalud EPS, Medellín, Bogotá, Cali, Barranquilla y Manizales, 1999-2004

Variabes	Categorías	n	Porcentaje
Regional	Medellín	549	76,3
	Bogotá	72	10,0
	Cali	53	7,4
	Barranquilla	45	6,3
	Manizales	1	0,1
	Total	720	100,0
Sexo	Masculino	511	71,0
	Femenino	209	29,0
	Total	720	100,0
Escolaridad	Analfabeta	37	5,1
	Primaria	140	19,4
	Secundaria	181	25,1
	Universitaria/ tecnología	67 295	9,3 41,0
	No se sabe		
	Total	720	100,0
Estado civil	Soltero	74	10,3
	Casado	493	68,5
	Unión libre	44	6,1
	Separado	35	4,9
	Viudo	72	10,0
	Otros	2	0,3
	Total	720	100,0
Nivel de ingreso	Menos de dos SMMLV	401	55,7
	Entre dos y cinco SMMLV	211	29,3
	Más de cinco SMMLV	53	7,4
	No se sabe	65	7,6
	Total	720	100,0

En el 50% de los puentes coronarios, el valor real en pesos, asumido por la EPS por este concepto, fue de \$ 15.362.446 o menos^{††}. Se destaca que el costo más frecuente fue de \$18.440.129. Durante los cuatro primeros años hubo una marcada disminución del costo real del puente coronario, con poca variación entre los años 2002 y 2004 y una disminución importante hacia el año 2005; se estimó que el costo por este concepto ese año 2005 disminuyó 45.8% con respecto al costo de 1999 (figura 2).

^{††} Los valores corrientes se deflactaron con un índice de precios al consumidor (IPC) en salud tomando como base el mes de octubre de 2015.

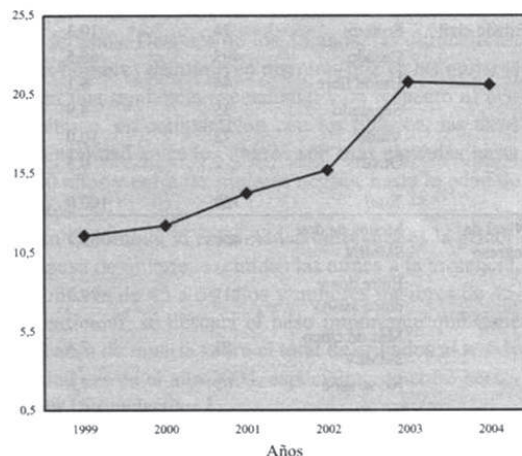


Figura 1. Tasa de revascularizaciones coronarias en afiliados al POS de Susalud EPS, Medellín, Bogotá, Cali, Barranquilla y Manizales, 1999-2004

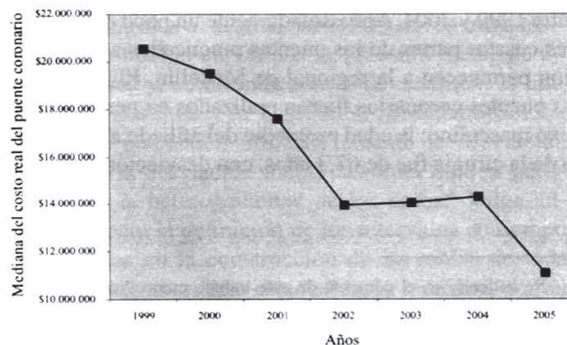


Figura 2. Mediana del costo real del puente coronario practicado a los afiliados al POS de Susalud EPS, Medellín, Bogotá, Cali, Barranquilla y Manizales, 1999-2004

Morbilidad

Entre las enfermedades al momento de la práctica del puente coronario, se encontró que la angina de pecho aportó aproximadamente la mitad del total de casos, con mayor prevalencia en los hombres, seguida de la enfermedad isquémica del corazón y el infarto agudo del miocardio. Las cinco primeras enfermedades que obligaron a la revascularización miocárdica sumaron 84,3% del total de causas. Aproximadamente las tres quintas partes de los puentes se realizaron en afiliados con edades entre 50 a 69 años.

Mortalidad

En los afiliados que requirieron revascularización miocárdica se presentaron 59 defunciones en el periodo comprendido entre 1999 y 2004, correspondiente a 8,2% de los casos; de estas, aproximadamente las

tres quintas partes correspondieron a la población masculina, con edad entre 70 y 79 años y con principal causa de muerte la enfermedad isquémica del corazón. Durante los cuatro primeros años, el comportamiento de la tasa de mortalidad fue casi constante. Llama la atención que en el año 2003 se presentó un aumento significativo de la tasa de mortalidad: por cada 100.000 afiliados se presentaron 2,3 muertes en aquellos a quienes se les había practicado la revascularización miocárdica, el doble de los años anteriores. Se estima que se requieren aproximadamente 13 puentes coronarios para que se presente un evento fatal (cociente entre el número de puentes coronarios y el número de muertes en el periodo por todas las causas), ya sea a consecuencia del procedimiento o por otra causa. Aproximadamente las tres cuartas partes de las defunciones en aquellos intervenidos con el procedimiento de interés, revascularización miocárdica, se presentaron entre los 60 y los 79 años de edad y, en menor medida, en menores de 40 años.

Análisis de supervivencia

Tiempo de durabilidad de la revascularización miocárdica

En el estudio se encontró que 92,5% (666) de los puentes coronarios practicados en el periodo de estudio no presentaron el evento de interés (censurados) y que 7,5% (54) de éstos fallaron (no censurados). Se observó que desde el momento de la revascularización miocárdica hasta un poco más de ocho meses (266 días), la probabilidad acumulada de supervivencia de este fue de 93,1%. Nótese que a partir de los 266 días (8,86 meses), la supervivencia disminuye levemente hasta aproximadamente el quinto año (3,06%) (1.861 días), y a partir de este periodo la disminución es más rápida (3,75%); en cuanto a la supervivencia del puente coronario al sexto año, para los hombres fue de 92,8% y para las mujeres, 72,9%. El 50% de las revascularizaciones miocárdicas tuvieron una supervivencia aproximada de 614 días o menos (20,5 meses), con una desviación respecto de la mediana de más o menos 485,9 días (16,2 meses) (tabla 2).

Tabla 2. Tiempo de supervivencia del puente coronario en afiliados al POS de Susalud EPS, Medellín, Bogotá, Barranquilla, Cali y Manizales, 1999-2004

Tiempo de supervivencia del puente coronario (días)	Número de puentes coronarios al inicio	Falla del puente coronario	Probabilidad de falla	Probabilidad condicionada de supervivencia	Probabilidad acumulada de supervivencia
0-265	720	45,0	0,0690	0,9310	0,9310
266-531	540	5,0	0,0106	0,9894	0,9212
532-797	400	1,0	0,0029	0,9971	0,9185
798-1063	287	1,0	0,0040	0,9960	0,9148
1064-1329	211	0,0	0,0000	1,0000	0,9148
1330-1595	147	0,0	0,0000	1,0000	0,9148
1596-1861	84	1,0	0,0157	0,9843	0,9004
1862-2127	42	1,0	0,0417	0,9583	0,8629
2128-2393	5	0,0	0,0000	1,0000	0,8629
Mediana: 614,5 días			Desviación Mediana absoluta: 485,9 días		

La función de supervivencia acumulada mostró una leve disminución en la probabilidad de supervivencia de la revascularización miocárdica con el paso del tiempo, y se destacó que entre los tiempos comprendidos entre 532 y 1.862 días (17,7-62 meses), aquella se comportó casi constante. Nótese que el mayor número de puentes coronarios que fallaron se dieron preferiblemente antes de 266 días (8,9 meses). En general, hasta los 531 días (17,7 meses), las fallas constituyen 92% (figura 3). En cuanto a la probabilidad de falla de la revascularización miocárdica, se observó un marcado descenso luego de los 265 días (8,9 meses); a partir de este tiempo hasta los 1.595 días (53,1 meses) presenta variaciones pequeñas y un incremento entre los 1.862 y 2.127 días (62-70,9 meses) (figura 4).

Tiempo de supervivencia de la revascularización miocárdica y variables de persona

Con el fin de explorar la asociación entre el tiempo de supervivencia del puente coronario y variables afines que reportan la literatura y la destreza del personal médico, se aplicó el método de Kaplan Meier, que además proporciona los indicadores de resumen estadístico.

Cuando se consideraron las variables sexo del afiliado, nivel de escolaridad, muerte debida a enfermedad coronaria y reemplazo del puente coronario del afiliado, se encontró que estas se asociaron estadísticamente con el tiempo de supervivencia del puente coronario ($p < 0.05$). En cuanto al sexo del afiliado, llama la atención que 50% de los puentes coronarios que fallaron tuvieron

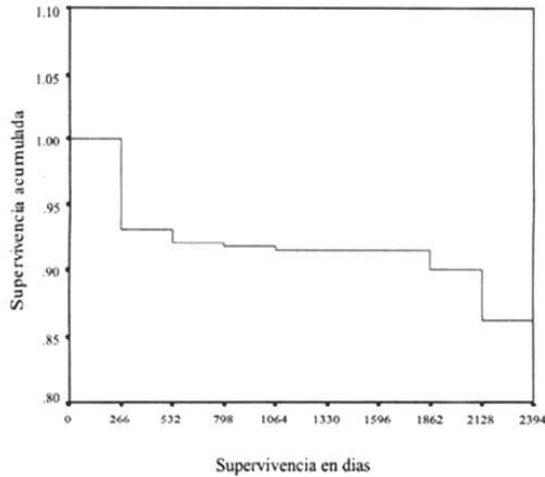


Figura 3. Supervivencia acumulada en puente coronario practicado a los afiliados al POS de Susalud EPS, Medellín, Bogotá, Cali, Barranquilla y Manizales, 1999-2004

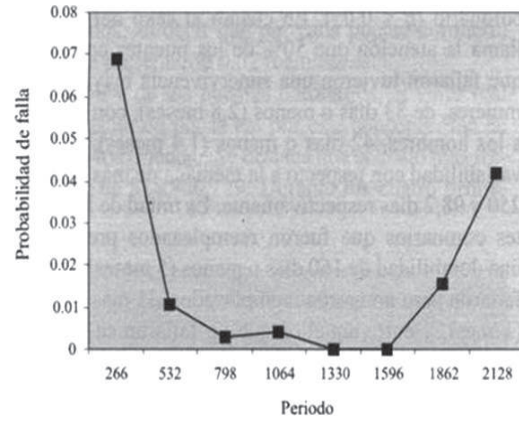


Figura 4. Probabilidad de falla del puente coronario practicado a los afiliados al POS de Susalud EPS, Medellín, Bogotá, Cali, Barranquilla y Manizales, 1999-2004

una supervivencia mayor en las mujeres, de 83 días o menos (2,8 meses), con respecto a los hombres, 42 días o menos (1,4 meses), con una variabilidad con respecto a la mediana de más o menos 250 y 98,2 días respectivamente. La mitad de los puentes coronarios que fueron reemplazados presentaron una durabilidad de 160 días o menos (5 meses); los que fallaron pero no fueron reemplazados, 31 días o menos (1 mes), y entre aquellos que no fallaron se presentó que 50% tuvo una supervivencia de 661 días o menos (22 meses) (tabla 3).

Discusión

El presente estudio muestra la experiencia de la supervivencia del puente coronario practicado a los afiliados al POS, de Susalud EPS en cinco dependencias de nivel nacional, Medellín, Bogotá, Cali, Barranquilla y Manizales, entre 1999 y 2004. Se advierte que se desconocen estudios en Colombia y en Latinoamérica, donde la unidad de análisis haya sido la supervivencia de la revascularización miocárdica, ya que se enfatiza

Tabla 3. Indicadores de resumen y prueba log rank test para la supervivencia del puente coronario practicado a los afiliados al POS de Susalud EPS con respecto a variables de persona, lugar y tiempo, Medellín, Bogotá, Cali, Barranquilla y Manizales, 1999-2004.

Variable	Nº "falla del puente coronario"			Falla del puente coronario			log rank test	p
	n	Me	DMA	n	Me	DMA	X ²	
<i>Regional</i>								
Medellín	505	646,0	476,3	44	66,5	185,6		
Bogotá	65	663,0	541,7	7	26,0	75,0		
Cali	52	861,0	542,6	1			3,79	0,4347
Barranquilla	43	606,0	463,1	2	14,0	7,0		
Manizales	1	-	-	-	-	-		
Total	666			54				

Continuación tabla 3

Variable	N° "falla del puente coronario"			Falla del puente coronario			log rank test	p
	n	Me	DMA	n	Me	DMA	χ^2	
<i>Sexo</i>								
Masculino	480	718,0	482,6	31	42,0	98,2	5,78	0,0163
Femenino	186	540,5	900,3	23	83,0	250,0		
Total	666	-	-	54	-	-		
<i>Nivel de escolaridad</i>								
Analfabetismo	34	448,5	363,1	3	108,0	521,7	9,67	0,0463
Primaria	122	547,0	460,8	18	60,0	115,1		
Secundaria	166	670,5	475,9	15	14,0	159,8		
Unversitaria/Tecnología	63	746,0	475,1	4	120,5	138,3		
Desconocido	281	728,0	492,6	14	86,0	139,9		
Total	666	-	-	54	-	-		
<i>Estado civil</i>								
Soltero	68	516,5	413,4	6	34,5	48,2	1,85	0,8694
Casado	457	701,0	491,5	36	65,5	156,5		
Unión libre	42	662,5	416,6	2	13,5	0,5		
Separado	31	486,0	395,5	4	175,	134,0		
Viudo	66	735,5	491,7	6	67,5	382,2		
Otros	2	1602,0	361,0					
Total	666	-	-	54	-	-		
<i>Nivel de ingreso</i>								
Menos 2 SMMLV	374	569,5	389,5	27	65,0	609,8	3,28	0,1944
Entre 2 y 5 SMMLV	193	708,0	461,8	18	68,5	104,9		
Mayor de 5 SMMLV	52	1105,0	462,7	1	-	-		
No se sabe	47	-	-	-	-	-		
Total	666	-	-	54	-	-		

Continuación tabla 3

Variable	Nº "falla del puente coronario"			Falla del puente coronario			log rank test	p
	n	Me	DMA	n	Me	DMA	X ²	
<i>Diagnóstico previo a la revascularización miocárdica de angina de pecho</i>								
Sí	294	665,5	454,4	22	73,0	140,7		
No	372	656,5	500,6	32	31,0	179,0	0,23	0,6343
Total	666	-	-	54	-	-		
<i>Muerte debida a enfermedad cardiaca</i>								
Sí	-	-	-	41	26,0	100,4	34,19	0,000
No	18	312,0	246,7	-	-	-		
Total	18	-	-	41	-	-		
<i>Reemplazo de puente coronario</i>								
Sí	-	-	-	14	160,0	325,7		
No	666	661,0	478,8	40	31,5	136,5	225,4	0,000
Total	666			54				

fundamentalmente en la supervivencia del paciente practicado. Por lo tanto, en este apartado se expondrán los hallazgos más relevantes obtenidos en estudios de alguna similitud con este antes que centrar el análisis en hacer comparaciones a ultranza.

El estudio incluyó 720 revascularizaciones miocárdicas con predominio de estas en hombres, de 61,6 años en promedio (DE: 10,7) (63,9 para las mujeres, DE = 10,2), y que refirieron como causa más frecuente para la práctica de la revascularización la angina de pecho. En cuanto a las defunciones, que representaron el 8% en esta investigación, esto significa una defunción por cada 12 revascularizaciones miocárdicas. La mayoría de ellas se presentaron en hombres de 70 a 79 años de edad y cuya causa más frecuente fue la misma enfermedad de base que originó el procedimiento, la enfermedad isquémica del corazón. Estos hallazgos guardan similitud con los encontrados en un estudio llevado a cabo en Lima (Perú) sobre factores de riesgo de morbilidad y mortalidad en revascularización miocárdica, en el cual se encontró que la edad promedio de estos pacientes fue de 65,6 años; el 62% tenía angina inestable previa a la revascularización y la mortalidad fue de 4,8%, 5/8 fallecieron en el

postoperatorio inmediato [8]. La revascularización miocárdica quirúrgica usualmente se practica en personas con edad avanzada, lo cual sugiere que el advenimiento de la angioplastia, la colocación de stent, las aterectomías percutáneas y el tratamiento médico han hecho que la población que requiere de tratamiento quirúrgico sea cada vez mayor, con enfermedad coronaria más severa, con mayor disfunción ventricular y con más enfermedades concomitantes, todo lo cual ha aumentado los riesgos pero, al mismo tiempo, ha estimulado el desarrollo de técnicas cada vez más seguras.

En la actualidad, la mortalidad debida a la revascularización miocárdica es menor del 3% pero se ve afectada significativamente por la edad, la fracción de eyección, el número de vasos enfermos, el sexo y la presencia de diabetes [9]. Este porcentaje está por debajo del encontrado en este estudio, del 8% a los 6 años, lo cual sugiere la existencia de otros factores que podrían tener influencia en la muerte del paciente, aparte de la causa desencadenante. La diferencia de la edad al momento de la cirugía por sexo podría explicarse porque, hasta la menopausia, la mujer cuenta con la presencia de estrógenos en la sangre, que brindan protección contra

la enfermedad cardiovascular independientemente de la edad; esto, debido a la acción que tienen los estrógenos sobre las lipoproteínas capaces de reducir la fracción LDL (factor nocivo) y que aumentan la fracción HDL (factor protector), retardando así la aparición de la enfermedad aterosclerótica y, por ende, su tratamiento.

Se encontró al quinto año una supervivencia del puente coronario del 90,04%, un poco más alta que la supervivencia referida en un estudio realizado en Pittsburg, Estados Unidos, entre 1988 y 1991 en 1.792 personas en 18 instituciones de salud, el cual reportó una supervivencia de 89,3% [10] al quinto año, luego de la revascularización miocárdica. En este estudio, la supervivencia al año y al quinto año fue del 92,12 y 90,04% respectivamente, hallazgo que discrepa con la supervivencia en similar periodo (del 100 y 93%), reportada en investigación en Chile en 40 pacientes en el año 2005, intervenidos con revascularización miocárdica entre 1992 y 2002, especialmente en el primer año, lo cual sugiere que las técnicas utilizadas podrían tener un efecto importante en la supervivencia del paciente [10]. No obstante, las comparaciones sugeridas hay que analizarlas con cautela, dadas las diferencias temporales entre los estudios mencionados.

La mayor probabilidad de falla de la revascularización miocárdica se presentó en el primero y último periodo de estudio, es decir, que en los primeros ocho meses posoperatorios, la falla podría explicarse por la “existencia de una estenosis distal al sitio de inserción del injerto, estenosis de las bocas anastomóticas, trauma mecánico de la pared del injerto durante su manipulación, inserción a un vaso erróneo, espasmo o trombosis del injerto y presencia de una arteria intramiocárdica inaccesible [11]. Y en el último periodo (quinto y sexto año posquirúrgico), la falla podría explicarse por el deterioro del puente coronario a causa de los diferentes factores a los que se encuentra expuesto, bien sean biológicos o debido a los hábitos de vida.

La supervivencia del puente coronario está sujeta a diversos factores que en determinado momento pueden desencadenar su falla, denominados también factores de riesgo corregibles y no corregibles; dentro de los corregibles se pueden citar algunos como tabaquismo, inactividad física, obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes mellitus, y dentro de los no corregibles, edad, sexo y factores hereditarios (la raza inclusive). También existen factores que pueden influir en la supervivencia del puente coronario asociados a la cirugía, como pueden ser la técnica, la tecnología, el material y la experiencia del grupo interdisciplinario. En el presente estudio se encontró que a pesar de que la proporción de falla de las revascularizaciones miocárdicas en las mujeres fue aproximadamente el doble que en los hombres, la falla del puente coronario se presenta más tempranamente en ellos.

Este hallazgo sustenta la necesidad de realizar estudios que permitan identificar las características especiales que se presentan en ambos sexos para la predisposición a la falla. En un estudio en el cual se revisaron datos de 15.440 pacientes sometidos a cirugía de puente coronario en 31 hospitales de la región central de los Estados Unidos, entre 1999 y 2000, se encontró que un tamaño corporal inferior es una razón principal por la cual las mujeres están en mayor riesgo de muerte luego de una revascularización miocárdica o injerto de derivación de la arteria coronaria. Los investigadores sugieren que los cuerpos más pequeños tienen arterias coronarias más pequeñas, lo que hace que la cirugía técnicamente sea más difícil. El estudio revela que las mujeres que se someten a cirugía de derivación o revascularización miocárdica tienen una tasa de mortalidad casi dos veces superior a la de los hombres [12].

En la población de estudio se encontró que a mayor edad disminuye el tiempo de supervivencia de la revascularización miocárdica; se debe tener especial cautela al estudiar este factor, pues la edad no siempre actúa como un buen indicador de la vitalidad de una persona. Alguien con edad avanzada puede presentar condiciones fisiológicas y hábitos de vida más saludables que los de una persona joven y obtener mejores beneficios de la cirugía. En investigación llevada a cabo en 690 pacientes en los Estados Unidos, sometidos a cirugía del puente coronario, de los cuales 156 tenían una edad superior de 75 años, se mostró que los beneficios que obtienen los pacientes ancianos una vez se someten a la cirugía son similares a aquellos que muestran los pacientes más jóvenes, y que la mejoría experimentada, tanto en calidad de vida como en el dolor torácico, es similar, con independencia de la edad, por lo tanto, se necesita identificar los factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan que los ancianos presenten peores resultados en este tipo de intervención. En palabras del doctor Spertus, director del equipo de investigación de la Universidad de Missouri-Kansas City, de los Estados Unidos, “la edad como parámetro individual no debería tenerse en cuenta a la hora de realizar la intervención”.

La principal causa para la práctica de la revascularización miocárdica es la angina de pecho y su recurrencia puede indicar el deterioro de los injertos venosos y, por ende, el posible fallo de estos. Estudios revelan que a partir del primer año de la intervención, la incidencia de recurrencia de la angina de pecho es de 5% en pacientes al año.

Dos análisis tienen especial interés en este estudio: la muerte a causa de enfermedad cardíaca y el reemplazo del puente coronario, y es muy importante adentrarse en su conocimiento. Para el primer factor en el estudio se presentaron 59 defunciones y se encontró que, por cada muerte por causas diferentes a la enfermedad cardíaca, se presentaron 2,3 muertes a causa de ella

y que la supervivencia del puente coronario tuvo un comportamiento muy desfavorable para aquellos que murieron por la enfermedad cardíaca. En cuanto al segundo factor, se encontró que del total de puentes coronarios, 14 fueron reemplazados, es decir, que por cada revascularización miocárdica se presentaron 0,02 reemplazos, sin embargo, los hallazgos anteriores deben analizarse con cautela, puesto que sería importante tener conocimiento de qué tan oportuna y eficaz haya sido la atención y seguimiento en aquellos eventos fatales y tomar medidas preventivas, encaminadas hacia la mejora de la calidad de vida de las personas. En estudios angiográficos, se ha observado que aproximadamente una cuarta parte de los injertos venosos tienen lesiones significativas o están ocluidos dentro del primer año de la intervención y más de la mitad lo están a los diez años, necesitando en 5 a 15% de los casos una nueva revascularización [13].

Para la salud pública es importante continuar avanzando en la investigación de los puentes coronarios como procedimiento correctivo en el manejo de la enfermedad coronaria y sus posibles factores asociados, dado que esta se encuentra entre las principales causas de muerte para el total de afiliados al POS de Susalud EPS, en 2004, para las edades comprendidas entre 15 y más años, y que es la primera causa de mortalidad, excluidas las muertes por violencia en Colombia.

Agradecimientos

Agradecemos a Susalud EPS, en especial a la doctora Nora Elena Montoya, epidemióloga, por el acompañamiento y apoyo en la realización de la presente investigación. Al profesor Emmanuel Nieto, economista y epidemiólogo, por su apoyo y aporte en la parte de costos. Al grupo de investigación “Demografía y Salud”, por su apoyo en la realización de este estudio. A los doctores Dagnóvar Aristizábal, cardiólogo de la Clínica Medellín, y Juan Carlos Suescún, médico auditor de Susalud EPS, por sus enseñanzas en lo que se refiere a la etiología de la enfermedad coronaria y el estado del arte de la revascularización miocárdica.

Referencias

1. Hunt D, Young P, Simes J, Hague W, Mann S, Owensby D, et al. Benefits of pravastatin on cardiovascular events and mortality in older patients with coronary heart disease are equal to or exceed those seen in younger patients: results from the LIPID Trial *Ann Intern Med* 2001; 134:931-40.
2. Grupo Científico de la Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: Nuevas esferas de investigación. Ginebra. Organización Mundial de la Salud 1994 (Serie Informes Técnicos; 841).

3. Jacquet L, Noirhomme P, El Khoury G, Goenen M, Philippe M, Col J et al. Coronary bypass surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998;13(4):378-84.
4. Caballero Valdés. Factores de riesgo cardiovascular. Rendimiento a largo plazo de las recomendaciones en los reconocimientos laborales. *MAPFRE medicina* 1992; 3(Sup. 5):34.
5. Montoya Restrepo NE. Situación de salud y características de los afiliados al POS, Susalud, EPS, 2004. Medellín: Susalud; 2005.
6. Grisales H. Estadística aplicada en salud pública: estadística descriptiva y probabilidad. Medellín: L. Vieco e Hijas; 2002. p. 82.
7. Sahai H. Análisis multivariado de datos epidemiológicos. Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico. En: Simposio de Estadística. Puerto Rico; Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias. Departamento de matemáticas y estadística; 1994. p. 162.
8. Sociedad Peruana de Cardiología. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad en revascularización miocárdica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Estudio de 168 casos. *Rev peru cardiol* 2004; 30(1): 29-38.
9. Pineda Correa M, Matiz Camacho H, Roza Uribe R. Enfermedad coronaria. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad coronaria. Bogotá: Kimpres; 2002. p. 168-74.
10. Bahamondes J, Merino G, Silva von E A, Salaman J. Revascularización miocárdica de la arteria descendente anterior con arteria mamaria interna izquierda con circulación extracorpórea: seguimiento a 10 años. *Rev méd Chile* 2005; 133 (8):881-6.
11. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Hemodinámica y cardiología intervencionista. Barcelona: El Hospital; 1998.
12. Health Day, American Heart Association, Hispani Care, traductor. El tamaño del cuerpo importa tras un bypass. *Medline Plus*. 29 de agosto de 2005; News release.
13. Grondin CM. Reoperation in patients with coronary disease. *Cardiovasc Clin* Vol. 1987; 17 (3): 31-9.

Factores biosociales y percepciones de una vida con calidad: reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con VIH

Bio-social factors and perceptions of the life with quality: a challenge to the adherence of HIV patients to the antirretroviral treatment

John Harold Estrada M¹; Adriana Gisela Martínez P²; César Ernesto Abadía B³.

- ¹ Odontólogo, Magíster en Educación Comunitaria, Magíster en Salud Pública, profesor asociado al Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (Bogotá), candidato a Doctor en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: estradamontoya@hotmail.com.
- ² Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia, estudiante de Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.
- ³ Odontólogo, Doctor en Antropología Médica, profesor asociado del Departamento de Antropología de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia (Bogotá). Correo electrónico: cesar_abadia@post.harvard.edu

Recibido: 22 de mayo de 2008. Aprobado: 15 de octubre de 2008

Estrada JH, Martínez AG, Abadía CE. Factores biosociales y percepciones de una vida con calidad: reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con VIH. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2008;26(2):134-142

Resumen

Aunque la terapia antirretroviral ha contribuido a mejorar la calidad de vida de personas que viven con VIH, la no adherencia al tratamiento persiste como obstáculo fundamental para el éxito terapéutico. Para evaluar los aspectos biosociales que facilitan o dificultan la adherencia al tratamiento, se desarrolló un estudio cualitativo que combinó investigación etnográfica, enfoque hermenéutico de narrativas y análisis situacional de las experiencias de vida de personas con VIH en Colombia. Se aplicaron dos categorías teóricas: *vida con calidad*, de Victoria Camps, y *autopercepción y heteropercepción*, de Saussure. Los diez participantes en el estudio eran de sexo masculino y frecuentaban un programa integral de salud oral. Entre los aspectos que dificultan la adherencia, se encontraron los siguientes: 1) los discursos de los equipos médicos, sobrecargados de terminología biomédica; 2) la dosis y efectos colaterales de los medicamentos utilizados en Colombia; 3) las actitudes negativas relacionadas con autoimagen pobre, capital social bajo y baja autoestima; 4) expectativas bajas de calidad de vida con la terapia. Entre los factores que facilitan la adherencia se encontraron: 1) procesos de negociación

intrapersonal e interpersonal basados en el estado serológico y el tratamiento; 2) el conocimiento de dichas negociaciones por parte de la familia, amigos, compañeros de trabajo y la pareja afectiva; 3) percepciones positivas sobre el mejoramiento en la calidad de vida relacionados con la terapia; 4) expectativas de calidad de vida que dependen de la adherencia. Se encontró, sin embargo, que los factores que facilitan o dificultan la adherencia cambian rápidamente y van de la mano con alteraciones del estado de ánimo de las personas; por estado de ánimo se entiende aquí un sentimiento complejo generado alrededor de una vida con calidad, que cambia constantemente y mezcla los aspectos individuales y sociales de la experiencia de vivir con VIH. Se propone que el estado de ánimo de las personas es un aspecto fundamental de la adherencia, y que por ser cambiante representa retos para la evaluación y las propuestas que buscan mejorarla.

-----*Palabras clave:* adherencia, tratamiento antirretroviral, vida de calidad, autopercepción, heteropercepción, estado de ánimo, desarrollo a escala humana.

Abstract

In spite that antiretroviral therapy has contributed to improve life quality among people living with HIV, adherence to the treatment still persists as a major obstacle for therapeutic success. In order to assess the biosocial factors that contribute to adherence to this therapy by people with HIV. In order to evaluate the bio-social aspects that facilitate or obstruct the adherence to the treatment, a qualitative study combining ethnographic research, a hermeneutic approach to narratives, and a situational analysis of life experiences of people living with HIV in Colombia. Two theoretical categories were applied throughout the study: Victoria Camps' *life with quality* and Saussure's *auto- and hetero-perception*. All of the ten people who took part in the study were male patients who were attending an integral oral health program. The main factors that obstruct the adherence to the therapy were the following: 1) the discourse of the medical team loaded with biomedical jargon; 2) the dosages and side effects of the medications used in Colombia; 3) negative attitudes linked to a poor self-image, a low social capital, and a low self-esteem; 4)

low expectations in regards to a life with quality accompanied by the therapy. Among the factors that promote adherence the following were identified: 1) intra- and inter-personal negotiation processes based on the HIV serum status and the treatment; 2) knowledge about those negotiations by family members, friends, coworkers, and sentimental partners; 3) a positive perception of improvement in life quality while in treatment; 4) expectations of a life with quality depending on the adherence. Nevertheless, it was also found that those factors that contribute or impede adherence change rapidly and produce swinging in the person's mood. This mood is here understood as a complex feeling concerning life with quality in constant change, both merging individual and social aspects implied in the experience of living with HIV. It is proposed that the mood of the people is a fundamental aspect of adherence, and provided it is constantly changing it represents a challenge for assessments and proposals that aim to improve adherence.

-----*Key words:* adherence, antiretroviral therapy, life with quality, auto- and hetero-perception, mood

La alegría, la satisfacción, la solidaridad y la autonomía personal son algunas de las categorías sobresalientes de los estilos de vida propios de personas con salud.

Victoria Camps

Introducción

La epidemia del VIH/sida

Se estima, por parte del programa de sida de las Naciones Unidas (Onusida), que desde el inicio de la pandemia hasta diciembre del 2007, más de 62 millones de personas se podrían haber infectado en el mundo por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), de las cuales, cinco millones pueden haber contraído la infección en el último año, y que de ellas, 800.000 pueden ser infantes. Actualmente, de 42 a 45 millones de personas viven con el VIH/sida y, de no recibir tratamiento adecuado, morirán a causa de la enfermedad [1].

En América latina y el Caribe, la epidemia está bien consolidada, y existe el peligro de que se propague rápidamente, dada la inexistencia de respuestas nacionales eficaces. Se calcula que en la región, cerca de dos millones de personas viven con el VIH, incluidas 2000.000 que se infectaron el año pasado. En algunos países de la región (Haití, Guyana, Belice, Honduras y República Dominicana) la prevalencia estimada de VIH en mujeres embarazadas (indicador de la progresión de la epidemia entre la población general) es igual o superior a 1%, valor mucho mayor que los promedios nacionales. En estas zonas, la enfermedad

está muy arraigada entre la población general, y se propaga principalmente a través del coito heterosexual. En algunos de estos países, el VIH/sida es la primera causa de mortalidad, y en esto son superados solo por los países del África subsahariana, algunos de los cuales reportan que cerca de la mitad de su población se encuentra afectada. En la región latinoamericana se presentan factores de desarrollo socioeconómico desigual (necesidades básicas insatisfechas, porcentaje alto de analfabetismo y concentración de la riqueza y la propiedad de la tierra en pocas manos), que obligan a las personas a migrar dentro y fuera de los países, y se ha visto que estos desplazamientos son un factor que favorece la propagación del VIH [2].

Han sido muchos los avances que en términos de ciencia y tecnología se han derivado de las investigaciones sobre el agente causal del VIH, tales como el desarrollo de grupos de medicamentos que actúan en diferentes fases del ciclo viral. Al controlar efectivamente la replicación del virus, estos medicamentos favorecen la reconstrucción inmunológica y evitan la aparición del sida, se aumenta la expectativa de vida y las personas afectadas recuperan las posibilidades de vivir plenamente dentro de sus diferentes redes familiares, afectivas y económicas [4, 5].

A pesar de los múltiples beneficios aportados por la terapia antirretroviral, diversos organismos internacionales han señalado que ella presenta los siguientes problemas que dificultan el control de la epidemia mundial:

1. *la baja cobertura* derivada de las inequidades globales en la producción, la distribución y el

acceso a los medicamentos antirretrovirales, protegidos por patentes de las compañías farmacéuticas transnacionales, las cuales se amparan en las negociaciones fraguadas en la Organización Mundial del Comercio (OMC), principalmente los acuerdos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC) [6].

Se ve con preocupación que a estos acuerdos, que ya favorecían en gran medida el capital privado de la industria farmacéutica transnacional, se les están sumando las concesiones derivadas de los tratados de libre comercio entre países latinoamericanos y Estados Unidos [7, 8]. El costo excesivo de los medicamentos explica en parte que apenas entre 20 y 30% de las personas que en el mundo viven con VIH tengan acceso a ellos (de estas, 95% vive en países desarrollados, o del primer mundo) [9];

2. *la intolerancia* a los efectos colaterales de los medicamentos;
3. *la falta de adherencia*, definida en años recientes como el consumo de menos de 95% de las dosis recomendadas por el equipo de salud y, como consecuencia de los anteriores factores;
4. *la aparición de cepas resistentes* a los medicamentos conocidos, motivo de creciente alarma para los sistemas de vigilancia epidemiológica de tercera generación que han empezado a implantarse en muchos de los países desarrollados y en algunos de los subdesarrollados [10-12].

La adherencia a la terapia antirretroviral

Según Sorensen [13], la adherencia se define como el acto o cualidad de aferrarse a algo con devoción, y se logra cuando los regímenes prescritos han sido el resultado de una decisión compartida entre el paciente y el médico. Kleeberg y Phair [14] la definen como el acto de tomar las dosis y el número de pastillas prescritas, mientras que para Barlett [15] consiste en ingerir los medicamentos prescritos en los horarios y las dosis indicadas, y seguir las recomendaciones dietéticas. Nieuwkerk y Sprangers [16], por su parte, se refieren a la adherencia como el acto de tomar múltiples drogas simultáneamente, varias veces al día, según un horario estricto. Por lo tanto, la adherencia se considera actualmente como uno de los factores más importantes de la implementación exitosa de terapias antirretrovirales altamente efectivas. En las últimas conferencias mundiales sobre sida (Barcelona 2002; Bangkok, 2004; Toronto, 2006; México 2008) [17] y en los consensos de expertos en adherencia, se ha recomendado llamar adherente a un paciente solo cuando ingiere más de

95% de los medicamentos prescritos, pues de lo contrario, sea cual fuere la razón por la que no lo hace, debe denominárselo como no adherente [18].

La preocupación principal de la biomedicina en cuanto a la adherencia se ha centrado en su medición, la cual es muy difícil porque ningún método es exacto. A partir de los estudios de Stone y Hogan [19], Altice y Mostashari [20], Volmink [21], Bangsberg [22], Duong y Piroth [23], y Bogart y Kelly [24], hemos agrupado las diferentes estrategias para estimar la adherencia en las siguientes categorías, según el método utilizado:

- el conteo de píldoras (anunciado o no);
- los autorreportes;
- marcadores biológicos: relacionan los niveles plasmáticos de CD4, de carga viral y de antirretrovirales con la adherencia;
- vigilancia de registros farmacológicos y de reposición de las prescripciones;
- sistema de monitoreo de la medicación (MEMS): consta de un dispositivo microelectrónico que se adhiere a los recipientes de los medicamentos, y que permite verificar la fecha y la hora de cada apertura de los frascos;
- la terapia directamente observada: consiste en la supervisión directa de la toma de los medicamentos por parte del profesional de la salud;
- el control por parte de la farmacia del reabastecimiento de los medicamentos.

Diferentes autores han manifestado la necesidad de tener en cuenta los factores que favorecen o dificultan la adherencia a los medicamentos por parte de aquellas personas que la requieran, con el ánimo de proponer estrategias para mejorarla [25, 26]. Sin embargo, puede apreciarse en la lista anterior que en estas aproximaciones no se exploran herramientas cualitativas ni la percepción de los pacientes ante la terapia antirretroviral, aunque aquella es una pieza clave para entender los factores que favorecen o dificultan la adherencia, y para implementar estrategias de apoyo a los pacientes, que les ayuden a alcanzar los niveles recomendados [27].

Ciertos estudios cuantitativos y cualitativos, junto con otros que abordan los aspectos individuales y sociales de la adherencia, han aclarado que ella es un proceso complejo en el que inciden factores diversos, entre los cuales se encuentran algunos de tipo clínico, tales como la carga viral, la presencia de enfermedades oportunistas y los efectos adversos producidos por los medicamentos [28]; otros de tipo psicológico, entre los cuales podrían estar el carácter del paciente y su percepción y aceptación o negación del diagnóstico y de la enfermedad [29]; y otros de tipo social, como son la existencia o no de redes de apoyo, o el nivel educativo, la ocupación y los recursos económicos del paciente. En las tablas 1 y 2 se presentan los principales factores reportados en dicha literatura.

Tabla 1. Factores que favorecen la adherencia

-
1. Ser joven
 2. Vivir con otras personas que viven con VIH
 3. Entender bien las instrucciones del régimen
 4. Tener a alguien que conozca su condición sistémica
 5. Creer en la efectividad del medicamento
 6. Tener regímenes ajustados a las actividades diarias
 7. Tener hábitos dietéticos sanos
 8. No tener ninguno de los factores mencionados como no favorables a la adherencia
-

Tabla 2. Factores que dificultan la adherencia

-
1. Tener condiciones de vivienda inestables, incluyendo soporte social ausente o limitado
 2. Tener relaciones médico-paciente inestables
 3. Usar activamente drogas o alcohol
 4. Tener enfermedad mental activa (depresión)
 5. Inhabilidad de los pacientes para identificar sus medicamentos
 6. Falta de acceso a servicios médicos y a servicios de salud adecuados
 7. Existencia de violencia doméstica y de discriminación
 8. Presentar efectos colaterales de la medicación
 9. Quedarse dormido a la hora de la toma del medicamento
 10. Estar ocupado en otras cosas
 11. Quedarse sin pastillas
 12. Tener ingresos anuales inferiores a US\$50.000
 13. Tener un régimen de alta complejidad (elevado número de pastillas, dosis muy frecuentes)
 14. Tener restricciones dietéticas
 15. No tener red de apoyo
 16. Conocer personas que hayan fallecido cuando estaban bajo terapia retroviral
 17. Estar estresado
 18. Estar lejos de casa sin medicamento
 19. Sentirse muy enfermo o cansado de su medicación
 20. Querer evitar los efectos colaterales de los medicamentos
 21. No querer que otros lo vean tomando los medicamentos
 22. Tener dificultades para cumplir los horarios de las dosis
 23. No creer en la eficacia del medicamento ni en las consecuencias de la no adherencia
 24. Bajo nivel de educación
 25. Falta de educación del paciente acerca de la enfermedad y de la efectividad de los medicamentos
 26. Tener "buena salud"
 27. Tener dolor, baja autoestima o ansiedad
 28. Dificultades de comunicación entre médico y paciente
 29. Inhabilidad para fijarse metas a largo plazo
-

Recientemente se ha propuesto considerar la adherencia en relación con variables biosociales [18] y que se profundice tanto en las experiencias de vida de las personas afectadas por la epidemia, como en las respuestas sociales a esta, incluidos los sistemas de salud, en su papel de factores que favorecen o dificultan la adherencia [30].

Las reflexiones efectuadas en Colombia señalan múltiples situaciones que comprometen la adherencia a tratamientos antirretrovirales efectivos, como son: 1) estamos lejos de la universalización de la entrega de medicamentos antirretrovirales a quienes viven con VIH/sida; 2) quienes los reciben frecuentemente ven interrumpido su suministro por irregularidades en las entregas o agotamiento de las existencias en las farmacias de las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS); 3) se requiere suspender —transitoria o permanentemente— la toma de los medicamentos por efectos colaterales inmanejables; y, finalmente, 4) en muchas ocasiones, la falta de información acerca de los efectos negativos de la no adherencia sobre la terapia, así como comunicaciones deficientes con el equipo de salud inducen a tomas irregulares.

Sin embargo, en Colombia existen pocos estudios empíricos y escasa reflexión teórica sobre la adherencia, y disponemos de poca información sobre las dificultades encontradas por quienes viven con VIH/sida para cumplir con el régimen necesario de medicamentos, o sobre experiencias exitosas. Adicionalmente, se percibe que se privilegian análisis de categorías biomédicas sobre la experiencia de vida de las personas, las políticas públicas o los impactos económicos de la epidemia.

Este artículo se nutre del trabajo con personas que han vivido con VIH/sida durante diez años, atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá (hasta el cierre de esta institución), a través del cual se tuvo la oportunidad de establecer vínculos muy estrechos con ellas, sus familias y sus redes de apoyo, todos los cuales permitieron, no solo entender la complejidad de los procesos de adherencia, sino además establecer estrategias de atención integral y de proyección comunitaria. Esta experiencia sugiere que, para entender la adherencia al tratamiento, deberían explorarse nuevas áreas teóricas, poco transitadas por las ciencias biológicas. Frente a la reflexión hegemónica que enfatiza análisis desde la economía de la salud, se decide abordar el problema desde la teoría de Manfred Max-Neef acerca del desarrollo a escala humana [31]. Para contrastar la categoría *calidad de vida*, propia de la salud pública, seleccionamos la propuesta *vida de calidad* de Victoria Camps [32]; y de la pedagogía y de la psicología social tomamos los discursos de Saussure [33] y de Vigotsky [34].

El objetivo general de este estudio es establecer los factores que favorecen o dificultan la adherencia al tratamiento antirretroviral por parte de pacientes VIH positivos en el programa de atención odontológica de

la Universidad Nacional de Colombia, en Bogotá. El interés se centra en las narrativas de dolencia, siguiendo la tradición de la antropología médica [35], y rescata los aportes que desde las ciencias sociales, y en especial desde la antropología médica, se han hecho para entender la epidemia del sida y las relaciones entre los procesos subjetivos y los contextos de vida [36].

Diseño metodológico

En esta investigación se utilizó una metodología de tipo cualitativo, con herramientas derivadas de la etnografía (entrevistas en profundidad) y de la hermenéutica (interpretación de textos y análisis de discursos), complementadas con estudios de caso múltiple. Se llevó a cabo una prueba piloto para calibrar los instrumentos de recolección de la información y crear variables preliminares para la recolección de los datos. Unas variables son de tipo demográfico —tales como edad, sexo, vinculación al sistema de seguridad social y a programas de VIH—, así como el nivel socioeconómico a partir del estrato de los servicios públicos. Otras son de tipo vivencial: el grado de adherencia (*adherente*: se toma más de 95% de las pastillas, *no adherente*: se toma menos de 95%); el grado de conocimiento por parte de terceros de su condición de persona que vive con VIH; los efectos colaterales de los medicamentos; el nivel de conocimientos acerca de la infección, la adherencia y los medicamentos y sus efectos; y, finalmente, la heteropercepción y la autopercepción de la toma del medicamento y de sus efectos colaterales.

Los datos finales corresponden a entrevistas con pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Las entrevistas se realizaron en ambientes familiares para los entrevistados. Además de la entrevistadora se encontraba presente el investigador principal, quien es amigo personal de todas las personas entrevistadas, los contactó para el estudio y se encargó durante la entrevista de anotar características de la interacción relevantes para el análisis (por ejemplo: gestos y expresiones, tono de voz y silencios o momentos particularmente difíciles o emotivos durante la entrevista).

Las entrevistas semiestructuradas y en profundidad fueron grabadas en audio y transcritas textualmente, y con esta información se conformó un archivo único que permitiera realizar lecturas horizontales y verticales: el eje vertical contiene la transcripción de cada entrevista y el horizontal permite su lectura transversal, siguiendo las categorías de análisis de ellas. Para esta lectura se tomaron frases con sentido o párrafos con identidad semántica independiente, dentro de los

cuales se resaltaban palabras, frases o ideas reiteradas, o particularizadas porque guardan independencia respecto de las otras. Esta estrategia permitió hacer una selección de categorías para el análisis de los datos, que fueron contrastadas con las categorías teóricas ya mencionadas (desarrollo a escala humana, vida de calidad, autopercepción y heteropercepción), además de las relaciones intersíquicas e intrasíquicas.

Resultados

Todas las mujeres contactadas para el estudio se encontraban en etapas avanzadas de la enfermedad, y no fue posible entrevistarlas. Los datos alcanzaron un punto de saturación tras siete entrevistas, pero ya se habían entrevistado a diez hombres, y los datos aquí presentados se refieren a estas 10 personas.

Al preguntar a los pacientes acerca de sus experiencias como personas que viven con el VIH, surgieron respuestas mixtas. Algunas indican momentos de aceptación y optimismo frente a la vida con la enfermedad, mientras que otras muestran desesperanza. Por lo general, los entrevistados comentaban que a pesar de que durante los primeros meses posteriores al diagnóstico del VIH sintieron que la vida se les “desintegraba”, sus vivencias más recientes les habían dado oportunidades de reflexionar y de adoptar una actitud diferente frente a la vida.

Sin embargo, del análisis se deduce que las experiencias vitales frente a la condición de seropositividad para el VIH no son lineales, secuenciales, ni acumulativas; es decir, que existen momentos buenos y momentos malos, independientemente del tiempo transcurrido con la enfermedad, de la simplificación en el régimen terapéutico y de la ausencia de enfermedades oportunistas, tal como lo plantean los estudios más tradicionales sobre adherencia. De manera similar, las narrativas de vivencias con la enfermedad nos mostraron un mundo complejo que escapa a planteamientos individualistas o unicausales sobre adherencia. Encontramos una relación muy fuerte entre adherencia y estado de ánimo: que este cambia constantemente y que el hecho de estar contento, triste o deprimido es atravesado por la percepción que la persona tenga de sí misma y de los demás.

Al preguntar sobre los conocimientos acerca de los medicamentos antirretrovirales, hubo respuestas con tendencia biomédica, pero en la mayoría de los casos estas se referían a situaciones relacionadas con el buen vivir, con una vida de calidad; por ejemplo, Arturo dijo: “Son el cincuenta por ciento de la vida de uno”, y José Ignacio mencionó que los medicamentos “se les dan a las personas para que lleven una vida más agradable”.

En cuanto a la experiencia de la toma de los medicamentos, al indagar acerca de la falta de compromiso con su ingestión, se encontró que desde la heteropercepción surgieron explicaciones como la de Arturo, quien afirmó que “las personas tienen poca disciplina, poca adherencia y falta de conocimiento”, mientras que desde la autopercepción se recibieron otras, como la de Mario: “A mí me dan muy duro los efectos colaterales”; la de Francisco: “Hay una alteración de la calidad de la vida de uno”; o la de Alfonso: “Alteraciones en el aspecto físico (se refiere a vómito, diarrea, dolor de cabeza) y psicosocial (relacionados con depresión, irritabilidad, pérdida de racionalidad, tristeza, angustia, mal genio)”. Otras respuestas daban cuenta de la dicotomía experimentada por los pacientes en los ámbitos público y privado, evidenciada por la dificultad para tomar sus medicamentos en público por temor a que otros descubran su condición de persona que vive con VIH. De los relatos de los pacientes se puede colegir que muchas veces el medicamento se toma, no por la convicción de su eficacia terapéutica, sino por el temor a la aparición de enfermedades oportunistas o por miedo al deterioro de la función inmune y a la aparición de sida.

El análisis de los datos revela que el término ‘adherencia’ fue definido por los pacientes de diversas maneras, unas muy cercanas al saber biomédico (la menor cantidad de respuestas) y otras reconceptualizadas por el paciente, o asociadas con sus experiencias afectivas (las más frecuentes). Los sujetos se expresaban acerca de la adherencia como si se tratara de un ser vivo, y en ocasiones hablaban de ella como de una persona cercana; esta personificación se evidencia claramente en las palabras de Miguel: “Es querer [la], aceptar [la]... vivirla... como si fuera un marido, una acompañante, una novia”.

Frente a los factores que favorecen o dificultan la adherencia, las expresiones de los sujetos también pueden ser consideradas en términos de la heteropercepción y la autopercepción: en cuanto a la heteropercepción asociada con circunstancias favorables, encontramos el estar rodeado de la familia, el conocer gente cuyas experiencias con la toma de los medicamentos hayan sido buenas y que, como consecuencia, estén bien de salud; y uno de los factores más importantes: tener a alguien cercano que los apoyara en la ingestión de los medicamentos. En cuanto a la relación entre la autopercepción y factores favorables a la adherencia, se identificaron respuestas relacionadas con el hecho de tener un esquema terapéutico sencillo, sufrir o no efectos colaterales asociados con los medicamentos, verse o sentirse muy mal, o, en estado terminal, querer detener infecciones o sentir la inminencia de muerte.

Los entrevistados fueron reiterativos en cuanto a los factores que la dificultan, y en los relatos se encontró que los factores derivados de sí mismos

(autopercepción) pueden ser también originados en otros (heteropercepción), y que, por tanto, no es posible delimitarlos de manera precisa. La gama de respuestas se agrupó así: 1) los numerosos y desagradables efectos colaterales; 2) la gran cantidad de pastillas diarias; 3) la expectativa de sentirse bien al poco tiempo de la ingesta de los medicamentos; 4) el ser novato en la toma del medicamento; 5) el desconocer los mecanismos de acción de los medicamentos; 6) la falta de disciplina; 7) baja autoestima; 8) la creencia errónea de que la suspensión esporádica de la toma de los medicamentos no genera problemas de resistencia; 9) la dificultad para interiorizar los conceptos de falla terapéutica/intolerancia/resistencia viral, y 10) —el más importante en nuestro concepto— el sentirse bastante bien a pesar de haber suspendido los medicamentos, lo cual se explica por la desaparición de los efectos colaterales asociados con ellos y una recuperación de la *calidad* de la vida cotidiana.

En los casos en los que la falta de adherencia se asocia con una sensación de bienestar, se evidencia una contradicción entre lo que se considera calidad de vida desde las esferas médicas, en contraposición con la vida de calidad desde las propias experiencias de vida. Clínicamente, el suspender los medicamentos resulta en una replicación mayor del virus y en una disminución progresiva en las células de defensa del organismo (linfocitos CD4). Desde la perspectiva de las personas que viven con el virus y sufren por los efectos colaterales de los medicamentos, suspenderlos significa recuperar capacidades vitales perdidas.

Las entrevistas finalizaron pidiéndoles a los entrevistados que compartieran con nosotros ideas que, desde sus experiencias, pudiesen ayudar a otros que estuvieran iniciando la terapia antirretroviral o que tuvieran problemas con ella. Algunas de las sugerencias recibidas incluyen:

- mejorar el nivel de sus conocimientos acerca de la biología del virus y de las principales características de los medicamentos (dosis y forma de tomarlos, efectos colaterales y cómo manejarlos);
- fortalecer actitudes positivas de las personas vinculadas a los servicios de salud frente a la toma de los medicamentos, que sirvan como apoyo psicológico antes de empezar el tratamiento;
- fomentar en el equipo de salud relaciones más humanas y comprensivas para con los pacientes, que contribuirían a mejorar la confianza de estos en el profesional;
- dedicar más tiempo en cada cita de control a que las personas puedan expresar sus inquietudes;
- que los avances científicos que han simplificado el esquema de tratamiento estén disponibles.

Conclusiones

Esta investigación ha permitido avanzar a través de la integración de nuevas perspectivas teóricas en los enfoques investigativos tradicionales sobre la adherencia. De las cuatro categorías teóricas iniciales, se encontró que *vida de calidad* y *heteropercepción* y *autopercepción* fueron las más relevantes para explicar los aspectos que favorecen y dificultan la adherencia. Esto sin desconocer que varios apartes, no incluidos en el presente texto, se relacionaban con las categorías *desarrollo a escala humana* y *desarrollo intrasíquico e intersíquico*.

No obstante que la categoría *calidad de vida* se ha presentado como un avance epistemológico fundamental para la comprensión de los procesos salud-enfermedad, la cual nos permite reconocer aspectos cualitativos de las experiencias de las personas, presenta un gran limitante que refiere los procesos de vida a la instrumentalización de las actividades humanas con fines productivos. Por ejemplo, desde la perspectiva de la salud pública se ha planteado que calidad de vida significa mayor número años de vida saludable o libre de enfermedad, lo cual relaciona la experiencia de bienestar con la posibilidad de ser útil a la sociedad en términos economicistas. Esta perspectiva desconoce los adelantos que desde la bioética se han planteado para las categorías de análisis en salud. En esta investigación, los pacientes reportaron que una vida de calidad no necesariamente se corresponde con los planteamientos de adherencia como *consumir*; sin importar las consecuencias, un número determinado de medicamentos en un horario específico.

La relevancia de las categorías de autopercepción y heteropercepción es incuestionable, ya que estas vinculan procesos individuales y sociales que se han interpretado como fundamentales para la adherencia [18, 27, 31]. La adherencia, en este sentido, es la resultante de mezclas complejas entre la manera como las personas que viven con VIH se ven a sí mismas y ven a los otros.

Un aporte importante, que resulta de los datos aquí presentados, es que los estados de ánimo, procesos complejos que tienen que ver con lo individual y lo social, y que favorecen o dificultan la adherencia, surgen de un entrecruzamiento entre la percepción y la vida de calidad. Lo cual puede indicar que la adherencia debe ser entendida como un proceso en constante cambio, lo cual genera desafíos importantes para futuras propuestas de trabajo sobre adherencia con personas que viven con VIH/sida.

El elemento rector de los programas de adherencia es la construcción de una vida de calidad en la cotidianidad de los pacientes. El ideal de una vida libre de efectos colaterales, con un control efectivo de la enfermedad, requiere una negociación entre la clínica y la experiencia de vida.

Los programas de adherencia no pueden limitarse a contenidos o términos biológicos o biomédicos. Se sugiere que en futuros estudios se construyan, conjuntamente con quienes viven con VIH, los elementos que según sus experiencias de vida se relacionen con una *vivencia de calidad*. Por lo tanto, tales elementos deben tener una estructura flexible que logre interactuar con aspectos particulares de los participantes.

Estos deben trabajar para modificar la percepción social que asocia negativamente tomar medicamentos con estar o sentirse enfermo. Para enfermedades crónicas como el VIH/sida, esta percepción es un obstáculo a la adherencia, agravado por la contradicción generada por los efectos colaterales fuertes. Una forma de deconstruir esta percepción es reflexionando sobre la mediación necesaria entre el malestar causado por los efectos colaterales y el necesario control biológico de la enfermedad.

Las quejas acerca de los efectos adversos no deben ser desatendidas ni minimizadas por los equipos de salud, sino que, al contrario, deben ser puestas en la escena de lo cotidiano, ser tema relevante en cada consulta de seguimiento, y se debe permitir a los pacientes hablar de ellos para que puedan afrontarlos de una manera positiva.

Dado que a lo largo de la investigación se detectó que las personas que viven con VIH hacen negociaciones con ellos mismos y con terceros (del entorno familiar y de amigos), sugerimos que además de la participación del equipo de salud y de los pacientes, debería incluirse a personas del círculo social y de la familia o neofamilia de los pacientes en talleres, conversatorios o eventos preparados para mejorar la adherencia (por ejemplo, formando clubes de adherencia), ya que los factores culturales y sociales (entre ellos, el nivel educativo y la clase social) ayudarían a la construcción de un lenguaje y de un significado compartido por quienes viven con VIH [37].

No se desconoce la importancia de la educación en los programas de inducción o de mejoramiento de la adherencia, pero se considera que aquellas personas que lleven más tiempo en el programa y que hayan superado los efectos colaterales son valiosos referentes que pueden dar testimonio y apoyar a los recién llegados o a aquellos que tienen problemas de adherencia (acompañamiento de pares).

Estas propuestas requieren un examen profundo de las jerarquías y de los lenguajes que se emplean en las relaciones entre el equipo de salud y el paciente para avanzar en una perspectiva democrática, humanista y participativa de la salud.

Referencias

1. Onusida. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/sida. Diciembre de 2007.
2. Calleja JM, Walker N, Cuchi P, Lazzari S, Ghys PD, Zacarias F. Status of the HIV/AIDS Epidemic and Methods to Monitor it in the Latin America and Caribbean Region. *AIDS* 2002; 16 suppl(3):s3-s12.
3. Estrada JH, Gómez LA. Fisiopatología de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Bogotá; Editorial Universidad Nacional de Colombia: 2000.
4. Farmer P, Castro A. Pearls of the Antilles? Public Health in Haiti and Cuba. En: Castro A, Singer M, editors. *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek: Altamira Press. 2004. p. 3-28.
5. Abadía CE. Happy Children with AIDS: The Paradox of a Healthy National Program in an Unequal and Exclusionary Brazil. En: Castro A, Singer M, editores. *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek: Altamira Press; 2004. p. 163-176.
6. Sarmiento L. Sistema mundo capitalista: fábrica de riqueza y miseria. Bogotá: Ediciones Desde Abajo; 2004.
7. Estrada JH. El Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos. Implicaciones para la salud de los colombianos. *Le monde diplomatique*. Edición Colombia. 15 de mayo de 2006. p. 4-5.
8. Westerhaus M, Castro A. How Do Intellectual Property Law and International Trade Agreements Affect Access to Antiretroviral Therapy. *PLoS Med* 2006; 3(8): e332.
9. UNAIDS [Internet]. Report on the Global AIDS Epidemic. [Acceso 8 de febrero de 2007] Disponible en: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2006/default.asp>
10. New York State Department of Health AIDS Institute [Internet]. Promoting Adherence to HIV Antiretroviral Therapy. Disponible en: <http://www.hivguidelines.org/Content.aspx?pageID=58>
11. The Art of HIV Management Series. *Advancing Adherence: a Clinician-Patient Collaboration*. 2002.
12. Johns Hopkins University. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV Infected Adults and Adolescents [Internet]. Maryland: JHU [acceso 4 de abril de 2005]. Disponible en: www.jhu.edu.
13. Sorensen J. Medication Adherence Strategies for Drugs Abusers With HIV/AIDS. *AIDS Care* 1998; 10(3):297-312.
14. Kleeberg C, Phair J. Determinants of Heterogeneous Adherence to HIV Antiretroviral Therapies in the Multicenter AIDS Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 26(1):82-92.
15. Bartlett J. Addressing the Challenges of Adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000; 29: s2-s10.
16. Nieuwerkerk P, Sprangers M. Limited Patient Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy For HIV-1 Infection in an Observational Cohort Study. *Arch Intern Med* 2001; 161: 498-502.
17. UNAIDS. Conclusiones sobre adherencia al tratamiento antirretroviral. [Internet] [acceso 13 de agosto de 2008] México; 2008. Disponible en: www.unaids.org
18. Castro A. Adherence to Antiretroviral Therapy: Merging the Clinical and Social Course of Aids. *Plos Medicine* 2005; 2(12):1217-21.

19. Stone V, Hogan J. Antiretroviral Regimen Complexity, Self-Reported Adherence and HIV Patients' Understanding of Their Regimens: Survey of Women in The Her Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 28(2):124-131.
20. Altice FL, Mostashari F, Friedland GH. Trust and the Acceptance of and Adherence to Antiretroviral Therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 28(1): 47-58.
21. Volmink J. Directly Observed Therapy and Treatment Adherence. *Lancet* 2000; 355(9212):1345-50.
22. Bangsberg D, Frederick H, Heather C, Charlebois ED, Ciccarone D, Chesney M, *et al.* Provider Assessment of Adherence to HIV Antiretroviral Therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 26(5): 435-442.
23. Duong M, Piroth L. Value of Patient Self-Report and Plasma Human Immunodeficiency Virus Protease Inhibitor Level as Makers of Adherence to Antiretroviral Therapy: Relationship to Virologic Response. *Clinical Infectious Diseases* 2001; 33: 386-92.
24. Bogart L, Kelly J. Impact of Medical and Nonmedical Factors on Physician Decision Making for HIV/AIDS Antiretroviral Treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000; 23(5):396-404.
25. Stone V. Strategies for Optimising Adherence to Highly Antiretroviral Therapy: Lessons From Research and Clinical Practice. *Clinical Infectious Diseases* 2001; 33: 865-872.
26. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, *et al.* Validation of a Simplified Medication Adherence Questionnaire in a Large Cohort on HIV Infected Patients: The Geema Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 16(4): 605-13.
27. Teixeira P, Paiva V, Shimma E. Ta difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000.
28. Sharma A, Vora R, Modi M, Sharma A, Marfatia Y. Adverse effects of antiretroviral treatment. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74(3):234-237.
29. Nam SL, Fielding K, Avalos A, Dickinson D, Gaolathe T, Geissler W. The relationship of acceptance or denial of HIV-status to antiretroviral adherence among adult HIV patients in urban Botswana. *Social Science & Medicine* 2008; 67:301-310.
30. Abadía CE, y LaRusso MD. The Disclosure Model Versus a Developmental Illness Experience Model for Children and Adolescents Living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *AIDS Patient Care and STDs* 2006; 20(1): 36-43.
31. Max-Neef M. Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. Hojas de Hierba Libros: Montevideo; 1989.
32. Camps V. Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética. Barcelona; Editorial Crítica: 2001.
33. Estrada JH, Camacho N, Montoya A, Roldán L. Percepción, manejo y significado que dan los estudiantes de Ciencias de la Salud a una acción educativa sobre síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Univers Odont* 1994; 13(25): 27-35.
34. Vigotsky LS. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Crítica. Barcelona; Grupo editorial Grijalbo: 1978. 215 p.
35. Kleinman A. The Illness Narratives: suffering, healing, and the human condition. New York; Basic Books: 1988.
36. Farmer P. Aids and Anthropologists: Ten Years Later. *Medical Anthropology Quarterly* 1997; 11(4): 516-525.
37. Estrada JH. Salud y clase social en el mundo de hoy. Opciones pedagógicas. No. 35-36 Proyecto académico de pedagogía 2007: 152-178.

Rol de los partidos políticos en la provisión de servicios de salud, Colombia 2007-2008

Role of the political parties in the provision of health services, Colombia 2007-2008

Gloria Molina M¹

¹ Enfermera, Doctora en Salud Pública, docente Facultad Nacional de Salud Pública. Correo electrónico: molinag@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 11 de septiembre de 2008. Aprobado: 11 de diciembre de 2008

Molina GM. Rol de los partidos políticos en la provisión de servicios de salud, Colombia 2007-2008. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009;27(1):66-75

Resumen

Objetivo: este manuscrito presenta una de las trece categorías que emergieron de un estudio cuyo objetivo fue comprender las decisiones en la atención en salud en los ambientes controlados en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia. Esta categoría se centra en describir el papel que juegan los partidos políticos en los procesos de provisión de servicios de salud. **Metodología:** la investigación se llevó a cabo en seis ciudades capitales de departamento, donde se realizaron, en promedio, 29 entrevistas en profundidad por ciudad, a médicos, enfermeras y administradores (179 en total), pertenecientes a 96 instituciones de salud públicas y privadas. También se realizaron 10 grupos focales con usuarios de los servicios de salud. **Resultados:** el nexo entre Estado-partidos políticos y provisión de servicios

públicos se refleja en el sistema de salud colombiano. Con la descentralización y el SGSSS, las relaciones e intereses de los partidos políticos con las élites económicas y el clientelismo como expresión de la negación de la función pública, se han fortalecido y dominan las decisiones económicas, políticas y administrativas, claves del sistema de salud. El SGSSS, como política de salud fundamentada en el enfoque neoliberal, y las prácticas clientelistas de los partidos políticos, no promueven los valores públicos en salud, sino los privados, lo que entra en conflicto con los principios y derechos establecidos en la Constitución Política de Colombia de 1991.

-----**Palabras clave:** sistema de salud, reforma de salud, clientelismo, descentralización, privatización

Abstract

Objective: this paper presents one of the categories that emerged from a study carried out to achieve a comprehension of decisions related to delivering health services, within a restrictive environment offered by the Colombian Social Security System for Health. **Methodology:** the study was carried out in six cities of department, which conducted an average of 29 in-depth interviews by city, doctors, nurses and administrators (179 in total), belonging to 96 public and private health institutions. Also 10 focus groups with users of health services were carried out. **Results:** the nexus between the state institutions and the political parties is preset into the whole processes of provision of health services in the Colombian health system. With the decentralization process

and the Social Security System for Health, the nexus between the political parties, the economic groups involved as health insurers and the political patronage have been strengthened, and they dominate and control the political, economical and administrative decisions of the health system. The Social Security System for Health, as health policy, founded on neoliberal approach, and the clientelistic practices of the political parties do not promote the public values rather than they promote private interests, which generates conflicts with the values and the citizen rights established in the Colombian Political Constitution of 1991.

-----**Key words:** health system, political patronage, health sector reform, privatization, decentralization

Introducción

Estado y partidos políticos en Colombia

El papel de los partidos políticos en una sociedad puede ser entendido con el concepto de desarrollo del Estado. Según Nieto [1], el Estado Moderno estuvo basado en lograr valores de libertad, justicia, equidad y solidaridad, que fueron asociados con el bienestar y la autonomía individual y social. Los modernistas introdujeron el concepto de desarrollo fundado en el paradigma del progreso. Así, el desarrollo debía asegurar el progreso y viceversa. Sin embargo, las sociedades capitalistas tendieron a reducir el desarrollo al concepto de crecimiento económico, y todas las variables sociales están sujetas a la economía. El crecimiento económico fue visto como indispensable y suficiente para generar el progreso social, moral, cultural y político. En este sentido, Zambrano argumenta que la época de la república en el siglo XIX, demandó la existencia de una Nación, que permitiera el desarrollo de los valores del Estado Moderno. “Una *Nación* es un conjunto de personas que comparten un territorio, una lengua y cultura similares, tradiciones comunes y tienen un mismo gobierno” [2].

En Colombia, la Nación fue creada por la élite criolla, después de la independencia de 1810, basada en una cultura política, caracterizada por la combinación de partidos políticos precarios y religión. Antes de la independencia de la tiranía española, la iglesia católica tenía considerable poder. Sin embargo, más tarde hubo confrontación entre el Estado y la iglesia católica que, conjuntamente con la amplia diversidad geográfica y cultural, crearon profundas diferencias entre partidos políticos, que actualmente no se han logrado conciliar.

Así, desde comienzos del siglo XX, la cultura política dividió la población en dos grupos: liberales y conservadores; y los derechos de los ciudadanos han estado ligados a su afiliación política con alguno de estos dos grupos [3].

Entre 1920 y 1960 ocurrieron muchas crisis y cambios en el campo económico, político y social. Hubo crecimiento en la inversión extranjera de los Estados Unidos, con el fin de estimular la industrialización; así mismo, hubo inversión en servicios públicos [3]. Estas inversiones se concentraron en las áreas urbanas, lo que estimuló la migración de la población del campo a la ciudad. Hubo constante confrontación entre los partidos liberal y conservador. Los movimientos políticos populares tomaron fuerza en la década de los 40, pero su principal líder, Jorge Eliécer Gaitán, fue asesinado en 1948. El partido conservador asumió el poder y Laureano Gómez, quien asumió la presidencia en 1950, introdujo un régimen fascista contra los miembros del partido liberal por todo el país. Por ello, en 1951, fue forzado a dejar la presidencia y entregó el cargo a Roberto

Urdaneta, quien fue depuesto en 1953 por Gustavo Rojas Pinilla, derrocado a su vez en 1957 y sucedido por una junta militar [2, 3, 4]. Como consecuencia, en 1957 el Frente Nacional fue pactado entre conservadores y liberales con el fin de disminuir la violencia. El objetivo de este pacto fue construir una nueva Nación con la contribución de ambos partidos, quienes se alternarían en la presidencia cada cuatro años, desde 1958 hasta 1974 y, con ello, el partido en el poder dominaría todas las instituciones gubernamentales y la gestión estatal. Con la creación del Frente Nacional, los demás grupos políticos quedaron excluidos y fueron considerados subversivos, lo cual contribuyó a generar las guerrillas, los grupos de izquierda, que actualmente mantienen una fuerte lucha política contra el gobierno. Según Arrubla [3], el Frente Nacional tuvo como objetivo mantener el orden institucional, pero bajo el control de las élites de los partidos conservador y liberal dominantes. Así, la élite dominante definía y subordinaba el Estado de acuerdo con sus intereses. El Estado no fue capaz de construir autonomía para llevar a cabo sus funciones y llegar a garantizar los derechos colectivos de la población y, al mismo tiempo, garantizar los intereses individuales de los grupos dominantes. Esto ha llevado a la construcción de un Estado débil, y las instituciones estatales han sido subordinadas a los intereses privados de las élites políticas y económicas en el poder [2, 4]. Actualmente, a pesar de la diversificación y proliferación de nuevos grupos políticos la situación no ha cambiado. No obstante los mandatos de la nueva Constitución Política de 1991 [5], en cuanto a derechos fundamentales, derechos políticos y sociales de los ciudadanos, el Estado y sus instituciones siguen siendo dominados por los partidos políticos, los cuales, a través de diferentes mecanismos, como ubicación de sus miembros en cargos públicos estratégicos de las instituciones, acceden a recursos públicos, para lograr sus aspiraciones particulares.

La historia del conflicto político-social y la inestabilidad durante los siglos XIX y XX, sumado a la diversidad geográfica, cultural y económica de las diferentes regiones del país, han estado ligadas a las dificultades de construir una nación unificada. Adicionalmente, Alape [6] sugiere que las principales razones que han contribuido históricamente al conflicto político y la violencia en Colombia han sido:

- la lucha entre las clases sociales, debido a las profundas inequidades económicas, sociales y políticas, donde las élites sociales y políticas han estado más interesadas en mantener el status quo por los beneficios que han tenido;
- el efecto directo de los procesos de modernización, generados por la penetración del modelo capitalista;
- las consecuencias de un profundo conflicto entre los partidos políticos que buscan controlar el Estado para lograr sus intereses.

En Colombia, como en otros países latinoamericanos, los partidos políticos han sido principalmente maquinarias electorales, ligadas al Estado e interdependientes con éste, llevando a la fragmentación de los grupos sociales, lo cual, como se mencionó antes, constituye la base del clientelismo. Aunque ahora se intenta una democracia participativa, la democracia representativa ha dominado el sistema político colombiano, centrado en asuntos electorales, más que en el desarrollo de valores democráticos en la sociedad [7]. Históricamente,

“la sociedad colombiana ha carecido de comunidad política, de *sentido de lo público* que otorgue a los sujetos algún grado de cohesión e integración; por el contrario, se posee pluralidad de comunidades fragmentadas que coexisten conflictiva y violentamente, sin encontrar una esfera para construir una identidad política moderna, caracterizada por la aceptación de los derechos fundamentales y las reglas de juego de una verdadera democracia” [8].

Estos aspectos pueden ayudar a entender el limitado desarrollo de la ciudadanía y la sociedad civil, y por tanto, la limitada participación en las decisiones políticas y económicas del país como expresiones de la democracia. La afiliación a partidos políticos de los ciudadanos ha estado relacionada con la posibilidad de que alguno de ellos pueda satisfacer necesidades básicas como empleo, subsidios para educación, salud, vivienda, entre otros.

El modelo económico neoliberal en Colombia

El modelo económico neoliberal fue introducido en las décadas de 1980 y 1990, basado en la perspectiva del *New Right*, el cual argumenta que la solución a los problemas económicos, sociales y políticos creados por el Estado de Bienestar, está en reducir el papel del Estado como principal proveedor de servicios. Los recursos del Estado deben estar dirigidos a aquellos grupos sociales que no tienen recursos ni medios de soporte [9, 10]. Así, el neoliberalismo fortalece los principios del modelo económico liberal sobre la base de un Estado mínimo, sin capacidad para garantizar el bienestar social; por lo tanto, los individuos deben asumir la responsabilidad de satisfacer sus necesidades. El neoliberalismo asume que el mercado es el medio para generar bienes y servicios más eficientemente y para garantizar la libertad individual.

Pereira [11] señala que el enfoque neoliberal de la justicia social parte de tres principios: el individualismo, el igualitarismo (entendido como igualdad de oportunidades pero no de resultados) y la libertad (libertad del individuo a orientar sus propios intereses). Por su parte Bradshaw [10] señala que los principios básicos del neoliberalismo son: libertad, libre escogencia, libre mercado, el individuo más que el colectivo, y la mínima intervención del Estado mínimo. El papel del Estado está limitado a garantizar un sistema de justicia, asignar subsidios a la población más pobre, regular la moneda y garantizar el libre mercado [12]. Este modelo también está caracterizado por la globalización [13]*, la economía de mercado, la expansión tecnológica, la disminución del papel del Estado y la privatización de la provisión de servicios públicos. También se da una política de descentralización del Estado [14-16], con el fin de involucrar los entes subnacionales, principalmente los municipios, con el argumento de que este es un espacio privilegiado para lograr democracia y desarrollo sostenible con la participación de la comunidad [16].

La Constitución Política de 1991 define a Colombia como un Estado Social de Derecho (Artículo 1) y estableció los derechos sociales como la salud, la educación, la vivienda, la cultura y la recreación, la seguridad social y el empleo (Artículos 25, 48, 49). Sin embargo, el sistema económico neoliberal y el sistema político vigentes no dan soporte a todos los principios establecidos en la Constitución Política de 1991. Corredor [18] señala que el país vive dos mundos opuestos. Se intenta construir valores de justicia, libertad, equidad y solidaridad propios de un Estado Moderno, dentro de un sistema neoliberal que enfatiza el mercado y los valores de lo privado, profundizando la exclusión, inequidad, desigualdad, individualismo como expresiones de injusticia social.

Reforma del Estado y de salud colombiana

Como parte de los programas de ajuste estructural impulsados por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, ante la crisis fiscal de los países, la limitada cobertura, la calidad de la provisión de servicios y las crecientes necesidades de la población, se impone la necesidad de reformar el rol y organización del Estado y sus instituciones, entre ellos la reforma del sistema de salud [19-21], con el propósito de mitigar la crisis fiscal, mejorar el acceso, la calidad, la equidad, la eficiencia y la efectividad de los servicios a cargo del

* El Fondo Monetario Internacional define la globalización como “el crecimiento económico interdependiente de países del mundo a través de un inmenso volumen de transacciones de bienes y servicios y el flujo internacional de capital, por medio de más amplia y rápida difusión de tecnología” [9].

Estado e involucrar a los individuos y a las comunidades en la solución de sus problemas [22]. En este contexto internacional se da en Colombia un proceso de reforma constitucional y se crea la Constitución Política de 1991. Igualmente se generan reformas en la organización del Estado y en la provisión de servicios públicos, en particular del sector salud, en el cual se inicia la descentralización con la Ley 10 de 1990, y se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud con la Ley 100 de 1993.

La descentralización fue vista como una política apropiada para mejorar la eficiencia y la efectividad del Estado, incrementar la cobertura, la equidad en el acceso y la calidad de los servicios públicos acercando la toma de decisiones a la comunidad. En consonancia con ello se creó un marco normativo, mediante el cual el gobierno central transfirió responsabilidades en la gestión del sector salud a los entes territoriales departamentales y municipales mediante la Ley 10 de 1990, la Ley 60 de 1993, la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, y el Acuerdo 3039 de 2007. La Ley 100 de 1993 se fundamenta en principios de universalidad, equidad, ampliación de cobertura, libertad de escogencia, eficiencia y efectividad, introdujo nuevas fuentes de recursos para la salud, y el sistema de aseguramiento como base para el acceso a los servicios de salud. Con esta reforma se reduce o frena el rol del sector público en la provisión de servicios de salud y, por el contrario, se incrementa la participación privada; en consecuencia se crearon nuevas organizaciones, principalmente aseguradoras privadas con ánimo de lucro.

Las reformas en salud que se han impulsado en los países en desarrollo han estado fundamentadas en enfoques teóricos de la economía, la filosofía política, la gestión pública y el mercado, que no necesariamente son coherentes entre sí, ni acordes con las condiciones de salud de las poblaciones de los países, ni con su contexto político, económico, social y cultural.

La equidad es uno de los aspectos centrales de la problemática social, económica y política [23] que se expresa en la situación de salud. Por ello, es importante identificar cuál es el concepto que, en esta materia, subyace en las reformas de salud. La equidad se relaciona con lo que se considera “*justo*”; y lo que es justo o no depende de los valores y enfoques de justicia social que adopten los individuos, las comunidades y los gobiernos.

Vargas [24] propone dos formas de abordar la equidad: el enfoque igualitarista y el neoliberal. El enfoque *igualitarista* define los objetivos de la equidad en términos de igualdad y considera la solidaridad y la unidad social como algo bueno en sí mismo. Aquí prima la distribución de los recursos para alcanzar la igualdad en bienestar colectivo, por encima de los objetivos de maximización de bienestar económico individual. Las políticas públicas en salud, fundamentadas en el enfoque

igualitarista, con objetivos de equidad, se enfocan a eliminar las desigualdades en los niveles de salud de la población; por tanto, la financiación es fundamentalmente de origen público. El enfoque *neoliberal* expresa sus objetivos en términos de *niveles mínimos* y *maximización del bienestar agregado*. Se destaca en este enfoque los valores del individualismo y la libertad, entendida esta última como el derecho de todo individuo a satisfacer sus intereses y preferencias. Los *niveles mínimos* justifican la acción pública en términos desiguales, centrada en mejorar las condiciones de la población de más bajos recursos, con unos servicios mínimos, por encima de los cuales cada individuo es libre de adquirir en el mercado los bienes adicionales que desee comprar. Así, las políticas de salud basadas en este enfoque se dirigen a garantizar en la población pobre un nivel básico mínimo de asistencia en salud y establece paquetes básicos de servicios, seleccionados con criterios de costo-efectividad, buscando una maximización del estado de salud agregado de la población, sin importar la distribución. Las políticas de salud con mayor impacto serían las que financien tratamientos con costos más bajos medidos en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) [19]. Este enfoque estimula a los actores involucrados en el mercado de la salud, a seleccionar la población por riesgos y a concentrarse en aquellos que generan altos beneficios económicos, lo que en la práctica profundiza la desigualdad y la inequidad, contradiciendo los objetivos de las reformas en salud. En este esquema, la financiación es fundamentalmente privada, basada en el principio de capacidad de beneficio, donde cada ciudadano paga según el beneficio de lo que consume. Sus objetivos son fundamentalmente económicos, de maximización del beneficio individual, sin importar objetivos sociales de equidad y redistribución de recursos [24].

La política de salud colombiana, establecida mediante la Ley 100 de 1993, aunque se propone lograr la cobertura universal del enfoque igualitarista, su mayor orientación se fundamenta en los principios y valores del enfoque neoliberal. Esta ley fortalece la participación privada, y segmenta la población en grupos: los pobres que necesitan subsidio del Estado, los trabajadores que pagan contribuciones obligatorias y la población rica con mayor capacidad de pago. En coherencia con esta segmentación de población, define paquetes de servicios diferentes para cada segmento, el paquete para los pobres es menor que aquel para los otros grupos. Tanto en la estructura como en la implementación del SGSSS, se ha visualizado la incoherencia de esta ley con los principios de la Constitución Política de 1991; en la práctica, esto genera conflictos entre los actores del sistema, debido a la pugna entre quienes reclaman y defienden la atención en salud como derecho y aquellos que la han asumido como servicio privado ligado a contratos entre instituciones y sometido a las leyes del mercado.

Este manuscrito tiene como propósito presentar una parte de los hallazgos de una investigación llevada a cabo para analizar la dinámica de la cadena de las decisiones en salud relacionadas con el acceso y la calidad de los servicios en el contexto de las reformas del sistema de salud colombiano, la descentralización y el Sistema General de Seguridad Social en Salud —Ley 100 de 1993—, en relación con las prácticas políticas del país, donde se destaca el papel de los partidos políticos.

Metodología

La investigación se llevó a cabo con un enfoque metodológico cualitativo, la Teoría Fundada (TF) [25, 26]. Se realizaron en total 179 entrevistas en profundidad [27, 28], un promedio de 29 en cada una de las siguientes ciudades: Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Leticia. Se identificaron profesionales de la salud bien informados y con amplia experiencia en el sector (médicos, enfermeras, administradores), vinculados a la atención directa de pacientes y/o a labores administrativas o directivas de niveles estratégicos. Estos entrevistados provienen de 96 instituciones de salud de carácter público o privado y de los entes territoriales. Para la realización de las entrevistas se solicitó el consentimiento informado. Para ello se utilizaron guías de entrevista semiestructurada, puestas a prueba en entrevistas piloto. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas, para realizar análisis de texto siguiendo la metodología de la TF, de codificación y categorización. Los resultados se validaron en seis foros públicos, uno en cada ciudad, en los cuales participaron personal de salud tanto del sector de servicios como académico y líderes comunitarios. Todos los investigadores fueron capacitados de manera conjunta para la realización de todo el proceso de la investigación. En esta metodología, la recolección y el análisis de la información trascurren paralelamente. En todo el proceso se garantizó un manejo confidencial y anónimo de las personas que participaron en las entrevistas y de las instituciones a las cuales pertenecen. Para el manejo de información se usaron los paquetes de software: Microsoft Word®, Microsoft Excel®, Atlas.ti®, Microsoft Power Point® y la herramienta para el diseño de mapas conceptuales CmapTools®, versión 4.16.

Hallazgos

El proceso de análisis arrojó 13 categorías analíticas, soportadas en 85 subcategorías descriptivas que emergieron de 11.920 códigos, todas ellas relacionadas con aspectos que afectan las decisiones en la atención en salud en los niveles micro (decisiones en el momento de la atención, en la relación paciente-personal de salud), meso (las características y directrices de la institución en

particular) y macro (las directrices de entes nacionales e internacionales).

Dada la amplitud temática que emerge de esta investigación, este manuscrito se concentra sólo en presentar el rol que tienen los partidos políticos en la capacidad del nivel municipal para proveer servicios de salud, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la descentralización.

Condiciones que favorecen el clientelismo —negación de la función pública— en salud

Como se describió en la sección introductoria, el SGSSS introdujo cambios estructurales profundos al sistema de salud colombiano. Los cambios propuestos buscaban mejorar el acceso, la calidad, disminuir la inequidad, entre otros.

El clientelismo es una categoría altamente destacada por todos los entrevistados. El clientelismo se considera una forma de actuación de los miembros de los partidos políticos que vinculados a actividades del Estado, directamente mediante cargos en entidades públicas, o indirectamente en cumplimiento de funciones delegadas a entes privados niegan la función pública, con lo cual se impide garantizar el cumplimiento de los derechos ciudadanos, especialmente aquellos consagrados en la Constitución Política de Colombia de 1991. En los datos se pudieron identificar aspectos que favorecen el clientelismo, sus formas de expresión y las consecuencias que genera su práctica en el sistema de salud.

Los aspectos que, al parecer, favorecen el desarrollo del clientelismo son los siguientes:

- La descentralización y privatización paralelas, con privilegio decidido al sector privado como asegurador y como prestador, pero sin un compromiso explícito con la creación y/o fortalecimiento de los valores públicos y sin control efectivo por parte del Estado, lo que ha generado una posición dominante de las aseguradoras privadas —Empresas Promotoras de Salud (EPS)—. Aunque éstas fueron creadas solo como aseguradoras en salud, han desarrollado instituciones para prestar servicios, creando estrategias de integración vertical patrimonial, y han promovido e incentivado la atención curativa, dada la rentabilidad que esto genera a corto plazo. En este contexto, a partir del inicio de la implementación del SGSSS, las acciones de promoción y prevención en salud sufrieron un profundo deterioro, visualizado a través de los indicadores básicos de salud pública, tales como morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, enfermedades infectocontagiosas y enfermedades transmitidas por vectores, entre otros.

- Manejo economicista del sistema, en el cual los objetivos de salud fueron desplazados por objetivos de lucro y rentabilidad económica. Ligado al enfoque economicista, se han desarrollado múltiples barreras para acceder a los servicios, cuando estos son requeridos. Se suponía que poseer una carné, que acredita a la persona como afiliada al SGSSS, automáticamente le garantizaba un acceso efectivo a la atención, cuando fuera requerida. Sin embargo, se han detectado múltiples barreras de acceso, tales como las geográficas, aun en las grandes ciudades con amplia oferta de servicios, económicas y administrativas. La siguiente afirmación de un entrevistado ilustra este concepto:

“El sector privado hace negocio con los recursos públicos de salud” (LM161-703).

- Los planes de beneficio, desde la estructura de la Ley, son diferenciales por segmentos de población, incluyendo más servicios para la población del régimen contributivo que los del subsidiado y aquellos no cubiertos con aseguramiento. En la práctica, esta diferencia se hace más marcada, dado que la población más pobre experimenta más barreras de acceso, con lo cual la inequidad se profundiza. Finalmente, los más pobres, quienes más enfermedad sufren, experimentan más limitaciones para acceder a los servicios.
- No hay un Ministerio de Salud que ejerza una rectoría efectiva del sistema y que brinde apoyo técnico-científico efectivo al desarrollo del sector salud en los departamentos y municipios. Los entrevistados de las zonas más alejadas de la capital sienten que el Ministerio los ha olvidado y que desconoce su situación particular y, por tanto, genera políticas que, en la práctica, no son aplicables en sus regiones, las cuales, a su vez, profundizan las inequidades:

“Esta región es muy especial, muy diferente al resto de país, no se ha tenido en cuenta y eso ha sido falta de voluntad política” (LE155-244).

“El gobierno no es equitativo frente a las regiones apartadas” (LA159-470).

- La falta de compromiso de los integrantes de los partidos políticos con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Estas personas buscan ser elegidas más por el interés de acceder al poder y al manejo de recursos que les permita fortalecer sus partidos y satisfacer sus apetitos económicos y políticos particulares, y sus intereses pocas veces están puestos en buscar el beneficio de toda la comunidad:

“En los colombianos, en los integrantes de los partidos políticos, no existe sentido del bien común” (BAM104-677).

- La política de flexibilidad laboral y las reformas laborales han generado procesos de contratación de personal, donde los vínculos son de corto plazo y alta inestabilidad, con condiciones laborales en las cuales el empleador no asume responsabilidades con el empleado y, por tanto, este último debe asumir todos los riesgos que conlleva el empleo. En estas condiciones y ante las altas tasas de desempleo las personas se someten a exigencias de líderes de partidos, grupos o gamonales políticos con el ánimo de conseguir empleo.
- En el sistema electoral colombiano, tradicionalmente se ha dado “compra de votos” mediante diferentes mecanismos tales como asignación de subsidios para salud, educación, vivienda; promesas de cargos y puestos de trabajo en las instituciones públicas, entre otras. Algunas afirmaciones de los entrevistados ilustran este aspecto:

“Los políticos solo se acuerdan de esa gente humilde en época electoral y compran su voto con promesas, ladrillos o dinero para almorzar” (LM156-339);

“Los defraudadores del erario público son reelegidos” (LM161-749).

- El deficiente desarrollo de la descentralización y, por tanto, la falta de capacidad de gestión del sector salud, con escasos procesos de planeación y del sistema de información en salud. Esto limita la autonomía municipal para generar políticas, programas y proyectos que respondan a las necesidades específicas de las regiones:

“Los municipios de Amazonas no están certificados. El departamento maneja todos los recursos para la salud en el Amazonas” (LA159).

Formas de expresión del clientelismo en la gestión del sector salud

El clientelismo se expresa en varias formas y ámbitos, tales como las siguientes:

- Desviación de recursos en salud: existe presión de los integrantes de partidos políticos en el poder para la asignación de recursos en programas y proyectos que sean de su interés. En este proceso, los intereses particulares dominan por encima de los intereses de la comunidad, lo que desvirtúa la función pública. Esto encarna conductas de funcionarios de todos los niveles del gobierno que atentan contra los bienes públicos, con lo cual se generan desvíos de recursos

asignados para servicios de salud, hacia otras áreas, limitando el acceso y cobertura de la población más vulnerable, profundizando así la inequidad. Algunas afirmaciones de entrevistados dan cuenta de este fenómeno:

“Hay corrupción e ineficiencia del Estado en todo el país” (LM161-593).

“Los recursos públicos para salud se los han robado” (LE156-357).

“Hasta los recursos de vacunación se los han robado” (LE155-192).

“Los recursos de loterías y juegos de azar para salud también se los roban” (LM161-753).

“Para el político no es importante la calidad del servicio, sino el recurso que tenga y cómo lo puede gastar y no precisamente de cosas de salud” (LE155-161).

“La corrupción en el Congreso impide transformaciones a fondo del sector salud” (LM161-765).

“También hay corrupción y clientelismo en los procesos de investigación disciplinaria por mala práctica de los funcionarios” (PE123-186).

“Los gobernantes se hacen los sordos ante las denuncias por mala atención en salud” (LM171-743).

“La corrupción se importa desde otras zonas del país, ejemplo de la costa norte del país hacia el sur” (LM161-690).

El clientelismo también tiene su expresión en el proceso de contratación del régimen subsidiado y de los servicios de salud. Los recursos para financiar el régimen subsidiado en salud, asignados a las poblaciones más pobres, algunas veces se utilizan para conseguir votos, prometiendo a los votantes subsidios, por tanto, es posible encontrar personas adineradas afiliadas al régimen subsidiado:

“En el país, las afiliaciones al régimen subsidiado se hacen por asignación política” (LA159-459).

“Hay manipulación política en el aseguramiento al régimen subsidiado” (PU131-534).

La desviación de recursos de salud también se presenta cuando las aseguradoras privadas y las administradoras del régimen subsidiado utilizan el dinero de la salud para generar otros negocios propios, relacionados o no con la salud, que van desde empresas para producción y/o distribución de material médico-quirúrgico hasta empresas de construcción de instituciones de salud, entre otros.

- La omisión de los requerimientos del perfil técnico-científico de los funcionarios públicos que van a ejercer funciones en las instituciones estatales.

Esto se relaciona con la contratación de personal no calificado en todos los niveles (nacional, departamental y municipal) y en todos los tipos de cargos (directivos, administradores y operativos). La contratación del personal está mediada por criterios políticos y, por tanto, no hay suficientes exigencias a los aspirantes que van a dirigir los entes gubernamentales, en cuanto a su preparación profesional, formación y principios éticos, desempeño, entre otros. Así, los recursos públicos, fruto del esfuerzo de la sociedad para captar impuestos y cotizaciones en salud, son entregados a funcionarios sin la capacidad para manejarlos responsablemente. Ejemplos:

“Debido al clientelismo, se contratan directivos que no saben nada de salud” (BA103-657).

“El Ministerio de Salud necesita un ministro competente, un salubrista y buen administrador y político, pero no un politiquero” (LM161-785).

“Los políticos son así, por pagar favores, contratan gente sin experiencia” (PU131-532).

“La conservación del empleo tiene nexos con el clientelismo” (PE133-762).

- Los nexos entre los partidos políticos, las instituciones del Estado y los grupos económicos dueños de las aseguradoras en salud. El clientelismo se ha profundizado e infiltrado en todos los niveles del sistema de salud; los grupos en el poder dominan la toma de decisiones de salud en todas las esferas del gobierno a través de las instituciones del Estado: Presidencia, Cámara de Representantes, Congreso de la República, gobernaciones, asambleas departamentales, alcaldías y concejos municipales, entre otros. A la par, las asociaciones de profesionales de la salud, de instituciones de salud, de la comunidad, tienen un terreno limitado para intervenir en las decisiones sobre las políticas en salud. De esta manera, el predominio del interés privado de los grupos en el poder no permite el cumplimiento de los derechos establecidos en la Constitución Política de Colombia de 1991, con la puesta en marcha de políticas de salud efectivas para solucionar los problemas de inequidad, desigualdad y exclusión que afectan la población. En consecuencia, las decisiones en salud no están dominadas por los actores del sector salud, que poseen el conocimiento específico del sector, sino por el poder de los partidos y consorcios económicos vinculados al aseguramiento en salud:

“Los congresistas son dueños de la salud en Colombia” (LA159-545).

Consecuencias del clientelismo en salud

Algunos entrevistados expresan de manera categórica las consecuencias del clientelismo y las conductas que atentan contra los bienes públicos en la gestión de la salud:

- Freno al desarrollo institucional en salud. Las instituciones públicas están sometidas a los partidos políticos y, generalmente, cada gobierno de turno no da continuidad a las políticas, programas y proyectos que el gobierno saliente había puesto en marcha. Adicionalmente, los archivos políticos, diagnósticos de situación de salud, planes, programas y proyectos, así como de la gestión del gobierno de turno anterior, desaparecen o no son tomados en cuenta por el gobierno siguiente, impidiendo la construcción de memoria institucional, lo cual contribuye a frenar el desarrollo social, económico e institucional de los municipios en general y del sector salud en particular. Esto conlleva a una baja capacidad administrativa del sector salud, que le quita la posibilidad de cumplir con las funciones asignadas, resolver problemas de salud de la localidad, utilizar racionalmente los recursos, restándole con ello credibilidad y capacidad de negociación. Este freno en el desarrollo institucional se vuelve un círculo vicioso, que a la vez facilita el clientelismo:

“Los cambios permanentes de gobernantes impiden continuidad de las políticas de salud” (LU163-842).

“El gran problema de aquí... es el factor político” (LM156-336).

“El hospital de... lo desvalijaron” (LM156-355).

“Los políticos se repartieron, por grupos, el hospital” (LM156-356).

“Las Secretarías de Salud no tienen cabeza” (LE154-105).

“Se realiza habilitación forzada de servicios e instituciones sin cumplir los requisitos de ley” (LE155-181).

- Las carencias éticas en lo personal, profesional e institucional de algunos actores del sistema contribuyen o refuerzan las carencias éticas de la sociedad:

“Los políticos hacen perder los informes que describen la realidad objetivamente” (LE155-183).

- Los conflictos en las relaciones interinstitucionales y de los actores del sistema, debido a la infiltración clientelista en la gestión de la salud, que a su vez hacen más difícil la gestión en el sector. Estos conflictos también generan dificultades en el trabajo en equipo, interinstitucional e interdisciplinario:

“Los gobernantes tienen discordias personales con algunos prestadores” (LM156-273).

“Hay persecución política y administrativa a IPS, fundada en conflictos interpersonales” (LM156-280).

“El clientelismo destruye el trabajo en equipo inter e intrainstitucional en salud” (LM156-362, 363).

- Rotación de las mismas personas que ocupan cargos directivos en instituciones públicas y privadas. Directivos de instituciones prestadoras y aseguradoras en salud, asesores ministeriales, de entes territoriales y de los organismos de vigilancia y control que hacen parte del mismo grupo político y/o económico, que ocupan cargos públicos, actúan más como burócratas satisfaciendo sus intereses privados, que como empleados públicos garantes de los derechos ciudadanos. Adicionalmente, algunos de ellos pasan de ocupar cargos en entidades públicas hacia cargos directivos de las entidades privadas, llevando consigo información confidencial. Esta situación configura conflicto de intereses y dilema ético entre algunos actores del sistema que juegan papel de “juez y parte”, lo que puede influir en la efectividad de las acciones de dirección, vigilancia y control del sistema para garantizar los derechos ciudadanos.

Discusión y conclusiones

Las decisiones en salud no están lideradas por los profesionales y las organizaciones del sector salud, quienes poseen una amplia formación y conocimiento en salud, sino que están dominadas por el poder de los partidos políticos y consorcios económicos vinculados al aseguramiento en salud, lo cual ha afectado el acceso, la calidad de los servicios, la calidad del recurso humano y el desarrollo institucional en salud. Esta dinámica va en contravía con las políticas y acciones que se requieren para garantizar los derechos ciudadanos establecidos en la Constitución Política de Colombia de 1991.

La *carencia de sentido de lo público* [8] es uno de los elementos que caracteriza las prácticas de los partidos políticos vinculados con las instituciones estatales y las directrices neoliberales que fundamentan el SGSSS colombiano. El SGSSS promueve el individualismo, el mercado privado de la salud, el ánimo de lucro y el predominio del interés particular por encima del interés general, entre otros, lo cual no deja paso a otras opciones que generen beneficio colectivo y mayor justicia social, como lo ordena la Constitución Nacional. A pesar de que el SGSSS busca, en teoría, disminuir la inequidad, en su propia estructura se reproducen las inequidades. Por ejemplo, los planes de beneficio diferenciales, que

definen paquetes de servicios con menos cobertura para la población más pobre y más amplios para la población con mejores niveles socioeconómicos [29], con lo cual se reglamenta la inequidad. Por otro lado, si bien el sistema de focalización de los recursos en la población más vulnerable, puede ser una estrategia para disminuir la inequidad, los mecanismos de asignación de los recursos del régimen subsidiado son, con frecuencia, aprovechados por los partidos políticos para la consecución de votos, prometiendo cupos para acceder a subsidios para atención en salud y asignando estos a quienes no los requieren. Esto, como afirma Alape [6], es una expresión del profundo conflicto entre los partidos políticos que buscan controlar el Estado para lograr sus intereses.

El sometimiento de las instituciones de salud a la influencia de los partidos políticos, es identificado como uno de los fenómenos que más afecta el desarrollo de estas instituciones y el logro de los objetivos del sistema de salud, lo cual se agrava por un proceso de descentralización sin un direccionamiento ni asistencia técnica efectiva, de lo cual las aseguradoras privadas y el clientelismo han sacado provecho. Este aspecto está ligado al nexo histórico entre Estado, instituciones públicas, partidos políticos y élites económicas. Los partidos políticos están entrelazados con los grupos económicos (hoy día con estrechos vínculos con las empresas de aseguramiento en salud, EPS, ARS, ARP) y las instituciones del Estado, en cuyo seno se definen las políticas de salud para el país.

Por tanto, la carencia de sentido de lo público no permite el desarrollo del sector salud enfocado a la búsqueda de justicia social con equidad. A este respecto María Teresa Uribe comenta:

“... en América Latina, de la que Colombia no es la excepción, se percibe un amplio malestar con los parlamentos y congresos, considerados por la opinión pública como fuentes de corrupción, ineficacia y desgreño... herencia de una arcaica democracia formal... que afecta la moralidad del Estado y la Nación”. “En los partidos políticos se destaca su creciente incapacidad para encauzar la multiplicidad y diversidad de las demandas sociales, la pérdida de identidad política de los ciudadanos con ellos, así mismo su carácter de maquinarias electorales, orientadas hacia el uso privado y particular de las clientelas que las constituyen” [8].

Por otro lado, la corrupción ha sido un flagelo histórico que afecta todas las esferas y ámbitos del gobierno, no solo en Colombia [30]. Esta se ejerce mediante agentes, funcionarios o procesos (licitaciones, por ejemplo), a través de los cuales los recursos públicos fluyen desde las instituciones públicas hacia individuos en particular o entes que actúan en busca de su propio beneficio, sin un sentido de lo público y sin un sentido de responsabilidad con los recursos que el conjunto de la sociedad, individuos y empresas, paga mediante impuestos y cotizaciones a la seguridad social, para destinarlos al desarrollo de bienes

y servicios para la comunidad. Por tanto, los beneficiarios son, finalmente, agentes privados, ya sea individuos, partidos políticos u organizaciones privadas, lo cual contribuye a generar mayor inequidad e injusticia social, infringiendo con ello el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia de 1991 [31].

Finalmente, se visualiza que los principios y derechos establecidos en la Constitución Política de Colombia de 1991 (Artículos 13, 48 y 49), no están suficientemente amparados en la estructura e implementación del SGSSS que, fundamentado en el enfoque económico neoliberal, estimula una dinámica de mercado, individualista, de competencia entre actores, más que de cooperación entre ellos. Por otro lado, el proceso de descentralización requiere más un direccionamiento que garantice el desarrollo de la capacidad de gestión en los diferentes niveles de gobierno y una separación de las estrategias de privatización, que controlen las prácticas clientelistas.

Referencias

1. Nieto JR. Desarrollo y Salud: la experiencia contemporánea en Colombia y América Latina. *Utopía Siglo XXI. Rev. Fac. Ciencias Sociales y Humanas* 1997; 1(1):51-61.
2. Zambrano PF. La invención de la Nación. Contradicciones del sistema político colombiano. *Revista Análisis, Conflicto Social y Violencia en Colombia. Documentos Ocasionales* 1989; 56:31-38.
3. Arrubla M. Colombia Hoy: Perspectivas hacia el Siglo XXI. Síntesis de la Historia Política Contemporánea. Bogotá: T.M. Editores; 1996.
4. Angell A, Lowden P, Thorp R. Decentralising Development: The Political Economy of Institutional Change in Colombia and Chile. Oxford: Oxford University Press; 2001.
5. Colombia. Congreso de la República. Constitución Política de Colombia de 1991.
6. Alape A. La violencia Política. Historia de Colombia; Bogotá: Salvat; 1988.
7. Villa RF. Crisis Política y Partidos Políticos en América Latina. *Rev Utopía Siglo XXI* 1997; 1(1): 83-89.
8. Uribe MT. El Malestar de la representación política en la Colombia de hoy. *Estudios Políticos* 1995; 6: 14-15.
9. Burden T, Cooper C, Petrie S. Modernising Social Policy: Unravelling New Labour's Welfare Reforms. Aldershot: Ashgate Publishing Limited; 2000.
10. Bradshaw Y. Perspectives. En: North N, Bradshaw Y. Perspectives in Health care. ed. London: Macmillan; 1997.
11. Pereira J. La interpretación económica de la equidad en salud y atención sanitarias. En: Salud y equidad: VIII Jornadas de Economía de la Salud, Anales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988. p. 31-52.
12. Espinal R. Democracia, gobernabilidad y partidos políticos en América Latina. *Rev. Foro* 1995; 27: 92-103.
13. Burki SJ. From Globalization to Localization. En: World Bank Latin American and Caribbean Studies. Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean. Decentralization and accountability of the public sector. Washington, D.C.: The World Bank; 1999. p. 3-5.

14. Burki SJ, Perry GE, Dillinger WR. "Más allá de Centro: La Descentralización del Estado". Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1999. p. 117.
15. Collins CD, Araujo J, Barbosa J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy* 2000; 52: 113-127.
16. Blas E, Limbambala M. User-payment, decentralisation and service utilisation in Zambia. *Health Policy and Planning* 2001; (Suppl 2): 19-28.
17. Velásquez F. Ciudad y participación. Cali: Universidad del Valle; 1996.
18. Corredor MC. Los Límites de la Modernización. Colección Sociedad y Conflicto. Bogotá: Cinep; 1994.
19. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press; 1993. p. 14-19.
20. Islam A, Tahir MZ. Health Sector Reform in South Asia: New Challenges and constrains. *Health Policy* 2002; 60:151-169.
21. Sen K, Koivusalo M. Health Care Reforms and Developing Countries. *A Critical Health Planning and Management* 1998; 13:199-215.
22. Bloom G. Equity in health in unequal societies: meeting health needs in context of social change. *Health Policy* 2001; 57: 205-224.
23. Sen AK. Desarrollo y Libertad. Bogotá: Planeta; 1999.
24. Vargas I, Vásquez ML, Jané E. Equidad y Reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saude Pública* 2002; 18(4):927-937.
25. Strauss AL, Corbin J. Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory: ed. 2. London: Sage; 1990.
26. Glaser B, Strauss AL. The discovery of Grounded Theory. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
27. Miles M, Huberman AM. Qualitative Data Analysis. London: Sage; 1994.
28. Morse MJ. Critical Issues in Qualitative Research Methods. London: Sage; 1994.
29. Hernández M. El derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Rev. de Salud Pública* 2000; 2(2): 121-144.
30. Transparency Internacional. The global coalition against corrupción: Annual Report. Berlín: Transparency Internacional; 2007.
31. Vélez IM. Detectan 3 millones de 'colados' en el SISBEN. *El Colombiano* 2003, 11 enero. p. 7A.

Epidemiología y la relación salud-ambiente: reflexiones sobre el cambio ambiental, desarrollo sustentable y salud poblacional

Epidemiology and health-environment relationship: reflections on environmental change, sustainable development and population health

Diana M. Montoya Q¹; Félix M. Olaya U¹; Yuli V. Carvajal S¹; Sandra J. Echavarría Q¹; Alejandro Arango C¹; Clara M. Domínguez G¹; Héctor A. Marín I¹; Camilo Noreña H¹; César A. Higueta R¹; Juan F. Saldarriaga F²; Eliana Martínez H²; Carlos Rojas A².

¹ Estudiantes del semillero de investigación, Grupo de Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Profesores del Grupo de Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: juanfs@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 6 de febrero de 2009. Aprobado: 16 de julio de 2009

Montoya DM, Olaya FM, Carvajal YV, Echavarría SJ, Arango A, Domínguez CM, Marín HA, Noreña C, Higueta CA, Saldarriaga JF, Martínez E, Rojas C. Epidemiología y la relación salud-ambiente: reflexiones sobre el cambio ambiental, desarrollo sustentable y salud poblacional. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009;27(2):211-217

Resumen

Ensayo que presenta una discusión sobre la problemática ambiental actual y su relación con la salud de las poblaciones. Se analizan las limitaciones del modelo de desarrollo económico y social, centrado en el incremento del capital y la producción industrial, y su impacto negativo sobre los recursos naturales, el equilibrio de los ecosistemas y la vulnerabilidad humana. Se exponen los fundamentos metodológicos y los desarrollos del enfoque epidemiológico ambiental, analizando sus principales potenciales de aplicación. Por último, se formulan opciones de solución articuladas a las premisas del

desarrollo sustentable y de la justicia ambiental, y se destaca la responsabilidad de la academia en la formación del recurso humano y científico en el área de epidemiología ambiental, así como el papel protagónico de la comunidad en la toma de conciencia ambiental y la participación activa desde una postura crítica, responsable y propositiva para hacer parte de la solución del problema.

-----*Palabras clave:* epidemiología ambiental, desarrollo sustentable, justicia ambiental, cambio climático

Abstract

This essay presents a discussion on current environmental problems and their relationship to the health of populations. The limitations of the model of economic and social development are analyzed focusing on the augmentation of the capital and the industrial production and its negative impact on natural resources, the balance of ecosystems and human vulnerability. The methodological basics and the developments in environmental epidemiological approach are exposed analyzing their main potential application. Finally, options for solutions are formulated linking them to

the premises of sustainable development and environmental justice. The responsibility of the academic environment is pointed out in the training of human and scientific resources in the field of environmental epidemiology, as well as the role of the community in terms of environmental awareness and active participation from a point of view that becomes critical, responsible and capable of defining proposals to make part of the solution.

-----*Key words:* environmental epidemiology, sustainable development, environmental justice, climate change

Introducción

Como nunca antes, afrontamos las consecuencias del impacto ambiental nocivo y acumulativo de los diferentes tipos de actividad humana con relación a la naturaleza y los ecosistemas, situación crítica que nos plantea, no solo retos en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas, en el momento actual, sino también en términos definitivos de supervivencia de la especie y, por ende, del planeta.

En este contexto, la epidemiología se convierte en una herramienta fundamental para el estudio de la relación entre salud y ambiente en las comunidades, posibilitando procesos de investigación aplicada orientados a la identificación de factores de riesgo ambiental, elaboración de diagnósticos de salud poblacional, cuantificación del impacto sobre los ecosistemas y evaluación de intervenciones tendientes a controlar y reducir las secuelas.

Por otro lado, se destaca la necesidad de discutir las limitaciones que lleva consigo el modelo de desarrollo social y económico característico de los países de occidente, el cual ha sustentado sus premisas de avance en un sistema de incremento del capital, a expensas del consumo desmesurado de los recursos naturales. Es así como en el centro de la preocupación de muchos países se encuentran temas como el crecimiento económico y el potencial de aumento en los procesos industriales, y se dejan de lado la discusión y toma de decisiones concernientes a la protección de la salud y el establecimiento de medidas que propendan por el equilibrio ambiental.

Además, se discuten y proponen alternativas para afrontar la problemática ambiental y su impacto sobre la salud, en correspondencia con las premisas del enfoque del desarrollo sustentable y la noción de justicia ambiental, pilares primordiales de un urgente compromiso ético con visión de futuro, en términos de la responsabilidad generacional, con el fin de construir sociedades ecológicamente sostenibles y socialmente justas.

El presente ensayo se deriva del trabajo académico del semillero de investigación en epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública en torno al eje temático de la epidemiología ambiental. Esta actividad se realizó de forma previa a la participación en el 5.º Congreso Internacional de Salud Pública “Salud, Ambiente y Desarrollo, año 2007”, realizado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Como objetivos de esta actividad académica se definieron: 1) estudiar y discutir los objetivos y énfasis propuestos a través de los términos de referencia proporcionados por el comité académico del congreso; 2) profundizar en la revisión de elementos teóricos y conceptuales y en evidencias en torno a la temática del congreso y su articulación con elementos de

epidemiología ambiental; y 3) generar una publicación con los principales resultados de la actividad académica, las discusiones realizadas y las conclusiones luego de la participación en el evento. Con esta actividad, el semillero asumió de forma diferente y constructiva la participación en el suceso académico más importante de nuestra Facultad, dando importancia al proceso de preparación para así permitir un aprovechamiento y la participación activa y crítica.

El semillero de investigación del grupo de epidemiología surge a partir de la iniciativa de un grupo de estudiantes de pregrado, interesados en estructurar y desarrollar una propuesta alternativa de trabajo, que les permitiera, por fuera del ámbito formal de clases, avanzar en la apropiación, discusión y puesta en práctica de los principios, conceptos y herramientas de la epidemiología, para el estudio de los procesos de salud-enfermedad poblacional. Esta iniciativa es apoyada por el Grupo de Epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública.

Modelo de desarrollo, deuda ecológica y vulnerabilidad humana

Existe una relación desequilibrada entre el ser humano y la naturaleza. La actividad del hombre durante muchos años ha propiciado grandes amenazas para el medio ambiente, lo cual, nos hace cada vez más vulnerables. Como lo señala Gustavo Wilches [1], el ecosistema y la comunidad deben evolucionar conjuntamente, pues el avance independiente de uno puede generar un retroceso en el otro; son un matrimonio indisoluble y se hace necesario respetar los derechos de ambos, lo que no se ha logrado hasta el momento.

En esta sociedad de consumo y de individualismo extremo, quien posee, consume. Un 20% de los habitantes del planeta consume y contamina más que el 80% restante. Martínez Alier manifiesta: “El consumo de los ricos es lo que está llevando realmente a esta destrucción de la naturaleza, y a este abuso contra la gente pobre. Aunque nueve de cada diez niños nacen hoy en el sur, el niño que nace en el norte, estará destinado a consumir y contaminar como veintisiete niños del sur” [2]; dicho en otras palabras, el problema ambiental se ha propagado mucho más por la intensificación del consumo que por el aumento poblacional; sin embargo, quienes producen la contaminación no son quienes más la sufren, pues los primeros cuentan con recursos económicos suficientes para hacer frente a ello, y los recursos que no poseen o que tienen en menor proporción, como los naturales, los pueden adquirir por medios comerciales [3].

Otro elemento de crucial importancia que requiere abordarse es el de las relaciones entre países con grandes diferencias en su crecimiento económico,

pues este fenómeno establece el escenario propicio para la generación de deuda externa, sustentada en un intercambio económico y comercial desigual y dependiente. Según Martínez Alier, “la deuda externa es la suma de las obligaciones que tiene un país con respecto de otros, que se componen de deuda pública (la contraída por el estado) y deuda privada o del sector privado, que es aquella que contraen los particulares en el exterior” [4]. Lo anterior respalda la idea de Aurora Donoso cuando asevera que “la deuda externa, se traduce en una herramienta de dominación y saqueo. Sirve para mantener el flujo de bienes naturales y recursos financieros del sur al norte, con el fin de impartir una serie de políticas que aumentan cada vez más la brecha entre el desarrollo y el subdesarrollo, forzando así, la introducción del neoliberalismo” [5]. Con la introducción del neoliberalismo en los países en vía de desarrollo, no solo se pretende la globalización del mercado en términos económicos (caracterizado por ser un sistema capitalista con relaciones monopólicas), sino también de un modelo social y político marcadamente desigual.

Ahora bien, para el análisis de la compleja situación enunciada, es necesario abordar el concepto de deuda ecológica, que Martínez Alier define como “la deuda que el norte tiene con el sur, y reúne dos aspectos, por un lado, la absorción barata de recursos naturales, lo que se ha llamado el comercio ecológicamente desigual, y por otro lado, la ocupación de espacio ambiental ajeno de una manera gratuita” [4]. Sin embargo, este es un tema poco aceptado por países como Estados Unidos, pues se rehúsan a reconocer que los parámetros bajo los cuales establecen relaciones con los países del sur son injustos, y no aceptan que exista un comercio desigual que se evidencia por las relaciones entre la deuda externa y la deuda ecológica. De esta forma, los países del sur, en su afán por saldar la deuda externa, se ven en la obligación de explotar más agotando los recursos naturales y, paradójicamente, quedan más endeudados que al principio.

De esta manera, la fórmula de producir más para exportar más y generar los excedentes que permitan el pago de la deuda externa encierra un círculo vicioso cuyo centro es el incesante empobrecimiento humano y ecológico.

En este orden de ideas, un verdadero comercio libre, solidario y sin condiciones, como lo indica Thomas Pogge [3], solo puede concebirse en una sociedad sin imperialismo ni transnacionales, es decir, en una sociedad basada en la justicia global, comprendida como herramienta de producción para el crecimiento y desarrollo de las naciones, tanto del orden económico como humano, y que de esta manera se constituya en un orden internacional que haga posible un acceso

irrestringido a los bienes indispensables formulados en los derechos humanos.

Asimismo, Libardo Sarmiento, en su conferencia durante el V Congreso de Salud Pública, expuso: “No es necesario pensar en un desarrollo alternativo, sino en alternativas al desarrollo”; con toda razón, pues necesitamos un desarrollo que piense en la vida (no solo humana), en el bienestar; en un desarrollo planificado y entrelazado, un desarrollo humano y no esencialmente económico; un desarrollo que piense en todos y que reconozca la equidad y la igualdad como ejes estratégicos, sin olvidar que la Tierra no nos pertenece; al contrario, que nosotros pertenecemos a ella. ¿Vale preguntarse entonces cuál es nuestra responsabilidad social, civil y política frente a esta situación?

Como consecuencia de todo lo expuesto, aparece la dimensión de la vulnerabilidad humana frente a los cambios ambientales, comprendida como la interfaz entre la exposición a amenazas físicas para el bienestar humano y la capacidad de las personas y comunidades para controlar tales amenazas [6]. Vulnerabilidad que aunque es un problema que de una u otra forma nos impacta a todos, se encuentra enmarcada en un escenario de desigualdades, dadas las enormes brechas entre países ricos y pobres, lo cual acentúa aún más la problemática y entorpece sus posibles soluciones. Para reducir este fenómeno, evitando que su propósito se circunscriba solo en la visión económica de la desigualdad, se requiere alcanzar un grado de conciencia fundamentado en la lógica de la naturaleza y el comportamiento ecológico centrado en la protección; por lo tanto, es esencial disminuir las necesidades ficticias (aquellas que provienen de la conciencia alienada y son producidas por la sociedad de consumo capitalista) [7], y que están por fuera de las necesidades reales (las que provienen de la naturaleza misma del hombre) [8]. Para disminuir lo ficticio es necesario reestructurar el ámbito político y económico actual hacia un modelo con base en la educación, la conciencia ecológica y la defensa de la identidad cultural. Esta propuesta hoy puede parecer utópica o, incluso, como una historia ya contada, sin embargo, las utopías existen, por una parte, para poder caminar con el firme propósito de vencer las adversidades y, por otra, como fiel reflejo de la inconformidad basada en lo que no se ha hecho.

Se requiere entonces un cambio trascendental en el modelo educativo y el apoyo a la creación de grupos de estudio interdisciplinarios de pregrado y posgrado que brinden espacios de formación con criterios humanistas y científicos y que tengan como eje de desarrollo central el análisis de la relación entre salud y ambiente. De esta manera, los procesos investigativos deberán orientarse a la identificación de los factores sociales y económicos que inducen patrones de exposición desiguales y, por ende,

resultados en salud diferentes. El epidemiólogo ambiental afronta el reto de construir evidencias sólidas que permitan implementar acciones preventivas en el marco de la equidad y la promoción de ambientes saludables.

Simultáneamente, en la enseñanza básica primaria se deberá orientar al niño hacia un pensamiento reflexivo y activo, orientado a la convivencia ecológica, el reconocimiento de la vulnerabilidad y la adopción de criterios de responsabilidad individual y social para la solución del problema.

La epidemiología ambiental: estudio de la relación salud y ambiente

El mundo globalizado es el resultado de largos periodos de comercio internacional que se inició en la Europa medieval, y que pasó por el descubrimiento de América y la industrialización hasta llegar a nuestros tiempos, pero durante todos estos años los productos y bienes no han sido los únicos que han logrado traspasar fronteras, así lo han hecho de igual forma las personas y las culturas.

Es así como las migraciones han traído consigo el conocimiento, la expansión de nuevas formas de pensamiento y el crecimiento de nuevas urbes superpobladas, que han sido el escenario propicio para la generación y propagación de enfermedades.

El entorno en el que se encuentran las personas determina su estado de salud; ya Hipócrates, en el siglo V a. C., en su tratado de los aires, las aguas y los lugares [9], discute las causas ambientales de las enfermedades, al sugerir que tales condiciones ayudaban a los médicos a evaluar y comprender el estado de salud de las comunidades.

Posteriormente, en 1854, John Snow lo demostraba con su estudio sobre el cólera en Londres, el cual le permitió concluir que los casos estaban relacionados con lugares específicos de provisión de agua, estableciendo así elementos definitivos para el desarrollo de la epidemiología [10], disciplina científica básica de la salud pública que aporta herramientas para el conocimiento del proceso salud-enfermedad de los distintos grupos humanos y orienta, de acuerdo con este conocimiento, las intervenciones que se requieren, además de brindar elementos para la evaluación y diagnóstico de los diferentes problemas a los que se enfrenta [11].

Por otro lado, en el afán por el crecimiento económico se han dejado de lado las preocupaciones por la protección de la naturaleza, la destrucción de la capa de ozono y el derretimiento de los casquetes polares, asuntos que se hacen cada vez más preocupantes. Un ejemplo contundente sobre las presiones que se ejercen en los ecosistemas, cada vez mayores, se evidencia en que durante los últimos 40 años se ha talado casi 20% de la totalidad de la selva tropical amazónica, más de lo que se deforestó desde el inicio de la colonización hace 450

años, y los científicos temen que se pierda otro 20% de la superficie selvática en los próximos dos decenios, lo cual marcaría el principio del fin de este sistema ecológico vital [12].

En este orden de ideas, el cambio climático es una muestra de cómo la salud del territorio y sus ecosistemas se han deteriorado en razón del crecimiento industrial y el consumo desmesurado (especialmente de combustibles fósiles), los cuales, alteran la composición de la atmósfera mundial. El informe más reciente del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático confirma que hay pruebas abrumadoras de que los seres humanos están afectando al clima mundial y destaca una amplia variedad de consecuencias para la salud humana [13]. La variabilidad y el cambio del clima causan defunciones y enfermedades debidas a desastres naturales, tales como olas de calor, inundaciones y sequías (fenómenos meteorológicos extremos, cada vez más agudos y frecuentes). Además, muchas enfermedades son altamente sensibles a los cambios de temperatura y pluviométricos, entre ellas, las enfermedades transmitidas por vectores, como el paludismo, el dengue y la leishmaniosis, entre otras, pero también otras que son grandes causas de mortalidad, como la malnutrición y las diarreas, íntimamente relacionadas con los efectos en la producción y el detrimento del valor nutricional de los alimentos. Las repercusiones del clima en la salud humana no se distribuirán uniformemente en el mundo. Las poblaciones de los países en vía de desarrollo, en particular los pequeños estados insulares, las zonas áridas y de alta montaña y las zonas costeras densamente pobladas, se consideran especialmente vulnerables [14, 15].

En el ámbito local, Duque señaló en un estudio sobre contaminación atmosférica y efectos sobre la salud de la población de Medellín y el Área metropolitana 25% de exceso en la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias, al compararla con la de otros municipios del oriente antioqueño, considerados como áreas de menor exposición. Los resultados señalan que el material particulado respirable se ha elevado 3,5 veces en los últimos años (70 microgramos en promedio), muy por encima de los límites permisibles determinados por la OMS, que son de 20 microgramos. El estudio evidencia además, que en Medellín y el área metropolitana las personas más expuestas a la contaminación padecen un incremento de entre 30 y 45% en las molestias respiratorias, y que registran disminución en la capacidad respiratoria e, incluso, aumento en la mortalidad por enfermedades cardíacas [16].

Al abordar esta problemática ambiental debe tenerse en cuenta el análisis de la triada salud, ambiente y desarrollo, ya que estos son determinantes estrechamente relacionados con los procesos de salud-enfermedad y no pueden ser analizados como elementos aislados, visión

errada que no ha permitido reconocer la magnitud real del fenómeno y que ha imposibilitado la toma de decisiones.

Solo es posible avanzar en la solución de esta problemática desde una perspectiva que no desconozca los avances hechos, pero que sea creativa, innovadora e interdisciplinaria, además de tener presentes a todos los actores involucrados.

En este sentido, vale la pena mencionar la importancia de aplicar los principios del método epidemiológico en el estudio y generación de evidencias científicas válidas para la identificación de factores de riesgo ambiental y los eventos o trastornos asociados a ellos, en términos de su impacto sobre la morbi-mortalidad. A su vez, es necesario analizar la dificultad metodológica de efectuar una cuantificación objetiva de las exposiciones ambientales de cada sujeto a escala poblacional, dada la heterogeneidad en variables de persona y la dinámica en términos de tiempo-espacio exposición, aspectos que configuran la base para la comprensión del concepto de “falacia ecológica”, que proviene de la limitación al tratar de dar razón del nivel de exposición individual mediante mediciones agregadas o de grupo. Este enfoque analítico es la principal característica de un tipo de diseño epidemiológico ampliamente utilizado en el estudio de la relación entre salud y ambiente, denominado *estudios ecológicos* [17, 18]. Estos diseños exploran la relación entre condiciones ambientales, como puede ser la concentración de material particulado proveniente de la combustión de hidrocarburos y su asociación con la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, en diferentes áreas geográficas, que se diferencian básicamente por niveles de exposición diferencial.

En el estudio de la relación entre ambiente y salud, la epidemiología es clave para la definición de diversos factores de riesgo. Estos han sido clasificados de la siguiente manera según su naturaleza: agentes físicos, como el ruido y las radiaciones; agentes químicos, como pesticidas y aditivos alimenticios; y agentes biológicos, como virus y bacterias [17, 19]. Es importante precisar que la epidemiología tradicional ha enfocado la dimensión del ambiente no como sistema complejo, en el cual se interrelacionan los elementos constitutivos del ecosistema—como el agua, el aire, el suelo, el clima, las plantas y los animales—, sino como variables aisladas que se asumen como potenciales factores explicativos para efectos del análisis de asociación y causalidad; de esta forma, se reduce la dimensión del problema ambiental desconociendo las intrincadas interacciones que se establecen entre el hombre y la naturaleza, según las dinámicas sociales generadas por la cultura y los mecanismos de producción.

La estimación de exposiciones y la cuantificación de los efectos sobre la salud es otra importante labor de la epidemiología, que permite conocer a través de

la magnitud y distribución de los problemas los grupos vulnerables y las patologías centinela que deben seguirse de forma minuciosa por medio de sistemas de vigilancia que proporcionen información oportuna y válida para la toma de decisiones preventivas y de control [20]. Este es, quizás, uno de los retos más importantes en la actualidad, dado que se requiere ampliar el concepto de vigilancia en salud pública, prestando cada vez mayor importancia al seguimiento de los factores de riesgo ambiental, con el fin de anticipar los eventos adversos y generar una dinámica de trabajo cuyas intervenciones se concentren en el nivel de prevención primaria, en articulación y apoyo con políticas y normas de desarrollo, consecuentes con la necesidad de disminuir el impacto negativo de las actividades de producción humana sobre el medio ambiente.

En esta línea, la epidemiología proporciona evidencias para describir el comportamiento de los problemas, pero lo más importante es que aplica principios científicos para dar respuesta a una pregunta esencial con relación a cuáles son los mecanismos causales o generadores del problema.

La valoración cuantitativa de la exposición y sus efectos en la salud requiere precisar de forma clara dos dimensiones: por una parte, debe expresar el grado o nivel de exposición, ya que esta variable tiene especial importancia a la hora de estudiar efectos agudos o crónicos en la población. En segundo lugar, debe cuantificarse la duración de la exposición, dada su importancia a la hora de investigar patologías crónicas como el cáncer pulmonar y su relación con la contaminación atmosférica, en consideración de que su desarrollo está asociado con exposiciones prolongadas.

Estas dos dimensiones de la medición epidemiológica permiten efectuar el cálculo de la relación dosis-efecto, crucial para la definición de los niveles críticos de exposición, y la definición de normas de bioseguridad. Asimismo, permite la identificación del perfil dosis-respuesta, el cual expresa el impacto poblacional de la exposición o riesgo atribuible, en términos de la proporción de sujetos expuestos que en una comunidad desarrollan el evento; este es elemento clave para sustentar la importancia del control de la exposición y su efecto sobre la disminución potencial de la incidencia del problema [17, 18]. De esta forma, la epidemiología aporta elementos científicos de primer orden para el estudio de la relación entre la salud de la población y el medio ambiente.

Así pues, es crucial efectuar el análisis de los mecanismos causales de problemas de salud desde una perspectiva ecológica, considerando los diferentes niveles relacionados, como son las características biológicas intrínsecas, la familia y los sistemas sociales, económicos, políticos y medioambientales; se reconoce así que una

importante fracción del deterioro de la salud es el resultado de la ruptura del equilibrio entre el hombre y la naturaleza [20], por lo cual la solución del problema no debe concentrarse en los sistemas asistenciales o en el desarrollo de tecnologías diagnósticas; todo lo contrario, responde a la capacidad del ser humano, para implementar mecanismos de desarrollo sostenible que reconfiguren los indicadores, pasando de la definición de metas de crecimiento económico, como fin primordial, a la consideración de los aspectos cruciales para la conservación de los recursos naturales y la reducción del impacto ambiental, sustentado en políticas públicas intersectoriales y el aumento de la conciencia social, con relación a la defensa del medio ambiente y el derecho a la salud.

La justicia ambiental como perspectiva para el cambio

La industrialización, el desarrollo de la ciencia y el complejo económico global conforman la concepción actual del progreso; estos factores han propiciado que el ser humano actúe frente al medio ambiente desde una posición dominante. Si bien la industrialización es un proceso en parte positivo, porque permite a un Estado o comunidad territorial pasar de una economía basada en la agricultura a una fundamentada en el desarrollo industrial [21], también es un proceso que ha generado consecuencias negativas, al establecerse bajo una perspectiva puramente económica, en la cual la producción y el consumo sobrepasan la capacidad y los límites de auto-recuperación de la naturaleza.

Frente al complejo proceso de deterioro que presenta el medio ambiente y en contraposición a la tesis del desarrollo industrial y económico expuesta anteriormente, es vital resaltar que el hombre es parte constitutiva de la naturaleza y, por lo tanto, debe coexistir en armonía con ella. Un desequilibrio de los ambientes transformados por el hombre o cualquier acto que represente un daño en el ambiente genera consecuencias directas sobre la población afectando su salud y, por tanto, la vida.

A partir de la preocupación por el bienestar de la población y la defensa del medio ambiente, han surgido movimientos preocupados por defender los derechos de comunidades y sus territorios, las cuales sistemáticamente han sido objeto de perjuicios en razón de diferentes actividades económicas e industriales. En este contexto, surge entonces la noción de justicia ambiental, entendida como el derecho de las gentes a compartir igualmente los beneficios de un medio ambiente saludable [22]. Más que un término, se identifica como un movimiento que asume al ser humano como parte integral y no central del medio ambiente. En este se establece la relación entre comunidad y naturaleza, entre lo urbano y lo rural.

La justicia ambiental señala, que por desgracia, el crecimiento económico implica mayores impactos en el medio ambiente y llama la atención al desplazamiento geográfico de fuentes de recursos y de sumideros de residuos. Este movimiento se originó en Estados Unidos en los años ochenta centrado en la denuncia de la acumulación de “males ambientales” sobre los más desfavorecidos socialmente. No obstante, existe otra corriente, el ecologismo de los pobres, aplicado a movimientos del tercer mundo que luchan contra los impactos ambientales que amenazan a los menos acaudalados y que, aunque no se concentra en representar intereses generales, expresa la necesidad material de campesinos en países pobres que luchan por su subsistencia.

Ahora bien, la justicia ambiental se inspira en el principio que reconoce a todas las personas los mismos derechos de acceder a los beneficios de la oferta ambiental y cultural del planeta. Se expresa mediante la protección e implementación política, social y económica de esos derechos en los ámbitos locales y globales, asegurando un trato justo y sin que importen aspectos socioculturales como la raza, la religión y las clases sociales, entre otros. “Todos merecemos llevar una vida digna, disfrutar de un aire limpio, agua pura, tierras sin contaminación y alimentos que sean saludables”. Cuando se hace alusión a “todos”, significa que nadie puede quedar excluido de ese derecho, y la protección del medio ambiente significa entonces la protección del complejo integral del desarrollo humano.

Vale la pena destacar que la calidad de vida y la salud de la población están condicionadas por la calidad del ambiente natural y social en que se encuentra; no obstante, las sociedades continúan en su papel destructor del medio ambiente. Como se mencionó en párrafos anteriores, una de las causas de este fenómeno es la falta de conciencia frente a la degradación ambiental que afecta los recursos naturales y, por ende, a la vida humana. Estas consecuencias se acentúan en los sectores más pobres y vulnerables de la población, en los que las imposibilidades de acceso a los servicios de salud, educación y vivienda digna, entre otros, actúan como potenciadores del daño en la salud. Por eso se hace necesario posibilitar la introducción de mecanismos para el consumo sustentable (sin perder de vista que millones de personas no tienen acceso siquiera a un consumo mínimo básico), alternativa dirigida a enseñar a las personas a consumir de manera ecológica y austera, de forma que no se atente contra la naturaleza [23]. El consumo sustentable está ligado al desarrollo sustentable, pues para lograr este último es necesario que las políticas ambientales de cada país en términos de consumo sustentable generen resultados significativos. El desarrollo sustentable se refiere a satisfacer las necesidades de las generaciones presentes,

sin comprometer las posibilidades de las del futuro, para atender sus propias necesidades [24]. Es una manera de establecer un compromiso ético hacia el futuro, en términos de la responsabilidad intergeneracional, con el fin de construir sociedades ecológicamente sostenibles y socialmente justas.

Consideraciones finales

Más como una forma de plantear alternativas frente a las problemáticas ambientales, ponemos en consideración los siguientes aspectos.

Un tema crucial es la toma de conciencia ciudadana sobre la existencia del problema, paso fundamental y — aunque parezca increíble— eslabón débil en la cadena para la solución del problema. En esta línea, la sociedad debería participar de manera proactiva en la toma de decisiones respecto de la forma como se desarrollan el comercio, las obras públicas, las leyes y la evaluación de actividades que afectan el medio ambiente. Esta participación debería complementarse con el libre acceso a la información que ayude a la toma de decisiones.

Otro aspecto fundamental es el de explorar y fomentar el consumo sustentable como alternativa para la reducción del impacto ecológico negativo, en articulación con la noción de desarrollo sostenible como garantía para la justicia ambiental.

Fuera de ello, la educación como alternativa de cambio deberá convertirse en el ámbito preferencial para promover la justicia ambiental. La determinación de un enfoque novedoso, centrado en la adquisición de la conciencia ambiental y la importancia de la participación activa en la solución del problema, debe abordarse desde los niveles básicos de formación hasta los niveles universitarios. Al respecto, es fundamental avanzar en la formación de recurso humano altamente calificado en el área de epidemiología ambiental, con el fin de efectuar procesos diagnósticos, analíticos y de evaluación de intervenciones sobre problemas de salud relacionados con el ambiente y de generar así líneas de investigación temática, aspecto que se plantea como reto para la academia, dada la necesidad sentida de este recurso humano y científico en nuestro país.

Finalmente, la solución de los problemas ambientales y de salud pública no concierne solamente a los órganos administrativos del Estado o a instituciones del área de la salud. La iniciativa ciudadana y la participación comunitaria en los procesos de toma de decisiones son cada vez más importantes para una mejor calidad de vida. Los países deben unirse respetando economías regionales y ayudando a los países débiles para el mejoramiento ambiental y la reducción de las brechas económicas, de tal manera que se conciba el desarrollo como una fórmula para satisfacer las necesidades humanas básicas,

cultivando la equidad sin poner en riesgo el planeta y pensando en el compromiso con las generaciones futuras.

Referencias

1. Wilches G. Fundamentos éticos de la gestión del riesgo. Bogotá: Nómadas; 2005.
2. Martínez J. Deuda ecológica. *Eco. Pol. Esp* 2000;19(2):105-110.
3. Pogge T. Justicia global y responsabilidad. En: Cortes F, Giusti M, editores. *Justicia global, derechos humanos y responsabilidad*. Bogotá: Siglo de Hombre Editores; 2007. p. 27-76.
4. Martínez J. La deuda ecológica. En: Martínez J, editor. *El ecologismo de los pobres: conflictos ambientales y lenguaje de valoración*. Barcelona: Icaria; 2005. p. 273-316.
5. Donoso A. Deuda externa, mecanismo de dominación y saqueo. [Internet] [Acceso 24 de septiembre de 2007] Disponible en: http://www.cosmovisiones.com/deudaecologica/a_av-deuda.html.
6. Organización de las Naciones Unidas. *Perspectivas del medio ambiente mundial GEO-3*. En: *La vulnerabilidad humana frente al cambio ambiental*. Londres: ONU; 2002. p. 302-10.
7. Marcuse H. *Eros y la civilización*. 6ª ed. Barcelona: Ariel. S.A; 2007.
8. Sigmund F. La moral sexual “cultural” y la nerviosidad moderna. Edición Digitalizada, 1969. [Internet] [Acceso 10 de Abril de 2008] Disponible en: http://www.librodot.com/searchresult_author.php?authorName=F.
9. Cantú C, Jiménez Z, Rojas M. Epidemiología: el discurrir del estado de salud-enfermedad. *Revista Salud Pública y Nutrición* 2001;2(4):1-7.
10. Doval H. John Snow y la epidemia de cólera en Londres, 1854: los hechos hablan por sí solos, o, es necesaria una hipótesis para encontrar los hechos. *Revista Argentina de Cardiología* 2003;71(6):463-467.
11. Londoño JL. La investigación epidemiológica. In: *Metodología de la investigación epidemiológica*. 3ª ed. Bogotá: Manual Moderno; 2004. p. 1-10.
12. Wallace S. El último bastión ecológico: nos estamos quedando sin selvas. *National Geographic* 2007;20(1):2-31.
13. Organización Mundial de la Salud. Cambio climático y salud humana. [Internet] [Acceso 9 de abril de 2007] Disponible en: <http://www.who.int/globalchange/climate/es/index.html>. OMS. 2007.
14. Pabón JD, Nicholls RS. El cambio climático y la salud humana. *Biomédica* 2005;25(1):1-4.
15. Martens W, Slooff R, Jackson K. El cambio climático, la salud humana y el desarrollo sostenible. *Revista Panamericana de Salud Pública* 1998;4(2):100-105.
16. Duque J. Contaminación acelera riesgo de muerte. *Periódico El Colombiano*. 2008; [Internet] [acceso 8 de abril de 2008] Disponible en: <http://elcolombiano.com>.
17. Espigares M, Lardelli P, Jiménez J. Epidemiología ambiental. En: Piedrola G, Rey J, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, Sierra A, *et al.*, editores. *Medicina preventiva y salud pública*. 10ª ed. España: Masson; 2001. p. 257-267.
18. Hertz I. Environmental epidemiology. En: Rothman K, Greenland S, editores. *Modern Epidemiology*. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998. p. 555-583.

19. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología ambiental y laboral. En: Beaglehole B, Kjellstrom R, editores. Epidemiología Básica. Washington: OPS. Publicación Científica N° 551; 1994. p. 123-138.
20. Trillos C. Conceptos básicos de epidemiología. En: Blanco J, Maya J, editores. Fundamentos de salud pública. Epidemiología básica y principios de investigación. Vol 3. 2ª ed. Medellín: CIB Corporación para Investigaciones Biológicas; 2006. p. 5-21.
21. Menzel U, Senghaas W. Para una definición de los países de industrialización reciente: propuesta de indicadores para evaluar los países que se encuentran en el umbral de la industrialización. Desarrollo Económico 1987;27(107):323-346.
22. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. [Internet] [Acceso 9 de Abril de 2008] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>.
23. Beltrán L. Consumo sustentable como derecho-obligación para disfrutar de un medio ambiente sano. Región y sociedad 2002;14(23):191-196.
24. Goodland R. Desarrollo económico sostenible: avances sobre el Informe Brundtland. Bogotá: Tercer Mundo; 1994.

Enfoque para el análisis de la crisis económica global y la salud*

Approach for analyzing of the global economic crisis and health

Álvaro Franco Giraldo¹

¹ Médico, Doctor en Salud Pública, profesor y ex Decano Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Correo electrónico: afranco@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 11 de junio de 2009. Aprobado: 25 de septiembre de 2009

Franco A. Enfoque para el análisis de la crisis económica global y la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009;27(3):329-340

Resumen

Contexto: Se parte de reconocer varias áreas para el análisis de la crisis global en relación con la salud. Luego se centra en el análisis de algunos aspectos relativos a la crisis económica, en las alternativas políticas para mitigar la crisis financiera y en la identificación de los indicadores de salud más sensibles a los vaivenes de la economía. **Objetivo:** proponer algunas bases para analizar la crisis financiera del 2008 y sus efectos sobre la salud en el mundo. **Metodología:** se basó en el análisis de los posibles efectos de la crisis económica sobre la salud luego de considerar cuatro ejes esenciales: las condiciones de vida y los determinantes de la salud, los indicadores socio-demográficos y las variaciones epidemiológicas, el gasto público total y el gasto en salud, y el monitoreo de las políticas encaminadas a mitigar la

crisis. **Conclusión:** la primera crisis de la globalización del actual siglo tendrá serias implicaciones sobre la salud y debe llevar al replanteamiento del sistema económico mundial, basándose en el control del Estado y en la regulación de los mercados. Para evitar los efectos negativos sobre el ambiente y la salud, se propone enfrentar las influencias de los determinantes globales, estimular las políticas públicas que inviertan en salud, reforzar acciones de legislación en salud internacional y, finalmente, establecer y poner en marcha un sistema de monitoreo de la crisis y su efecto en la salud.

-----*Palabras clave:* salud mundial, crisis económica, políticas públicas, indicadores económicos, indicadores de salud

Abstract

Context: it begins by recognizing several areas for analysis of the global crisis in relation to health. It then focuses on the analysis of some aspects of the economic crisis, policy alternatives to mitigate the financial crisis and the identification of health indicators more sensitive to the vagaries of the economy. **Objective:** to propose some basis for analyzing the financial crisis of 2008 and its effects on health in the world. **Methodology:** it based on the analysis of the possible effects of the economic crisis on health after consider four essential axes: the conditions of life and health determinants, indicators of socio-demographic and epidemiological changes, the total public expenditure and spending on health and monitoring of

policies to mitigate the crisis. **Conclusion:** the first crisis of globalization of the present century will have serious health implications and should lead to rethinking the global economic system based on State control and regulation of the markets. To avoid adverse effects on the environment and health, it is proposed addressing the determinants of global influences, to stimulate public policies that invest in health, boost action in international health legislation, and finally, to establish and implement a crisis system monitoring and its effect on health.

-----*Keywords:* economic crisis, global health, public policy, economic indicators, health indicators

* Artículo que sirvió de base para la ponencia presentada en: PAHO'S Leaders in International Health Program Seminary on International Health, April 30th, 2009; así mismo para la consultoría que se realiza en la CEPAL-CELADE en el 2009-2010; actividades de las cuales se derivan sendas publicaciones.

Introducción

Varias interpretaciones se podrían hacer de la crisis económica actual, pero está por fuera de las posibilidades e intenciones de este texto hacer un análisis exhaustivo de ella. En él se consideran sólo algunas expresiones de la misma y las relaciones internacionales que pueden contribuir a abrirle un horizonte más amplio al debate de los determinantes sociopolíticos de la salud. En ese sentido la influencia es mayor desde la otra crisis, de la verdadera crisis, de la que han padecido millones de personas en el mundo durante la etapa de la globalización de finales del siglo XX: enmarcada en la crisis social que se define por el cúmulo de carencias de diverso tipo, de inequidades y desigualdades que se han extendido ampliamente en todo el planeta.

Durante las últimas décadas, la sociedad se ha visto inmersa en la pérdida de gobernanza del mundo y de los países, sumidos en una absoluta crisis de gobernabilidad y caracterizada por la ausencia de una institucionalidad global que controle y dirija el bienestar social. Crisis que ha sido social pero también política y más recientemente, económica. Esta situación desemboca en la crisis financiera global y en la caída de los sistemas bursátiles en el año 2008, cuyas consecuencias sobre lo social y político apenas se vislumbran. Es decir, la crisis no ha empezado ahora con la debacle económica del 2008 ni terminará, como creen algunos, con resolverle los problemas financieros al capitalismo.

No obstante, en razón de la coyuntura, el presente artículo se propone trazar algunas líneas que sirvan de base para analizar la crisis financiera del 2007-2008 y sus efectos sobre la salud en el mundo.

Algunas premisas pueden guiar este análisis, así: la situación económica y social está estrechamente vinculada a la distribución de la salud dentro de los países y en el entorno mundial, existiendo grandes diferencias regionales y nacionales. Los efectos del factor económico sobre la salud son rápidos y las personas cercanas al margen de pobreza son las que más sufren por su decadencia. En ese sentido, corresponde a la salud pública y a los políticos sociales trabajar sobre las cenizas dejadas por la avalancha neocapitalista del final del siglo XX. La miseria, la exclusión social, el deterioro ambiental, la caída de los indicadores económicos y el deterioro de los indicadores sanitarios, así lo hacen suponer.

Contexto para el análisis de la crisis global y la salud

Son varias las caras de la crisis global: 1) La crisis del mercado y la pérdida de cohesión social. 2) La crisis del Estado-nación. 3) La crisis de la democracia. 4) La

pérdida de gobernanza mundial y la internacionalización de la crisis. 5) La crisis ecológica.

El análisis de estas áreas se puede profundizar en otras publicaciones del autor sobre la crisis global [1, 2].

No es tan sencillo definir la crisis global ni precisar a cuál de sus facetas nos estamos refiriendo. La dificultad estriba en las múltiples interpretaciones que existen sobre ella. A continuación se resumen algunas de esas facetas:

La crisis del mercado y la pérdida de cohesión social

Esta época se ha caracterizado por el predominio de los mercados auto-regulados, aunque ya era bien conocido desde tiempo atrás que esto llevaría a la destrucción de las antiguas formas de regulación social: el trabajo, la sociabilidad y las formas tradicionales de solidaridad [3]. En esta faceta de la crisis se ven afectados fundamentalmente el trabajo y el empleo que reconocían un estatuto al cual están asociados protecciones y derechos; es decir las garantías colectivas para los asalariados, representadas en la seguridad social que queda por fuera de las leyes del mercado. Pero el cambio en las relaciones laborales de finales del siglo XX y principios del XXI ha sido el responsable de la nueva inestabilidad social [4, 5], al propiciar una especie de población excedente, de personas no incluidas ni integrables a la sociedad, ni al sistema productivo.

La crisis del Estado-nación

La disminución del Estado-nación y el proceso globalizador se unen para acelerar la crisis mundial. En América Latina esta situación se asocia a la crisis estructural del Estado, atribuible a tres características [6] (patrimonialismo, autoritarismo y exclusión) que han distorsionado las relaciones del Estado con la sociedad. Por cuenta de la globalización, de la liberalización comercial, de la interdependencia de las economías en los años 90 y de la revolución tecnológica se ha minado el Estado, achicándolo y subsumiéndolo en el nuevo orden global.

La crisis de la democracia

En el neoliberalismo es clara la pérdida de gobernabilidad y democracia en esta nueva etapa, disfrazada por otro tipo de democracia restringida y basada en el mercado. Pero democracia no es lo mismo que defender las libertades individuales a comprar y vender, como se viene dando. La democracia sólo se consigue cuando se garantizan los derechos sociales, cuando prevalece el Estado por encima de los intereses del mercado,

cuando se impone el Estado social (bienestar) o sus formas parecidas. Sólo sobre la base de la política social se puede construir democracia, cuando además de las libertades se tiene sentido igualitario en lo social y de participación ciudadana, en lo político.

La pérdida de gobernanza mundial y la internacionalización de la crisis

La globalización ha llegado como un factor agravante o detonante de la crisis de gobernabilidad. En general, se encuentra limitada por la fragilidad de las instituciones y las consecuencias de un modelo económico excluyente, como el de América Latina donde campeon la desigualdad y la marginación social. Múltiples fuerzas en el mundo están generando grandes cambios internacionales y nuevos arreglos institucionales; factores todos atados al internacionalismo de la globalización [7], dependiendo cada vez más del comercio internacional, del mercado financiero y de las transnacionales. En razón de la pérdida de gobernanza global desaparecen el Estado Social, el Estado de Bienestar, la seguridad social en occidente, el “socialismo de Estado”, los derechos humanos y sociales.

La crisis ecológica

La actual crisis económica se presenta a la par de la crisis ecológica y de recursos naturales [8]: en sociedades fundamentadas en políticas neoliberales, el sector productivo crece cada vez menos, en tanto que el sector financiero se volvió dominante; los recursos naturales se vuelven insuficientes a pesar del crecimiento de la economía, agravado esto porque el 20% de la población mundial concentrada en el norte consume el 80% de los recursos naturales. Al llegar al siglo XXI nos encontramos con el agotamiento de las materias primas y sus reservas, las cuales son saqueadas en el sur por los países del norte.

Crisis que se expresa en la múltiple contaminación del aire en las grandes ciudades, en la reducción de la capa de ozono de la atmósfera, en la suciedad creciente de los ríos, en los cambios climáticos globales, en los cementerios de residuos atómicos, en la desertificación de vastas zonas del mundo y en la destrucción irreversible de selvas, bosques y especies enteras [9].

De ahí que en varios eventos y foros de expresión social se concluya que la actual crisis, más que económica, es una crisis estructural y no coyuntural, es de tipo civilizatorio[†].

Continuando con la crisis global, se resumen algunas de sus expresiones y consecuencias sociales, siendo conscientes de que no se incluyen todas y posiblemente no las más flagrantes[‡] [10]:

- El olvido de los países ricos de su responsabilidad en el incremento de la extrema pobreza en el mundo, limitando las posibilidades de desarrollo económico de los países pobres, así como la realización de la justicia social y la construcción de la democracia. Sobre estos principios se debe reconstruir el nuevo orden económico global [11].
- El incumplimiento por parte de las empresas transnacionales de los derechos de protección laboral, de los estándares sociales y de las exigencias para la protección del medio ambiente. Estas empresas no cumplen plenamente sus obligaciones en relación con los derechos humanos y las condiciones laborales de los trabajadores [12]. La exigencia a ultranza de la racionalidad capitalista encaminada a la acumulación de ganancias por encima de las necesidades salariales de los trabajadores ha llevado a un estado de desigualdades insostenible.
- Atribuir a la responsabilidad individual las consecuencias sociales de lo que actualmente acontece. Ante ello debe contraponerse un modelo que adicione a la responsabilidad individual la responsabilidad colectiva, como única forma de resolver situaciones injustas como las de la pobreza global [13]. Las deficiencias de la teoría liberal clásica así como toda la concepción neoliberal, se han forjado en esa perspectiva individualista.
- La no redistribución de la riqueza y de los ingresos en el medio internacional, misión y deber de justicia distributiva que correspondía a los Estados. Esto lleva a que hoy se plantee con insistencia la necesidad de poner límites a la soberanía de los Estados, en el sentido de otorgarle mayor importancia a la protección de los derechos humanos por encima de la soberanía [14].
- La imposibilidad de realización integral de los derechos humanos en las condiciones actuales como consecuencia de las limitaciones materiales y conceptuales, las cuales se deben resolver más bien por la vía jurídica y política, mediante la aproximación de la esfera pública a los movimientos sociales y el uso del derecho como medio para la justicia [15]. Es necesario resolver la crisis atendiendo a esta limitación y encarrilando el nuevo orden global por el sendero del pleno ejercicio de los derechos.
- La violencia como consecuencia directa e indirecta de la globalización es un rasgo esencial de este

[†] Foro Mundial de Alternativas. Quito, 1 de marzo de 2008.

[‡] Consideraciones de los diversos autores en el Simposio Internacional Justicia Global, Pobreza Mundial y Política transnacional, realizado en la Universidad de Antioquia entre el 12 y 14 de septiembre de 2005.

sistema de civilización. Aunque también por cuenta de la globalización han surgido soluciones técnico-sociales, como puede serlo la creación de un ámbito de supranacionalidad capaz de controlar el comportamiento estatal [16] y la conflictividad internacional. No obstante, mientras persistan las inequidades y desigualdades descritas, la violencia se mantendrá en los actuales focos de conflicto e irrumpirá en otros frentes insospechados.

La coyuntura actual

Algunos tratadistas han acuñado en los últimos años la idea de un *sistema único mundial*, un modelo centralizado, jerárquico y determinista. Tal es la formulación de Ander Gunder Frank [17], quien lo visualiza desde el eje económico y anota que “no hay escapatoria ante las leyes de la economía mundial”. En otro sentido, Wallerstein [18] habla del “Sistema Mundo Moderno”, referido al capitalismo y resume todas las teorías en “la modernización” de su etapa imperialista, la cual estaríamos viviendo en la coyuntura actual.

De acuerdo con la perspectiva crítica y analítica que el mismo Wallerstein bautizó como la del “World-Systems Analysis” o el “Análisis de los sistemas-mundo”, la posición de un país en la jerarquía mundial es difícil de alterar en la relación centro-periferia, siendo que el centro acumula las prerrogativas, la política social y los beneficios del Estado de bienestar; la periferia, la pobreza y la miseria. Situación ésta ahondada por las políticas neoliberales que por definición incrementan las desigualdades, además de negar posibilidades a una verdadera política social. Esta tesis conlleva cierto grado de fatalismo, que no podemos desconocer ahora cuando la crisis irrumpe en los países desarrollados, pero sin duda, sus consecuencias se sentirán con mayor rigor en los llamados países periféricos.

La perspectiva del análisis de los sistemas-mundo afirma que a partir de la crisis económica mundial de los años de 1968-1973, el sistema-mundo capitalista ha entrado en la etapa final de su ciclo histórico de vida. Se diferencia de otras dos teorías también en boga, la de la “globalización-mundialización” y la “imperial” con su tesis sobre una pretendida nueva etapa del “imperio”, que exageran la idea del poder de los organismos transnacionales —precisamente en el momento en que la ONU se deslegitima como estructura histórica mundial. Wallerstein caracteriza la situación actual del capitalismo como la situación de su crisis terminal, crisis múltiple y civilizatoria, que abarca desde el nivel ecológico hasta el nivel cultural, pasando por lo tecnológico, económico, social y político [9].

En otra perspectiva, la coyuntura actual también se ha inscrito en una globalización desgobernada, se

globaliza el capital y se restringe cada vez más el trabajo al ámbito local, para impedir movimientos migratorios y se genera cada vez mayor pobreza, exclusión social y efectos discriminatorios de grupos, por ejemplo, contra las mujeres [19]. Esta situación se registra con mayor frecuencia e inclemencia en los países pobres y en las comunidades marginadas de los países ricos. El enfoque de la teoría crítica [20] señala las consecuencias desestabilizadoras y destructoras de ese proceso de globalización. De acuerdo con su análisis, se viene acentuando la polarización entre países desarrollados y países pobres a partir de la globalización. E internamente en los países se enfrentan sus grupos de poder, como consecuencia de la pérdida de la función económica y social del Estado, agravada por la flexibilización laboral y la privatización de las empresas públicas.

Como resultado de estas apuestas en el tinglado internacional quedan, de un lado los ganadores de este proceso neoliberal, los países poderosos, sus élites políticas y los grupos económicos transnacionales; del otro lado están los excluidos y marginados sociales, los pequeños productores nacionales y por entero, muchos países subdesarrollados. La crisis financiera del 2008 ha tocado con fuerza a los países más poderosos y sus élites políticas, pero no tardará mucho en que las pérdidas del sistema financiero se transfieran a los países pobres.

En esencia la crisis del 2008 es la crisis del neoliberalismo, la crisis del “Consenso de Washington”. La teoría neoliberal finalmente se recogió como una receta en el “Consenso de Washington”, en los diez puntos ampliamente difundidos [21]. Tres de esos pilares fueron privatización, austeridad fiscal y liberalización del comercio y de los mercados. Tres pilares del “fundamentalismo del mercado” [22] que ahora entran en colisión como parte del desplome del sistema capitalista y más exactamente de su imperio financiero.

Esta crisis del modelo del “Consenso de Washington” ya la habían previsto varios analistas. Estefanía [22] decía: “desde principios de los años noventa empezaron a surgir una serie de señales de que un “crash” bursátil estaba a punto de estallar en cualquier momento [...] millones de personas están perdiendo su dinero o se han arruinado. Pero lo más dramático está por llegar: el momento en que el contagio se traslade de los pequeños accionistas a la solvencia de los bancos”. Se vaticinaba que la pérdida de dinero de pequeños accionistas durante toda la década de los 90, llegaría por contagio a la solvencia de los bancos y se preveía que sólo en ese momento los Estados intervendrían, olvidándose de los principios de la economía de mercado.

Se desnudaba así el capitalismo (sistema capitalista, en cuanto a codicia, avaricia, desigualdad, exclusión), entrando en una crisis de confianza, que empieza por el sistema financiero y se contagia al sistema productivo, en general. De hecho, en diciembre del 2001 la crisis

llegaba a Enron, prototipo de la empresa norteamericana y hacia septiembre de 2008 se declaraba la crisis total. En términos técnicos: empezaba la recesión económica. Al decir del mismo Estefanía, “en este circuito las finanzas son lo hegemónico, y lo productivo y lo industrial son subsidiarios de lo financiero” [22].

Ahora sí, llueven las críticas al sistema capitalista por todas partes, con la que parece ser una verdad de Perogrullo: “mientras el capitalismo prospera, la sociedad se degrada [...] el crecimiento de los beneficios es paralelo a la exclusión” [23]. Inclusive las críticas se ciernen desde el núcleo mismo del capitalismo global, desde los organismos multilaterales y desde los gobiernos de los países centrales.

La cuestión del problema estructural

El enfoque del análisis de los sistemas-mundo insiste en las distintas manifestaciones de la cada vez más aguda crisis económica mundial [9]. Esta se hizo evidente por el crecimiento de la deuda externa de la mayoría de los países de la periferia —otro mecanismo de explotación de esta periferia por parte del centro—; por el crecimiento, en todos los países, de la economía informal, subterránea, o paralela; también por la pérdida del poder adquisitivo real de los salarios y el desempleo creciente que caracteriza a todas las economías del mundo, debido a las migraciones masivas de trabajadores desde la periferia hacia las naciones del centro y desde las áreas rurales hacia las grandes ciudades; crisis económica mundial que también se manifiesta en la desigualdad económica, en la pobreza y en la indigencia.

Hoy se describe una economía global pero en ausencia de una sociedad global; una verdadera contradicción, porque se requiere la toma de decisiones políticas que regule la economía global, situación que coincide hoy con las reacciones ante la crisis económica global: paradójicamente, los magnates capitalistas abogan por la intervención del Estado. Soros al final de los años 90 [24] se adelantaba al análisis de la crisis y señalaba que “existe actualmente un tremendo desequilibrio entre la toma de decisiones individuales tal como se expresa en los mercados y la toma de decisiones colectivas tal como se expresa en la política”. Argumentaba que dados los intereses colectivos que trascienden las fronteras estatales, “la soberanía de los Estados debe subordinarse al derecho internacional y a las instituciones internacionales”.

Se señalaban así dos amenazas para la sociedad abierta y el capitalismo mismo [24]: La primera, el fundamentalismo del mercado, al que se considera una distorsión de la sociedad abierta al depender únicamente de las fuerzas del mercado que juegan un papel muy determinante. Como segunda, los fracasos de la política. Se trata de la lenidad de la política (el sector no mercado

de la sociedad), más grave que la misma distorsión del mercado. Este desencanto por la política ha fortalecido el mercado y a su vez el mercado limita el desarrollo de la política, se genera un círculo vicioso en las relaciones en la sociedad y más ampliamente en las relaciones internacionales. Es decir, se afecta ese sector de “no mercado” con implicaciones adversas a los intereses colectivos y a los valores sociales.

En el trasfondo existe una contradicción entre política y economía que se puede resumir en términos técnicos así: el actor del mercado busca maximizar beneficios, el ciudadano se preocupa por los valores sociales (la paz, la justicia, la libertad). De ahí que las reglas que rigen los mercados no se puedan cambiar desde el mercado sino desde la política. En el Estado y en la regulación existe un punto de anclaje para la reconstrucción de la política social y de la salud pública, en una época de crisis.

Otros analistas políticos y económicos vienen señalando el origen de la crisis en las desigualdades. Para Milanovic [25], asesor del Banco Mundial, la desigualdad de ingreso a nivel mundial ha aumentado desde 1978 y ya en el año 2006 fue tan alta como en 1929. La gran acumulación de riqueza en unos pocos no encontró intermediarios que tuvieran oportunidad de inversión en activos regulados y con menos riesgos. Tampoco la clase media logró crecer en Estados Unidos al mismo ritmo de la economía. De hecho ya se sabía desde antes por otros estudios que el neoliberalismo azotaba severamente a la clase media hasta desaparecerla; en la lógica económica resulta preocupante porque esta clase es la que finalmente hace transacciones por encima de sus posibilidades económicas reales, mediante endeudamiento extremo con el fin de revitalizar el modelo económico.

Como puede colegirse, esta crisis ya se preveía y debe entenderse como parte de los ciclos ya bien estudiados del capitalismo desde principios del siglo XX. Algunos discuten que realmente se haya dado la crisis por la carencia de regulaciones financieras y se oponen al retorno del Estado y las medidas keynesianas. Al respecto, Arze [26] concluye que: “uno de los riesgos inherentes al sistema capitalista —la sobreproducción de capital derivada de los intentos por contrarrestar la caída de las tasas de ganancia mediante un aumento de las tasas de acumulación— evidencia el carácter estructural de la actual crisis económica”.

Aspectos metodológicos para relacionar la crisis económica y la salud

En torno al seguimiento a la crisis económica para identificar los posibles efectos sobre la salud y la sociedad, se proponen estos asuntos para su estudio e investigación, de manera prioritaria: 1) el efecto

de la crisis en las poblaciones más vulnerables; 2) el impacto de la crisis en los ingresos del sector salud; 3) el monitoreo de las políticas públicas implementadas para amainar la crisis misma. De hecho estos temas han estado presentes en la agenda de la mayoría de los foros y reuniones recientes de la dirigencia política internacional de la salud, en cabeza de la OMS que así lo reconoce [26]. Metodológicamente se deben apoyar en análisis de equidad y condiciones de vida, en análisis de políticas públicas y en análisis demográfico y epidemiológico (figura 1).

Los más previsible efectos de la crisis sobre la salud, según analistas académicos y representantes de instancias multinacionales son: agravamiento de la situación sanitaria en los países por aumento del desempleo; retroceso y fallas en las redes de protección social; disminución del gasto en salud; aumento de enfermedades mentales y ansiedad; aumento del consumo de tabaco y otros productos psicoactivos; insostenibilidad del financiamiento del desarrollo sanitario internacional; sobresaturación del sistema público de salud, por transferencia de demanda del sector privado. Las poblaciones más rápidamente afectadas serán las más vulnerables, las mujeres y los niños. Aumentarán los problemas de seguridad alimentaria, dado el desequilibrio comercial actual, con limitaciones de los países para el abastecimiento de alimentos de primera necesidad [27].

Marmot y Bell [28] de manera taxativa expresaron ad portas de la última reunión del G20 de abril de 2009 que la recesión económica dañaría sin duda la salud, pero también la ven como una oportunidad para construir un modelo más equitativo. La crisis económica definitivamente tendrá un gran y real impacto sobre la salud poblacional, dado que las características económicas y sociales están muy relacionadas con la distribución de la salud en y entre los países [29, 30].

Ejes de Análisis

En este trabajo, luego de evaluar las diversas consideraciones enunciadas, se proponen cuatro ejes de análisis para relacionar la crisis económica con la salud, basados en los elementos que se pueden ver impactados más directa e inmediatamente por la crisis económica. En consecuencia deben incluirse en un sistema de monitoreo y seguimiento de la crisis y la salud (tabla 1):

1. Condiciones de vida (y los determinantes de la salud).
2. Indicadores socio-demográficos y variaciones epidemiológicas.
3. Gasto total (tanto público, como privado, gasto en salud).
4. Políticas públicas (aquellas encaminadas, a resolver la crisis económica).

De ellos se podrían desprender varias líneas de estudio y análisis (monitoreo de la crisis y la salud), las cuales se presentan únicamente con carácter descriptivo pero deben ser desarrolladas en estudios ulteriores: exclusión social y capital social (su relación con la crisis de confianza); monitoreo del gasto social y del gasto público en salud; políticas públicas en tiempo de crisis; seguimiento a las condiciones de vida de grupos poblacionales en los niveles global, nacional y en los espacios locales; la salud de los desempleados y sus condiciones de vida socio-familiares, indicadores laborales y económicos (de economía solidaria y de solidaridad política); indicadores de proceso sanitario, etc. (figura 1). Por su parte, Marmot y Bell [28] consideran tres problemas prioritarios que requieren solución ante la crisis: aumento de desigualdades internas de los países, desigualdades globales en las condiciones sociales y de salud y el cambio climático y la degradación ambiental.



Figura 1. Sistema de Monitoreo de la Crisis y la Salud

Tabla 1. Factores para el seguimiento de la crisis económica y la salud⁸

Condiciones de Vida/ determinantes salud	Factores socio demográficos- Salud	Gasto social y Gasto en salud	Seguimiento de políticas públicas
- Informalidad laboral	- Mortalidad	- Gasto público total	Políticas encaminadas
- Trabajo independiente	- Mortalidad infantil	- Gasto gubernamental total	a mitigar el impacto
- Desempleo, inseguridad en el empleo y falta de un salario	- Nupcialidad	- Estructura del Gasto social	de la crisis:
-	- Fecundidad	- Gasto privado en salud	- Políticas nacionales para
Disminución de la demanda	- Natalidad	- Gasto público en salud	disminuir exclusión
de exportaciones	- Estructura por edades	- El incremento de la búsqueda	- Políticas para garantizar
- Disminución de la inversión	- Distribución geográfico-	de los servicios públicos	prestaciones universales
extranjera directa y de la	Poblacional	- Disminución de presupuestos	- Políticas nacionales contra la
transferencia de fondos	- Migraciones	Ministeriales	Pobreza
- Vulnerabilidad de las	- Sida y tuberculosis (problemas	- No disponibilidad de	- Políticas de protección ante
poblaciones y grupos humanos	prioritarios, susceptibles de	medicamentos esenciales	amenazas internacionales y
- Carencia de protección social	empeorar por aumento de	(aumento de costos de	pandemias
- Aumento de desigualdades	precios de medicamentos)	medicamentos)	- Políticas de protección social.
internas de los países	- Envejecimiento de la	- Aumento de gastos en salud	Las políticas en salud:
- Desigualdades globales en	población	y pensiones por poblaciones	- Las regulaciones del
las condiciones sociales y de	- Impacto de la crisis en la	senescentes (envejecen)	comercio, el ambiente y la
salud	educación, en la nutrición, en	- Usos de sistema costo	Salud
- Factores relacionados	la alimentación	eficientes en la financiación	- Reforzamiento de gobernanza
con el cambio climático, la	- Población económicamente	- Acción intersectorial por la	en salud pública
degradación ambiental y la	activa	financiación sanitaria nacional	- Políticas públicas que
salud	- Población dependiente	e internacional	invierdan
		- Cooperación internacional	en salud humana
		Redistributiva	- Acciones de regulación de la
			salud internacional

Análisis de los efectos sobre condiciones de vida (C.V.)

En Declaración de la Directiva de la OMS, Margaret Chan, en relación con la reunión del G-20 en Washington, se precisan algunos aspectos de la crisis, su impacto en salud y alternativas [31]; al respecto anota: “no está claro aun lo que la actual crisis financiera significará para la economía de ingresos bajos y emergentes, pero muchas predicciones son particularmente pesimistas”. Se mencionan algunas consecuencias sobre las condiciones de vida y el impacto en poblaciones más vulnerables (tabla 1).

Históricamente las crisis económicas siempre afectan con más rigor a los más pobres, aunque ellos no son los que tienen las pérdidas en el sistema bancario. Otras crisis anteriores así lo demostraron, como Rusia después del colapso económico de 1998, cuando cayó la esperanza de vida.

Como mencionamos atrás, desempleo, precarización salarial e informalización de la economía se acompañan de mala salud y decadencia de sus indicadores. Hoy es claro que la tasa de desempleo está en ascenso en países desarrollados y subdesarrollados. Marmot [28] cita el estudio en Gran Bretaña, entre 1970-1980, en el cual se mostraba que los desempleados tenían una tasa de mortalidad 20-25% superior a la media de personas del mismo estrato socioeconómico. Hoy estima la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que con la crisis se aumentará el número de desempleados entre 18 y 51 millones, además de los trabajadores pobres y vulnerables. Se estima asimismo que el número de trabajadores en extrema pobreza (1.25 dólares por día, según definición del Banco Mundial) será de 800 millones. Estas personas en extrema pobreza cargarán con pérdidas enormes en su salud mental, física, en el desarrollo infantil y a lo largo de la vida; más grave aún será por la precarización en los países en desarrollo.

Análisis de cambios socio - demográficos y epidemiológicos

El interés sociodemográfico se centra en establecer la relación entre las tendencias socioeconómicas y los indicadores demográficos y sociosanitarios: mortalidad infantil, mortalidad general, nupcialidad, natalidad. También deben considerarse factores relacionados con estructura de edad, distribución de la población, vulnerabilidad, nivel de fecundidad.

Históricamente los factores socioeconómicos han llevado a cambios demográficos (transición demográfica) [32], siguiendo varias etapas: inicialmente se pasa de un alto a un bajo nivel de mortalidad, luego viene un descenso sostenido de la fecundidad, hasta llegar a un tercer momento con niveles bajos de ambas variables. Así mismo habría que entender que los cambios socioeconómicos negativos podrían tener efectos contrarios.

El deterioro de los indicadores directos de salud-enfermedad, por su parte llegará un poco más tarde. Los efectos más directos en salud post crisis se esperan en mortalidad, debido a la disminución de los servicios de salud y al impacto global en salud y bienestar. Lo más relevante será el incremento de las muertes infantiles. El Banco Mundial (BM) estima 400.000 muertes de niños anualmente por la crisis [28].

Análisis de la variación de los ingresos del sector salud

El tema del gasto sanitario resulta crucial para evaluar el impacto de la crisis financiera. Del 2000 al 2006 se aumentó el gasto sanitario en la mayoría de los países. El BM ha dirigido su política a orientar dicho gasto hacia los más pobres (focalización), sin embargo, varios estudios mostraron cómo la disminución del gasto público total del Estado era más determinante sobre los indicadores de salud. En general en la década de los 80 y 90 su disminución fue drástica para los servicios de salud y para la salud en general. El producto interno bruto per cápita (PIBPC), así como el gasto gubernamental central (GGC) o el gasto total de los gobiernos han sido las variables más consistentes en correlacionarse con indicadores de salud [33, 34]. Los indicadores de mortalidad infantil y la mortalidad materna, fueron los más afectados por la disminución del gasto debido a la crisis económica post-ajuste estructural; otro tanto se encontró como efecto más tardío sobre la esperanza de vida.

La actual crisis ya denota el descenso de esas variables económicas y la hipótesis en coherencia con los estudios es lógica: disminuirán el gasto público y el gasto sanitario, y como consecuencia, se afectará la salud real en los países, principalmente en los más pobres. A partir de la crisis económico-financiera global de este inicio de siglo se esperan consecuencias en los servicios públicos, ahora presionados por financiación; disminución de presupuestos ministeriales; no disponibilidad de medicamentos esenciales, agravando la situación de los individuos y las familias; empeoramiento del sida y tuberculosis, como problemas prioritarios, más susceptibles al incremento de los precios de medicamentos; aumento de gastos en salud y pensiones por poblaciones que envejecen. El seguimiento de todos estos factores nos debe llevar al sistema de monitoreo propuesto (tabla 1).

Por el contrario, desde la perspectiva macroeconómica, si se incrementan el gasto en salud y el gasto público, coadyuvarán a solucionar la crisis en el mediano plazo, revitalizando la economía. El mejor uso del gasto también es fundamental, dirigiéndolo a cubrir las necesidades y enfatizando en su aplicación a los más vulnerables. De igual manera, la OMS y las Agencias Multilaterales deben controlar que el gasto no se desborde en el excesivo uso de medicamentos por unos pocos, agravando la inaccesibilidad de la mayoría de las poblaciones.

Análisis de políticas públicas para mitigar la crisis

Se parte de algunas premisas fundamentales conociendo que los determinantes económicos cumplen un papel central en la producción de salud, así mismo, en un sentido biunívoco, la salud es vital para el desarrollo económico y para la disminución de la pobreza. En consecuencia, las políticas de acceso a servicios son prioritarias en este momento de la crisis (el acceso como derecho fundamental). En el orden internacional, se entiende que la inversión en salud es crucial para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Así que es necesario el desarrollo de estrategias y normas encaminadas a mitigar el impacto de la crisis económica sobre la salud: políticas nacionales para disminuir exclusión, políticas nacionales para garantizar prestaciones universales, políticas nacionales contra la pobreza, políticas que garantizan la protección de amenazas internacionales y pandemias.

Entre las estrategias y acciones que se proponen en el campo sanitario, tenemos [27]: 1) Adelantarse a los

§ El cuadro no pretende ser exhaustivo ni llegar a desarrollar indicadores precisos, tareas que serán objeto de otros trabajos posteriores y de cada investigador, en particular.

efectos negativos de la crisis sobre la salud. 2) Hacer cabildeo ministerial por mantener la financiación de la salud a pesar de la crisis. 3) Acción intersectorial por la financiación sanitaria nacional e internacional. 4) Usos de sistema costo eficientes en la financiación de la salud, con oportunidad. 5) Cooperación internacional como un instrumento de redistribución. 6) Hacer énfasis en políticas de prevención. 7) Políticas públicas dirigidas a cubrir el área social y la protección de los pobres.

Es esencial proteger la inversión en salud, y la estructura social, para acelerar la recuperación de la economía [35]. Deben mantenerse los niveles de asistencia para el desarrollo, garantizando la ayuda para el logro de las metas de la declaración ODM (el cumplimiento del 0,7% del PIB en la cooperación internacional para el desarrollo, como transferencia de países ricos a los menos desarrollados, como se consigna también en el seguimiento del 8º objetivo de los ODM). Inclusive, atendiendo a la crisis como oportunidad, aprovechar la crisis para reformular los actuales sistemas de salud, transformando sus valores y principios en función de la justicia social. Se plantea aprovechar la atención primaria en salud (APS) para coyunturas de crisis: sirve como propuesta de largo plazo y como política para mitigar el efecto inmediato de la crisis.

Discusión

En la etapa inicial de la crisis, como siempre sucede con este tipo de eventos sociales, son más las dudas que se generan que las soluciones más acertadas que se irán definiendo poco a poco en el medio internacional y nacional. Varias discusiones se plantean por los analistas y otras tantas quedan latentes [28, 36]. Una crisis, en general, se funda en la duda y en la falta de ideas sobre su resolución. En el caso actual son muchas las dudas que nos genera esta crisis de comienzos del siglo XXI en su relación con la salud:

¿Cómo distribuir selectivamente los recursos con criterio de priorización por costo-efectividad de programas verticales? La priorización de algunas patologías puede llevar al descuido de otras. Así mismo, en el escenario internacional, salud deberá competir por sus escasos recursos con otras áreas sociales (ambiente, cambio climático, educación, etc.). ¿Será preferible asignar sus recursos al desarrollo y los determinantes sociales, antes que a servicios de salud, resultando más productivos los primeros? ¿Se logrará ahora sí, por la crisis, negociar mejores precios de medicamentos para los países pobres?

Se plantean formas de cooperación público-privadas, con participación de organizaciones sin ánimo de lucro, iniciativas particulares y de países en desarrollo que coadyuven con esta vía de la cooperación. Siempre

se pregunta por la transparencia sobre ¿cómo enfrentar la corrupción y la rendición de cuentas, no sólo en la cooperación internacional sino también en la base de las propuestas de los países en desarrollo y cómo asignar un gasto mayor en salud en sus presupuestos?

Alternativas de solución

Se espera que la actual crisis mundial lleve a un modelo económico más equitativo para el mundo [28]. Cinco mil millones de personas en países de baja y media renta están en riesgo frente a la crisis económica global y se estima por la Presidencia del Centro de Desarrollo Global** que los países en desarrollo requieren 1 trillón de dólares (medida norteamericana) en los próximos dos años para rescatar el sistema financiero.

Frente a este panorama, las propuestas para resolver la crisis financiera se enfocan de diferente manera††: 1) Unas se resuelven mediante opciones de recorte de todo gasto (como muchos europeos proponen en la reunión del G-8). 2) Otras ven conveniente inyectar dineros a la economía (perspectiva neo-keynesiana, como en el caso de la propuesta del presidente Barack Obama de Estados Unidos en la citada reunión). Esta vía sería la más plausible desde el punto de vista social, si apuntara a implementar medidas de inversión que estimulan la calidad de vida.

El modelo que entra en crisis es precisamente aquel que pregonaba la libertad de los mercados, mercados no regulados, privatización y restricción de la acción pública. Ahora tendremos que cambiar: regular los mercados, proteger el medio ambiente, fortalecer la acción pública; poner la equidad en el centro de las soluciones (planes); corregir los desequilibrios en el comercio y en el sistema financiero internacional, que no puede mantenerse por razones éticas. Aunque el comercio ha afectado inclementemente a los países pobres, la nueva situación vuelve a impactar sobre ellos de manera más seria.

La verdad es que hoy asistimos al final de la época en que el Estado sólo debía “garantizar al mercado la posibilidad de ejercer su función, sin obstaculizar su trabajo y protegerlo de injerencias ajenas”. Las grandes loas al mercado han pasado. El contubernio de la política con el sistema económico y los empresarios neoliberales tiene que llegar también a su final. También cae la época del “Estado mínimo en la que el gobierno sólo puede hacer lo imprescindible”. La crisis de la tendencia liberalizadora de la economía obliga de nuevo a la práctica de la regulación, porque la liberalización y la desregulación han llevado al abuso y a la hecatombe mundial, dada la ruptura del equilibrio Estado-mercado. En este punto se ha centrado la discusión en torno a la salida de la crisis actual. Internamente se da este debate en los EE.UU pero también en el seno del G-20 y en el

ámbito del G-8. También ello explica matices diferentes entre la concepción europea y la norteamericana.

En lo económico la solución a la crisis sólo se logrará cambiando la actividad de los capitales especulativos (un universo financiero especulativo), sustituyéndolo por la actividad productiva. El origen de todo estuvo en el deterioro de la capacidad de compra en los mercados reales, a causa de las políticas de contención salarial que limitaron el crecimiento real, disminuyendo también la ganancia productiva en aras de la ganancia financiera. La solución debe pasar por recuperar la fortaleza de la capacidad productiva real, lo que sólo se logrará mejorando la capacidad de compra de los asalariados y ampliando la demanda.

Para “*Le Monde Diplomatique*” [30] la apuesta debería ser la articulación de una especie de tijera basada de un lado, en la innovación social y en el desarrollo tecnológico, y por otro, en la creación de un Estado de bienestar de nuevo tipo, orientado al disfrute efectivo de los derechos sociales. Siendo esencial la política social, “poniendo recursos a disposición del desarrollo integral de los espacios empobrecidos...”

La alternativa es apostarle a un nuevo orden económico global, basado en la justicia global, en el rescate del ambiente, en la equidad y en unas relaciones más humanas y horizontales. Para salir de la crisis es necesario fortalecer la democracia, dominar el poder financiero y poner la economía al servicio de los ciudadanos [30].

Ahora se lamentan de la falta de control y regulación financiera, supervisión y caída de las finanzas como causa de la crisis, es decir, de los postulados del consenso de Washington en los 90. Ahora el G-20 propone en sus políticas para paliar la crisis: partir de necesidades de familias y puestos de trabajo en mercados emergentes y países pobres. Habla el G-20 de un nuevo consenso para que el comercio sea motor del crecimiento [37]. En resumen, las medidas del G-20 del 2 de abril de 2009 hablan de medidas anti-proteccionistas, régimen regulatorio, derrumbes de paraísos fiscales, reforma del Fondo Monetario Internacional (FMI), estimular la economía, fortalecer economías emergentes.

Soluciones en la agenda de salud internacional

En el escenario de la salud internacional conviene recordar algunas recomendaciones dadas por el informe consultivo sobre la crisis [27]: Disminuir duplicaciones y superposiciones en el apoyo financiero. Buscar

cooperación de varias agencias y el sinergismo de programas de salud. Intervenir en promoción de la salud, nutrición y saneamiento. Armonizar las iniciativas de la salud internacional con las necesidades de los países. Establecer y modificar prioridades en la agenda de la salud internacional.

Otro aspecto destacado en la reunión consultiva de la OMS, en enero de 2009 en Ginebra [27], se relaciona con las políticas públicas y la defensa que hacen de la atención primaria, dado que esta: “ofrece un enfoque global de las políticas en tiempos de crisis financiera” y sus valores son fortalezas (equidad, género, solidaridad, la integración, cobertura universal) aplicadas, mediante un enfoque multisectorial para lograr los mejores resultados. Pero se deben apoyar en los recursos de la cooperación internacional para el desarrollo; para la ayuda efectiva, resulta importante colocar sus fondos al servicio de las prioridades de los países††.

En contraste, otros opinan que no se trata de esperar más dineros para la salud, sino de usar de manera más cuidadosa los escasos recursos [36] y anotan que “las nuevas presiones deben ser un estímulo para nuevas ideas sobre la mejor manera de gastar los escasos recursos en los próximos años”. No obstante se debe estar pensando ya en la arena internacional en nuevas reformas a los sistemas de salud que reorienten las reformas neoliberales de los años 70 y 90, hacia la participación social en los países y la cooperación internacional. Como en la discusión en el Senado de los EE.UU de la reforma de salud, estas reformas sociales también apuntan a reactivar la economía: la estrategia de aumentar el gasto público, por un lado, revierte la caída progresiva por la crisis y, de otro, incentiva los mercados y la economía. Así el presidente estadounidense Barack Obama ha anunciado su interés en aumentar gradualmente con la reforma la financiación del sistema público, ampliando coberturas y estimulando la asistencia sanitaria.

Quiere esto decir que también en los sistemas de salud, en el nivel de las políticas y en su fortalecimiento estará la clave para paliar la crisis. Los sistemas públicos serán garantía de que la crisis no traiga consecuencias devastadoras en salud. Otro tanto, previendo consecuencias de largo plazo, incrementando las medidas de prevención, estrategias de promoción y programas de los sistemas de salud. Los sistemas públicos serán más estables en relación con la salud pública; los basados en seguros perderán mucho con la caída del empleo; los privados trasladarán su demanda al sector público, de ahí la necesidad de usar estrategias compensatorias para los sistemas públicos.

** O Center for Global Development, una institución think tank, con sede en Washington.

†† Opciones: 1ª Teoría: Reducir todos los gastos, es la continuidad del enfoque neoliberal. 2ª Teoría: Punto de vista opuesto, la tradición del keynesianismo. Es hora de proporcionar liquidez y estimular la economía. La economía puede ser estimulada mediante la inversión en medidas que mejoren la calidad de vida. 3ª Teoría: El cambio estructural del modelo mundial.

Más allá, el análisis de los indicadores de salud y del impacto de la crisis debe inscribirse en un marco filosófico más amplio: la salud entendida como un bien público (global), político y social. Un valor universalmente defendible como diría Adela Cortina [38] en otro contexto, para el florecimiento de la vida humana, personal y compartida. Al decir de Cortina no estamos faltos de valores globales, y expresa: “si hay algo en la tecnología de la información, es el discurso de los derechos humanos (...) la libertad, la igualdad, la solidaridad y el respeto”. Valores que retomaremos, sin duda, en el proceso de producción de salud, en esta nueva etapa post-neoliberal. Por aquí debemos empezar, esos mismos valores generan poco a poco confianza y permitirán, inclusive, rehacer la economía mundial post-crisis. En este sentido, tenemos una perspectiva social y sanitaria para enfrentar la crisis en el escenario internacional.

Conclusión

La crisis mundial se ha agudizado en el 2008, en la que ha sido catalogada como la primera crisis de la globalización y de las políticas del “Consenso de Washington” al final del siglo XX y comienzo del presente. Si bien se está dando cierta consistencia teórica alrededor de sus causas y al parecer las soluciones estarían más del lado de unas nuevas relaciones internacionales y de la regulación de los mercados, la forma de hacerlo sigue en discusión. En coherencia, para evitar los efectos negativos de la globalización sobre el ambiente y la salud sería necesario reforzar la acción gubernamental sobre los mercados de salud, redefinir la gobernanza en salud pública para enfrentar las influencias de los determinantes globales, estimular las políticas públicas que inviertan en salud humana y las acciones de regulación y legislación de la salud internacional. Poner en marcha un sistema de vigilancia de la salud pública en épocas de crisis: un observatorio de la crisis financiera global y la salud, con capítulos específicos por países, y un sistema de monitoreo como se describe en algunos acápites de este artículo.

Un sistema de monitoreo de la crisis debe basarse en el seguimiento de los determinantes sociales de la salud: empleo, vivienda, educación, vías de tránsito, carreteras, seguimiento de la cooperación internacional y planes de asistencia. Más específicamente, debe contener: sistema de información de calidad, identificación de grupos vulnerables y de los más expuestos, seguimiento a programas de protección social, seguimiento y monitoreo del gasto con criterio de costo-beneficio y costo-efectividad, monitoreo de políticas sanitarias,

seguimiento de las reformas hacia un nuevo modelo, políticas de prevención y promoción de la salud.

Referencias

1. Franco A. Salud Global. Globalidad, política pública y salud. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2010 [En Prensa].
2. Franco A, Álvarez C. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional, a propósito de la epidemia de influenza humana A. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2009; 25(6): 540-549.
3. Polanyi K. La gran transformación. Crítica del liberalismo económico. Madrid: Editorial Piqueta; 1997. 466 p.
4. Amin S. El capitalismo en la era de la globalización. Barcelona: Paidós; 2000.
5. Guiddens A. Un mundo desbocado. Madrid: Taurus; 2000.
6. Fleury S. Gobernabilidad democrática en América Latina. En: BID, Instituto Interamericano para el Desarrollo social (INDES). “Diseño y Gerencia de Políticas y Programas Sociales”. Washington: INDES; 2002. p. 2.
7. Frenk J, Sepúlveda J, Gómez O, McGuinness M, Knaul F. The Future of the World Health: The New World Order and International Health. *bmj* 1997; 314: 1404.
8. Dierckxens W. La crisis mundial del siglo XXI: oportunidad de transición al postcapitalismo. Bogotá: Ediciones desde abajo; 2008. p. 24-27.
9. Wallerstein I. La crisis estructural del capitalismo. [Internet] Ciudad de México: Biblioteca Pensamiento Futuro; 2005 [acceso el 28 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.desdeabajo.info/index.php/fondo-editorial/165-biblioteca-pensamiento-y-futuro.html>.
10. Cortés F, Giusti M, compiladores. Justicia global, derechos humanos y responsabilidad. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de Antioquia y Universidad Católica del Perú; 2007.
11. Pogge TW. Reconocidos y violados por la ley internacional: los derechos humanos de los pobres globales. En: Cortés F, Giusti M, compiladores. Justicia global, derechos humanos y responsabilidad. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de Antioquia y Universidad Católica del Perú; 2007. p. 27-75.
12. Kreide R. Justicia global, pobreza y responsabilidad: ¿Tienen obligaciones las empresas transnacionales? En: Cortés F, Giusti M, compiladores. Justicia global, derechos humanos y responsabilidad. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de Antioquia y Universidad Católica del Perú; 2007. p. 101-133.
13. Gosepath S. Responsabilidad por la eliminación de daños morales. En: Cortés F, Giusti M (compiladores). Justicia global, derechos humanos y responsabilidad. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de Antioquia y Universidad Católica del Perú; 2007. p. 77-101.
14. Cortés F. ¿Hay conflicto insuperable entre la soberanía de los Estados y la protección de los derechos humanos? En: Cortés F, Giusti M, compiladores. Justicia global, derechos humanos y responsabilidad. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de Antioquia y Universidad Católica del Perú; 2007. p. 135-163.
15. Arango R. Realizando la justicia global. En: Cortés F, Giusti M, compiladores. Justicia global, derechos humanos y

‡‡ El tema de la ayuda para el desarrollo es crucial, retomando la “Declaración de París para la ayuda efectiva 2005” y la “Agenda de ACCRA para la acción, 2 al 4 de septiembre de 2008”.

- responsabilidad. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de Antioquia y Universidad Católica del Perú; 2007. p. 163-181.
16. Rabossi E. Notas sobre la globalización, los derechos humanos y la violencia. En: Cortés F, Giusti M, compiladores. Justicia global, derechos humanos y responsabilidad. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de Antioquia y Universidad Católica del Perú; 2007. p. 231-247.
 17. Frank AG. No escape from the laws of world economics. *European Labour Forum*, 1990; (2): 36-40.
 18. Wallerstein I. El futuro de la civilización capitalista. Barcelona: Icaria; 1997.
 19. Castel R. La metamorfosis de la cuestión social. Buenos Aires: Paidós; 1997. p. 391-406.
 20. Ahumada C. Globalización y salud. En: Franco S, Editor. La salud pública hoy. Bogotá: Universidad Nacional; 2002. p. 19-34.
 21. Williamson J. From reform agenda to damaged Brand name. *Finance & Development* 2003: 10-13.
 22. Estefanía J. La enfermedad moral del capitalismo. En: Giraldo F, compilador. Pánico en la globalización. Bogotá: Editorial Rica / Colección el pez en la red. 2007. Pp. 24-98.
 23. Boltanski Luc, Chiapello Éve, El nuevo espíritu capitalista. Citado en: Estefanía J. La enfermedad moral del capitalismo. En: Giraldo F, compilador. Pánico en la globalización. Bogotá: Editorial Rica / Colección el pez en la red. 2007. p. 100.
 24. Soros George. Crisis del capitalismo global. La sociedad abierta en peligro. Primera edición. Barcelona: Plaza y Janés; 1999. p. 21-35.
 25. Milanovic BL. El origen principal de la crisis es la desigualdad. Banco Mundial.
 26. Arze C. No es fallo regulatorio, es crisis estructural. En: Social Watch. Informe anual 2009. [Internet] [acceso el 20 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.socialwatch.org>.
 27. Chan M. La crisis financiera y la salud mundial. En: Reunión consultiva de alto nivel sobre la crisis financiera y la salud mundial. Ginebra: OMS; 2009. [Internet] [acceso el 19 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.who.int/ig/speeches/2009/financial-crisis-20090119>.
 28. Marmot M, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ*, 2009; 338:858-861.
 29. csdh/who. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva:who. 2008.
 30. Le Monde Diplomatique. En español. Año XIII. No. 162. p. 4. Col 4. Valencia: Ediciones Cybermonde S.L. Abril de 2009.
 31. Chan M. Impacto de la crisis financiera y económica mundial en la salud. Declaración OMS 1º de abril de 2009. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/s12/es/index.html>
 32. Romero DE, Szwarcwald CL. Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años 80. *Cad Saude Pública* 2000; 16(3): 799-814.
 33. Franco A, Gil D, Alvarez Dardet C. State size as measured in terms of public spending and world health, 1990-2000. *Gac Sanit* 2005; 19(3): 186-192.
 34. Franco A, Palma M, Álvarez, C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. *Rev Panam Salud Pública* 2006; 19(5): 291-298.
 35. WHO. Financial crisis and global health. [Internet] Disponible en: http://www.who.int/topics/financial_crisis/.
 36. Jack Andrew. Look after the pennis. *Commentary. bmj* April 2009; 338: 860-861.
 37. Agencia Reuters. El G-20 inyectó confianza a la economía. *El Colombiano*, 3 de abril de 2009; columna 3: 16.
 38. Cortina A. Enron: un caso de libro. En: Giraldo F, compilador. Pánico en la globalización. Bogotá: Editorial Rica / Colección el pez en la red; 2007. p. 100.

Las redes de conocimiento en salud pública y el fortalecimiento de capacidades a través de estrategias de cooperación*

Knowledge networks in public health and the capacity for building up through collaborative strategies

Eliana Martínez H¹; Diego F. Franco M²; Liliana Villa V³.

¹ Odontóloga, especialista en Gerencia de la Salud pública y Epidemiología, MsC en epidemiología; estudiante de doctorado de epidemiología, profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: zenitram@guajiros.udea.edu.co

² Economista y Sociólogo. Medellín, Colombia. Correo electrónico: dfranco@quimbaya.udea.edu.co

³ Médica especialista en Gestión de Programas y Proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo; vinculada a los grupos de investigación de epidemiología Gepi e inmunología Gicig, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: villavelez@gmail.com

Recibido: 02 de febrero de 2009. Aprobado: 25 de septiembre de 2009

Martínez E, Franco DF, Villa L. Las redes de conocimiento en salud pública y el fortalecimiento de capacidades a través de estrategias de cooperación. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009;27(3):349-355

Resumen

Este ensayo presenta la experiencia de una red temática en salud pública para Colombia que orienta sus desarrollos y aportes hacia el campo de la investigación en políticas y sistemas de salud. Se reconoce en el trabajo de esta red el surgimiento de relaciones de conocimiento a partir de las interacciones de actores sociales que comparten experiencias, datos, información, enfoques, estados del arte y metodologías de investigación e intervención, así como posibilidades de sistematización y medidas de política y generación de opinión pública, con el objeto de avanzar en procesos de *transformación social*. La reflexión en torno a la construcción

de este tipo de capacidades en el ámbito endógeno lleva a la necesaria dimensión de los retos de una mayor interacción nacional y global. Se sustenta que las redes de conocimiento deben avanzar y madurar en el desarrollo de diferentes modalidades de cooperación que les permitan experimentar una mayor inserción internacional para mejorar la actuación e incidencia territorial. Se concluye interpretando cómo la internacionalización de las relaciones académicas y científicas es la base de una perspectiva para el trabajo de redes de conocimiento en un mundo globalizado.

-----*Palabras clave:* gestión social de conocimiento, cooperación académica y científica, internacionalización del conocimiento

* Artículo derivado del taller denominado “Cooperación Internacional: Un asunto más allá del financiamiento” en el marco de las actividades desarrolladas por la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Nodo Antioquia durante el año 2007.

Abstract

This paper presents the experience of a thematic network on public health in Colombia, which focuses its development and contributions to the field of research in policy and health systems. It is recognized in the work of this network the revival of knowledge from the interactions of social actors who share experiences, data, information, approaches, state of art and research methodologies and intervention as well as possibilities of systematization and measures generating political and public opinion in order to advance social transformation processes. The reflection on the construction of this type

of endogenous capacities in the field leads to the necessary dimension of the challenges of increased national and global interaction. It builds networks of knowledge must advance and mature in the development of different forms of cooperation that allow them to experience greater international integration to improve performance and territorial impact. We conclude by interpreting how the internationalization of academic and scientific relations is the foundation of a perspective for the work of knowledge networks in a globalized world.

-----*Key words:* social management knowledge, scientific and academic cooperation, internationalization of knowledge

La experiencia en Antioquia de la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud

La Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud es un proyecto interinstitucional creado en Bogotá en el año 2004 por iniciativa de entidades como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Red Andina y del Caribe de Investigación en Sistemas de Salud y la Asociación Colombiana de Escuelas de Salud Pública (ACOESP). Inicialmente suscribieron el proyecto los delegados de las siguientes instituciones y grupos de investigación: Departamento de Salud Pública de la Universidad de Caldas, Pontificia Universidad Javeriana, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, Asociación Colombiana de la Salud, Universidad de Cundinamarca; facultades de economía, medicina, enfermería, odontología y salud pública de la Universidad de Antioquia; Universidad Nacional de Colombia, Universidad Industrial de Santander, Universidad Popular del Cesar y Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle [1].

Desde entonces, la red promueve la gestión del conocimiento en salud pública en Colombia, teniendo como antecedente que impulsó el proyecto interinstitucional de gestión de políticas públicas y salud llevado a cabo desde la gobernación de Antioquia (Dirección Seccional de Salud de Antioquia) y la Universidad de Antioquia (Facultad Nacional de Salud Pública) en el 2003, cuyas memorias se encuentran condensadas en el manuscrito “Tejiendo voluntades: una experiencia de participación social en la gestión de políticas públicas” [2]. A partir de los resultados de este proyecto, los actores continuaron con sus dinámicas propias y en la perspectiva de buscar una mayor incidencia del mismo, lo que animó a los participantes a apoyar la propuesta de la gestión social del conocimiento con una estrategia innovadora, creativa y de alta competitividad

científica, como fue la construcción en colectivo de esta red temática y del conocimiento para el país.

Ha sido objeto de la red trabajar permanentemente y con diversos colectivos la gestión social del conocimiento, de tal manera que, como proyecto interinstitucional que se constituye, optimiza la toma de decisiones en relación con la salud pública. El proyecto centra su intencionalidad en la solución de dos problemas específicos estrechamente relacionados: a) la brecha entre la investigación y la toma de decisiones, y b) la debilidad del sistema de investigación en salud pública. Para enfrentar esta situación, el proyecto pretende desarrollar dos productos: a) promover el desarrollo y puesta en marcha de sistemas formales de gestión social del conocimiento en salud pública, especialmente en los niveles locales, y b) desarrollar una masa crítica de académicos y tomadores de decisiones capaces de actuar en red para generar y aprovechar el conocimiento requerido para la toma de decisiones.

Algunos avances

En aras de promover algunos desarrollos, la red organiza cursos de capacitación en gestión de proyectos de investigación para tomadores de decisiones y ejecutores de programas que responden a las condiciones prioritarias de las regiones; de gestión de proyectos de inversión para ejecutores de programas de salud; brinda asesoría a proyectos de investigación nacionales, intersectoriales e interdisciplinarios y participa en proyectos de gestión de políticas que afectan la salud.

Entre los años 2004 y 2006, la red apoyó los análisis para una propuesta de reforma a la Ley 9 de 1979, Código Sanitario Nacional, cuya solicitud expresa fue emanada del Ministerio de la Protección Social. De esta experiencia surgieron lecciones tales como la identificación de actores con afán de protagonismo, la percepción del grado de compromiso y la dificultad de concretar productos concertados. En Antioquia, con el apoyo de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia,

se acompañó la formulación del Proyecto Ordenanza por la Niñez en el 2004, y para el caso de la ciudad de Medellín a través del Concejo de Medellín, se acompañó la formulación y gestión de los acuerdos municipales en el tema de la inclusión social (Acuerdo 038 de 2005 y de la violencia y explotación infantil en el 2006).

La red fue reconocida por Colciencias como la primera red temática de investigación en salud pública en Colombia, y desde entonces ha mantenido como principios rectores la promoción del trabajo colaborativo, respetando la autonomía y aprovechando las experiencias de los participantes y la caracterización de las investigaciones en el tema de las políticas públicas, la configuración de áreas temáticas, la identificación de las prioridades de las líneas de investigación.

Cada uno de los nodos que la conforman (Caribe en Cartagena, Eje Cafetero en Manizales, Occidente en Cali, Bogotá en Bogotá) son centros distribuidos estratégicamente para que a ellos confluyan el mayor número de personas interesadas en interactuar con la red. Uno de los logros que ha venido posicionando el trabajo de la red en el país ha sido el de incorporar dentro de los programas de formación en salud pública de las universidades e instituciones participantes, la capacitación continua sobre la gestión social del conocimiento.

En Antioquia se ha avanzado en la estrategia de internacionalización de la educación con varias experiencias: pasantía internacional de estudiantes y profesores de maestría en salud pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de una estudiante de maestría en salud pública de la Universidad de Columbia, Estados Unidos; además, movilización de los desarrollos de la red a través de estudiantes de doctorado en salud pública en la Universidad de Alicante, España y en Lovaina, Bélgica.

La experiencia de la red en el país y en Antioquia ha logrado dinamizar algunos asuntos relacionados con la salud pública [2]. En este departamento ha sido posible la formulación, gestión, evaluación y ejecución de proyectos de investigación, gracias a la interacción permanente de actores académicos, organizaciones no gubernamentales, entes territoriales y actores sociales de la región que, promovidos por un interés conjunto desde la investigación temática en las políticas y los sistemas de salud, han encontrado en la Universidad de Antioquia un escenario apropiado para desarrollar acciones conducentes a apoyar técnica y metodológicamente; asimismo, propuestas de intervención en las políticas de salud para la región y el país.

En esa misma dirección, la red reúne expertos, investigadores, organizaciones e instituciones que, promovidas por un interés común, se unen y fortalecen en algunos casos el tejido social de redes sociales ya existentes; incluso, de redes de investigación y de políticas,

entre otras, lo que redonda en un respaldo científico en la toma de decisiones políticas y en el fortalecimiento de las acciones de salud pública para Colombia.

Un aspecto importante que se construyó desde el ámbito universitario fue la *identificación de las estrategias de participación social*, el establecimiento de nuevas formas de comunicación entre políticos, técnicos y ciudadanos a través de espacios de reflexión que movilizan las decisiones políticas [3] y facilitan la cooperación para el desarrollo científico y técnico. Asimismo, la *valoración entre los académicos (grupos de investigación) de un modelo de gestión social del conocimiento*, tendiente a impulsar acciones que contribuyan al desarrollo social equitativo.

Gracias al apoyo técnico y logístico de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, el nodo ha avanzado en su fase inicial de posicionamiento, en acciones como la capacitación de cerca de 150 personas a través de los diplomados, talleres y foros que ofrece; además, se da a conocer en más de 20 espacios de debate, apoyo y discusión permanente de las políticas de salud y ha apoyado otros desarrollos similares en el orden nacional.

Finalmente, el acercamiento y sensibilización al tema de las políticas públicas y la participación de la Universidad de Antioquia —representada por investigadores y docentes de las facultades de Comunicaciones, Ciencias Económicas, Medicina, Odontología, Química Farmacéutica, Ciencias Sociales y Humanas, Nacional de Salud Pública y de la Escuela de Microbiología y Laboratorio Clínico—, desde su conformación en Antioquia hasta hoy, ha sido especialmente en la formulación de políticas públicas.

El reto de la internacionalización

Los ámbitos de actuación para la internacionalización, como estrategia de generación de conocimiento, se establecen en definitiva a través de acuerdos entre las instituciones participantes. Su viabilidad depende de las organizaciones que gestionan esquemas de trabajos coordinados y conjuntos. El escenario internacional propiciado por el desarrollo tecnológico, los intereses económicos y los procesos de mundialización es posible, si se concibe en la cooperación internacional una estrategia de fortalecimiento institucional.

La Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud delibera desde sus entornos en cada uno de sus nodos sobre cómo lograr una aproximación al ámbito internacional; por tanto, reconoce que la tendencia a elaborar enfoques de aprendizaje colaborativo es una alternativa que propende por la comprensión del beneficio de los participantes, donde los modelos tradicionales de intercambio de

conocimiento se convierten en modelos fundamentados en la espontaneidad de expertos participantes y de experiencias relevantes para su consolidación en el escenario nacional. Es este aspecto el que motiva al acercamiento con entidades internacionales para el desarrollo de proyectos, en los que la consideración de acuerdos de colectivos se ve como punto de partida para cerrar la brecha entre actores del Estado, la sociedad civil y la academia; esto es, se reconoce cada vez que los proyectos vinculantes abogan por trabajos coordinados intersectorialmente y con hitos de impacto en las comunidades. Por otro lado, y en la perspectiva de difusión y visibilización de la red, la inserción de los desarrollos de los nodos y la construcción de espacios que aproximan investigadores, académicos, pensadores de la sociedad civil y ciudadanos en el mundo globalizado, mediante el uso de herramientas virtuales; como por ejemplo, un portal virtual: www.politicaspUBLICASysalud.org, en el que se comparten temas de divulgación de relevancia para la comunidad, que toma vida cuando moviliza conocimiento que transforma.

Es entonces cuando se reconocen algunos mojoneros y estructuras de pensamiento por posicionar y algunas debilidades enmarcadas en las dinámicas de los nodos, dada la estrecha interacción con el devenir de la región en las políticas públicas. Si bien la red favorece algunas aproximaciones, los procesos colectivos para la apropiación social del conocimiento —que son conducentes a la producción de bienes materiales, culturales y de salud que apoyan el propio desarrollo autónomo de las comunidades y que facilitan procesos de cambio y mejoramiento en las condiciones de vida de los habitantes—, siguen siendo limitados por las diversas formas que toman las líneas de base de los actores.

Cabe anotar cómo la experiencia de la red ha permitido que ésta se inserte en otras actividades sobre cooperación científica internacional, en el contexto del VII Programa Marco de Investigación de la Unión Europea, pues su comprensión en asuntos relacionados con lo ético y la apropiación del conocimiento, ha propiciado el acompañamiento de jornadas informativas en varias ciudades del país en el 2008, en cuya iniciativa la red se ha fortalecido en el reconocimiento de nuevos actores y de organizaciones que han avanzado hacia una gestión del conocimiento transdisciplinar de cara a la sociedad.

La importancia de conocer espacios de cooperación internacional que fortalecen relaciones de desarrollo y de integración de la comunidad científica de varias regiones y países, es un asunto de la política de internacionalización de la ciencia que se debe tomar en perspectiva estratégica y de largo aliento. El VII Programa Marco de la Unión Europea es un buen ejemplo, pero en el sistema nacional de C&T+i (Investigación, Desarrollo e Innovación), los investigadores y los tomadores de

decisión deben asumir el reto de un mapamundi más amplio y efectivo de la internacionalización, y tener la capacidad de inserción en diferentes oportunidades de la cooperación científica.

Una reflexión en contexto: la internacionalización de las redes de conocimiento

Imperativos de la relación social

Las organizaciones que trabajan con el conocimiento, entre ellas las redes, tienen en su proceso de interacción con la sociedad, por lo menos un triple imperativo: intervenir en espacios de orden territorial, establecer incidencia en el escenario nacional, e interactuar con dimensión global. El primero de ellos es un escenario de impacto en la dinámica del desarrollo local y regional, debido a la necesaria conexión entre la investigación socialmente pertinente y la competitividad de sus entornos. Es asimilable a la *cooperación endógena regional*, dado el rol que cumplen conocimientos basados en innovación, tecnología y aprendizaje colectivo [4] para la competitividad de ciudades y regiones.

Otro de carácter nacional —dada la innegable incidencia que tiene para el desarrollo de un país— es la estructura de interacciones entre ciencia, tecnología y sociedad. La sociedad del conocimiento se basa en sistemas, instituciones, políticas, actuaciones e iniciativas de país que permiten o friccionan las opciones de diálogo creativo y concurrencia entre regiones-nación y resto del mundo. Se trata del espacio de la *cooperación nacional*, de cómo se inscribe en el tejido de políticas públicas y relaciones región-país una organización del conocimiento [5].

El tercer imperativo, cada vez más preponderante por efecto de la globalización, es el que está asociado al conjunto, composición y calidad de las relaciones internacionales, que despliegan toda organización y redes del saber. La internacionalización es un contexto indefectible que tiene que ver con las capacidades del país, del territorio, de las instituciones y de las redes para una interlocución más eficaz con el mundo y hace referencia, por tanto, al escenario de la *cooperación internacional* sumamente competitivo y complejo [6].

Adicionalmente a esto, las entidades integradas al Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación cuentan con diferentes acervos, capacidades y potenciales en sus procesos de interacción para la internacionalización. Una de las vías estratégicas para llevar a cabo y mejorar estos procesos consiste en la generación de oportunidades derivadas de relaciones académicas, de gestión del conocimiento, de cooperación al desarrollo y de cooperación en ciencia

y tecnología. De allí que la forma como se insertan las organizaciones del conocimiento en los escenarios nacionales e internacionales y la manera como conciben y gestionan los procesos de internacionalización, es un deber ser de sentido estratégico que puede ser facilitado por las redes de conocimiento, en tanto sus objetos de estudio y focos de acción están cimentados en comunidad de intereses [7].

Las redes de conocimiento se configuran en respuesta a las interacciones de actores sociales enmarcados en sus roles, que vistos ante un problema, necesidad o potencial, comparten experiencias, datos, información, enfoques, estados del arte, metodologías de investigación e intervención, posibilidades de sistematización y medidas de política y opinión pública, con el objeto de avanzar en el aprendizaje social. En fases de desarrollo avanzadas, estas redes cristalizan sus propósitos por medio de proyectos colaborativos internacionales, participación en estrategias de observatorios, tanques de pensamiento temáticos y en la sistematización global de estados del arte.

En el espacio de las redes de investigación, el actor social con conocimiento se convierte en el activo más importante, ya que da cuenta de una sociedad abierta y plural y realiza acciones para proponer y plantear intervenciones de las condiciones y ámbitos sociales, amén de incorporar transformaciones orientadas al desarrollo.

De la cooperación endógena a la cooperación en dimensión internacional

Para lograr este propósito de transformación social, los actores del conocimiento no pueden circunscribirse exclusivamente a la cooperación de carácter endógeno; es estratégico reconocer los aprendizajes en la internacionalización y las nuevas fronteras de interacción social cuando se accede a otros espacios y oportunidades en las dimensiones de la cooperación internacional.

Ahora bien, para potenciar la cooperación entre los grupos de investigación reconocidos en la sociedad e incrementar su visibilidad en las regiones, se hace necesario que estas redes avancen hacia la conformación de redes temáticas y se conviertan en los instrumentos para facilitar la interacción, cooperación y transferencia de conocimientos y tecnologías de una manera específica.

No obstante, esta aproximación conceptual se desliga de las formas tradicionales de generar conocimiento y, por tanto, fortalece los mecanismos de solución de las necesidades de las comunidades con base en sus saberes y a través de la capitalización y posicionamiento de sus recursos (institucionales, intelectuales y culturales) [7].

Cabe recordar que la acumulación de conocimiento, las estrategias para procesar la información y la forma como fluyen entre sí generan repercusiones sociales, pues los tomadores de decisión respaldados en ellas combinan sus capacidades con la intención de los agentes que le rodean. En este sentido, las redes temáticas de

investigación, en su *modus operandi*, están inmersas de forma explícita en la sociedad del conocimiento [7].

Muchas experiencias, entre las que se destacan las europeas, manifiestan cómo el aprendizaje, la confianza y el capital social, entre otros, son los principios orientadores para la toma de decisiones en beneficio de las cuestiones sociales; dicho en otras palabras, el conocimiento es información almacenada para la internacionalización y promueve la innovación como valor agregado para la sociedad del conocimiento.

Las redes son en sí mismas factores de desarrollo, en tanto son la expresión de espacios comunitarios con capacidad de reestructuración tecnológica y productiva, a la vez que son el resultado de procesos de cooperación, tanto en el espacio interno como en el contexto internacional, de suerte que la generación de capital social es un valor fundamental en el desarrollo.

El campo de la educación no es ajeno a este hecho, puesto que constituye un medio para generar capacidades y cualidades competitivas en el recurso humano en formación con perspectiva de desarrollo, con el fin de movilizar procesos socioculturales, económicos y políticos. En este sentido, la internacionalización de las organizaciones del conocimiento facilita a los países e instituciones los mecanismos para responder a los desafíos de la globalización [8, 9]. Pudiera decirse entonces que la educación superior es uno de los eslabones “para alcanzar la calidad y la pertinencia de la enseñanza así como el aprendizaje, la investigación y el servicio a la sociedad” [10].

Organizaciones de conocimiento y dimensiones de la cooperación

Las dimensiones básicas de la cooperación en las que descansan los potenciales del proceso de internacionalización para las organizaciones son: *cooperación académica (CA)*, *cooperación al desarrollo (CAD)* y *cooperación en ciencia, tecnología e innovación (CCT)*. Cada una de ellas tiende a inscribirse en distintos espacios de interacción, por cuanto difieren en características como las organizaciones interlocutoras, enfoques estratégicos, programas de acción, modalidades de relacionamiento, metodologías de trabajo, parámetros de eficacia y calidad, modelos contractuales y mecanismos de seguimiento y evaluación, entre otras.

Toda institución del conocimiento, por su perfil, carácter y complejidad, tiene una manera propia de concebir y ejercitar su proceso de internacionalización, por lo cual cuenta con diferente experiencia y pertinencia en una o varias de estas dimensiones de la cooperación internacional.

La CA se refiere a los desarrollos alcanzados en la visión, misión y estrategias de la internacionalización de la educación superior, con universos sistematizados por trabajos realizados en el seno de la Organización para

la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la Asociación Internacional de Universidades (AIU), la Unesco y el Banco Mundial, entre otras organizaciones internacionales y nacionales que cuentan con una continua reflexión sobre este proceso.

La CAD constituye el espacio del paradigma del desarrollo humano sostenible. Está orientada a establecer relaciones de apoyo a sistemas, instituciones, poblaciones y territorios con carencias o necesidades específicas, por lo que enfatiza en los impactos medibles sobre la realidad institucional o social de sus beneficiarios, promoviendo objetivos consensuados internacionalmente, unificando agendas de trabajo, incentivando la construcción de capacidades propias o endógenas y exigiendo una mayor preparación para la interlocución internacional de doble vía, tanto en las relaciones norte-sur como en las sur-sur.

El papel del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) y del Comité de Ayuda al Desarrollo (Development Assistance Committee, DAC) de la OCDE, es central en la comprensión de los lineamientos de política, los enfoques programáticos, la homologación de procedimientos y la gestión del ciclo de proyectos de la cooperación internacional al desarrollo.

Por su parte, la CCT es el resultado de una creciente dinámica de redes de conocimiento y comunidades científicas que actúan en el marco de sistemas nacionales, relaciones bilaterales y estructuras multilaterales de cooperación, bajo programas y proyectos en los que las condiciones de interlocución entre pares, la generación y ejecución de iniciativas conjuntas de investigación, desarrollo e innovación (I&D+i) y la producción y uso de los resultados de la investigación básica y aplicada son posibles porque comparten estándares internacionales en los métodos y procedimientos científico-tecnológicos, y porque cumplen con requisitos de concursos altamente competitivos, relativos a capacidad técnica, administrativa, de negociación y de gestión, y con procedimientos y metodologías de trabajo del ciclo de los proyectos que difieren entre países y regiones.

En Colombia cobra importancia “el desarrollo desde lo local” para la materialización e implementación de la Política Nacional de Fomento a la Investigación y la Innovación, orientada por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias). Este aspecto fortalece la gestión del conocimiento basado en los alcances de investigación, el desarrollo tecnológico, la innovación y la apropiación del conocimiento, con el objeto de responder a las necesidades particulares de los territorios [11]. Desde los años noventa se visualizaba la internacionalización de la ciencia, la tecnología y la innovación como condición esencial para lograr un posicionamiento competitivo, dado que a través de ella es posible lograr el reconocimiento de nuevas formas y patrones de

investigación y desarrollo, que se gestan a partir del impacto de la globalización [12].

En perspectiva

En aras de aunar esfuerzos de integración horizontal en el conocimiento y en estrecha relación con los intereses nacionales, la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud se ha venido fortaleciendo desde el 2004 en sus aproximaciones conceptuales hacia la imperante necesidad de promover el desarrollo de la cultura de la internacionalización entre sus participantes en el largo plazo, y ha reconocido la incorporación de las nuevas formas de hacer ciencia mediante iniciativas conjuntas enmarcadas en la gestión social del conocimiento para un mundo globalizado. De allí que la sistematización de sus experiencias en torno a actividades de cabildeo, organización, capacitación y acompañamiento metodológico en la formulación de iniciativas de cooperación al desarrollo y de investigación sea uno de los puntos de apoyo para generar nuevas formas de trabajo alrededor de la sinergia de procesos que propicien la interacción y comunicación de sus actores.

Para las organizaciones de conocimiento, la inserción en las oportunidades y mecanismos de cooperación científica internacional representa un posicionamiento estratégico dentro de algunas arquitecturas multilaterales y dentro de iniciativas regionales de trabajo conjunto alrededor de las agendas nacionales de salud.

La Red Colombiana Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, interesada en avanzar en su proceso de maduración y en consolidarse para el país como la primera red temática de investigación en salud pública, se ha planteado aumentar la eficacia en la capacidad investigativa y de participación en la realización de estudios nacionales de impacto de las políticas sanitarias con relevancia social y de participación en espacios cualificados de cooperación internacional.

Si bien la red logra aproximarse mediante su rol de liderazgo en la determinación de las políticas públicas del sector, ella se propone de manera endógena mantener encuentros permanentes, foros de discusión y reuniones con expertos, utilizando diversos escenarios académicos para debatir la problemática de la salud pública en el país.

Los talleres alrededor de temas como la cooperación científica —y no solo al desarrollo— han permitido apoyar agendas deliberativas de país en el tema de ciencia, tecnología e innovación, dado que reconoce en la cooperación internacional una estrategia de desarrollo y de impacto exógeno. Temas como la revolución científica y tecnológica y la sociedad de la información y el conocimiento, la aceptación de problemas críticos del conocimiento, la desintegración cultural alrededor de la gestión del conocimiento y la pérdida de horizonte ético en la formación del recurso humano no son ajenos

a las aproximaciones del reto mismo que se propone la gestión social del conocimiento frente al desarrollo humano sostenible, en el que el futuro humano depende más de la producción, difusión y utilización equitativa del saber. De tal manera que promover los espacios de entendimiento y convivencia entre investigadores, tomadores de decisión y la sociedad es consolidar el trabajo en red mediante el desarrollo de proyectos de investigación, principalmente, y la documentación de experiencias exitosas que facilite la transición de gestión individual de las instituciones a la gestión en red, lo cual permite nuevos modelos de relaciones y cooperación, una nueva cultura organizacional y la construcción de la comunidad académica con mayores posibilidades de competitividad [13].

En definitiva, la gestión de políticas sanitarias, el ejercicio de mapeo de las políticas sanitarias nacionales, la realización de comparaciones internacionales en materia de políticas sanitarias, el apoyo a los observatorios de políticas y sistemas de salud y la formación de investigadores de las redes en los países participantes facilita la gestión social de conocimiento.

Son retos para la red promover procesos de gestión [14, 15] y oportunidades de innovación [16, 17] asociadas a la investigación que permitan la vinculación de participantes [18, 19] desde los escenarios del proceso de toma de decisiones y actores sociales con alto compromiso social, puesto que una matriz de conocimiento [20] avanza de lo endógeno hacia lo exógeno cuando se fortalece la sistematización de procesos como evidencia informada para la acción y se consolida la gestión social del conocimiento para el desarrollo de la investigación en salud pública en el ámbito nacional.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Logros y limitaciones a Julio de 2007: sistematización de las experiencias en desarrollo de políticas de investigación en salud pública de la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. [Sitio en Internet]. Bogotá: 2007 [acceso el 11 de noviembre de 2007]. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=379.
2. Guarín GJ. "Tejiendo voluntades: una experiencia de participación social en la gestión de políticas públicas". Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2003, 22 (número especial) [revista en internet]. 2003 [acceso el 12 de noviembre de 2007] 22 (Número Especial). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12021910&iCveNum=1438>
3. Bermejo R, Nebreda A. Conceptos e instrumentos para la sostenibilidad local. Cuadernos Bakeaz 1998; 26: 1-18.
4. Boisier S. Sociedad del conocimiento, conocimiento social y gestión territorial. [Internet] 2001 [acceso el 13 de marzo de 2007]. Disponible en: <http://www.fundicot.org/ciot/%203/grupo%207/011.pdf>.
5. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Higher education and regions, globally competitive, locally engaged. París: OCDE; 2007.
6. Sebastián J. Conocimiento, cooperación y desarrollo. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad - CTS [revista en internet] 2007 [acceso el 8 de agosto de 2008], 3 (8). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=92430815>.
7. Argenti G. De las redes sociales a los sistemas de conocimiento: cómo maximizar la eficiencia de la cooperación internacional. [Internet] 2005 [acceso el 7 de febrero de 2007]. Disponible en: <http://www.insumisos.com/lecturasinsumisos/Redes%20sociales%20de%20conocimiento.pdf>.
8. Hans de Wit. La internacionalización de la educación superior dentro del contexto de la globalización: riesgos y oportunidades para las universidades. [Internet] 2006 [acceso el 7 de febrero de 2007]. Disponible en: http://www.colombiaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-101565_archivo.pdf.
9. Knight J. Internacionalización de la educación superior. En: Knight, H. de Wit, editores. Calidad e Internacionalización de la educación superior. París: OCDE, IMHE, ACA; 1999.
10. Knight J. Internationalization of Higher Education: New directions, new challenges París: IAU; 2006.
11. Colciencias - Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco José de Caldas". Política Nacional de Fomento a la Investigación y la Innovación. Colombia construye y siembra futuro. [Internet] 2008 [acceso el 8 de mayo de 2008]. Disponible en: <http://www.colciencias.gov.co/portal-col/index.jsp?ct1=16&ct=1&cargaHome=3>.
12. Colciencias -Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco José de Caldas"- . Visión Colombia II Centenario: 2019. [Internet] 2008 [acceso el 8 de marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.colciencias.gov.co/portalcol/index.jsp?ct1=16&ct=1&cargaHome=3>.
13. Gibbons M, Limoges C, Nowotny H, Schwartzman S, Scout P, Trow M. The new production of knowledge: The dynamics of science and research in contemporary societies. London: Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1994.
14. Bernal J. NODO-RED CIUP: Red de Investigadores y de investigaciones de la UPN. Bogotá: Linotipia Bolívar; 2002. p.17.
15. Elementos de la comunicación proceso y tipos de comunicación [Sitio en internet] [acceso el 20 septiembre de 2008]. Disponible en: <http://rie.cl/?a=129237>
16. Graf H. Networks in the Innovation Process: Local and Regional Interactions. Germany: Edward Elgar Publishing; 2007.
17. Manfred MF. Innovation, Networks, and Knowledge Spillovers: Selected Essays. Berlin: Springer; 2006.
18. Rizo M. Redes: Una aproximación al concepto. [Internet] [acceso el 23 de septiembre de 2008]. Disponible en: http://vinculacion.conaculta.gob.mx/capacitacioncultural/b_virtual/tercer/13.pdf.
19. Flament C. Redes de comunicación y estructura de grupos. Argentina; 1977. p. 221.
20. Breschi S, Malerba F. Clusters, Networks and Innovation. USA: Oxford University Press; 2007.

Autocuidado en recicladores-recuperadores informales de Medellín, Colombia, 2005

Self-care in individuals who recycle garbage (recyclers) of Medellín, Colombia, 2005

Jaiberth A. Cardona A¹; Elías D. Díaz A¹; Yolanda L. López A².

¹ Microbiólogo y Bioanalista, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Microbiólogo y Bioanalista, Magíster en Salud Pública, docente de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: yola@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 12 de agosto de 2008. Aprobado: 25 de septiembre de 2009

Cardona JA, Díaz ED, López YL. Autocuidado en recicladores-recuperadores informales de Medellín, Colombia, 2005. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009;27(3):309-316

Resumen

Objetivo: comprender las concepciones, actitudes y prácticas sobre autocuidado en los recicladores informales de Medellín.

Metodología: se realizó un estudio cualitativo desde la perspectiva de los recuperadores no agremiados de Medellín en el 2005. Se aplicaron 52 entrevistas, con previo consentimiento informado, observación no participante y diario de campo.

Resultados: el autocuidado se concibe como la protección del cuerpo con el fin de evitar la ocurrencia de enfermedad; incluye aspectos de higiene, dieta, consulta médica, uso del tiempo libre y utilización de instrumentos de protección personal, como guantes, tapabocas, cachucha, tapaoídos y otros. **Discusión:** la prevención de la enfermedad trasciende el

plano biológico y se posiciona en una dimensión social para la persona, en que lo más importante son las consecuencias que puede generar para sí misma, su grupo de trabajo y su familia. Los recuperadores poseen saberes sobre la prevención y las prácticas que promueven la salud y el bienestar, pero estas últimas no son aplicadas porque disminuyen su rendimiento, no las consideran necesarias, no depende de ellos ejecutarlas o carecen de los recursos económicos. Las prácticas de autocuidado del recuperador se sustentan más por la primacía de la historia del grupo que por el saber científico.

-----*Palabras clave:* recicladores, autocuidado, prevención de la enfermedad, reciclaje, Medellín

Abstract

Objective: to understand the conceptions, attitudes and practices about self-care among informal recyclers in Medellín. **Methodology:** a qualitative study from the perspective of recyclers not belonging to any guild in Medellín in 2005 was developed. A total amount of 52 interviews with previous informed consent were applied, plus non-participant observation and field diary. **Results:** self-care is understood as the constant protection of the body in order to avoid the occurrence of diseases. It includes aspects of hygiene, diet, medical consultation, proper use of leisure time and utilization of instruments for personal protection, such as gloves, face masks, caps, and ear plugs among other devices. **Discussion:** disease prevention goes beyond biological aspects and

becomes part of a social dimension for people in which the most important features are the consequences for themselves, their labor team and their families. Recyclers have knowledge on prevention and practices that promote health and well-being, but the latter are not applied because they diminish their job performance, or they do not consider them to be necessary, do not feel like executing them nor they lack the economic resources to assume them. Autocare practices of recyclers are mainly supported by the primacy of the team history than by the scientific knowledge concerning it.

-----*Key words:* recyclers, autocare, prevention of the disease, recycle garbage, Medellín

Introducción

En la ciudad de Medellín —y en general en Colombia— existe una gran problemática en relación con el manejo de los residuos sólidos debido al aumento de desechos, la falta de conciencia ciudadana con relación al cuidado del ambiente y la vida útil cada vez más reducida de los rellenos sanitarios, principal solución a este problema. Gran parte de los residuos que se generan son reutilizables, por lo cual el reciclaje se convierte en una importante alternativa de solución y, con ello, el trabajo de los recuperadores cobra gran valor, ya que, además de reducir la cantidad de residuos sólidos, realizan un aporte al ambiente, la industria, la economía y, en general, a la sociedad, a través de la utilización de materia prima secundaria.

En Colombia, aproximadamente 50.000 personas tienen al reciclaje como única fuente de subsistencia, entre los cuales los recicladores o recuperadores informales (no agremiados) conforman alrededor de 90% del total. En Medellín se estima que hay 3.000 recuperadores. Los no agremiados son víctimas de discriminación por parte de la sociedad, su participación política es reducida, su acceso a servicios públicos y de salud es limitado, la mayoría son analfabetas, viven en condiciones subnormales debido a su pobreza casi extrema y no cuentan con elementos de protección durante su trabajo, por lo que están expuestos a numerosos riesgos que ponen en peligro su integridad física [1].

La documentación acerca de las concepciones, actitudes y prácticas en torno al autocuidado por parte de los recuperadores es mínima, por lo cual son relevantes los estudios a través de los cuales se describan y analicen estos aspectos para posibilitar intervenciones futuras tendientes a modificar sus realidades, cuidar su salud y prevenir la enfermedad.

El autocuidado es la contribución constante del adulto a su propia existencia, su salud y su bienestar, expresada a través de las acciones que el individuo o los colectivos realizan para evitar enfermedades o sus complicaciones y para reducir los riesgos; por ello es relevante tener en cuenta aspectos relacionados con el estilo de vida, el trabajo, la familia y la vida en comunidad [2, 3]. Además, se supone que se refiere a todas aquellas acciones del individuo tendientes a la conservación y el desarrollo de la vida, reflejadas en el cuidado que se recibe por parte de otras personas y el que se brinda a los demás y a sí mismo [4]. Implica auto-comprensión y auto-conciencia reflexiva, propias de la experiencia humana en la modernidad [5]. Al igual que las demás conductas humanas, el autocuidado está arraigado en las creencias y las tradiciones culturales; por esto, en su promoción es necesario entender los valores, motivaciones y creencias, así como la historia de vida de

los sujetos involucrados, potenciar la autoestima de los individuos y propiciar la participación comunitaria [4].

La prevención de la enfermedad alude a las actividades del individuo o los colectivos encaminadas a la detección temprana de factores que puedan ocasionar alteraciones en la salud, a fin de evitar enfermedades [6]; además, permite evitar que las enfermedades ya presentes generen problemas de mayor magnitud, se transmitan a otras personas o produzcan secuelas que inicialmente eran evitables [7]. Para el desarrollo de las actividades de prevención de la enfermedad, es necesario determinar el tipo de factores de riesgo que atentan contra la salud de los individuos o los colectivos y, una vez se realiza su identificación, se definen las estrategias para controlarlos y, de ser posible, eliminarlos [8].

En correspondencia con lo expuesto, se realizó una investigación con el objetivo de describir las concepciones, actitudes y prácticas en la labor del reciclaje a partir de la perspectiva de los recuperadores, lo cual generó información de utilidad para plantear acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y futuras investigaciones.

Metodología

Se realizó un estudio con técnicas cualitativas acerca de las concepciones, actitudes y prácticas relacionadas con el autocuidado en el reciclaje. Se trabajó con 52 recuperadores que laboran de forma no agremiada en diferentes sectores de la ciudad de Medellín y que comercializan el producto de su trabajo en el sector comercial del Bazar de los Puentes, en el centro de la ciudad. Un total de 73% fueron hombres y 27%, mujeres, con edades entre los 18 y 65 años.

Las categorías de análisis fueron: autocuidado, prevención de la enfermedad e importancia del reciclaje y de los recuperadores. Estas categorías incluyeron diferentes subcategorías a partir del referente conceptual, las cuales fueron preestablecidas por los investigadores, y del análisis de los enunciados que fueron presentados por los recicladores acerca del fenómeno estudiado, que se consideraron emergentes.

Para la recolección de la información se contó con la participación de la Asociación de Ingenieros Sanitarios de Antioquia (AINSA), que brindó el apoyo para la localización e identificación de diferentes sectores de la ciudad donde los recuperadores desarrollan sus actividades y para el contacto con ellos. Se realizó el acercamiento inicial a la población de recuperadores del sector de Laureles (noroccidente), donde se aplicó una entrevista piloto. Posteriormente, con base en esta, se reorientó el esquema de las entrevistas, principalmente en cuanto al modo y el lenguaje para abordar las preguntas, y

se seleccionó un grupo de recuperadores, que, una vez realizada la labor de recolección y separación del material reciclable en diferentes sectores de la ciudad, se desplazaban hasta el Bazar de Los Puentes con el fin de comercializarlo. En este lugar se contactó a la presidenta y directora ejecutiva de la precooperativa Asociados Reciclemos, quien informó a la mayoría de los recuperadores que acuden a este sitio sobre la importancia del estudio.

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista semiestructurada, el diario de campo y la observación no participante, centrados en la caracterización de la población y en el trabajo del recuperador. Las entrevistas fueron grabadas con previo consentimiento de los recuperadores y se finalizaron cuando se detectó saturación de la información. La observación no participante se realizó para obtener y registrar la información sobre los sitios y el trabajo como tal (recolección, separación, transporte y comercialización), determinar el tipo de material recuperado, los instrumentos utilizados y los riesgos a que se exponen; además, se observaron las relaciones con su entorno. En los diarios de campo se caracterizó, entre otros aspectos, el lenguaje no verbal de los recuperadores.

Plan de análisis

Una vez transcritas las grabaciones, se inició el proceso de categorización de las categorías emergentes con sus respectivas subcategorías, mediante la asignación de números romanos a cada categoría y códigos de colores para cada subcategoría (tabla 1). Luego se agruparon las categorías y subcategorías y se analizó la información. Posteriormente, se describió el autocuidado en el recuperador, como sujeto inmerso en una realidad y, finalmente, se procedió a la validación [9, 10].

Tabla 1. Categorías de análisis

Categoría	Subcategoría
Autocuidado	- Concepción de autocuidado
	- Relación entre autocuidado y trabajo
	- Importancia del autocuidado
	- Autocuidado en la familia
	- Autocuidado en los estilos de vida
	- Lugares para el autocuidado
Prevención de la enfermedad	- Obstáculos para el autocuidado
	- Concepción e importancia de la prevención de la enfermedad
	- Afecciones relacionadas con el trabajo
	- Prácticas de autocuidado
	- Prácticas que manifiestan deficiencias en el autocuidado
	- Elementos que producen accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo

Importancia del reciclaje y recuperadores - Beneficios del trabajo

El análisis se realizó a partir de la agrupación de la información que daba cuenta de las concepciones, las prácticas en torno del autocuidado, la prevención de la enfermedad y la importancia del reciclaje y los recicladores.

Validación de la información

La información se validó con base en la triangulación a través de las diferentes fuentes de información, los métodos de recolección de la información y la comparación, agrupación e interpretación realizada por los investigadores.

Aspectos éticos

Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, en que se establecen los requisitos para la actividad investigativa en salud, este estudio se clasifica como una investigación sin riesgo, ya que no se realizó intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio. Prevalecieron los criterios del respeto por la dignidad y los derechos humanos, la privacidad y el mantenimiento del anonimato.

A los recuperadores se les explicó de forma verbal el carácter confidencial del procesamiento, la divulgación y publicación de los resultados y el carácter voluntario de su participación. Posteriormente, se obtuvo el consentimiento informado del recuperador, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Resultados

Concepción de autocuidado

El autocuidado en la población de recuperadores no agremiados de Medellín se concibe como la protección constante y personal del cuerpo, realizada con la finalidad de evitar la ocurrencia de la enfermedad. Además, en dicha protección se incluyen particularmente los cuidados necesarios en el lugar de trabajo para evitar la enfermedad y controlarla en caso de que ocurra. Con respecto al autocuidado, se evoca la protección de la enfermedad, la cual implica acciones para evitar la alteración de su cuerpo, y esto se refleja en el buen estado de salud, el bienestar y el sentirse bien y apto para desarrollar su trabajo: “Con el autocuidado pienso en

que nos den un bienestar, en hacer cosas que nos puedan proteger de las enfermedades” (entrevista 27).

A pesar de que en primera instancia los recuperadores enmarcan el autocuidado dentro del trabajo, en las concepciones de éste aparecen esferas o campos adicionales, como son la familia y el estilo de vida. El autocuidado en el trabajo se relaciona casi de forma exclusiva con la utilización de instrumentos de protección personal, con mayor relevancia los guantes, el tapabocas, la gorra, los tapaoídos y los plásticos; todo ello debido a las condiciones del trabajo, donde se exponen a la contaminación propia de las basuras, al ruido y a la intemperie. En cuanto al autocuidado en la familia, los recuperadores tienen conciencia sobre la importancia de evitar hábitos nocivos, como el consumo de psicoactivos.

A su vez, manifiestan los riesgos que presentan, no solo en relación con su estado de salud, sino también en lo referente a las consecuencias de dicho consumo, como violencia y problemas económicos. Además, algunos recuperadores, principalmente hombres jóvenes, tienen conocimiento sobre la necesidad de evitar las enfermedades de transmisión sexual: “Autocuidado es cuidarse uno de todo lo que es alcohol, basuco, perico y vicios; comer bien, dormir bien” (entrevista 16).

En el estilo de vida, las concepciones del autocuidado están determinadas por la necesidad e importancia de evitar las enfermedades o disminuir los riesgos potenciales que las producen, mediante el deporte, buena alimentación, descanso, vacunación, utilización de servicios de atención en salud e higiene personal; esto último, reflejado en el vestuario, bañarse a diario y el cepillado bucal.

También se destaca la importancia de tener un hogar o una casa:

“El aseo personal que es lo más importante: bañarse, cepillarse, limpiarse las uñas, vestirse, calzarse; que no le den hongos en los pies a uno porque en el reciclaje también recibe uno mucha cochinateda en la calle” (entrevista 33).

“Yo llamo protegerse uno, tener las vacunas; estar yendo a los centros de salud” (entrevista 11).

Lugares para el autocuidado

La mayoría considera que las prácticas de autocuidado se deben implementar durante la jornada de trabajo, pues consideran que es allí donde existe un mayor riesgo de padecer enfermedades o sufrir accidentes. No obstante, algunos recuperadores piensan que el autocuidado se debe llevar a cabo en todos los lugares, ya que en el lugar de trabajo y en la casa, la probabilidad de sufrir una afección es igual.

Importancia del autocuidado

El autocuidado para ellos tiene gran importancia, ya que se puede lograr la prevención de múltiples enfermedades o daños al organismo interviniendo los diferentes factores de riesgo. Es así como los riesgos biológicos, físicos, psicosociales y ergonómicos se pueden menguar con acciones, como utilizar tapabocas para evitar la exposición a vapores de descomposición y de recipientes con restos químicos, evitar el uso de ropa sucia por tiempo prolongado, mantener las manos limpias, usar carpas y gorras para protegerse de las condiciones ambientales, mantener posturas adecuadas, no levantar pesos superiores a su capacidad, entre otros.

“Muchas veces las personas ya vienen con la gastritis así, suave, y empiezan a consumir cosas con las manos y no nos las hemos lavado, o algo por el estilo, entonces más infección” (entrevista 27).

“Pues porque la mugre, toda esa suciedad que uno va cogiendo por la mañana, uno tiene que limpiarla por la tarde, ya cuando deja de reciclar; porque si uno se mantiene así y no se baña, uno se va infectando y todo ese proceso se le va pegando a uno; con el tiempo ya uno va resultando enfermo” (entrevista 45).

Obstáculos para el autocuidado

Para algunos recuperadores no existen factores que impidan el cuidado de sí mismo, pues consideran que cuando ellos lo decidan pueden realizar prácticas de autocuidado, es decir, no detectan aspectos externos que puedan obstaculizar dichas prácticas. Sin embargo, muchos consideran que las prácticas de autocuidado se ven obstaculizadas por diversos factores, entre los cuales son relevantes las condiciones de trabajo que les genera agotamiento y cansancio por las largas jornadas (generalmente de 3.00 a.m. a 3.00 p.m. o las 24 horas del día cuando las necesidades económicas lo exijan) y la falta de recursos económicos impide la adquisición de alimentos, medicamentos e instrumentos de protección personal y, en muchas ocasiones, hace que los recuperadores consuman los alimentos que se encuentran en la basura.

“Uno no se cuida porque en el trabajo se agota mucho; porque le toca trabajar muy duro. En segundo lugar, uno madruga mucho, enseguida uno come los alimentos a deshoras” (entrevista 35).

“En cuanto a la alimentación para uno, es muy poca porque a veces no tenemos. Nos toca aguantar mucha hambre; el alimento de nosotros prácticamente es agua, más que todo, agua” (entrevista 10).

“Uno muchas veces se encuentra un alimento en la basura. Pues yo le cuento esto así porque yo lo he vivido; muchas veces uno llega y si tiene un pedazo malo, le bota ese malo y se come el resto” (entrevista 32).

Prevención de la enfermedad

Para los recuperadores, la prevención de la enfermedad se refiere a la evasión de las enfermedades por medio de acciones que les brinden la posibilidad de impedir la contaminación o infección por un determinado agente, y les permitan contar con las capacidades físicas necesarias para realizar las actividades diarias, incluido el trabajo del reciclaje. En esta medida, la prevención de la enfermedad trasciende el plano netamente biológico y pasa a una dimensión social, en la que lo más importante no es la ausencia de enfermedad, sino las consecuencias que esta pueda generar, ya que del estado de salud de los recuperadores depende la supervivencia de sus familias. “Yo prefiero evitar las enfermedades porque enfermo no puedo trabajar y darle lo que mi familia necesita, en cambio aliviado puedo conseguir para ellos la panelita y el arroz” (entrevista 12). La prevención de la enfermedad se considera un bien de gran valor, ya que las alteraciones que pueda padecer el recuperador, además de impedir la ejecución de su trabajo, conducen a una serie de gastos en atención en salud, para los cuales, generalmente, no tienen los recursos suficientes.

La prevención de la enfermedad es asumida desde dos perspectivas complementarias: individual y colectiva. En el campo individual, se considera como uno de los aspectos fundamentales para lograr el bienestar y la conservación de la salud y la vida. En la perspectiva colectiva se destaca la importancia de evitar la infección o enfermedad del individuo, debido a que de esta forma se puede evitar la transmisión a las personas con quienes se tiene alguna clase de contacto. Además, se manifiesta que en diferentes situaciones, la presencia de la enfermedad genera rechazo por parte de la comunidad o de los compañeros de trabajo. “Uno enfermo ya va a contagiar las mismas personas donde uno está, entonces ya todo el mundo le hace a un lado a uno. ‘No, fulano está enfermo, fulano está enfermo’; entonces uno se siente mal. Entonces es mejor uno mantenerse aliviadito” (entrevista 33).

Afecciones relacionadas con el trabajo

Algunos recuperadores consideran que la experiencia adquirida en el trabajo les confiere cierto grado de protección y, por ello, piensan que las enfermedades directamente relacionadas con el reciclaje solo se presentan en quienes están iniciando esta actividad. Otros recuperadores piensan que el reciclaje no los predispone a padecer ciertas enfermedades, ya que estas se presentan en cualquier grupo, independientemente de su ocupación.

“Este trabajo, hermano, puede producir muchas enfermedades, pero a una persona que no está ya adaptada; pero a uno que ya está adaptado, ya no, hermano” (entrevista 37).

“A mí me han dado enfermedades como a cualesquiera que no recicla: virus, una gripa, una fiebre” (entrevista 40).

La mayoría de los recuperadores expresan que su trabajo es fuente de múltiples alteraciones, entre las cuales se enuncian enfermedades y accidentes. Entre las enfermedades más comunes se encuentran las respiratorias, gastrointestinales y afecciones de la piel; en este orden de ideas, las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia son gripa, gastritis, diarrea, vómito, úlceras, alergias e infecciones por hongos. También son frecuentes la fiebre, el malestar general, debilidad, fatiga y los dolores de cabeza, espalda, cintura, columna y pies. Algunos recuperadores consideran que existe un riesgo elevado de padecer desnutrición, hernias, alteraciones visuales y problemas psicológicos.

Elementos que producen accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo

Entre los materiales reciclables que con mayor frecuencia producen accidentes de trabajo se encuentran el vidrio y las latas. El hierro, el plástico, el cartón contaminado, los recipientes con compuestos químicos y el ácido de las baterías se consideran factores de riesgo, ya que la población los asume como potenciales productores de enfermedad. Los elementos no reciclables que representan riesgo para la salud son el papel higiénico, el material de instituciones de salud como jeringas, algodón y gasa, las toallas higiénicas y los compuestos químicos. También se identifican como tal los animales muertos —principalmente los ratones y los gusanos— y la materia orgánica en descomposición.

“El cartón viene muy cochino. Esas bolsas de las canecas, que eso es un reciclaje que echan comida y de todo, es un gusanero, una cosa horrible” (entrevista 3).

“Peligros en la cuestión de las jeringas, en algodones, en gasa, en la cuestión de hospitales” (entrevista 29).

Entre los accidentes más comunes se encuentran las heridas por materiales cortopunzantes, como vidrios, latas y jeringas; con menor frecuencia se producen aplastamientos con materiales como el hierro. Para algunos recuperadores, el mayor riesgo está dado por las condiciones propias de los lugares en que se recicla, debido a que en la mayoría de estos se encuentra un alto flujo vehicular que eleva la probabilidad de sufrir accidentes de tránsito.

Prácticas de autocuidado

Aunque el conocimiento en torno a la definición y los componentes del autocuidado en los recuperadores es amplio, este no se refleja en las prácticas cotidianas, ya que al evaluarlas de forma individual se encuentra que son mínimas, por lo cual las prácticas que se mencionan a continuación aplican para algunos recuperadores.

Las prácticas de autocuidado en esta población están dadas por el uso de gorro, guantes, capas, tapabocas y diferentes prendas para cubrir la piel; bañarse a diario, lavarse las manos antes de comer y durante la jornada de trabajo, cambiar y lavar la ropa sucia y realizar el aseo general de la casa; consumir alimentos a unas horas determinadas evitando los ayunos prolongados; consumir líquido en cantidad abundante; evitar el consumo de bebidas alcohólicas; asistir al médico en caso de enfermedad; consumir diversos medicamentos y vacunación; disponer parte del tiempo libre para el ocio, dormir bien (el tiempo necesario), realizar algún tipo de actividad física como caminar o practicar un deporte, leer y cuidar de los hijos.

“Uso guantes, la máscara para los malos olores. Me vacunan por ahí cada año” (entrevista 17).

“Hago mucho ejercicio por la mañana, madrugo mucho y me echo agüita todos los días, muy tempranito, y hago deporte” (entrevista 37).

Algunos recuperadores manifiestan que la no utilización de elementos de protección personal en el trabajo no obedece tanto a la falta de recursos sino a que estos interfieren con el rendimiento al reciclar y, además, resultan incómodos.

“Por ejemplo, que no pueda usar los guantes es porque le impide mucho a uno pa’ romper las bolsas, eso le estorba mucho a uno. Por eso, la mayoría no usa eso” (entrevista 26).

“Eso, hay unos tapabocas que uno utiliza, pero uno no los utiliza porque fastidian también mucho” (entrevista 45).

Otra de las razones para no utilizar elementos de protección radica en la tradición, ya que una gran parte de los recuperadores llevan muchos años dedicados a este trabajo y nunca los han empleado, por lo que los consideran innecesarios. La mayoría de los recuperadores piensan que la protección no se cimenta en los elementos de uso, sino en el “saber reciclar”. “Uno, como toda la vida ha vivido así, nunca ha necesitado nada, pues... o sea, nunca le han llegado a hablar de eso, ni uno ha sido enfermo a nada” (entrevista 32).

Importancia del reciclaje

Para muchas personas, el reciclaje es una opción para sobrevivir ante las condiciones adversas y, en tal sentido, la mayoría de los recuperadores afirman que lo más

relevante de este trabajo es que se ha convertido en la base del sustento de muchas familias que no pueden acceder a otras formas de empleo, por razones de analfabetismo y bajo nivel educativo o por el aumento del desempleo en general. “Yo no tengo más otro recurso pa’ trabajar, porque hablándolo prácticamente, yo soy una persona analfabeta; yo no sé leer ni escribir, entonces en ninguna parte me darían trabajo” (entrevista 11).

Para la totalidad de los recuperadores entrevistados, el reciclaje tiene gran valor debido a que es casi la única fuente de ingresos de las familias, por lo que se constituye en el único medio para satisfacer las necesidades de vivienda, alimentación, vestido, servicios públicos y educación de los hijos. “Mi trabajo es importante porque de él depende mi familia económicamente, y dependo yo” (entrevista 37).

Algunos recuperadores son conscientes de la importancia de su trabajo para el medio ambiente en la medida en que se logra la limpieza de las ciudades y la conservación de los recursos naturales. También resaltan el aporte a la industria y manifiestan que a través de la reutilización del material recuperado se benefician diversas empresas y el gobierno nacional. “Nosotros, por una parte, también ayudamos a limpiar la ciudad, el medio ambiente y, además de eso, colaboramos con el gobierno” (entrevista 2).

Otros recuperadores mencionan aspectos diferentes a los ya mencionados, como el hecho de que el reciclaje brinda la posibilidad de compartir experiencias de vida con otras personas (principalmente compañeros de trabajo), disfrutar de independencia laboral en la medida en que no cumplen horarios o no se tiene la presión de un jefe y, además, algunos expresan que gracias a su trabajo conservan su estado de salud.

Discusión

Las concepciones de los recuperadores con respecto al autocuidado se podrían calificar de acuerdo con los tópicos que plantean Botero [2] y el Instituto del Seguro Social [11] en relación con el autocuidado en el trabajo, la familia y el estilo de vida. Evidencia de ello se obtiene al valorar la conceptualización hecha por los recuperadores en torno a la definición que estos ofrecen sobre el cuidado de sí mismos.

A pesar de que los saberes expresados son amplios, en relación con el concepto de autocuidado, en la comunidad se reflejan falencias, dado que la participación comunitaria no se registró en ninguna de las entrevistas como tópico de interés para el cuidado de sí mismos. No obstante, lo relacionado con el cuidado ambiental podría considerarse parcialmente de interés comunitario, pues aunque resaltan el valor de su trabajo para el medio ambiente (razón por la que ellos se

denominan recuperadores y no recicladores) no se puede inferir que los sujetos recuperadores cuiden el ambiente por la convicción de su importancia, sino más bien como consecuencia de su trabajo.

Con respecto a las personas comprometidas en el autocuidado, el concepto de los recuperadores coincide con la concepción de Uribe [4], ya que para ellos es relevante su núcleo familiar como centro del autocuidado que se ofrece y se recibe. Tal situación, además, opera como motivación para autocuidarse, ya que del bienestar del recuperador depende el “buen funcionamiento” del hogar, en tanto es él quien tiene el deber de suministrar los recursos necesarios para la supervivencia.

Las concepciones acerca de la relación autocuidado-trabajo coinciden con los identificados en los estudios de García [1], Sepúlveda [12, 13] y Gómez [14]. En tal sentido, los recuperadores son conscientes de que los factores de riesgo de su trabajo sustentan la ocurrencia de la mayoría de las enfermedades padecidas y consideran necesario fomentar prácticas de autocuidado que los contrarresten. Se deduce que para el recuperador, el autocuidado es una parte fundamental en la prevención de la enfermedad, ya que a través de él se logra evitar la aparición de ésta o disminuir sus efectos nocivos una vez se presenta.

En los tópicos relacionados con la prevención de la enfermedad y el autocuidado, se afianza la idea de que esta población ha acumulado saberes de importancia, como el carácter individual y colectivo de la prevención de la enfermedad y su impacto sobre el bienestar físico y social, entre otros.

A pesar de que, en la mayoría de los casos, reciclar constituye una última opción de empleo ante las condiciones de vida adversas que se les presentan, los recuperadores son conocedores de la importancia y de las consecuencias favorables que presenta su trabajo para el medio ambiente y la industria, lo cual ha ayudado de alguna forma a que miembros de esta población se sientan orgullosos de lo que son y de lo que hacen.

De acuerdo con estudios realizados por Sepúlveda [13] y Gómez [14] en Medellín en el 2004 y por García en Bogotá en 1991 [1], se encontró que los recuperadores tienen un amplio espectro de conocimientos relacionados con el autocuidado. Tal situación podría estar relacionada por las condiciones históricas, socioeconómicas y de trabajo que comparten y que se evidencia en las razones que arguyen acerca de por qué son recuperadores, los niveles de pobreza en que viven, los materiales a los que se exponen en el trabajo y las limitadas prácticas de autocuidado durante su labor.

No obstante, para estimar qué tanto los recuperadores ejecutan las prácticas para su autocuidado en relación con sus conocimientos, se hace necesario valorar la actitud de esta población para responsabilizarse y comprometerse

con la aplicación de las mismas, con el fin de disminuir los factores de riesgo. Los recuperadores expresan que las campañas educativas relacionadas con el autocuidado se centran en el uso de elementos de protección como los guantes y el tapabocas; sin embargo, arguyen que la no utilización se debe a la incomodidad, la disminución del rendimiento en la separación del material y porque la experiencia en el trabajo disminuye la probabilidad de ocurrencia de un accidente. Lo anterior lleva a pensar que las prácticas de autocuidado de los recuperadores se cimentan en las normas históricas y culturales del grupo, más que en los conocimientos formales.

En los recuperadores se manifiesta cierta desconfianza hacia los conocimientos ofrecidos por personas ajenas al grupo, ya que según ellos no solucionan sus problemas; por el contrario, confían plenamente en los saberes aprendidos en la cotidianidad y que hacen parte de su bagaje cultural, lo cual puede explicarse en el hecho de que tales saberes se transmiten por tradición. No se puede olvidar que este trabajo generalmente es desarrollado por grupos familiares, en los que desde niños se participa de las tareas. Así, se podría deducir que de alguna forma, entre los recuperadores sí se presentan prácticas de autocuidado, principalmente en la familia y en el estilo de vida, dado que consideran de gran valor actividades como la alimentación, el descanso, el buen uso del tiempo libre, el aseo personal, entre otros.

Según los diferentes autores citados, puede considerarse que en el trabajo de los recuperadores se presentan deficiencias en tales prácticas; no obstante, desde la perspectiva del recuperador, las prácticas de autocuidado en el trabajo no tienen impacto sobre la protección de las personas, ya que esta última depende de las prácticas de autocuidado manejadas en el seno del grupo, y que se fundamentan en la experiencia adquirida. En tal sentido, dado que las prácticas de autocuidado en el trabajo están determinadas por la historia del sujeto (su experiencia) y no por la educación formal, es necesario establecer un diálogo de saberes (de la comunidad y de los profesionales de la salud) que posibilite la introyección de los conocimientos formales sin violentar los tradicionales para que, de esta forma, se propicien estilos de vida más saludables en este grupo.

Conclusiones

- Los recuperadores conciben el autocuidado como la posibilidad de mantener el bienestar de la persona a través de estilos de vida que promuevan el sentirse bien y el poder trabajar, evitando la aparición de la enfermedad o disminuyendo sus consecuencias.
- Los recuperadores conocen los elementos de protección personal específicos para su trabajo y las prácticas que promueven el bienestar físico,

psicológico y social de la persona, como son los buenos hábitos alimenticios y de aseo y el evitar al máximo la exposición a factores de riesgo para la salud del individuo y el colectivo.

- Los recuperadores cuentan con el saber, principalmente dado por la experiencia, sobre las principales afecciones relacionadas con su trabajo (enfermedades que padecen o pueden padecer), sus causas y cómo prevenirlas. No obstante, en la mayoría de los casos este conocimiento no se aplica, debido a que las bajas condiciones económicas no les permiten obtener los implementos de protección personal que su trabajo diario les exige y, en otros casos, los factores culturales y laborales, como la experiencia personal, la costumbre o la poca productividad les impiden ejecutar las prácticas necesarias de autocuidado.
- Las prácticas de autocuidado en el trabajo se sustentan más en la primacía de la historia del grupo que en el saber científico.
- La prevención de la enfermedad es considerada por los recuperadores como consecuencia directa del autocuidado. En tal sentido, exponen su importancia basados en las consecuencias que les genera estar enfermos, como son los altos gastos en la atención en salud y el hecho de no poder trabajar, con lo que se afecta directamente la supervivencia de sus familias y también su grupo de trabajo, ya que se aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades.
- Los recuperadores expresan la importancia y necesidad del reciclaje dentro de una ciudad con alto grado de industrialización, como Medellín, dado el aporte de su trabajo al ambiente y a la economía. Además, reconocen la importancia de este trabajo como la principal o única fuente de empleo para personas con bajos niveles de escolaridad y de edad avanzada; también indican que, para algunos, este trabajo tiende a constituirse en legado familiar, debido a las deficientes condiciones de vida en que se encuentran.

Recomendaciones

Establecer un diálogo de saberes con los recuperadores sobre los estilos y las prácticas de autocuidado para propiciar cambios de comportamiento y acción que promuevan el cuidado de la salud de sí mismos y del entorno familiar y comunitario.

Debido a que las prácticas de autocuidado de los recuperadores se cimientan fundamentalmente en las normas históricas y culturales del grupo, más que en los conocimientos formales, se hace necesario desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con estrategias que tengan en cuenta los

resultados de este estudio, el diálogo de saberes y las necesidades sentidas de esta población.

Desarrollar programas por parte del Estado para brindar seguridad social a esta población, no solo en salud, sino también en aspectos que les garantice acceder a la nutrición adecuada, la seguridad ciudadana, la organización formal para obtener garantías laborales y el mejoramiento del nivel educativo, entre otras.

Reconocimientos

A la Asociación de Ingenieros Sanitarios de Antioquia (AINSA) por el apoyo logístico y a Armando Correa y Alejandro Mesa por el apoyo académico.

Referencias

1. García M. Modelo educativo para grupos de recolectores de material reciclable. Medellín: CINDE; 1991. p. 5-25.
2. Botero BE. Autocuidado en la vejez. Manizales: Editorial Universidad de Caldas; 1995. p. 5-6.
3. Botero BE. El autocuidado como estrategia para la vejez. Manizales: Editorial Universidad de Caldas; 2000. p. 1-10.
4. Uribe TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Investigación y educación en enfermería. Revista de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia 1999; 17(2): 110-117.
5. Espinel M. Autocuidado y salud: más que un concepto. Salud y Gerencia 1998; (16): 2-15.
6. Jáuregui CA, Suárez P. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Enfoque de salud familiar. 2ª ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2004. p. 22.
7. Ministerio de Protección Social. Dirección general de salud pública: Portafolio guía de la promoción de la salud en el municipio. Santafé de Bogotá: El Ministerio de Protección Social. p. 6.
8. Álvarez CB. Factores de riesgo ocupacionales y condiciones de salud de los recuperadores del basurero de Loma Grande, Montería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p. 22, 23, 34, 59, 60, 80.
9. Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. Bogotá: Círculo de lectura alternativa limitada; 1999. p. 77, 88.
10. Sandoval C. Investigación Cualitativa. Santafé de Bogotá: Editorial Corcas; 1997. p. 54-55.
11. Instituto del Seguro Social. Actitudes positivas para el autocuidado de la salud: Fomentos de estilos de vida saludable. p. 9-10.
12. Sepúlveda LA. Organización y dignificación de recicladores informales. El Reto, el medio del medio ambiente 2003; 6(48): 33-35.
13. Sepúlveda LA. La organización del reciclaje informal, camino para construir la equidad en Colombia. El Reto, el medio del medio ambiente 2004; (52): 7, 52.
14. Gómez J. Condiciones socioeconómicas y de salud de los recuperadores informales y de sus familias, del sector Guayaquil. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004. p. 58.

Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública

Accessibility to health services in the prison population in Colombia: a public health challenge

Jeniffer Hernández¹, Luz Mery Mejía O².

¹ Estudiante de Administración en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud, Grupo de Investigación Gestión y Políticas en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: jenicaher1@hotmail.com

² Administradora de Empresas, Magíster en Salud Pública, profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: luzmmejia@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 18 de noviembre de 2009. Aprobado: 29 de julio de 2010

Hernández J, Mejía LM. Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa: un reto para la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2010;28(2):132-140

Resumen

El presente artículo es producto de un estudio realizado con el propósito de sistematizar la información disponible relacionada con la accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa en los centros penitenciarios de Colombia. Para ello, se hizo una revisión bibliográfica y recopilación sistemática del material académico disponible en las principales bibliotecas universitarias de la ciudad de Medellín, en bases de datos científicas y en páginas electrónicas de organizaciones nacionales e internacionales que se han ocupado del tema. La información se sistematizó teniendo en cuenta algunos referentes históricos sobre centros penitenciarios y salud, el

registro de experiencias en algunos países y la normatividad vigente para la atención en salud de la población reclusa en el caso colombiano. Se concluye que a pesar de que se han realizado avances importantes para garantizar la atención en salud a la población reclusa, en los centros de reclusión aún persisten obstáculos y limitaciones que vulneran el derecho a la salud de esta población. Asimismo, se evidencia que este no ha sido considerado como un problema de salud pública en el país, por lo cual se considera un reto incorporarlo como tal.

-----Palabras clave: prisiones, accesibilidad a los servicios de salud, derecho a la salud

Abstract

This article is the result of a product of a study elaborated with the aim of systematizing the available information related to the accessibility to the health services of the prison population in the penitentiary centers. To this end, we reviewed the literature and systematic collection of the academic available material in the principal university libraries in the city of Medellín, scientific databases and the web pages of national and international organizations that have dealt with this topic. The information was systematized considering some historical references to prisons and health, the record of experiences in

some countries and the current regulations for health care in the prison population in the Colombian case. We conclude that although significant progress has been made to ensure health care for the prison population, in the prison there are still obstacles and limitations that infringe the right to health of this population. Likewise, it is evidenced that it has not been considered a public health problem in the country, which it is considered a challenge to incorporate it as such.

-----Key words: jails, accessibility, health services, health right

Introducción

Desde que las sociedades establecieron la privación de la libertad y la reclusión para sancionar a los individuos que transgredían las leyes y las normas, los centros de reclusión han estado indefectiblemente ligados a problemas de higiene y salubridad. En el siglo XVII, hablar de prisiones significaba hablar de tifus y de enfermedades mentales, y en el siglo XXI, estos centros están relacionados con hacinamiento, trastornos psicosociales y enfermedades transmisibles y no transmisibles, por lo cual representan problemas de salud pública [1].

En la Edad Antigua, los centros de reclusión se caracterizaban por ser mazmorras subterráneas y torres de castillos donde predominaban el olvido y el hacinamiento.

En la Edad Media, el recluso era sometido a toda clase de sufrimientos corporales. En esa época, la sociedad y el Estado no se interesaban por ellos [2].

Jeremías Bentham dio las primeras luces acerca del tratamiento penitenciario. En su obra *El panóptico*, además de exponer una tecnología de poder específica para resolver los problemas de vigilancia, hizo aportes relevantes en cuanto a la vida, la salud y el bienestar físico de los presos [3].

Michel Foucault también hizo valiosos aportes como estudioso de los problemas de los reclusos. En su obra *Cuando Vigilar y castigar* [4] estudió la dinámica del poder como castigo y analizó el proceso de éste desde los suplicios del siglo XVIII, hasta el empleo del tiempo en el sistema penal actual, en el que el castigo deviene más sutil, menos físico, y el cuerpo desaparece como blanco de la punición [5].

En Colombia, los centros de reclusión surgen con el desarrollo capitalista, cuando el sistema punitivo empezó a ser parte del mismo, por la función económica que cumplen, de modo que así se establecen las formas de represión. El orden penitenciario vino a tomar horizonte a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX en los ámbitos jurídico, social, doctrinario y político. En este rumbo desempeñaron un papel importante el pensamiento griego, la ideología cristiana y la iglesia católica, con sus respectivos papados [2].

En términos generales, los centros de reclusión presentan ambientes particulares que inciden negativamente en la salud de los reclusos. Condiciones de sobrepoblación y deficientes circunstancias locativas y sanitarias, entre otras, son factores de riesgo que favorecen la adquisición y transmisión de enfermedades [6]. La llegada de personas a estos centros genera mayor riesgo de enfermedad y aumenta la demanda de servicios asistenciales. Aunque teóricamente la prestación de servicios de salud para esta población es obligatoria por parte del Estado, al parecer en Colombia los

establecimientos penitenciarios no tienen la suficiente capacidad para asumir tal responsabilidad [7].

Cuando las personas pierden su libertad, se encuentran con restricciones de sus derechos, lo cual les impide el pleno disfrute de su ciudadanía. El derecho a la salud de esta población puede verse vulnerado debido a las dificultades que con frecuencia se le presentan para acceder a los servicios de salud [8], y la sociedad no debe ignorar lo que sucede con la atención en salud de esta población [9].

En la revisión bibliográfica, se encontró que la mayoría de publicaciones sobre salud en los centros de reclusión están enfocadas en el estudio de enfermedades de transmisión sexual y el consumo de drogas [10]; otras, a las condiciones en que se brinda la atención sanitaria en las prisiones y a las limitaciones de libertades y derechos [11]. Algunas investigaciones se han centrado en conocer el perfil de salud de las poblaciones reclusas y en mostrar sus necesidades y los procesos de exclusión social a los que están sometidas [12]. Otras afirman que el estudio de las condiciones de salud de la población penitenciaria tiene sus fundamentos en evidencias sobre una salud más deteriorada que la del resto de población [13].

En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que las autoridades deben asegurar suficientes recursos para la atención de salud en las cárceles [14], mientras que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que la ausencia de una eficaz atención sanitaria en los centros penitenciarios se debe a la falta de coordinación y organización entre ministerios [1].

Para el caso colombiano, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) describe características sociodemográficas de la población reclusa, resaltando que pertenece a los grupos más vulnerables de la sociedad, proveniente de zonas desfavorecidas, malamente atendidos por los servicios básicos y que ingresan a los centros de reclusión con problemas de salud [15].

Sobre la situación de salud de esta población, la Defensoría del Pueblo [16] la detalla como mala o regular.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, la Procuraduría General de la Nación [17] expresa las deficiencias en la prestación del servicio de salud, especialmente para mujeres e hijos convivientes. Otros destacan la inexistencia de programas especiales para el control de epidemias y las deficiencias en la atención de urgencias [18].

Metodología

Se revisó el material bibliográfico disponible en las siguientes bibliotecas universitarias de la ciudad de Medellín: Universidad de Antioquia, Universidad de San Buenaventura, Universidad de Medellín, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad Eafit, Universidad

Autónoma Latinoamericana y Fundación Universitaria Luis Amigó. Las bases de datos científicas consultadas fueron: Ebsco, Host, Science Direct, Scielo y PubMed, además de los cibernets de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP), la OPS, la OMS y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). Debido a limitaciones de tiempo y dinero, propias de los trabajos de grado de pregrado, la búsqueda bibliográfica en bibliotecas universitarias se concentró en la ciudad de Medellín, con lo cual se perdió la oportunidad de conocer otros estudios relacionados en resto del país.

Las palabras clave utilizadas fueron: cárcel, cárcel y salud, cárcel & salud, cárcel and salud, presos, cárcel de mujeres, reclusión de mujeres, internas del Buen Pastor, mujeres en cárceles, población reclusa y salud, accesibilidad salud población reclusa, accesibilidad a servicios de salud en cárceles, servicios de salud en cárceles, salud en prisiones, prison and health service, access and prison health service.

Los criterios definidos para la selección del material bibliográfico fueron los siguientes: que se tratara de artículos publicados en revistas indexadas o en libros, trabajos de grado e información oficial de organismos nacionales o internacionales que se han ocupado del tema; y para el caso colombiano, documentos del marco legal y normativo para la atención en salud en los centros penitenciarios.

Resultados

Sobre la accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa

En distintos países, la atención en salud en las cárceles adquiere especial relevancia; quizás en este ámbito, la experiencia más significativa hasta el momento sea la desarrollada por la SESP, organización científica que aglutina a los profesionales de la salud que prestan sus servicios en los establecimientos carcelarios de España [19], donde los modelos de atención sanitaria se corresponden con el modelo de atención primaria y especializada propio de la última reforma sanitaria española.

Entre sus estrategias, el modelo de atención cuenta con programas de prevención, de educación para la salud y de reducción de daños.

Los centros penitenciarios españoles disponen de equipos sanitarios de atención primaria constituidos por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, un odontólogo que asiste periódicamente al establecimiento y, en algunos casos, un farmacéuta. Este personal se asigna según el número de internos en cada centro penitenciario. La atención especializada se lleva a cabo de dos maneras: en algunos establecimientos, los especialistas van de manera periódica a prestar sus servicios (psiquiatra, internista, oftalmólogo, ginecólogo y dermatólogo,

entre otros). La otra forma es la derivación de internos a los especialistas del hospital de referencia que cada establecimiento tiene asignado [19].

Otra experiencia es la del grupo de trabajo de salud en las prisiones perteneciente a la OMS de la regional europea que se ha encargado de velar por la salud de los reclusos. Estos reconocen la prioridad de la salud en las prisiones y el desafío constante por la limitación de recursos [20].

En México, la atención en salud de la población reclusa se analiza desde la óptica de los derechos humanos, y se reconoce que uno de los problemas que afecta a su sistema penitenciario tiene que ver con la insuficiencia de servicios médicos y sanitarios, pues entre las quejas más frecuentes de los presos se encuentra la negativa de acceso al servicio médico [21].

En el caso de la región sur de México, existe sobrepoblación en la mayoría de los penales y deficiencias en todos los campos. Es el caso de la atención en salud donde cada penal cuenta con un médico que solo es para una atención básica [22].

En América Latina se destaca el caso de Argentina, donde se dispone del programa de cárceles saludables que emerge de la voluntad de varios actores institucionales, tales como los ministerios de salud y de justicia, la OPS/OMS y otros interesados en mejorar las condiciones de salud de la población reclusa. Los principios básicos de este programa se basan en desarrollar en las unidades del servicio penitenciario federal un entorno saludable que incluya los derechos humanos, éticos y legales de los internos y del personal penitenciario federal [23].

En Panamá, un informe de la Defensoría del Pueblo indica que los problemas de salud en la población reclusa son similares en ambos sexos y que la atención médica tiende a limitarse a la aplicación de inyecciones, toma de presión arterial, extracción de sangre para exámenes de rutina y algunas operaciones de cirugía menor. Particularmente, a las mujeres reclusas se les recetan tranquilizantes en forma excesiva, pues abundan los trastornos calificados como “nerviosos” [24].

En Uruguay, un informe sobre las condiciones de reclusión de las mujeres concluye que la asistencia médica de la mayoría de los centros penales no cuenta con una atención suficiente, especializada y de calidad que incluya la salud sexual y reproductiva, así como las situaciones de abuso de sustancias de las mujeres [25].

En los Estados Unidos, los centros de reclusión no escapan del modelo de seguros privados para la asistencia médica. Allí, a las personas que no son beneficiarias de una póliza de asistencia médica antes de su arresto, se les desconocen derechos para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas. A su llegada al centro de reclusión y durante su encarcelamiento, los reclusos son sometidos a exámenes médicos y de laboratorio para la tuberculosis y la sífilis, pero ni el VIH, ni la hepatitis

C ni otras enfermedades infecciosas se investigan ni se atienden sistemáticamente [26, 27]. Adicionalmente, se han documentado casos de profesionales de la salud que después de ser sancionados por ejercer su profesión, se les permite la práctica profesional en los establecimientos penitenciarios [26].

En Colombia, mediante el Decreto 2160 de 1992, se fusionó la Dirección General de Prisiones con el Fondo Rotatorio del Ministerio de Justicia y la Imprenta Nacional, y se creó el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), con el objetivo de garantizar los derechos fundamentales a los reclusos.

El INPEC, adscrito al Ministerio de Interior y de Justicia, es el encargado de dirigir el sistema penitenciario y carcelario en el país y ejercer la dirección, administración y control de los centros carcelarios y penitenciarios del orden nacional, además de atender su vigilancia interna [28].

El Instituto, en su afán de mejorar constantemente su servicio, ha formulado una serie de planes dentro de los cuales se ha incluido el componente de salud, y su objetivo institucional primordial es humanizar la atención en salud de los internos, asistir su tratamiento y mejorar su bienestar para su reinserción social [29].

Entre sus estrategias se ha propuesto aumentar la cobertura de los programas de promoción y prevención dentro de los establecimientos de reclusión, gestionar la afiliación de los internos al Sistema General de Seguridad Social y aumentar el presupuesto para

servicios de promoción y prevención, en concordancia con las pautas establecidas para tal fin [29].

En mayo del 2009, la población reclusa en Colombia ascendía a 80.490 internos. De acuerdo con la proyección de población colombiana realizada por el DANE [30] para el 2009, de 45.446.247 habitantes, la población reclusa representa 0,18% de la población.

Algunos referentes internacionales y nacionales sobre la atención en salud de la población reclusa

Respecto a los lineamientos internacionales relacionados con la atención en salud, la Declaración Universal de los Derechos Humanos [31] de 1948, en su artículo 22, se refiere a la seguridad social como un derecho de las personas integrantes de la sociedad. Estos derechos están reafirmados en los derechos económicos, sociales y culturales [31], en los cuales el derecho a la salud se reconoce en el artículo 12. Aunque estos lineamientos son válidos para la población reclusa, se dispone de otros más específicos para esta población, como son:

- convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes [32];
- reglas mínimas para el tratamiento de reclusos [33];
- conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión [34];
- principios básicos para el tratamiento de reclusos [35];

Tabla 1. Población reclusa nacional en mayo del 2009

Resumen mensual mayo de 2009														
Código	Regional	Capacidad	Total Población	Hacinamiento	Sexo		Sindicados		Total Sindicados	Condenados 1ª		Condenados 2ª		Total Condenados
					Hom	Muj	Hom	Muj		Hom	Muj	Hom	Muj	
100	Regional Central	20.051	28.741	43,30%	26.624	2.117	9.323	746	10.069	12.538	1.308	4.763	63	18.672
200	Regional Occidente	9.574	13.193	37,80%	12.346	847	3.986	310	4.296	6.599	496	1.761	41	4.917
300	Regional Norte	7.180	8.981	25,10%	8.804	177	3.980	84	4.064	3.680	73	1.144	20	4.917
400	Regional Oriente	7.148	9.208	28,80%	8.558	650	2.320	213	2.533	3.067	372	3.171	65	6.675
500	Regional Noroeste	5.044	9.689	92,10%	9.007	682	2.638	184	2.822	2.876	279	3.493	219	6.867
600	Regional Viejo Caldas	7.973	10.678	33,90%	9.972	706	2.289	218	2.507	4.219	381	3.464	107	8.171
Total mes		56.970	80.490	41,30%	75.311	5.179	24.536	1.755	26.291	32.979	2.909	17.796	515	54.199

Fuente: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), población interna en los establecimientos de reclusión discriminada por sexo, situación jurídica, y regional [29].

- principios de ética médica aplicables a la protección contra la tortura de personas presas o detenidas [36];
- Asociación Médica Mundial que conceptúa sobre la atención apropiada de pacientes prisioneros [37].

Para el caso de las mujeres, se dispone de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) [38]; la aplicación de las estrategias de Nairobi [39], orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer, y la Declaración de Beijing [40], que deben aplicarse sin discriminación a las mujeres reclusas.

En cuanto a los derechos de los niños, se dispone de políticas como la Declaración de los Derechos del Niño [41], la Convención para los Derechos del Niño de la UNICEF [42] y la Declaración Americana de los Derechos del Hombre [43], que deben aplicarse para garantizar los derechos de los niños convivientes con las madres reclusas.

El derecho a la salud de la población reclusa se aborda desde el punto de vista jurídico para garantizar la calidad de vida y un medio ambiente sano durante la reclusión. Se defiende que los derechos de los presos no tienen menor categoría, pues tienen derechos suspendidos, como el de la locomoción, y otros limitados, como el de la comunicación y la intimidad; pero los demás, como el derecho a la salud, son plenos, y este último, como servicio público a cargo del Estado, no se le puede negar al recluso [44].

Una de las intervenciones que en materia de salud se ha identificado para la población reclusa colombiana es el Plan Piloto de Salud Comunitaria [45], desarrollado en la cárcel del distrito judicial de Pereira en el 2001.

Entre las conclusiones de esa intervención se destacó el mejoramiento de algunas condiciones de salud y bienestar de los internos, tales como su crecimiento personal, el reconocimiento del otro y de su individualidad, el empoderamiento de sus procesos sociales y de salud, la apropiación del autocuidado, la cualificación y el fortalecimiento de sus habilidades, entre otros.

En el 2003, la Defensoría del Pueblo [16] realizó un estudio sobre la atención en salud y las condiciones sanitarias de los distintos centros de reclusión del país.

El estudio mostró que un gran número de reclusos consideran la atención en salud como mala o regular, que las áreas de sanidad no reúnen las condiciones de higiene adecuadas para funcionar y que no se dispone de atención médica nocturna. Asimismo, que las emergencias son de difícil resolución por los trámites administrativos y dificultades para las remisiones a instituciones prestadoras de servicios de salud, lo cual en ocasiones pone en grave riesgo la vida de los internos.

Posteriormente a esta investigación, en el 2005 la Defensoría [7] divulgó un informe sobre la prestación de servicios de salud para la población reclusa, donde presenta consideraciones referentes a la situación de salud que se vive en los centros de reclusión de Colombia. En

este informe se expresa que “el Ministerio de la Protección Social no ha dado cumplimiento a sentencias proferidas por la Corte Constitucional con las que se pretende garantizar el derecho a la salud de esta población”; asimismo, dice que “el Consejo de Seguridad Social no ha tomado medidas contundentes para garantizar el derecho a la salud de la población reclusa”.

Por su parte, el Instituto Popular de Capacitación (IPC) analizó en el 2005 la situación de derechos humanos en las cárceles de Bellavista y el Buen Pastor de Medellín. De acuerdo a las visitas realizadas por esta entidad, se observó que la atención en salud que presta el INPEC no satisface las necesidades básicas de la población reclusa en general [46].

Otro estudio realizado por la Pastoral Social de Medellín en el 2005 sobre los centros de reclusión del área metropolitana y los municipios de La Estrella y Bello, concluye que las condiciones de higiene, sanidad, educación y alimentación, entre otras, aunque han presentado avances significativos para mejorar las condiciones de vida de los internos, no se pueden considerar óptimas, ya que no satisfacen al grueso de la población reclusa [47].

En cuanto a la población reclusa femenina, en el 2006 la Procuraduría General de la Nación y otros autores [17, 48] las caracteriza como madres solteras o separadas de bajo nivel socioeconómico y cabeza de familia en la mayor parte de los casos. Para ellas, es notable la falta de atención médica adecuada durante el embarazo y el posparto. Hay deficiencias en la prestación del servicio de salud materno-infantil, muchas no acceden al control prenatal y sus hijos nacidos en reclusión no reciben control adecuado para su crecimiento y desarrollo.

El estudio de la Personería de Medellín del 2008 que describe la situación de salud de los centros de reclusión de Bellavista y El Buen Pastor encontró que las áreas de sanidad no reúnen las condiciones de higiene, asepsia y ventilación adecuadas para la prestación del servicio de salud y que las farmacias no disponen del surtido de medicamentos necesarios para tratar adecuadamente las diferentes enfermedades. Con ello no sólo se viola el derecho a la salud de los reclusos, sino también su derecho a la dignidad [49].

Normatividad colombiana para garantizar la atención en salud de la población reclusa

El derecho a la salud se encuentra amparado por los artículos 48 al 50 y el 64 de la Constitución Política de Colombia [50]. Las mujeres y los niños se protegen especialmente en los artículos 43 y 44. Teniendo en cuenta que las personas objeto del estudio se encuentran privadas de la libertad, se debe considerar el inciso 3 del artículo 13 de la Constitución que se refiere a la protección especial de aquellas personas que se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.

Las normas por las cuales se garantiza el derecho a la salud de los colombianos están enmarcadas en la Ley 100 de 1993 [51], que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la Ley 1122 del 2007 [52], en la que se incluye en su artículo 14, literal M, a la población reclusa. Para su reglamentación, en el 2009 el gobierno nacional expidió el Decreto 1141 [53] que ordena la afiliación de la población reclusa al régimen subsidiado en salud. En éste se tiene en cuenta la afiliación de los internos reclusos en los establecimientos de reclusión, en prisión y detención domiciliaria o bajo sistema de vigilancia electrónica a cargo del INPEC, así como la población reclusa a cargo de las entidades territoriales en establecimientos de reclusión del orden departamental, distrital y municipal, además de los menores de tres años que convivan con sus madres en estos establecimientos.

En este decreto se dispuso que los reclusos en el país estarán afiliados en el régimen subsidiado, con subsidio total a través de una EPS-S de naturaleza pública del orden nacional y que aquellos internos afiliados al régimen contributivo conservarán su afiliación, siempre y cuando continúen cumpliendo con las condiciones de dicha afiliación. Igualmente, los internos afiliados al régimen subsidiado continuarán con su afiliación con cargo a las fuentes que vienen financiando este aseguramiento. Asimismo, se estableció que la financiación se realizará con los recursos apropiados en el presupuesto general de la nación para el INPEC, con destino a la atención en salud de esta población. Finalmente, la afiliación quedará suspendida una vez el interno culmine el periodo de reclusión.

Por otro lado, el Código Penitenciario y Carcelario (Ley 65 de 1993) [54], contiene consideraciones importantes referentes a la dignidad humana y a las garantías constitucionales para garantizar la atención en salud de los reclusos, que incluyen servicio de sanidad, servicio médico penitenciario, asistencia médica y procedimientos a seguir en caso de enfermedad mental.

El Acuerdo 0011 de 1995 [55] del INPEC provee los elementos necesarios en los artículos 46 al 50 respecto de la implementación de los servicios de salud: cómo actuar ante una urgencia, control de medicamentos y programas de salud preventiva y saneamiento ambiental, incluidos los programas de salud ocupacional.

La circular 038 del 2007 del INPEC [56] define las pautas generales de habilitación dentro de los establecimientos penitenciarios, con el fin de brindar atención de calidad a la población reclusa.

Asimismo, hay una serie de sentencias proferidas por la Corte Constitucional en las cuales se defiende el derecho a la salud de la población reclusa en los centros penitenciarios y que manifiestan el incumplimiento de la prestación de los servicios de salud a la población reclusa,

a pesar de las normas existentes, que son las sentencias T-437/93, T-473/95, T-535/98, T-583/98, T-606/98, T-607/98, T-530/99, T-524/99, T-256/00, 1474/00 y T-233/01. Todas estas sentencias se han proferido para defender el derecho a la salud de esta población.

Discusión

Idealmente, las sociedades deberían disponer de mecanismos suficientes y adecuados para garantizar servicios de salud a toda la población de manera integral y con calidad, oportunidad, transparencia y efectividad, de forma permanente, teniendo en cuenta que la salud es un bien público que no debe estar sujeto a ninguna condición política, económica o social.

En el caso de la población reclusa, la mayoría de estudios y experiencias encontrados identifican y analizan las deficiencias del sistema penitenciario en cuanto a la protección de la salud, pero no exploran posibilidades reales para promover y solucionar los problemas de acceso a los servicios de salud de esta población. Las excepciones en este caso serían Argentina con su programa de cárceles saludables y España, donde se ha logrado desarrollar el modelo de atención primaria en los establecimientos penitenciarios y en los hospitales adscritos para la atención de reclusos.

En cuanto a las directrices internacionales relacionadas con los derechos humanos y el derecho a la salud, puede interpretarse que éstas no siempre se aplican a la población reclusa en los países. En el caso colombiano, la normatividad del sistema de salud establecido desde 1993 no incluyó a la población reclusa como población objeto del SGSSS sino hasta la expedición de la Ley 1122 del 2007 y del Decreto 1141 del 2009. Esto, debido a que la atención en salud de esta población ha sido responsabilidad directa de las instituciones del sistema penitenciario y no de las instituciones que hacen parte del SGSSS.

Con la expedición del Decreto 1141 del 2009 se pretendió resolver este problema ordenando el aseguramiento en el régimen subsidiado en salud de la población reclusa más pobre, reiterando que aquellos que tengan capacidad para cotizar en el régimen contributivo de salud lo hagan y puedan recibir los servicios de salud de parte de la entidad aseguradora responsable. En este caso, el INPEC dejaría de cumplir aquella función de prestación de servicios que no es de su competencia en tanto existen en el SGSSS entidades responsables del aseguramiento y de la prestación de servicios de salud (IPS). Así, el INPEC se constituirá en facilitador entre la población reclusa y las instituciones aseguradoras y las IPS para garantizar el acceso a los servicios de salud.

No obstante, a la fecha de elaboración de este artículo, el Decreto 1141 del 2009 no se había logrado

implementar con éxito, y por tal razón, el INPEC continúa con la responsabilidad de garantizar la atención en salud de la población reclusa.

En tal sentido, podría considerarse que en Colombia se han logrado avances importantes, pero no suficientes, en relación con los servicios sanitarios de los establecimientos del sistema penitenciario. Por ello, el mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud de los internos en los centros de reclusión dependerá no solo de factores políticos y económicos, sino también de la capacitación y el liderazgo de esta población para desarrollar habilidades de promoción y cuidado de la salud en el ámbito penitenciario, al tiempo que se requiere su empoderamiento para hacer valer su derecho a la salud. En tal sentido, es importante considerar el rol de la academia en el medio penitenciario, pues se trata de una población cautiva en un medio donde se requiere mayor énfasis en acciones de salud pública para promover la salud.

Conclusión

Se concluye de este estudio monográfico que a excepción de Argentina y España, los centros de reclusión en otros países presentan importantes limitaciones para garantizar el derecho a la salud de la población reclusa, principalmente por deficiencias en la infraestructura locativa, insuficiente personal asistencial y escaso suministro de medicamentos. En Colombia, a pesar de que se han desarrollado mecanismos y acciones para mejorar la salud de esta población, el sistema de salud penitenciario aún presenta deficiencias que obstaculizan el acceso a los servicios de salud. El reto de la sociedad y del Estado es superar estos obstáculos y garantizar el acceso a los servicios de salud de la población reclusa que se entiende como altamente vulnerable.

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud. Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 2008.
- Chacón I. Contexto Penitenciario Colombiano. 2.^a ed. Bogotá: Ediciones Jurídicas Andrés Morales; 2005. p. 4-35.
- Bentham J. El panóptico. [Internet] [Acceso 17 de octubre de 2008]. Disponible en: http://www.elortiba.org/panop.html#El_Panoptico_.
- Foucault M. Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. 8. ed. México: Siglo Veintiuno Editores S.A; 1983.
- Martínez J. Vigilar y castigar tras la mirada de Foucault. Hojas Universitarias 2004; 55: 32-40.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-606 de 1998, octubre 27, acción de tutela instaurada por Luis Alberto Carreño contra el INPEC. Bogotá: La Corte; 1998.
- Colombia. Defensoría del Pueblo. Informe sobre prestación de Servicios de Salud en Centros Penitenciarios y Carcelarios de Colombia, 2005. [Internet] [Acceso 14 de enero de 2008]. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe_120.pdf.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-535 de 1998, septiembre 30, acción de tutela incoada por Luis Carlos Sánchez Carvajalino contra la Penitenciaría Nacional de Cúcuta. Bogotá: La Corte; 1998.
- Colombia. Procuraduría General de la Nación. Privados de la libertad no de derechos. [Internet] [Acceso 24 de julio de 2008]. Disponible en: <http://www.procuraduria.gov.co/descargas/estrategia/insertos/Inserto3.pdf>.
- Restrepo C, Echavarría I. Diagnóstico de salud física, mental y ocupacional en internas del Centro de Reclusión para Mujeres el Buen Pastor de Medellín, 2008. [Trabajo de grado en Administración en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2008.
- Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Quiénes somos. [Internet] [Acceso 10 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.sesp.es>.
- Lazaro M, Gonçalves J, Gonçalves S, Godoi A. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. Ciênc. saúde coletiva 2006; 11 (2): 461-471.
- Oviedo E, March J, Ramos M, Ballesta R, Prieto M. Perceived Health and Use of Health Care Services in Inmates of an Andalusian Prison, 1999. Rev. Esp. Salud Pública. [Internet] 2005 Feb [Acceso 24 de Marzo de 2009]; 79(1): 35-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272005000100004&lng=en&NRM=ISO
- Organización Mundial de la Salud. Programa mundial sobre el sida: Directrices de la OMS sobre la infección por el VIH y el sida en las cárceles. Ginebra: OMS; 1993.
- Organización de las Naciones Unidas. Centros de Reclusión en Colombia: un estado de cosas inconstitucional y de flagrante violación de derechos humanos. 2001. [Internet] [Acceso 27 de junio de 2008]. Disponible en: <http://www.geocities.com/alertanet4/carcelescolombia.htm>
- Colombia. Defensoría del Pueblo de Colombia. Situación del Servicio de Salud en las Cárceles de Colombia. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2003. p. 19-24.
- Colombia. Procuraduría General de la Nación. Mujeres y Prisión en Colombia: análisis desde una perspectiva de Derechos Humanos y Género. 2006. [Internet] [Acceso 24 de julio de 2008]. Disponible en: <http://www.procuraduria.gov.co/descargas/publicaciones/mujeresyprisionencolombia.pdf>.
- Comité de Solidaridad con los presos Políticos, Corporación Colectivo de Abogados "José Alvear Restrepo". La Sin-Razón situación carcelaria en Colombia. Bogotá: Rodríguez Quito Editores; 2000. pág. 76.
- Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Sanidad Penitenciaria: nuestro trabajo. [Sitio en internet] [Acceso 18 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.sesp.es/sanidadpenitenciaria.htm?PHPSESSID=e551cda22d99427b89da9377449caac0>.
- World Health Organization. Health in prisons: Health promoting in the prison setting. Summary Report on a WHO Meeting, London 1995-1996 Marzo. Report No EUR/ICP/ADA 043 (S).
- Ferrusca M. Derechos Humanos y Prisión: notas para el acercamiento. Boletín Mexicano de Derecho Comparado 1999; 32 (95): 521-547.

22. Alarcón L. la situación de los penales en la Región Sur. *Pastoral Andina* 2000; 132: 2-3.
23. Organización Panamericana de la Salud. *Cárceles saludables: Promoviendo la salud para todos*. Argentina: OPS; 2003.
24. Antony C. *Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina*. Nueva Sociedad 2007; (208): 73-85.
25. Uruguay. Presidencia de la República Oriental de Uruguay. Mesa de Trabajo sobre las condiciones de las mujeres privadas de libertad de Uruguay. *Mujeres Privadas de la Libertad en el Uruguay: informe sobre las condiciones de reclusión*. [Internet] [Acceso 24 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/09/reclusas.pdf.
26. Comfort M. Los Estados Unidos Enfermos de sus prisiones: La prisión como incubadora de epidemias. *Le Mon Diplo* 2003; 14: 12-13.
27. National Commission on National Health Care. The health status of son-to-be released inmates, 2002. En: Comfort M. *Los Estados Unidos Enfermos de sus prisiones: La prisión como incubadora de epidemias*. *Le Mon Diplo* 2003; 14: 12-13.
28. Ministerio de Interior y de Justicia. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario [Internet] [Acceso mayo 3 de 2009]. Disponible en: <http://www.mij.gov.co/eContent/newsdetailmore.asp?id=2215&idcompany=2>
29. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario/inpec. 2009. [Internet]. [Acceso mayo 3 de 2009]. Disponible en: http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC_DISEÑO/SeccionINPECcomoinstitucion/Pagina%20-%20INPEC%20Hoy/Planes/Planes%20-%20Accion_copia.
30. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. *Proyecciones de población 2009*. [Internet] [Acceso mayo 3 de 2009]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72
31. Oficina en Colombia del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Interpretación de las normas internacionales sobre derechos humanos: observaciones y recomendaciones generales de los órganos de vigilancia de los tratados internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas. Bogotá: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2002.
32. Asamblea General de la ONU. Resolución 39/46 de 1984, diciembre 10, Convención Contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Ginebra: la Asamblea; 1984.
33. Organización de las Naciones Unidas. Resolución 663C (XXXIV) de 1957, julio 31, por la cual se establecen las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos adoptadas por el primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. Ginebra: la Organización; 1957.
34. Asamblea General de la ONU. Resolución 43/173 de 1988, diciembre 9, por la cual se adoptan el Conjunto de Principios para la Protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de Detención o Prisión. Ginebra: la Asamblea; 1988.
35. Asamblea General de la ONU. Resolución 45/111 de 1990, diciembre 14, por la cual se adoptan los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos. Ginebra: la Asamblea; 1990.
36. Asamblea General de la ONU. Resolución 37/194 de 1982, diciembre 18, por la cual se aprobó los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Ginebra: la Asamblea; 1982.
37. Asociación Médica Mundial. Declaración de Edimburgo de 2000, octubre 25, sobre las condiciones carcelarias y la propagación de la tuberculosis y de otras enfermedades contagiosas. [Internet] [Acceso 7 de abril de 2009]. Disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/p28.htm>.
38. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 34/180 de 1979, diciembre 18, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer/ CEDAW. Ginebra: la Asamblea; 1979.
39. Asamblea General de la ONU. Resolución 48/108 de 1993, diciembre 20, por la cual se establece la aplicación de las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer. Kenia: la Asamblea; 1993.
40. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia de Beijín. Cuarta conferencia mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer. Beijín: la Organización; 1995.
41. Asamblea General de la ONU. Resolución 1386 (XIV) de 1959, noviembre 20, Declaración de los Derechos del Niño. Ginebra: la Asamblea; 1959.
42. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. *Un mundo apropiado para los niños y las niñas: Convención sobre los derechos del Niño*. New York: UNICEF; 2008.
43. Organización de los Estados Americanos. Resolución AG/1591 (XXVIII-098) de 1998, junio 2, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Washington: la Organización; 1998.
44. López G, Restrepo L. Los derechos también van a las cárceles: el derecho a la salud en las cárceles de Bellavista, Andes, y Ciudad Bolívar-Antioquia, 1996. [Monografía para optar el título de especialista en Ciencias Forenses]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas; 1996.
45. Engelberts M, Arango S. Una visión general del primer plan piloto de salud comunitaria en la cárcel distrito judicial Pereira 2001-2002. *Rev Med Risaralda* 2002; 8(1): 46-51.
46. Instituto Popular de Capacitación. Situación de derechos humanos en las cárceles Bellavista (varones) y El Buen Pastor (mujeres). *Relecturas Medellín* 2005; 29(292): 81-83.
47. Roldán J, González L. Situación de los Derechos Humanos en las cárceles del Área Metropolitana. Diagnóstico sobre los derechos humanos en las cárceles: Bellavista, La Estrella, Itagüí, Reclusión de Mujeres Buen Pastor y San Quintín-Bello. Medellín: Cáritas Arquidiocesana Medellín/Pastoral Social; 2005.
48. Ramos P. *Violencia Contra las Mujeres Privadas de Libertad en América Latina: Diagnóstico de la situación de las mujeres encarceladas en Colombia*. 2004. [Internet] [Acceso 24 de julio de 2008]. Disponible en: <http://www.dplf.org/uploads/1190750354.pdf>.
49. Medellín. Personería de Medellín. Informe de Derechos Humanos 2008. La situación en los establecimientos carcelarios, p 28-29. [Internet] [Acceso 14 abril de 2009]. Disponible en: http://www.personeriamedellin.gov.co/Portals/0/docs/Informe_dhh/Resumen_Ejecutivo_Informe_ddhh.pdf.
50. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991, julio 4, por la cual se proclama la Constitución Política de Colombia. Bogotá: La Asamblea; 1991.
51. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
52. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007, enero 9, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el Congreso; 2007.

53. Colombia. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Decreto 1141 de 2009, abril 1, por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el Ministerio; 2009.
54. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 65 de 1993, agosto 20, por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario. Bogotá: el Congreso; 1993.
55. Bogotá. Consejo Directivo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. Acuerdo 0011 de 1995, octubre 31, por el cual se expide el Reglamento General al cual se sujetarán los reglamentos internos de los Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios. Bogotá: el Consejo; 1995.
56. Bogotá. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. Circular 038 de 2007, junio 21, por la cual se dictan las pautas generales de habilitación. Bogotá: El INPEC; 2007.

Justicia global, pobreza y mortalidad materna*

Global justice, poverty and maternal mortality

Flor de María Cáceres M¹

¹ Enfermera, Magíster en Epidemiología, especialista en Epidemiología, profesora asistente, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander. Estudiante de Doctorado en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: fmcacer@uis.edu.co, flordemar200@yahoo

Recibido: 26 de julio de 2010. Aprobado: 03 de octubre de 2010

Cáceres FM. Justicia global, pobreza y mortalidad materna. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2010;28(3):260-265

Resumen

La justicia global se sitúa hoy día en un ambiente de tensión y debate, con una serie de postulados que intentan explicar las relaciones entre los países, teniendo como telón de fondo los acuerdos logrados por los organismos supranacionales. Este entramado de relaciones, no siempre justas ni equitativas, ha tenido como consecuencia el aumento de la acumulación de riquezas en pocas manos y de pobreza en un número cada vez mayor de habitantes de países pobres y regiones geográficas con limitaciones para el acceso, tanto a recursos como a los adelantos tecnológicos y científicos. La pobreza, la exclusión y las inequidades limitan cada vez más las posibilidades de

progreso y bienestar de las comunidades, con consecuencias graves, como es el deterioro en los indicadores básicos de desarrollo. La mortalidad materna (MM) se considera un indicador centinela, pues corresponde, en la mayoría de los casos, a muertes prematuras, evitables con medidas básicas de educación, promoción de salud y acceso oportuno a servicios de salud. El objetivo de este ensayo es defender la tesis de que la falta de justicia global ha limitado el alcance de las metas relacionadas con la disminución de la pobreza y de la MM.

-----*Palabras clave:* pobreza, mortalidad materna, justicia social

Abstract

Global justice is currently situated in an ambiance of tension and debate, facing a series of statements attempting to explain relationships among countries, based on the background of agreements already accomplished by supranational agencies. This network of relationships, not always fair nor equitable, has resulted in an increased accumulation of wealth in just a few hands and poverty in a growing number of people in poor countries and geographic areas with restrictions to access both to resources and to technological and scientific advances. Poverty, exclusion and inequalities limit all together the

opportunities for development in these communities, with the outcome of serious consequences such as the deterioration in basic indicators of development. Maternal mortality rate (MM) is considered a sentinel indicator since it belongs in most cases to premature deaths which would be avoidable through proper measures in education, health promotion and timely access to quality health services. The purpose of this essay is to defend the thesis that the lack of global justice has limited the scope of the goals related to poverty and mm reduction.

-----*Key words:* poverty, maternal mortality, social justice

* Este artículo es producto del seminario sobre justicia global, cursado durante el primer semestre del 2010 en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Introducción

El concepto de justicia debe en gran parte su desarrollo a los planteamientos de Rawls en la teoría de la justicia [1], con sus postulados de que toda persona tiene el mismo derecho a un esquema plenamente válido de iguales libertades básicas y que las desigualdades sociales y económicas deben estar asociadas a cargos y posiciones asequibles a todos en igualdad de oportunidades y suponer un mayor beneficio para los miembros menos aventajados de la sociedad [2]. Con todo y su trascendencia, estos planteamientos son insuficientes para orientar la justicia en el ámbito del mundo globalizado, a la vez que plantean nuevos retos a filósofos, científicos y académicos.

La “justicia global” es una categoría nueva de la justicia a partir de la concepción del mundo, ya no como conjunto de Estados, sino como aldea global. Lo que antes se denominaba justicia internacional, ley de las naciones o ética internacional [3], ahora corresponde a la justicia global e incluye un entramado complejo de relaciones entre naciones y de ellas con organizaciones supranacionales, con corporaciones internacionales o con asociaciones. De tal manera, el concepto de justicia global es más amplio, complejo y derrumba la separación tradicional entre relaciones internacionales e internacionales, al tiempo que extiende el análisis moral a todo el campo [3]. Así las cosas, el asunto de la justicia se complejiza bajo la supremacía de las naciones más ricas y poderosas que defienden sus intereses económicos y la apropiación de mercados y recursos con miras a sostener su hegemonía en el ámbito mundial.

En este contexto, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) propuso en el año 2000 los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con metas propuestas a alcanzar en el 2015, con énfasis especial en promover la equidad y erradicar la pobreza extrema y el hambre en el mundo [4]. Uno de los ODM consiste en reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna (MM). Esta se define como el fallecimiento de una mujer durante el embarazo, el parto o los 42 días posteriores a éste, por causas relacionadas o agravadas por el embarazo o su atención [5]. Sin embargo, a menos de cinco años de plazo para el cumplimiento de las metas de los ODM, los resultados son poco alentadores, tanto en reducción de la pobreza como de la MM. El objetivo de este ensayo es defender la tesis de que la falta de justicia global ha limitado el alcance de los ODM en las metas relacionadas con la erradicación de la pobreza y la disminución de la MM.

La justicia global

La justicia global es un valor derivado de la preocupación de que “no vivimos en un mundo justo” [6], y de que

muchas personas son extremadamente pobres, mientras que unas pocas ostentan grandes riquezas. Hay quienes viven subyugados por regímenes tiránicos y dictatoriales, lo cual los hace más vulnerables a la violencia, las enfermedades y a morir en forma prematura [3] por causas evitables, como es el caso de la MM.

Esta realidad suscita un llamado a la reflexión permanente sobre el ejercicio de la justicia global, partiendo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que en su artículo 25 dice:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar de sí mismo y de su familia, incluso alimentación, vestido, vivienda y atención médica; así como los servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otra falta de medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad” [6].

Asimismo, se espera compromiso moral con el cumplimiento de los derechos de todos los habitantes del mundo, de acuerdo con el artículo 28, que dice: “Toda persona tiene derecho a un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamadas en esta Declaración se hagan plenamente efectivos” [7]. Esta afirmación conlleva derechos positivos y negativos: los positivos implican la asistencia y la responsabilidad de proteger y cumplir los derechos humanos, mientras que los derechos negativos implican los deberes de justicia, tal como lo expresa la declaración.

Desde el advenimiento de la teoría de la justicia, Rawls argumentó que se requería, además de justicia, un fuerte componente de igualdad entre los ciudadanos; pero aunque es fácil entender que cualquier persona del mundo tiene iguales derechos, esta es una demanda política específica que aplica para las estructuras básicas de un Estado-nación unificado, y no es fácil extrapolarlo en el escenario de las relaciones entre una sociedad y otra, ni para los miembros de diferentes sociedades, ni para quienes viven en diversos contextos, todos los cuales requieren de otros estándares [6].

En este sentido, se hace necesario un concepto más amplio de justicia que aplique a las condiciones del mundo globalizado, que responda a la cuestión de cuáles son los compromisos de los habitantes del mundo —unos con otros—, cuáles las instituciones y estándares éticos que deben ser reconocidos y aplicados para garantizar los derechos y cuáles son los mecanismos para que los principios de justicia se cumplan con todos los Estados y con todos los ciudadanos, y que haya respeto por los derechos humanos en todo el mundo; además, que cuestione las causas de las desigualdades sociales, que intervenga las inequidades y las asimetrías estructurales en las relaciones de poder del orden actual y que proponga estrategias para garantizar los derechos sociales, económicos y culturales, además de la paz y

la seguridad, en una segunda globalización, tal como lo plantea Cortés [8].

Ahora bien, el sistema de Estados fue transformado por la globalización y la creación de instituciones políticas y económicas supranacionales como la ONU, el Banco Mundial (BM), la Organización Internacional del Comercio (OMC) y el Fondo Monetario Internacional (FMI); además de entidades y organismos de cooperación y ayuda, así como organizaciones no gubernamentales que entran a cumplir un papel importante en la dinámica de las relaciones y, por lo tanto, en el concepto y la administración de la justicia global y los derechos humanos, todo esto en un ambiente donde se imponen los principios del libre mercado, la rentabilidad económica y la obtención de ganancias a toda costa. Es así como la pobreza y la exclusión han crecido a escala global, con una sobreexplotación de los recursos y las personas y con la acumulación en proporciones obscenas de la riqueza en muy pocas manos [9] sin que importen el hambre ni el sufrimiento de la mayoría de las personas.

Los organismos internacionales (BM, OMC, FMI) están dirigidos por los países ricos, con gran poder en la toma de decisiones y de manipulación de los acuerdos a su favor, hechos que han motivado más el debate sobre la justicia global. El tema de la imparcialidad se centra en el significado moral de los límites de la ciudadanía y de la ciudadanía compartida, con diversas posturas. Por ejemplo, los realistas argumentan que no existen estándares éticos globales y, mientras tanto, los Estados intentarán actuar según sus propios intereses, pues nada está prohibido.

No existe la obligación de ayudar a los pobres, a menos que dicha ayuda sirva a sus objetivos estratégicos [10]. Este argumento y la lógica subyacente son muy lesivos para los pobres y contraviene la declaración universal de los derechos humanos, pues la ayuda no lo es, y más bien corresponde a otra manera de explotación y empobrecimiento de los menos favorecidos. Mientras que los cosmopolitas, que se definen como ciudadanos del mundo, abogan por un manejo más justo de las relaciones entre los Estados y de estos con sus habitantes.

Sin embargo, los acuerdos entre los poderosos actúan en contra de la justicia global de diferentes maneras, por ejemplo: el proteccionismo asimétrico de los mercados en los países ricos, los mayores impuestos a las importaciones provenientes de países pobres, las normas medioambientales y sanitarias, excesivas con los pobres y permisivas con los poderosos, el traslado de grandes empresas a países pobres con la consecuente evasión de impuestos y explotación de los trabajadores, especialmente mujeres, entre otras maneras. En ese mismo sentido, la flexibilización del trabajo en virtud de los tratados —que no es más que la precarización de las condiciones laborales impuestas a los más pobres—, a lo que se suma el cobro de onerosas sumas por derechos de propiedad intelectual, la facilidad que se da a los flujos

financieros ilícitos, el desvío de dineros de los países pobres a través de la evasión fiscal, la malversación de fondos, el fomento de la corrupción y la opresión a los países pobres son muestras fehacientes de falta de justicia global [11].

Por otra parte, no se cuenta con la desventaja de los pobres por la falta de conocimientos técnicos y de participación en las decisiones de las entidades supranacionales; por ejemplo, en el caso de la contaminación por la industria, los pobres son los menos beneficiados y quienes menor capacidad tienen para protegerse de los efectos nocivos de esta. También, la venta de recursos naturales tiene efectos desastrosos para los países proveedores pobres: el comprador rico tiene el poder y le conviene mantener gobiernos corruptos mediante incentivos a la violencia, el ejercicio del poder político y el soborno de funcionarios, sin importar lo mal que gobiernan, lo cual hace que tanto la pobreza como la inequidad aumenten. Los préstamos internacionales, considerados un privilegio para los pobres, no son más que otra herramienta de injusticia global, ya que facultan a los ricos para imponer obligaciones onerosas por deudas contraídas y socavan la capacidad de los gobiernos democráticos para tomar sus propias decisiones, hacer reformas estructurales y adelantar programas políticos y sociales, todo lo cual los convierte en inestables y poco exitosos [3, 11].

Estos eventos, entre muchos otros, son prueba de la falta de justicia en los acuerdos multilaterales. Las políticas implementadas defienden la libertad individual de los ricos en detrimento de los derechos colectivos; además, se constata una absoluta negación de las consecuencias adversas e irreversibles del sistema económico y se presta poca atención al impacto sobre el medio ambiente, la integración social y la equidad de género [12].

Estos eventos además conllevan al empobrecimiento de los habitantes de países pobres y, obviamente, de las mujeres, que son afectadas por la inequidad de género y sufren en mayor escala los rigores de la injusticia, la exclusión, la explotación laboral y la pobreza.

La pobreza y la exclusión social

La pobreza no es solamente la falta de ingresos; recientemente se ha reconocido su carácter multidimensional, con diferentes matices para definirla como carencia, como necesidades insatisfechas, como falta de desarrollo de las capacidades o como exclusión de derechos [13]. Algunos catalogan la exclusión social como la faceta más importante de la pobreza [14]. Al igual que en su definición, también se presenta controversia con respecto a la manera de medir las cifras de pobreza. Uno de los indicadores más usados es el producto

interno bruto (PIB), con el inconveniente de que se trata de un promedio que puede llevar a conclusiones erradas y no permite ver las inequidades. Se han planteado otras alternativas, teniendo en cuenta el costo de los servicios como la salud, la educación, el transporte; además de la consideración de las inequidades de género y algunas variables de bienestar [15]. También hay controversia en cuanto a su magnitud: mientras que el BM informa que hay disminución de la pobreza, la FAO estima que hay aumento de la desnutrición crónica, causada por la disminución de los ingresos y el aumento del desempleo y de la pobreza [16]. A pesar de la controversia desatada desde su definición, la manera de medirla y sus indicadores, la impresión general es que la pobreza ha aumentado en el mundo: cada vez el número de pobres es mayor y la justicia global se percibe como ausente.

Con respecto a la exclusión social, Figueroa señala que esta se refiere a los mecanismos que generan pobreza, razón por la que esta debe ser analizada en función de la exclusión social para explicar sus orígenes y diseñar políticas adecuadas para reducirla [17]. Usando esta perspectiva, se logró ver cómo, en un contexto de crecimiento económico sostenido con reducción significativa de la pobreza, se había consolidado mayor desigualdad entre sectores ricos y pobres. Estos casos sustentan la tesis de que pese al crecimiento económico, hay barreras que impiden a ciertas comunidades acceder a recursos y beneficios [18]. Ni el crecimiento económico ni el PIB serían indicadores adecuados para estimar la pobreza, como tampoco el crecimiento económico es sinónimo de desarrollo [9]. Al menos no lo es para todos los ciudadanos del mundo, dadas las omisiones en los acuerdos de los organismos internacionales centrados en mantener la hegemonía de los poderosos a espaldas de las necesidades de los habitantes de las regiones menos favorecidas.

Para Cortés, la pobreza tiene un agravante en el mundo globalizado: se trata del desempleo y de la precariedad del empleo, sumados a la pérdida de poder de los sindicatos, escenario en el cual la repartición de los ingresos se vuelve cada vez más inequitativa y el riesgo lo asumen los asalariados en vez de los accionistas o sus representantes, dada la desconexión entre los salarios y la productividad [8]. Además, plantea que la cuestión de la justicia social debe significar el aseguramiento de los derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales como derechos fundamentales, lo cual implica pensar un modelo de sociedad y de Estado que permita solucionar la pobreza, la exclusión y otros problemas graves [19], como la inequidad de género, la desventaja en remuneración salarial, la falta de reconocimiento por el trabajo femenino y la falta de consideración por las condiciones de vida de la mujer.

Pero la pobreza es evitable; las naciones más ricas están en capacidad de brindar la suficiente asistencia para reducir el sufrimiento de los más pobres [20]. Con

todo el dinero que han acumulado, gracias a los acuerdos inequitativos y excluyentes, los poderosos no aportan lo justo a los fondos de ayuda; prefieren incentivar proyectos que aumenten sus ingresos, prestigio y pujanza, antes que invertir en el bienestar de millones de vidas humanas. Si los ricos y poderosos pensaran a largo plazo, tendrían mayor interés en reducir las inequidades, la exclusión y la pobreza [11]. Tanto Rawls como otros filósofos se equivocan al no considerar las causas de la pobreza y las inequidades ni las asimetrías en las relaciones de poder entre los países, cuando sustentan sus tesis para reducir la pobreza [8]. Un primer paso en la reducción de ésta es el cumplimiento de la protección de los derechos humanos, el establecimiento de la justicia y la lucha contra la exclusión.

Tal vez la forma de combatir la pobreza no sea de arriba a abajo, como lo han intentado —o como lo quieren hacer ver— el BM, el FMI y algunas ONG que asignan los recursos con limitado conocimiento de las características particulares del contexto, sin evaluación de procesos ni rendición de cuentas. Las ayudas se pueden despilfarrar en manos de gobiernos corruptos y de personas que no los necesitan. Pensar la pobreza como una maraña de factores políticos, sociales, históricos, institucionales y tecnológicos permite que sea intervenida con un enfoque de abajo hacia arriba, con la ayuda de los afectados, conociendo las condiciones sociales, demográficas y políticas del lugar; hacerlo con mente abierta, actitud investigativa y asegurarse de que los recursos lleguen a quienes los necesitan. No existe una solución única que funcione bien en todas partes; para asegurar el éxito se deben evaluar continuamente los procesos y los resultados para llegar a soluciones plausibles [21].

Pobreza y muerte materna

Ahora bien, la pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los efectos perjudiciales de la mala salud sobre el nivel de vida también se están considerando como cuestión de justicia social [22]. Las personas pobres tienen bajos niveles de educación, están socialmente aisladas y tienen mayor riesgo de exposición y mayor susceptibilidad a las enfermedades [23].

En consecuencia, hay altos índices de mortalidad evitable asociados a una mayor magnitud de la pobreza [15].

La gente que vive en las zonas más deprimidas fallece en promedio siete años más temprano y pasan en promedio 17 años más con discapacidades que las personas ricas [24].

Los primeros estudios de mortalidad se centraron en los efectos negativos de la pobreza, de tal manera que al mejorar las condiciones de vivienda (saneamiento,

agua potable, nutrición e inmunizaciones), aumentó la esperanza de vida, pero las desigualdades persisten y, con ellas, la mortalidad prevenible. Hoy en día, el modelo económico, la injusticia y la exclusión han conducido hacia la pobreza, el desplazamiento, la migración, la discriminación social y las condiciones precarias de trabajo como fenómenos sociales asociados a la mortalidad [25]. La mayoría de las muertes prematuras y evitables, como es el caso de la muerte materna, están relacionadas con la pobreza y la injusticia de los actuales arreglos supranacionales, de lo cual los países más poderosos, sus dirigentes y ciudadanos son responsables [26]. Aproximadamente la tercera parte de las muertes se deben a causas relacionadas con la pobreza que pueden prevenirse con mejor nutrición, agua potable, vacunas y medicinas [11].

Una cuestión muy importante en la génesis de la muerte materna es el costo y la falta de acceso a servicios esenciales de salud en el contexto de las restricciones financieras mundiales. La mayoría de los avances tecnológicos vienen de países desarrollados y tienen patentes onerosas que los ponen fuera del alcance de los países pobres, a lo que se suman las restricciones inherentes a los sistemas locales de salud como producto de las exigencias del FMI y el BM. Hay un creciente énfasis en los determinantes sociales de las muertes maternas: otra dimensión de la negligencia en salud y el papel de la injusticia y la inequidad de género en la determinación de estas [27].

Así, datos de la Organización Mundial de la Salud indican que diariamente mueren en el mundo 1.500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en el 2005 hubo 536.000 muertes maternas, la mayoría de ellas evitables y provenientes de países pobres [5]. Las inequidades, definidas como desigualdades injustas y evitables [28] entre ricos y pobres, pueden verse en las cifras de muertes maternas. En países desarrollados —como Canadá, España y Australia—, la razón de muertes maternas para el 2004 fue de 5 por cada 100.000 nacidos vivos; en Afganistán y en Sierra Leona fue de 2.000. En Centroamérica y el Caribe, Haití fue el país con la tasa más alta: 680 por 100.000 nacidos vivos, y Costa Rica tuvo la más baja: 25 por 100.000. En América latina, en 1990 la tasa de muertes maternas fue de 190 por 100.000 nacidos vivos, mientras que Bolivia presentó la más alta: 420 por 100.000 y Uruguay la más baja: 20 por 100.000 [28]. Esto revela las grandes inequidades entre países y la falta de justicia global.

Estas inequidades se expresan en una menor calidad de la atención como inicio tardío de las consultas de control prenatal, baja asistencia y mayor riesgo de resultados adversos de la gestación [30]. Las embarazadas de clase alta realizan mejor cuidado del embarazo, incluso

con excesiva medicalización, mientras que mujeres de comunidades pobres tienen menor posibilidad de realizarse exámenes, tomar suplementos nutricionales e incluso planificar el embarazo [31]. Estas inequidades llevan a muertes maternas prevenibles y, por tanto, son desigualdades evitables, injustas e inadmisibles, dado que podrían superarse con la puesta en práctica de políticas públicas incluyentes, equitativas y justas para todas las mujeres, como parte de las acciones de justicia global.

Conclusión

La falta de justicia global ha limitado el alcance de las metas relacionadas con la disminución de la pobreza y de la muerte materna en la mayoría de los países. A pesar de los discursos que abogan por justicia y equidad, el desconocimiento de los derechos humanos en los acuerdos comerciales supranacionales ha llevado al aumento de la exclusión, las inequidades y la pobreza, con el aumento de las muertes maternas en las regiones más pobres y vulnerables. Hay una creciente necesidad de pasar de la palabra a la acción con la participación de las comunidades comprometidas en torno al pleno desarrollo de las capacidades en igualdad de oportunidades, como derecho de todo ser humano.

Referencias

1. Rawls J. A theory of justice. New York: Oxford University Press; 1971.
2. Rawls J. Las libertades fundamentales y su prioridad. Círculo de conferencias sobre los valores humanos. En: Rawls J, Fried CH, Sen A, Schelling TC. Libertad Igualdad y derecho. Barcelona: Ariel Derecho; 1988.
3. Pogge T. A Global resources dividend. En: Crocker DA, Linden T, editors. Ethics of consumption: The good life, justice and global stewardships. Lanham, Rowman & Littlefield. Lanham; 1998. p. 501-36.
4. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet] [Acceso 20 de noviembre]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDGOverviewSPANISH.pdf>.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el Mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra: OMS; 2005.
6. Nagel T. The problem of the global justice. *Philosophy and Public Affairs* 2005; 33:113-47.
7. Organización de las Naciones Unidas. Declaración universal de los derechos humanos. [Internet] [Acceso 9 de marzo 2010]. Disponible en: www.portal.unesco.org/shs/...pdf/declaration%2B-%2Bespagnol.pdf.
8. Cortés F. La justicia económica global en el sistema internacional de estados. *Estudios de Filosofía* 2009; 39.
9. Max-Neef M. El poder en la globalización. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2006;24(Especial 2006):22-8.

10. Wikipedia.com. Justicia Global. [Internet] [Acceso 23 de febrero de 2010]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Justicia_global.
11. Pogge T. Reconocidos y violados por el derecho internacional: los derechos humanos de los pobres globales. En: *Haciendo justicia a la humanidad*. Traducción David Álvarez García; Yale University; 2009. p. 73-99.
12. Williams M. Derechos económicos y justicia en la teoría económica. [Internet] [Acceso 19 de marzo 2010]. Disponible en: http://www.robtext.com/archivo3/deres_economicos.htm.
13. Álvarez ME, Martínez H. *El desafío de la pobreza*. Siglo del Hombre Editores, Santafé de Bogotá; 2001.
14. Bennett S, Gilson L, Mills A. From evidence to action. En: Bennett S, Gilson L, Mills A. *Health, economic development and household poverty for understanding to action*. Routledge 2005. [Internet] [Acceso 9 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.crcnetbase.com/doi/abs/10.4324/9780203023570.ch10>.
15. Kambur R. Poverty disconnected. *Finance & Development* 2009; 46:32-4. [Internet] [Acceso 25 de febrero 2010]. Disponible en: www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2009/12/pdf/kanbur.pdf.
16. Fao. 1.02 Billions of people hungry. One sixth of the people undernourished – more than ever before. [Internet] [Acceso 28 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.fao.org/news/story/en/item/20568/icode/>.
17. Figueroa A. La exclusión social como una teoría de la distribución. En: Gacitúa E, Sojo C, Davis SH, editores. *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y Caribe*. Washington: FLACSO, Banco Mundial; 2000.
18. Gacitúa E, Sojo C, Davis SH, editores. *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y Caribe*. Washington: FALCSO, Banco Mundial; 2000.
19. Cortés F. *Justicia y exclusión*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia; 2007.
20. Singer P. Famine, affluence and Morality. *Philosophy and Public Affairs* 1972; 1:229-43. [Internet] [Acceso 23 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.utilitarian.net/singer/by/1972.htm>
21. Sánchez J. ¿Si es tan fácil salir de la trampa de la pobreza? Perfil de coyuntura económica 2009; 13:205-7.
22. Wastaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam. Salud Public* 2002; 11: 1-22.
23. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
24. Marmot M. Fair society, healthy live. The Marmot Review. Strategic Review of health inequalities in England post-2010. [Internet] [Acceso 12 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents/finalreport>.
25. Berkman LF, Kawachi I. Un marco histórico para la epidemiología social. En: Berkman LF, Kawachi I, editores. *Epidemiología social*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 24.
26. Hollis A, Pogge T. The Health Impact Fund: Making new medicines accessible for all. (incentives for global age 2008). [Internet] [Acceso 9 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.incentivesfordrogashelth2008>.
27. WHO. Research and development coordination and financing. Report of the World Health Organization Expert Working Group on Research and Development Financing 2010. [Internet] [Acceso 25 de febrero] Disponible en: <http://www.who.int/phi/documents/RDFinancingwithISBN.pdf>.
28. Whithouse M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22:430-45.
29. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud del mundo 2004. Cambiar el rumbo de la historia, anexo estadístico. [Internet] [Acceso 20 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.who.int/wht/2004/annex/es/index.html>.
30. Rowe RE, Garcia JO. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *Journal of Public Health Medicine* 2003; 25:113-9.
31. Cano G, Rodríguez M, Borrel C, Pérez MM, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gac Sanit*. 2006; 20:25-30.

Comparación de la reformas de los sistemas de salud en Colombia y Costa Rica en su dimensión política

Political dimension of the reform of the systems of health of Colombia and Costa Rica

Blanca M. Chávez G¹; Yonathan Montoya B²

¹ Enfermera, Doctora en Salud Pública, profesora titular Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: myro@guajiros.udea.edu.co

² Administrador de Servicios de Salud. Universidad de Antioquia, Medellín Colombia.

Recibido: 18 de enero de 2011. Aprobado: 22 de febrero de 2011

Chávez BM, Montoya Y. Comparación de la reformas de los sistemas de salud en Colombia y Costa Rica en su dimensión política. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011;29(1):65-74

Resumen

Objetivo: analizar la dimensión política de la reforma de los sistemas de salud de Colombia y Costa Rica en el periodo de 1990-2009. **Metodología:** se realizó una investigación utilizando la metodología de comparación entre países (Cross National). Se hizo un manejo sistemático de datos comparados de Colombia y Costa Rica, buscando semejanzas y diferencias entre los dos países. **Resultados:** se evidenció la similitud que existe en la conformación político administrativa de los dos países objeto de análisis; igualmente, se pudo observar que, en gran medida, la dirección y la implementación que toman las reformas de los sistemas de salud están altamente condicionadas por la participación de la sociedad civil en el proceso de reforma, así como por las directrices impartidas por organismos financieros internacionales. **Conclusiones:**

Colombia tiene un sistema de aseguramiento mixto regulado, vinculado al mercado y al sector privado. Costa Rica, en cambio, tiene un Sistema Público Integrado, ligado a los fines del Estado, de corte eminentemente universalista, apoyado por los actores civiles como pilar fundamental, quienes avalan o rechazan las decisiones sobre las reformas del sector salud, con escasa participación del sector privado. La rectoría la asume el Estado a través del Ministerio de Salud, el cual protege y vela por el cumplimiento de los derechos y genera políticas para elevar el nivel de salud de la población, de modo que redunde en mejores niveles de vida.

-----*Palabras clave:* reforma sanitaria, sistemas de salud, Colombia, Costa Rica

Abstract

Objective: to analyze the political dimension of the reform of the health systems of Colombia and Costa Rica over the period 1990 to 2009. **Methodology:** we conducted an investigation using the methodology of comparison between countries (Cross National). There was a systematic use of comparative data from Colombia and Costa Rica, looking for similarities and differences between the two countries. **Results:** it was

showed the similarity in the political and administrative establishment of the two States under review, also we could see that much of the course and implement reforms that make health systems are highly conditioned by the participation of civil society in the reform process, as well as the guidelines issued by international financial organizations. **Conclusions:** Colombia has a mixed insurance system regulated and market-

linked private sector. Costa Rica has instead integrated public system, linked for the purposes of state, eminently universal, supported by civilian actors as a fundamental pillar who endorse or reject the decisions on health sector reforms, with limited involvement of private sector. The rectory is assumed by the State through the Ministry of

Health, which protects and enforces the rights and creates policies to increase the level of health of the population so that results in improved living standards.

-----*Key words:* health care reform, health system, Colombia, Costa Rica

Introducción

Los sistemas políticos, económicos y sociales de los países de América Latina, enfrentan grandes desafíos debido a los diferentes reacomodos entre los principales bloques de poder y las nuevas reglas de juego en el escenario económico y político mundial. En este contexto, se destacan estrategias, procesos de reforma y transformación del Estado, para adaptarlos a las nuevas exigencias del entorno y hacerlos más eficientes en los diferentes planos sociales. En el sector salud, se aprecia con crudeza la crisis que azota a los países de la región, que se manifiesta en problemas de accesibilidad y cobertura a los servicios de salud, deterioro progresivo de los indicadores de salud y la falta de gobernabilidad. La dimensión política, conjura un pilar para un exitoso proceso de reforma de los sistemas de salud, sin dejar de lado los aspectos económicos, demográficos, epidemiológicos, geográficos, accesibilidad a los servicios, aspectos técnicos y socio-culturales del país que dan soporte a este proceso. El presente estudio corresponde al análisis de la dimensión política de la reforma de los sistemas de salud en Colombia y Costa Rica, mediante un análisis comparativo entre países (Cross National), utilizando para ello, información documental que permitió conocer: 1) la organización estatal, el sistema político y la organización territorial de los países; 2) las reformas de salud; 3) identificar la organización institucional de salud; y 4) caracterizar los actores participantes en el proceso de reforma de los sistemas de salud.

Metodología

Se realizó una investigación con la metodología de comparación entre países (Cross National), que es un tipo de análisis de semejanzas y diferencias que posee un margen amplio de comparaciones posibles y permite apreciar relaciones entre variables, y estudiar consideraciones implícitas y explícitas que den cuenta si el mismo factor produce igual o diferentes efectos en los países estudiados [1-3]. La información sobre el método es escasa en Colombia, por esta razón se acudió al convenio de préstamo interbibliotecario suscrito entre la Universidad de Antioquia y la Universidad de Granada en España, la cual colaboró con el envío de la bibliografía, incluyendo ejemplos de su aplicación.

En Costa Rica, se contó con el apoyo de la doctora Mayra Cartín, directora de la Maestría en Salud de la Universidad de Costa Rica, quien facilitó los nombres de personas que trabajan en el Ministerio de Salud y éstas, por su parte, contribuyeron a precisar las fuentes de información más fidedignas para el estudio. Las fuentes consultadas fueron: Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Mundial (BM), CEPAL, Ministerios de Salud de los países, Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos, organizaciones e instituciones académicas, investigaciones y artículos de revistas científicas. Una vez se consultaron las fuentes documentales, se hicieron las fichas bibliográficas, que se organizaron, analizaron, sistematizaron y, a su vez, se hicieron los cuadros comparativos de los aspectos estudiados. A pesar de ser una investigación de fuente documental, se tuvo en cuenta la ética durante toda la investigación, tratando de ser precisos con los datos obtenidos de las fuentes, cotejadas con otras fuentes cuando alguna presentaba confusión. Las limitaciones presentadas se refieren al exceso de información sobre las reformas de salud, pero con escasa precisión en los aspectos del estudio, como es la dimensión política. Este aspecto queda por fuera de las reformas y, asimismo, los informes no contemplan su influencia en el éxito o fracaso de los sistemas de salud.

Resultados

Generalidades sobre organización estatal, sistema político y organización territorial

Colombia y Costa Rica, aunque son países del mismo continente, pertenecen a dos zonas diferentes: la Región Andina y la Región del Caribe, respectivamente; están regidas por Constituciones Políticas ubicadas en dos fechas muy distantes: 1949 para Costa Rica y 1991 para Colombia; sin embargo, presentan una organización estatal con grandes similitudes en su estructura, constituidos administrativamente por tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial; así como por varias entidades autónomas que están dirigidas a completar los fines del Estado y que interactúan de manera directa con los tres poderes.

El sistema político del Estado colombiano tiene un régimen republicano, democrático y representativo;

según la Constitución de 1991, es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de república unitaria con centralización política y descentralización administrativa.

El parlamento colombiano es bicameral (Cámara de Representantes y Senado), los miembros de ambas cámaras legislativas son elegidos por voto popular para cumplir un periodo de cuatro años, tiene 268 curules, cinco de esos escaños pertenecen a sectores minoritarios como son los indígenas, los afro colombianos y residentes en el exterior. El Estado de Costa Rica, por medio de la Constitución Política de 1949, define un sistema político caracterizado por un gobierno democrático y republicano, enmarcado en un Estado Social de Derecho.

El presidente y los dos vicepresidentes son electos directamente por medio del voto universal y secreto por un periodo de cuatro años. Una de las principales características de Costa Rica es que no posee fuerzas armadas, las cuales fueron suprimidas constitucionalmente en 1949 [4].

Organización territorial: en Colombia, se distinguen tres niveles administrativos-ejecutivos: la nación, el departamento y el municipio. En Costa Rica, el nivel ejecutivo lo conforman dos tipos de gobierno: el nacional y el local. En cuanto a la división política administrativa, Colombia presenta tres niveles: el

nacional, el departamental y el municipal, compuesto por 32 departamentos, 1.120 municipios, un distrito capital y 9 distritos especiales [5, 6]. Los departamentos tienen autonomía para la administración de los asuntos seccionales, la planificación y la promoción del desarrollo económico-social dentro de su territorio. Los municipios con alcaldes y concejos municipales, elegidos por voto popular para un período de cuatro años, son la entidad territorial fundamental de la división político-administrativa del Estado, con autonomía política, fiscal y administrativa, dentro de los límites que señalan la Constitución y la ley [6, 7].

Costa Rica, para los efectos de la administración pública, divide el territorio nacional en provincias; éstas en cantones y los cantones en distritos [8]. Comprende 7 provincias, 81 cantones y 463 distritos. Las provincias, han dejado de tener importancia desde el punto de vista administrativo; sólo las conservan para efectos de la elección de los diputados [9]. El cantón es la unidad estructural municipal, equivalente a ciudades o municipios, el gobierno está en cabeza de los alcaldes, quienes son elegidos para un periodo de 4 años en elecciones generales y un concejo municipal, formado por un cuerpo deliberante, integrado por regidores municipales de elección popular y de un funcionario ejecutivo que designará la ley.

Tabla 1. Aspectos principales de la Reforma a los Sistemas de Salud

Colombia	Costa Rica
<ul style="list-style-type: none"> • Separación entre administración de recursos y prestación de servicios. Creación de nuevos actores para la administración de los recursos y el aseguramiento. Las instituciones de salud son las encargadas de la prestación de los servicios. • Introducción de la competencia en el marco de un mercado regulado para administrar los recursos de la seguridad social o prestar servicios directos de salud, lo cual ejercería un influjo positivo sobre la cobertura, la calidad de los servicios y la eficiencia en la utilización de los recursos. • Generación de espacios propicios para la participación del sector privado: eliminación de los monopolios estatales en el aseguramiento y prestación de servicios de salud. • Sustitución progresiva del llamado subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda: Una de las estrategias de política social fue la "focalización" de los destinatarios de las inversiones del Estado en las políticas sociales. • Ampliación de flujos tradicionales de solidaridad para que la financiación de los Servicios de Salud no sea exclusivamente en el ámbito de los trabajadores vinculados al sector formal de la economía, sino que englobe al conjunto de la sociedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento institucional de la csss^a, descentralización para mejorar las finanzas mediante la separación rigurosa de los fondos de los regímenes de salud y pensiones, el aumento de la afiliación, la reducción de la evasión y el mejoramiento de los sistemas de fiscalización [10]. • Readecuación del Modelo de Atención de la CSSS*, un modelo de atención integral con mayor impacto en las condiciones de salud de la población a menores costos de operación [11]. Cambio de enfoque de un modelo de atención centrado en la atención médica biológica a otro que busca brindar "una atención integral" • Asignación de Recursos Financieros, sustitución de la asignación de recursos de tipo histórico e incrementalista por una asignación prospectiva, competitiva y ligada a objetivos y metas de producción y calidad de los servicios de salud [13]. • Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud, empoderamiento del rol rector, definición de la política nacional de salud, transferencia de las funciones operativas de atención a las personas a la CSSS *. Las nuevas funciones de rectoría se organizaron en cuatro grandes áreas: dirección y conducción, regulación del desarrollo de la salud, vigilancia de la salud, investigación y desarrollo tecnológico [13].

^a Caja Costarricense de Seguro Social.

Fuente: elaboración propia con base en la bibliografía.

Reforma de los sistemas de salud

Según la Constitución Política de Colombia de 1991, la dirección, coordinación y control del sistema de salud está a cargo del Estado. La ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que está formado por el conjunto de las entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios [14], basados en los principios constitucionales de equidad, obligatoriedad de la afiliación, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad [15]. En el año 2001, con la ley 715 se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias, de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. La ley 789 en el año 2002, fusiona el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y lo convierte en el Ministerio de la Protección Social, e igualmente reestructura y amplía todo lo concerniente al tema de Protección Social en Salud [16].

Posteriormente, el gobierno promulga la ley 1122 de 2007, con el objeto de realizar ajustes al SGSSS en aspectos de dirección, universalización, financiación, racionalización, mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud; también, crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la figura del Defensor del Usuario y reorganiza el sistema de investigación, vigilancia y control en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud [17].

La Constitución Política de Costa Rica de 1949, expone la seguridad social con una concepción integral y, en el Título V denominado derechos y garantías sociales, establece el rol del Estado como procurador del mayor bienestar a todos los habitantes del país, dándole así la obligatoriedad indelegable de velar por la salud y el bienestar físico y mental de sus ciudadanos. La Ley General de Salud No. 5395 de 1973, destaca que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado y que es función esencial de este velar por la salud de la población [18]. El Sistema Nacional de Salud de Costa Rica lo reglamenta el decreto 19276-S de 1989, el cual determina que la salud y el bienestar originan derechos y deberes del individuo y de la población en su conjunto, y velar por ellos es un deber del Estado y de las personas [19]. El gobierno responsabiliza al Ministerio de Salud de la rectoría, la coordinación y el control técnico del sistema, dirigidos a alcanzar la

salud y el bienestar para toda la población, con equidad, eficiencia, eficacia y participación [20].

Organización institucional actual de los sistemas de salud

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social, es el máximo organismo rector del sistema, que formula las políticas y estrategias del sector, establece normas y regulaciones en función de la calidad, la eficiencia, la gestión y el control de los factores de riesgo. Preside la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que es la unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. La (CRES) estará integrada de la siguiente manera: el Ministro de la Protección Social quien la preside, excepcionalmente podrá delegar sólo en alguno de sus viceministros; el Ministro de Hacienda y Crédito Público que, excepcionalmente, podrá delegar sólo en alguno de sus Viceministros y cinco comisionados expertos, designados por el Presidente de la República, de ternas enviadas por diferentes entidades tales como: Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Salud, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de Usuarios debidamente organizados. Entre las principales funciones asignadas a la CRES se encuentran: definir y modificar los planes obligatorios de salud, definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos, definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada régimen, definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, definir los criterios para establecer los pagos moderadores, definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades, establecer y actualizar un sistema de tarifas y presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del SGSSS [17].

El Ministerio de Salud de Costa Rica es el ente rector del sistema, que vigila el desempeño de las funciones esenciales en salud pública y ejerce la rectoría sectorial, define la política nacional de salud, las normas, conduce la planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, se encarga del fomento y promoción de salud, la prevención de las enfermedades y el control del ambiente. En la reforma de la década de los noventa, reafirmó su papel rector y definió sus cuatro funciones básicas de rectoría: dirección y conducción, vigilancia de la salud, regulación de servicios, e investigación y desarrollo tecnológico. Dirige el Consejo Sectorial de Salud [16]. A los gobiernos municipales les corresponde la administración de los servicios e intereses de la comunidad de su área de atención, que promueven el desarrollo integral de los cantones en armonía con

el desarrollo nacional [21]. La comunidad, como integrante del sistema de salud, es la base fundamental del sistema: participa por medio de grupos organizados en la determinación de necesidades y prioridades, orientación de recursos y control en el uso de los mismos [22]. La Caja Costarricense de Seguro Social es el único asegurador y proveedor público de servicios para los riesgos de enfermedad general y maternidad; asimismo, existe un pequeño grupo de prestadores de servicios de salud que cubren las necesidades o demandas de las personas más adineradas del país bajo la modalidad de pólizas de salud.

Caracterización de los actores participantes en el proceso de reforma de los sistemas de salud

Participación de los actores públicos en la reforma a los sistemas de salud

El gobierno colombiano, desde 1990, en cabeza del presidente César Gaviria Trujillo, demostró públicamente su interés en que se realizara una reforma al sistema de salud. Entre 1991 y 1993, la posición y participación del gobierno en el proceso de reforma sufrió varias transformaciones, todas ellas fruto de los desacuerdos entre el grupo de actores. Las contradicciones presentadas al interior de organismos gubernamentales sobre la propuesta, sumada a otras situaciones políticas, motivó la reestructuración en el equipo de dirección de las entidades públicas comprometidas. Esta aparente falta de consenso en el gobierno permitió el desarrollo de un proceso más debatido, más argumentado y mejor estructurado, porque los actores institucionales públicos pudieron fortalecer e hicieron prevalecer una idea presidencial bastante definida desde el comienzo, consolidándose así, por parte del gobierno, un proceso de reforma al Sistema de Salud bajo una óptica económica y universalista. Los *gobiernos regionales y locales*, a pesar de ser afectados en materia organizativa, técnica, financiera, social y política no participaron, debido a que el gobierno nacional quiso mantener el control total del proceso, limitándolos sólo a aportar la información que les era solicitada.

De igual forma sucedió con la reforma en 2007, en la medida en que el gobierno estuvo a la cabeza del proceso de cambio y fue liderada por el Ministerio de la Protección Social y otros altos mandos, que focalizaron los problemas que, a su parecer y en representación de la sociedad, eran las dificultades más apremiantes del sistema. Nuevamente, se limitó la participación de los gobiernos regionales y locales, dado que, las enormes restricciones de los fiscos y su dependencia frente al presupuesto nacional para la ejecución de los programas de salud, fue un factor fundamental para coartar su participación en este nuevo proceso de reforma.

El gobierno de Costa Rica, desde 1990, en la presidencia del doctor Ángel Calderón Fournier, mostró

públicamente su interés para realizar un profundo cambio al Sistema de Salud. Después de tomar posesión, entró en conversaciones directas con el Banco Mundial y con el Banco Interamericano de Desarrollo para la negociación de la tercera parte del “Programa de Ajuste Estructural”, centrado principalmente en la reforma al sector salud [23]. El gobierno convocó al Segundo Foro Nacional de Salud y Desarrollo, en el cual participan técnicos de todas las instituciones gubernamentales relacionadas con el sector salud y el saneamiento básico; este foro concluyó que era necesario redefinir el rol de las entidades que conformaban el sector salud, las estructuras de la CCSS y del Ministerio de Salud, la consolidación de programas de atención integral y la redefinición de la estructura financiera del sector [24].

En 1991, el gobierno de Costa Rica emitió un decreto ejecutivo (20262-P-H-RE-S), mediante el cual instaló una Comisión Evaluadora del Sector Salud. Esta Comisión identificó los principales problemas que el sistema de salud enfrentaba, y sus resultados sirvieron de base para la creación de la Unidad Preparatoria de Proyectos del Ministerio de Planificación (Mideplan) que, con participación de funcionarios del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense del Seguro Social elaboraron el Plan Nacional de Reforma del Sector Salud, publicado por Mideplan en 1993 [25]. En este contexto, el gobierno nacional inicia la formulación del Proyecto de Reforma del Sector Salud, un esfuerzo sistémico y ordenado, que concluyó en la ley 7374 de 1993.

Participación de los actores privados

Los actores gremiales: en Colombia, los gremios de empresas privadas y los profesionales médicos han tenido una participación tímida y poco visible ante la luz pública en los dos grandes procesos de reforma que, desde 1990, afrontó el sistema de salud colombiano. En este comportamiento se debe enmarcar a la Asociación Nacional de Industriales (ANDI), a la Federación Nacional de Comerciantes (FENALCO), la Sociedad de Agricultores de Colombia (SAC), la Asociación Colombiana de las Micro, Pequeñas y Medianas Empresas (ACOPI), la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia (Asobancaria) y, por último, la Asociación Nacional de Instituciones Financieras.

Los profesionales médicos, que son actores tradicionales y fundamentales en la discusión de las reformas al sector, históricamente, han tenido la vocería mediante la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), la Federación Médica Colombiana, la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, y han tenido opiniones encontradas y no definidas, traduciéndose esto en una posición no pública ni oficialmente manifiesta, aunque es de resaltar que, tampoco, han demostrado ideas radicales [26].

En Costa Rica, los actores gremiales se destacaron desde el inicio de las negociaciones y discusiones sobre la reforma al sistema de salud; por una parte, representados por los médicos conservadores, cuya vocería estuvo encabezada por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, quienes plantearon diferentes fórmulas que procuraban una reforma de los modelos de atención médica, orientada a asignarle mayor protagonismo a la iniciativa privada; pero, debido a la oposición del resto de los actores, sus planteamientos no trascendieron. Las cooperativas participantes de las discusiones fueron: Coopesalud, Coopesain, Coopesana y Coopesiba.

Los actores políticos: conformados por los congresistas y los partidos políticos colombianos, participaron activamente, algunas veces defendiendo sus propios intereses. Con respecto a la reforma de 1993, solamente la Nueva Fuerza Democrática y el “sector Tequendama” del Partido Conservador, manifestaron su apoyo al proyecto de manera unificada, y en forma positiva.

El Partido Liberal expresó de forma oficial su acuerdo, pero se encontraban sectores disidentes en sus filas. El Movimiento Salvación Nacional, por el contrario, no declaró públicamente su postura frente a la reforma del sistema de salud. Para el año 2007, la participación del partido de izquierda Polo Democrático, que fue el abanderado del proceso, logró la aprobación de muchas de sus iniciativas de cambio, entre ellas, la sustitución del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la CRES, debido a los conflictos de interés que se presentaban [27].

En Costa Rica, los dos partidos políticos más representativos: Partido de Liberación Nacional (PLN) y Partido de Unidad Social Cristiana (PUSC), después de varias reuniones lograron un consenso para apoyar el proceso de reestructuración. Ese acuerdo, se convirtió en un asentimiento y una unión de los dos grupos políticos en torno al tema trascendental de la reforma, de tal forma que, trabajando de la mano con el grupo de actores internacionales e institucionales públicos, fueron los actores políticos los que delimitaron el proceso y los alcances de la reforma; enmarcados en la reconstitución organizacional y cultural de la CCSSS, así como en la reconceptualización del papel del Ministerio de Salud, inaugurando un enfoque más vinculado al modelo de la rectoría [24].

Es de resaltar su firme oposición ante la Banca Multilateral para apadrinar un proceso de privatización de los servicios de salud [23].

Los actores académicos: en Colombia han mantenido una visión salubrista del sistema y poca participación en ambos procesos de reforma, debido a la escasa fuerza que presentan, así como a los intereses que se mueven en el sector salud. Sus participaciones en los procesos de reforma se enmarcan en discusiones puntuales, y en las representaciones que algunos congresistas hacen en nombre de estos actores, o basados en argumentos dados

por ellos. Para la Fescol, el hecho de que los actores académicos no tengan una forma de organización representativa ni unificada, ha generado que éstos presenten opiniones encontradas. Con respecto a la reforma de 1993, los actores académicos se mostraron en desacuerdo; pero, debido a las circunstancias del sector salud y a la crisis que afrontaba el mismo, apoyaron tímidamente la iniciativa de reforma del año 2007.

Los actores académicos en Costa Rica, representados principalmente por la Universidad de Costa Rica, participaron activamente y su opinión, como la de la totalidad de los actores involucrados (públicos y privados) fue favorable. La Universidad, como miembro del sistema de salud, participó en todas las discusiones de la reforma desde 1990; en el II Foro Nacional de Salud y Desarrollo, coincidió con los especialistas del gobierno en la necesidad de reformar el sistema de salud, apoyados en cambios organizacionales y financieros del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social [24] con el monopolio de la educación en temas de salud.

Los actores sindicales: en Colombia, hacia 1993, según Fescol sólo el 10% de la población laboral se encontraba sindicalizada y, para el año 2007, sólo el 7% de la misma. La mayoría de los representantes de los gremios sindicales provenían del sector público. Éstos, lograron introducir importantes cambios en los proyectos de reforma de 1993 y 2007; básicamente, relacionados con el mantenimiento de las entidades públicas que iban a desaparecer, y en el aumento de los beneficios de salud para los trabajadores y su grupo familiar, así como la permanencia de regímenes especiales como el de Fecode (educadores) y el de Ecopetrol. Por otra parte, los trabajadores sindicalizados del sector salud, han tenido en las dos reformas, su expresión a través del Sindicato de Trabajadores del Instituto del Seguro Social, de la Asociación Sindical de Médicos (Asmedas), de la Asociación Nacional de Enfermeras Certificadas de Colombia y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Seguridad Social (Sintraseguridadsocial).

Cabe destacar que, en Costa Rica, los sindicatos son, principalmente, del sector público. El sindicalismo de empresa privada ha estado reducido al que organizaron los comunistas en la zona bananera, pero estos últimos no tuvieron ninguna incidencia en el proceso de reforma al sistema de salud. El más representativo de los actores sindicales, y activamente participante en el proceso, fue la Unión Nacional de Empleados de la Caja (Undeca), uno de los sindicatos más grandes del Estado y que agrupa a los trabajadores de la Caja Costarricense de Seguro Social. Este presentó una posición favorable ante el proceso de cambio, pero guardó algunos desacuerdos en lo referente a la prestación público/privada de servicios, puesto que ellos mismos habían sido artífices y defensores del modelo de atención público, por lo que se opusieron a los planteamientos que se esgrimían con

relación a la privatización [23]. Los actores sindicales, con su alto grado de influencia y de persuasión en las esferas del gobierno, jugaron un rol muy importante en las mesas de discusión del proyecto a favor del servicio público de salud y en contra de la expansión del mercado privado en el sector.

Los actores institucionales privados: en Colombia, tuvieron la vocería en la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Prepagada (Acemi), la Federación de Aseguradores de Colombia (Fasecolda), la Asociación de Hospitales y en la Federación Médica Colombiana, esta última, integrante también de los actores gremiales como representante de los profesionales médicos [28]. La posición de Acemi y Fasecolda fue abierta y radicalmente favorable a la propuesta oficial de reforma presentada por el gobierno nacional, que culminó en la ley 100 de 1993. Pero, es de anotar que estas dos organizaciones mantuvieron una postura prudente en sus pronunciamientos públicos; por lo cual sostuvieron sus debates en círculos de consulta relativamente cerrados.

Por su parte, la Asociación de Hospitales y la Federación Médica Colombiana, apoyaron de forma tímida la iniciativa, en defensa de intereses privados y bajo la reserva de algunas inquietudes sobre las consecuencias de su apoyo.

En Costa Rica, según el profesor Abarca Rodríguez, las pequeñas clínicas privadas, con su limitada acción en el campo de la salud, no trascendieron en las negociaciones de la reforma, aunque fueron representados sus intereses de expansión del sector privado en el área de la salud, por parte de las cooperativas y de algunos grupos de médicos influyentes en la sociedad costarricense, que se hacían presentes en las mesas de discusión del proyecto de reforma. La participación, tanto de instituciones privadas como de los profesionales de la salud que prestaban servicios privados representados, fue marginal debido a las características sociopolíticas del país y a la influyente participación de los sindicatos y de la sociedad civil que confrontaron y se opusieron con gran éxito a todos los planteamientos privatistas [29].

Los actores civiles: en Colombia, las asociaciones de usuarios expresaron abiertamente su oposición; las organizaciones de pensionados, por su parte, no se manifestaron públicamente sobre el proyecto; aunque, mediante algunos de sus voceros, manifestaron discrepancias, mas no oposición al proyecto de reforma. Hasta el año 1993, en pleno proceso de culminación de las discusiones sobre la reforma, no existía una organización de usuarios de los servicios de salud con reconocimiento amplio, nacional y público. Los usuarios del sistema y la comunidad en general, hicieron la petición pública, al ministro de salud, de iniciar una profunda transformación en el sistema de salud, con el fin de mejorar, no sólo

la calidad de vida y el bienestar de la ciudadanía, sino también disminuir el gasto de bolsillo [30].

En Costa Rica, los actores civiles, sin duda alguna, fueron el grupo más influyente en el proceso de reforma, el cual estaba integrado por innumerables grupos y sectores sociales con poder institucionalizado en la sociedad; dentro de ellos, se destacan los grupos de usuarios del sistema, y las distintas organizaciones de la sociedad civil [22]. Estos últimos estaban representados, en su gran mayoría, por las redes de organizaciones comunitarias, grupos de ciudadanos que se han organizado para el logro de objetivos comunes. Con sus pronunciamientos públicos, su gran capacidad de persuasión y sus argumentos en las mesas de discusión, lograron defender sus intereses, lo que les permitió aumentar la legitimación de sus derechos, identificar sus obligaciones en la construcción de la salud en general y atender, de manera conjunta, los problemas de salud que los afectan, así como evitar la privatización de los servicios de salud [31].

Los actores internacionales: en Colombia, estaban representados por la OPS, la OMS y la Banca Internacional; esta última fue orientadora y condicionante de la política social del país, mediante la asignación de recursos, el apoyo técnico y las ayudas humanitarias. La OPS, presentó una participación más activa en la reforma, sus pronunciamientos se centraron en la necesidad de analizar detenidamente las condiciones de salud de las grandes mayorías y la accesibilidad y calidad de los servicios, más que en apoyar la concepción de la propuesta privatista. La OMS, hizo consideraciones técnicas y estructurales sobre el nuevo sistema de salud y la organización institucional del mismo. El Banco Mundial, en su papel de máximo financiador de la reforma, impuso el modelo económico del Sistema de Salud como política de Estado.

En Costa Rica, los actores internacionales jugaron un importante papel en el proceso de reforma; desde principios de los noventa, con el surgimiento de los planes de estabilización económica y de ajuste estructural, los cuales eran impulsados por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, comenzaron a direccionar los temas del sector salud y argumentar la necesidad de un intenso proceso de reforma, según el cual, el Estado disminuyera su función y se ampliara el sector privado, pero, no se impuso su visión privatizadora ni de libre mercado [23].

Discusión

Según Giorgio Solimano [32, 33], es necesario debatir los temas referentes a las reformas del sector salud en América Latina, desde posiciones más cercanas a la sociedad civil y más independientes de las instituciones que generalmente han promovido, impulsado y financiado

estos procesos de cambio. Analizar los procesos de reforma de los sistemas de salud de Colombia y Costa Rica, a partir de una perspectiva más independiente, inaugura una nueva etapa de la discusión que puede permitir ampliar las fronteras del debate e incorporar explícitamente a actores que han sido determinantes en el éxito y fracaso de los procesos de cambio, aun estando al margen del diseño y de la ejecución formal de los programas, como es el caso de muchas organizaciones de la sociedad civil.

Un factor decisivo que contribuyó a la construcción, estructuración y direccionamiento del rumbo que tomaron las reformas de los sistemas de salud de Colombia y Costa Rica, fue la participación de organismos financieros internacionales, los cuales por su poder de condicionamiento lograron la construcción de una racionalidad técnica en la política de salud que se impuso sobre la lógica de la política nacional, la cual se sometió a distintos intereses y a la construcción de un horizonte con mayor certeza; pero, también, con un enfoque más tecnocrático que desestima la orientación política propia y la realidad de las necesidades sociales del país.

La reforma del sistema de salud colombiano se caracterizó por cuatro grandes rasgos: cambios en la composición público-privado, con mayor presencia de agentes privados en el financiamiento y la provisión de servicios; la poca participación de la ciudadanía y el escaso impacto de los intereses colectivos en la reforma; la búsqueda de un mayor vínculo entre contribuciones y beneficios para lograr mayor equilibrio entre ingresos y gastos. Y, por último, el énfasis en los mecanismos de mercado, como medio para promover la eficiencia en la utilización de los recursos [34]. Para las autoridades nacionales e internacionales, el sistema general de seguridad social en salud hace parte de la política de equilibrio macroeconómico, más que del sistema de protección social [35].

Costa Rica, según Álvaro Salas Chávez, ex-director de la CCSS, realizó una reforma más de corte socialista. La reforma de 1993, plasmada en la ley 7374, se enfocó a reorganizar el sistema de salud, a intentar adecuarlo a las nuevas realidades del entorno; a mejorar el sistema público, con la modificación y fortalecimiento de la red de atención primaria y la descentralización de las responsabilidades administrativas. De acuerdo con Clark [37], los actores internacionales representados por negociadores y expertos técnicos del Banco Mundial, pretendían usar el préstamo sectorial de salud para condicionar la reforma, de manera que ésta incluyera la creación de aseguradoras privadas similares a las EPS colombianas, y dividir la Caja Costarricense de Seguro Social en varias instituciones para el financiamiento de la salud, la compra de los servicios y de las pensiones. Lo que fue rechazado por los negociadores, en especial del gobierno nacional, los sindicatos del sector y la sociedad

civil; por lo que predominó una reforma que, si bien impulsó la desconcentración administrativa, se enfocó a fortalecer un sistema universal de atención primaria, mediante la creación de equipos básicos de salud en todo el país, cuyo objetivo fue constituirse en centros, donde toda la población pudiera recibir atención integral. Al final, prevaleció la posición del país, defendida por todos los actores del Estado, a excepción de los gremios e instituciones privados que, junto a la Banca, exigían mayor participación del sector privado en el sistema de salud.

Para Garnier [37], la defensa de los intereses sociales ha permitido que la población costarricense siga contando con un acceso casi universal a un sistema de prevención y atención de la salud adecuado; de manera que, a diferencia de lo que ocurrió en Colombia, no se presentó una distinción tan grande entre la cobertura y la calidad de los servicios de salud que reciben los distintos estratos de la población. La alta participación de la ciudadanía y la cohesión social, fueron el principal pilar que soportó y evitó la implementación de los planteamientos privatizadores empleados por la banca multilateral.

Tanto en Colombia como en Costa Rica, según Solimano [32], no se puede soslayar el momento político en el que se desenvuelve el proceso de cambio, puesto que se eludirían variables histórico-institucionales que son determinantes al implantarse la reforma, dado que, en cada una de ellas emergen correlaciones de fuerza singulares entre determinados actores. Es así como se evidencian los intereses gremiales que defienden pactos y motivaciones económicas, al igual que los grupos civiles son veedores de lo social y buscan defender prestaciones y acceso de carácter universal, panorama que nos muestra la complejidad de actores y de intereses, así como las tramas que estos tejen para defender sus aspiraciones.

La gran diferencia y el éxito relativo del proceso de reforma en las dos naciones objeto de estudio, enmarcada en la dimensión política del proyecto de cambio, radica en que el proceso colombiano fue tratado con más detenimiento en el campo de las políticas de atención individual y economicistas, mientras que el costarricense se basó en la integralidad del proceso de salud, así como en el proceso político que lo estructura y que actúa dentro del mismo.

Conclusiones

En Colombia, como resultado de la comparación de las reformas de los sistemas de salud, se encontró un sistema de aseguramiento mixto, más vinculado al mercado y al sector privado. En Costa Rica, un sistema público integrado, ligado a los fines del Estado, de corte eminentemente universalista y con escasa participación

del sector privado, por lo cual es más solidario, equitativo, con eficiencia económica y eficacia social.

La mayor diferencia está en la rectoría del sistema; aunque el Ministerio de Protección Social realiza una alta regulación, las EPS tienen un poder dominante bajo la permisividad gubernamental y la baja actividad operativa de entidades de control, como la Superintendencia Nacional de Salud. Costa Rica, por el contrario, asume la rectoría del sistema a través del Ministerio de Salud, ente que protege y vela por el cumplimiento de los derechos y genera políticas para elevar el nivel de salud de la población.

La participación de los actores públicos, políticos y sindicales en la reforma de los sistemas de salud fue abierta en ambos casos. Con relación a los actores internacionales, participaron en ambos países, pero en Costa Rica se impusieron los intereses del país sobre los intereses del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. En Colombia, la participación de los actores privados, como son los gremios, fue tímida y en Costa Rica con participación activa. La vinculación de los actores académicos fue poca en Colombia y muy representativa en Costa Rica. La participación de las instituciones privadas fue activa en Colombia y en Costa Rica no trascendieron. La participación de los actores civiles hace la gran diferencia entre Colombia y Costa Rica, de lo que se destaca que en este último fue muy activa.

Referencias

- Piovani JI. Acerca del status de la comparación en la Ciencia Política. *Rev. Relaciones Internacionales* 2004; 10 (20): 5-6.
- Cais J. Metodología del Análisis Comparativo. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1997. p. 83-100.
- Gómez D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. *Rev. Salud Pública* 2005;7(3):305-316.
- República de Costa Rica. Asamblea Nacional Constituyente: Constitución Nacional de la República de Costa Rica 1949. San José: La Asamblea; 1949.
- Periódico El Tiempo. Colombia Viva: Entidades Territoriales de Colombia. Casa editorial El Tiempo. 2000: 50-51.
- Rodríguez RL. Derecho Administrativo General y colombiano. Santa Fe de Bogotá: Editorial Temis; 1998. p. 116-156.
- República de Colombia, Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991. Santa Fe de Bogotá: La Asamblea; 1991.
- República de Costa Rica. Asamblea Nacional Constituyente: Constitución Nacional de la República de Costa Rica 1949, Título XIII el régimen municipal. San José: El Asamblea; 1949.
- República de Costa Rica, Presidencia de la República. El Estado de Costa Rica [Internet] [Acceso 26 de agosto de 2006]. Disponible en: www.casapres.go.cr.
- Herrero F, Durán F. El Sector Privado en el Sistema de Salud en Costa Rica. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Financiando el Desarrollo; 2001.
- Ministerio de Salud. Oferta y Demanda de Servicios de Salud. San José de Costa Rica; El Ministerio; 1994.
- Rodríguez A. La reforma de salud en Costa Rica. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Financiando el Desarrollo; 2006.
- Sojo A. Hacia unas Nuevas Reglas del Juego: los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Políticas Sociales; 1998.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Banco de Información de los Sistemas de seguridad Social Iberoamericanos. Características generales del sistema de seguridad social en Colombia: Organización administrativa. Madrid. p. 31-38.
- República de Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007: Colombia, Características del Sistema de Salud. Publicación Científica y Técnica No. 622. Volumen II Países. Washington DC: OPS; 2007. p. 257-258.
- Congreso de la República. Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2007.
- Sistema Costarricense de Información Jurídica. Reforma Ley General de Salud, Ley No. 5395 de 1973 [Internet] [Acceso 6 de abril de 2008]. Disponible en: http://www.pgr.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1 &nValor2=43957&nValor3=46322&strTipM=TC.
- Sistema Costarricense de Información Jurídica. Asamblea Legislativa: Decreto No. 19276-S Reglamento General del Sistema Nacional de Salud [Internet] [Acceso 30 de Agosto de 2008]. Disponible en: http://www.pgr.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=10255&nValor3=10974&strTipM=TC.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Publicación científica y técnica No. 622. Washington DC: OPS; 2007. p. 314-405.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Salud Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. [Internet] [Acceso el 19 de agosto de 2008] Chile: El Ministerio; 2006. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/desaorga/documentos/modelocertex.pdf>
- Ayala N, Carvajal-Salazar X, Cercone J, Arce-Ramírez C. Bases del Sistema Nacional de Salud y Procesos de Modernización CCSS. Gestión Local de Salud: Módulo I. San José de Costa Rica; 1999. p. 39-69.
- Guendel L. Gestión de las Reformas de las Políticas de Salud: entre la sostenibilidad y el estancamiento. San José de Costa Rica: UNICEF; 1997.
- Sánchez MR. Análisis Sectorial del Sector Salud en Costa Rica. San José de Costa Rica; 2002.
- Forastelli RM. Reforma del sector salud en Costa Rica: Antecedentes, lo que sabemos de resultados, y algunas interrogantes. San José de Costa Rica; 2006.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Un Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud para los Colombianos. Santa Fe de Bogotá: ASCOFAME; 1993.
- Toro DF. Ley 1122 del 9 de 2007, por la cual se reforma al Sistema de Salud Colombiano. Santa Fe de Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública; 2007.

28. Molina C, Trujillo JP. La reforma del sistema de seguros de salud: una comparación de tres propuestas. Bogotá: GEHOS, FEDESARROLLO; 1992.
29. Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. Proyecto de Reforma del Sector Salud. San José de Costa Rica, agosto 1992.
30. Restrepo J. Ponencia: Ley 1122 del 9 de 2007, Modificaciones a la ley 100 de 1993. Santa Fe de Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2007.
31. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. [Internet] [Acceso 19 de agosto de 2008]. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/desaorga/documentos/modelocertex.pdf>, 2006.
32. Solimano G, Vergara M, Isaacs S. La Reforma de Salud en América Latina: Fundamentos y Análisis Críticos. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana; 1999. p. 45-70.
33. Solimano G, Isaacs S. La salud en América Latina, de la reforma para unos a la reforma para todos. Santiago de Chile; 2000.
34. Londoño JL. Estructurando Pluralismo en los Servicios de Salud. Revista de Análisis Económico ILADES 1996; 11 (2).
35. Rodríguez-Salazar O. Del patronato al aseguramiento en el sistema de protección social en Colombia: asistencia, identificación y legitimidad. En: Le Bonniec Y, Rodríguez-Salazar O, editores. Crecimiento Equidad y Ciudadanía, hacia un nuevo sistema de protección social. Santa Fe de Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID; 2006. p. 197-272.
36. Clark M. Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System. Wilson Center Workshop on the Politics of Education and Health Reforms. Washington D.C: 2002. p. 2-8.
37. Garnier L. El Seguro de Salud en Costa Rica: La encrucijada de un modelo exitoso. Oscar Rodríguez Salazar, editor. CID: Crecimiento, equidad y ciudadanía; hacia un nuevo sistema de protección social; 2006. p. 589.

La crianza del niño trabajador: una reflexión desde la salud pública

The upbringing of working children: considerations from the standpoint of public health

Jáider Otálvaro O¹.

¹ Sociólogo, estudiante de Maestría en Salud Pública, docente de cátedra, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: jaiider@yahoo.com

Recibido: 7 de julio de 2011. Aprobado: 26 de noviembre de 2011

Otálvaro J. La crianza del niño trabajador: una reflexión desde la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011;29(4):495-503

Resumen

Este artículo pretende aportar al debate actual sobre el carácter y la posición disciplinar de la salud pública frente al trabajo infantil. Debido a su magnitud, sus repercusiones y sus formas de configuración como situación de vida de niños, niñas y adolescentes, este fenómeno cobra cada vez mayor interés para las ciencias sociales y la salud pública. Se plantea una problematización conceptual y epistemológica sobre los diferentes enfoques para explicar el fenómeno del trabajo infantil desde la perspectiva de la salud pública y de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

También se propone una alternativa conceptual que aborde el trabajo infantil desde categorías como la crianza, el desarrollo humano, la salud pública alternativa y la investigación narrativa, esta última asumida como corriente metodológica y epistemológica que supera algunas limitaciones que pueden hallarse en el abolicionismo y el proteccionismo, dos corrientes que han intentado abordar y explicar el trabajo infantil.

-----*Palabras clave:* trabajo infantil, enfoques, crianza, desarrollo humano, salud pública convencional y alternativa

Abstract

This paper seeks to contribute to the current discussion about the nature and disciplinary position of public health in regards to child labor. Due to its magnitude, consequences, and the way in which it becomes a daily living situation for children and adolescents, both social sciences and public health are becoming increasingly interested in this phenomenon. This paper proposes a conceptual and epistemological problematization using different approaches which aims at explaining the phenomenon of child labor from the point of view of public health and governmental and non-governmental

organizations. Furthermore, a conceptual alternative is proposed which approaches the issue of child labor from categories such as nurturing, human development, alternative public health, and narrative research. The latter is considered as a methodological and epistemological current that overcomes some limitations found in abolitionism and protectionism, two currents that have tried to approach and to explain child labor.

-----*Keywords:* child labor, approaches, child upbringing, human development, conventional public health, alternative public health

Introducción

El trabajo infantil es un fenómeno social, histórico y cultural cuya existencia se hace posible allí donde existen condiciones de pobreza, desempleo y falta de oportunidades de acceso y de garantías de permanencia en el sistema educativo para niños, niñas y adolescentes; sin embargo, cuando se indaga por los soportes culturales y subjetivos que ofrecen las familias y otros actores significativos del desarrollo del niño trabajador, puede encontrarse que la experiencia laboral es un proceso que va mucho más allá de esas condiciones estructurales, y que se ubica en la orilla de los significados, los sentidos y los anhelos que los niños y las familias construyen para su propio desarrollo.

La salud pública tiene tareas críticas sobre el tema en mención desde diferentes perspectivas. De un lado, trata de determinar el impacto que tiene la experiencia laboral sobre el desarrollo de las dimensiones biológica, psicológica y social de los niños y los adolescentes trabajadores. En segundo lugar, a esta disciplina se le exige la tarea de definir rutas de intervención, para lo cual habrá de valorar el papel que tiene el trabajo infantil en otras dimensiones del desarrollo humano, como la supervivencia familiar, el aprendizaje, el cuidado, la protección, el desarrollo de las capacidades humanas, entre otros muchos procesos que sugieren un bienestar para los niños trabajadores y sus familias.

Este artículo busca situar la discusión en dos sentidos: primero, se comenta el carácter polisémico que tienen el trabajo infantil y la salud pública. Se trata de un planteamiento del problema en un sentido ético y epistemológico que muy posiblemente exija renuncias o nuevas perspectivas de trabajo en los ámbitos reflexivos y prácticos. Después, se ofrece una perspectiva analítica que permita comprender al trabajo infantil desde la propuesta de la salud pública alternativa, develando las múltiples críticas que se hacen a los enfoques abolicionista y proteccionista que han intentado definirlo e intervenirlos. Se trata de fortalecer una perspectiva integral desde la crianza como categoría social, política y cultural que permite asir nuevos horizontes de comprensión del fenómeno de interés.

Narrativas sobre el trabajo infantil: el relato de un problema creciente

Según la investigadora María Eugenia Rausky existen por lo menos dos enfoques sobre los cuales se puede abordar al trabajo infantil: el abolicionista y el proteccionista [1].

El nombre que recibe el primero hace mérito de su propósito de “abolir el trabajo infantil”, ya que supone una mirada epistemológica signada por el dominio de una razón instrumental y positivista, mediante la cual el hombre, como centro del universo, y el hombre ilustrado, como constructor de realidades y verdades, signan el futuro de sus congéneres. A pesar de esto, ese hombre de la razón pura solo es un sujeto cognoscente cuando alcanza la mayoría de edad*, en tanto se halla en la edad adulta. De ahí que, según una de las críticas del segundo enfoque, el problema del abolicionismo ha sido el característico *adultocentrismo*, como elemento paradigmático que supone la interpretación de la realidad desde la mirada de los adultos, sin tener en cuenta la voz y la mirada de los niños.

Así las cosas, de la mirada que el abolicionismo hace acerca de la realidad de los niños surge la comprensión de que se trata de sujetos en preparación para la vida adulta; según eso, esta postura justifica el rechazo absoluto del trabajo infantil y deviene eliminación progresiva de esa práctica social, puesto que va en contravía del futuro mencionado. Este enfoque se considera como dominante y hegemónico, con grados de aceptación social y de difusión altos [1].

Según la Organización Internacional del Trabajo, existe un enfoque que puede contribuir a la tarea de erradicación del trabajo infantil: el *enfoque integrado*, una construcción social, política y metodológica que se ofrece a los países que han suscrito acuerdos para erradicar el trabajo infantil y que tiene como fundamento la idea de que este fenómeno es una consecuencia de la pobreza y de problemas del sistema educativo; de ahí que tenga por meta “confirmar y ampliar el acceso a la educación básica universal; establecer un régimen básico de protección social, y promover oportunidades de empleo productivo para los padres a fin de encaminar a las familias hacia la superación de la pobreza y alejar a los niños del trabajo infantil” [3]. El informe plantea que hacen falta muchos esfuerzos para alcanzar esas metas.

De otro lado, se halla la mirada proteccionista que, según Rausky, reconstruye la mirada del trabajo infantil, enfatizando en la voz de los niños trabajadores; se trata de escuchar a los niños [1]. En palabras de Manfred Liebel, quien podría situarse en la perspectiva proteccionista, es necesario “mirar a esta población como trabajadores que aún son niños” [4]; así, el investigador pone un acento epistemológico que le da un giro a la mirada tradicional sobre el trabajo infantil, situando la discusión en el ámbito de la primacía del reconocimiento del derecho al trabajo y la libre opción del niño, y apartándola de la mirada basada en la protección coactiva.

* En “respuesta a la pregunta: qué es la ilustración”, Kant hace una separación conceptual entre minoría de edad y mayoría de edad, entendiendo la primera como el estado de enajenación y coartación en que se encuentra un individuo cuando no tiene la posibilidad de pensar y expresar en público su opinión y conocimiento, libre de ataduras institucionales y sin miedo a reproches prejuiciosos de los órdenes hegemónicos preestablecidos, y la segunda, como la situación contraria [2].

De acuerdo con lo anterior, el trabajo infantil, en la perspectiva abolicionista, corre el riesgo de crear más problemas que los que disminuye, ya que a los niños trabajadores, “como se les niega los derechos económicos, muchos tienen que bailar al son que les tocan y contentarse con trabajos mal pagados sin ninguna posibilidad de poder cambiar las pésimas condiciones de trabajo que los caracterizan” [4].

La postura proteccionista se basa en un enfoque etnológico para justificar la situación social y cultural de la infancia trabajadora. El significado de la infancia que subyace a esta corriente es más bien una crítica al enfoque adultocéntrico, porque define lo que es “bueno o malo” para los niños desde el mundo adulto, y no desde la realidad vivida y sentida del niño [1]. De ahí que se abogue por la protección y el reconocimiento del derecho al trabajo del niño trabajador, y no por la abolición de la práctica.

Desde la postura proteccionista se reconoce la importancia que puede tener el trabajo infantil para el proceso de socialización del niño; aquí, el trabajo no solo es una actividad económica, sino una práctica que permite transmitir valores culturales, desarrollar una identidad y apropiarse del territorio [1, 4].

Existen tres elementos muy importantes del trabajo de Liebel que pueden traerse a discusión para esta propuesta. El primero se relaciona con la manifestación dicotómica del trabajo infantil en la perspectiva nortesur, y se refiere a las formas de configuración que tiene el trabajo infantil en diferentes territorios debido al fenómeno de la globalización. Así pues, este fenómeno se manifiesta con características distintas en Europa o en Asia, en Estados Unidos o en América latina.

Aquí pueden entrecruzarse maneras distintas de vivenciar el trabajo infantil por parte de la población trabajadora, pero, más allá de eso, se trata de dos perspectivas: la del trabajo infantil como una opción a elegir para generar mayores condiciones de vida digna, por parte de los niños trabajadores del norte, y la de optar por el trabajo para subsistir y coadyuvar con la economía doméstica, en el caso de los niños trabajadores del sur.

Este planteamiento supone también, en palabras de María Rausky, que no podría existir una mirada homogénea y universal sobre el fenómeno del trabajo infantil; en contraposición a ello, habría que dar una mirada a las múltiples formas que tiene el sentido de ser niño, y, por consecuencia, a las múltiples formas de ser trabajador, siendo aún niño.

En segundo lugar, se halla la reflexión en torno al trabajo infantil como una herramienta muy eficaz de superación de situaciones obsoletas de dependencia, fundamentalmente, de dependencia familiar, lo que supone una mirada renovadora acerca del trabajo infantil, en cuanto choca con formas tradicionales de

señalarlo desde una mirada que, de plano, lo rechaza y lo sitúa en contextos de extrema pobreza.

Un último elemento es el del carácter metodológico de la observación del autor, pues plantea la necesidad de mirar al trabajo infantil desde la voz y la experiencia propia de los niños, tratando de superar un paradigma científico que le da primacía a la mirada del adulto sobre la del niño. Este paradigma encarna una moral que en muchos casos se torna “inapropiada”, dado que suele invisibilizar la postura de los propios niños trabajadores sobre sus situaciones de vida.

Se ha visto cómo la perspectiva proteccionista del Instituto de Formación para Educadores de Jóvenes, Adolescentes y Niños Trabajadores de América latina y el Caribe (Ifejant) se constituye en un camino interesante, en tanto permite que afloren nuevas formas de comprender e interpretar el fenómeno; sin embargo, es importante señalar algunas dificultades que conlleva el hecho de asumir una posición sobre el trabajo infantil partiendo de enfoques epistemológicos que cuestionan la centralidad del mundo adulto, dando primacía a la centralidad del mundo infantil.

A la postura proteccionista se le ha cuestionado su carácter etnocéntrico, debido a la manera en que se aproxima a la realidad. Si es cierto que la teoría social clásica y las construcciones culturales tradicionales sobre la infancia han tendido a olvidar la perspectiva de los niños para tratar sobre ellos, también es cierto que, en algún sentido, darle la primacía a la infancia suele generar una especie de centralidad de la mirada del niño, olvidando de ese modo que en esa construcción histórica, cultural y social de la realidad, los adultos también pueden y deben aportar.

En relación con estas posiciones, pueden encontrarse también dos formas de acercarse a la infancia desde la sociología. Según Iván Rodríguez Pascual, existen por lo menos dos enfoques para abordar la infancia que han venido tejiéndose en la teoría sociológica, y que plantean un problema cuando se trata de hacer una comprensión integral de la infancia. Rodríguez se refiere al *paradigma adultocéntrico*, en el cual la sociedad se apropia del niño y se concibe la infancia desde el determinismo estructural. El segundo enfoque tiene que ver con un acercamiento psicologicista al objeto, donde es el niño el que se apropia de la sociedad [5].

La perspectiva proteccionista también ha sido objeto de cuestionamientos asociados al olvido de las situaciones estructurales relacionadas con el desarrollo de la infancia y con la existencia del trabajo infantil. Abordar así este tipo de trabajo —sin reconocer la importancia que tienen allí los cambios contemporáneos del mundo del trabajo, por ejemplo— significa desconocer los marcos de situaciones que contribuyen a la determinación de los distintos tipos de trabajo

infantil. Esta postura, entonces, tiende a dejar de lado los elementos históricos, económicos y políticos que le dan sentido a la diversidad de formas de trabajo infantil.

De acuerdo con todo lo anterior, se ha venido dando importancia al lugar del niño trabajador en el contexto de sus relaciones familiares [6], con lo cual, aunque no se completaría el cuadro de comprensión del fenómeno, sí se abarcaría un espectro mucho más amplio de las condiciones de vida y de las experiencias vitales del menor acerca de sus formas de comprender y habitar el mundo.

Las relaciones familiares, según nuestra lectura del trabajo de Daniel Stern, son la construcción de significados en el marco de la interacción de los actores que hacen parte de la familia en la perspectiva de la moralidad, la cultura y las representaciones. De acuerdo con esos elementos, es posible plantear que no solo la relación del niño trabajador con su ambiente laboral incidirían en su desarrollo, sino que serían muy importantes otros ambientes de desarrollo del niño trabajador, como el familiar y el escolar, donde se dan complejas interacciones entre actores, se producen significados y sentidos y se configura una mirada frente a la dinámica laboral [7].

La categoría de interés central en ese contexto de interacción familiar es la crianza, que se constituye en el ámbito de socialización y cuidado mediante el cual los niños potencian una parte muy significativa de su desarrollo. Se trata entonces de una manera de abordar el desarrollo del niño trabajador, desde las perspectivas de la salud física y mental, pero también desde los escenarios mediante los cuales el niño construye relaciones con sus familiares y estos con él.

La crianza es un fenómeno social, político y cultural cuya existencia da cuenta de la misma capacidad que tienen las sociedades de trascender hacia la autosostenibilidad y la preservación de la especie, pero también de generar estrategias para sostener un proyecto social y colectivo de desarrollo humano y de vivencia de la salud.

La crianza, como fenómeno político, es una expresión de la cultura que permite ubicar el lugar desde el que un Estado y una sociedad dan espacio a las relaciones de poder orientadas hacia la gestión del desarrollo humano. Vista así, la crianza es un asunto político que muy recientemente ha sido objeto de fuertes y progresivas medidas de control público, ha perdido pues su carácter como fenómeno propio de privacidad en el ámbito familiar y hogareño y se ha convertido en objeto directo de leyes, políticas públicas y otro tipo de controles, como lo señala Dornelles Vieira [8].

Pueden resaltarse dos funciones importantes de la crianza: la primera se relaciona con el cuidado y la vigilancia del desarrollo del niño; es aquella que muy

frecuentemente se les reconoce a las familias y al Estado; de hecho, todas las acciones del sector salud que provienen de disposiciones legales les apuntan a la vigilancia y la acción correctiva o preventiva del desarrollo del niño, lo cual se puede evidenciar en la forma en que se comprende ese desarrollo desde la perspectiva del crecimiento [9].

La segunda función es la socialización —un poco más desatendida por la salud pública—: tiene que ver con la expresión del niño como sujeto político y, fundamentalmente, está asociada al escenario de la producción de subjetividad del ser humano, con su experiencia de descubrir mundos de vida y con la de habitar el mundo y relacionarse con él. Este ha sido el espacio privilegiado de la escuela, la familia y los escenarios de interacción con grupos de pares.

Abordar los dos tópicos mencionados —el cuidado y la socialización— será nuestra forma de situar la crianza, pero, además, es el marco interpretativo desde el que se intenta superar las limitaciones que traen consigo el abolicionismo y el proteccionismo en el campo del trabajo infantil.

La crianza situada

Si se parte de que la crianza es el contexto de realización de los procesos de socialización y cuidado en el que se enmarca la relación de padres e hijos, entonces esa crianza es un fenómeno sociocultural e histórico que adquiere sentido en el mundo de la vida, no propiamente como un asunto natural. Un ejemplo de que se trata de una producción cultural lo ofrece Elisabeth Badinter, para quien la práctica de la maternidad ha trascendido desde “la indiferencia materna” hasta la concepción de “la nueva madre”, desde la historia pre moderna hasta la modernidad, cuyas prácticas están condicionadas por discursos y moralidades sociales que orientan la relación de las madres con sus hijos [10].

Según Stern [7], las funciones maternas son consecuencia de condicionamientos culturales que fundamentan la relación de la madre con su hijo, aunque se hallan también determinadas por su propia historia de vida, así:

1. “La sociedad valora mucho a los bebés, su supervivencia, bienestar y óptimo desarrollo.
2. Se supone que el bebé es deseado.
3. La cultura valora mucho el papel maternal y la madre es valorada en parte como persona por su participación y éxito en el papel maternal.
4. La responsabilidad última del cuidado del bebé se deposita en la madre aunque ésta delegue gran parte de esta función en otras personas.
5. Se espera que la madre ame al bebé.

6. Se espera que el padre y las demás personas ayuden a la madre a cumplir su papel maternal durante el periodo inicial.
7. La familia, la sociedad y la cultura no ofrecen a la madre la experiencia, la formación o la ayuda suficiente para que desempeñe sola y fácilmente su papel maternal”.

El contexto explicativo anterior puede complementarse con la propuesta de Norbert Elías, para quien las relaciones entre padres e hijos están integradas y obedecen a procesos sociales mucho más amplios, que tienen asidero en la sociogénesis de la humanidad, y cuyas transformaciones se deben a las del propio curso de la historia de la vida humana [11].

Un elemento que interesa resaltar es el carácter de producción de vida que tiene la crianza en un contexto de desarrollo humano y cómo ese desarrollo se halla referenciado por procesos socioculturales complejos. Se entiende al desarrollo humano como el proceso de exploración e introyección en el mundo de la vida del niño. Ese proceso, como lo expresa María Cecilia Múnera, aunque se encuentra articulado a las racionalidades socioeconómicas, tiene su génesis en la historia, en la cultura y en las configuraciones territoriales [12]; quizá es en ese fundamento donde la propuesta de Múnera se distancia de otras propuestas relacionadas con el tema [13].

El desarrollo humano se sitúa así en una perspectiva crítica que abandona el modelo hegemónico del desarrollo como proceso positivo ligado a dimensiones únicamente económicas; incluso, se aparta en alguna medida de las que suponen la satisfacción de necesidades básicas por medio de la inversión de capital.

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible reconocer el valor y el carácter multidimensional de los procesos de desarrollo humano; así, el reto se halla en adoptar una perspectiva transdisciplinar y holística, al lograr el surgimiento de la comprensión del contexto histórico que atraviesa a la humanidad y “sus diferentes pueblos y culturas, en el cual son posibles los cambios regionales y globales” [12].

Esa mirada sobre el desarrollo humano le permite erigirse como contexto explicativo de la misma perspectiva vitalista de la salud, pero, fundamentalmente, le permite comprender las características históricas y culturales que dotan de sentido a la crianza como práctica y fenómeno cultural, dado que esta responde a los procesos de desarrollo económico, histórico, cultural y territorial; allí se generan explicaciones, significados y prácticas que sustentan el desarrollo humano del niño trabajador, y es lo que hace importante ese referente para la propuesta que se está exponiendo.

Acerca de lo anterior, es importante considerar los contextos de la crianza, y no solo la crianza como un

contexto del desarrollo del niño; en ese sentido y, según como lo manifiesta Urie Bronfenbrenner, en los estudios sobre crianza es notable una característica ausencia de los contextos del desarrollo humano como elementos que estructuran las realidades vivenciadas por las familias de los niños y por los niños mismos [14].

Los contextos de desarrollo de Bronfenbrenner, vistos a la sazón de la teoría sobre la construcción social de la realidad de Berger y Luckman, también podrían verse como el proceso de socialización primaria y secundaria. Mediante la socialización primaria, el niño configura la construcción de la realidad; en palabras de los autores: “La socialización primaria es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez; por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad”; y acuña que la socialización secundaria es “cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad” [15].

Así las cosas —y de acuerdo con la propuesta del concepto de la socialización secundaria—, pueden comprenderse los siguientes niveles del contexto de desarrollo de Bronfenbrenner. El segundo nivel no es otra cosa que “aquel en el cual se ofrecen al niño oportunidades, recursos y estímulos para implicarse en las actividades que ha aprendido en los contextos de desarrollo primarios, pero ahora sin la intervención activa o la guía directa de otra persona poseedora del conocimiento o destreza que supere a la del niño” [14].

Por último, se hallan los niveles de desarrollo potencial de un escenario en el cual interactúan las “terceras partes”, las cuales —al decir de Bronfenbrenner— se encuentran en escenarios que apoyan o socavan las actividades de aquellos que actualmente se encuentran implicados en la interacción del niño y, “los vínculos sustentadores entre ese escenario y otros contextos en los que se insertan el niño y los adultos responsables de su cuidado” [14].

La teoría de Bronfenbrenner, relacionada con la de Berger y Luckman, permite la comprensión de la socialización y del cuidado del niño trabajador. Se entiende, pues, cómo en el ámbito escolar o laboral del niño se da la socialización secundaria, así como el segundo nivel del desarrollo humano del niño, dado que en esos escenarios se activan otros procedimientos, pautas, estrategias y prácticas sobre su socialización y sus necesidades de cuidado.

Para la escuela y el ámbito laboral, habrá necesidad de que el niño desarrolle destrezas, aptitudes, sentimientos, valores y competencias, entre otros elementos subjetivos y objetivos que responden a las necesidades de dichos contextos. Lo clave aquí es que el niño pone en diálogo las nociones y creencias que desarrolló durante su socialización primaria con otras creencias que llegan a través de su interacción con otros actores significativos

del proceso de desarrollo propios de estos ámbitos, como los maestros, jefes, pares trabajadores, etc.

Una propuesta para comprender la crianza y el trabajo infantil desde la salud pública alternativa (acercamiento epistemológico)

Con el planteamiento de un problema como el que se ha expuesto, intentamos dar un giro en la mirada de la salud pública en su versión convencional, como lo afirmaría Edmundo Granda, quien, en su presentación en el quinto congreso internacional sobre salud pública, llevado a cabo en Medellín en el 2008, planteó algunos elementos de análisis sobre las formas convencionales de crear conocimiento de la salud pública acerca de la enfermedad, y sugirió algunas características que deberían aflorar de esta disciplina en un ámbito de pérdida del antropocentrismo [16].

Así las cosas, intentamos un acercamiento a la construcción de la salud desde una nueva mirada. Granda denomina este enfoque epistemológico como *la salud pública alternativa*, dado que parte de una crítica a los presupuestos filosóficos y metódicos y que sobre la realidad estuvieron iluminados por el desarrollo de las ciencias naturales, la práctica biomédica y el Estado como centro de la matriz de las relaciones de poder que tejen sociedad y que fueron hegemónicos a lo largo del siglo XX [16].

En lugar de aquellos presupuestos anclados en matrices de pensamiento positivistas y signados por una razón instrumental y constructora de objetos apoloéticos —“cifrados por la enfermedad y la muerte”—, Granda plantea una nueva mirada que cimienta su episteme en el carácter autopoietico de la vida como constructora de sentidos acerca de la salud, y de la promoción de la salud como disciplina que re-configura realidades a través del diálogo de saberes [16].

El trabajo infantil no ha estado ausente de un debate que se puede comprender como análogo al del ámbito de la salud pública; y aquí se halla la primera gran relación entre los dos campos de estudio —salud pública y trabajo infantil—, dado que, así como en la salud, en su corriente de “enfermología pública” el trabajo infantil ha sido visto —como bien podría afirmarse desde esa misma corriente biomédica— como un fenómeno que, a ultranza, es más un problema que una forma de vida.

Así como en el caso en el que la salud pública convencional soslaya fronteras de objetos de estudio desde la enfermedad y la muerte, el trabajo infantil también concibe la experiencia laboral como un problema, como enfermedad en sí, y no como una forma de construcción de experiencias vitales.

Un elemento de la crítica de Granda a la salud pública convencional que tiene relevancia aquí es el problema de la construcción lógica del conocimiento en salud pública desde la perspectiva de las convenciones, que tiene que ver con su enfoque y su visual lógica sobre la salud como acto de enfermar.

Los discursos lógicos predominantes en la episteme de la salud pública sugieren que la investigación de cualquier orden —ya cualitativa, ya cuantitativa— orienta la construcción de un conocimiento que busca el sentido de la salud en el referente de la enfermedad. El problema conceptual y epistemológico que presenta esta visual, como lo plantea el propio Granda, tiene que ver con su limitación para generar soluciones en salud que resulten pertinentes, habida cuenta de las realidades de la salud como reflexión sobre la vida y, por lo tanto, como consecuencia de la compleja cotidianidad [16].

Más allá de la crítica sobre la lógica alopoiética y signada por la enfermedad de la salud pública, es importante considerar un segundo elemento que tiene que ver con las convenciones. Por tratarse de un discurso hegemónico, la salud pública convencional supone acuerdos sobre las conclusiones y sobre las creaciones narrativas lógicas de la experiencia vital de los colectivos y los individuos. Esas convenciones hallan en la perspectiva causal o de la determinación el método más adecuado para entender los fenómenos en salud. La crítica radica en que los discursos lógicos y categóricos que exponen los autores tienen un cuerpo canónico, que de ninguna manera permite escapes de lo “esperable” o lo usual de la condición humana [17].

Según Bruner, la narrativa se caracteriza por su capacidad para encontrar vínculos y relaciones entre lo excepcional y lo corriente [17]. Esos vínculos son importantes porque, en lo excepcional, muy seguramente pueden hallarse respuestas que definen otras lógicas sobre la forma de asumir la vida. Lo excepcional de ninguna manera se comprende como variación o desviación en un sentido estadístico. Las excepciones se hallan en la vida cotidiana, y así como la mayoría de los acontecimientos de dicha vida cotidiana son casi imperceptibles por su mismo carácter tradicional y porque sus significados reposan en la subjetividad, dado que se trata de sensaciones, sentimientos y creaciones imaginarias del sujeto que toman cuerpo, de manera ocasional, en pequeños actos o fugas como respuesta a situaciones particulares de crisis.

De acuerdo con lo anterior, el significado de lo excepcional, desde la comprensión de los referentes del desarrollo humano autoreferenciado [11], permite encontrar otras explicaciones de la vivencia de la salud del niño trabajador, pues desde esa perspectiva es posible hallar otros sentidos y significados que tienen los adultos significativos y los niños trabajadores sobre la experiencia laboral del niño trabajador,

diferentes a lo que comúnmente se ha conocido de la situación de vida de estos sujetos mediante los discursos abolicionistas o proteccionistas.

Siguiendo este orden de ideas, se halla una perspectiva de trabajo que exige tareas y nuevas construcciones sobre la forma en que se ha venido comprendiendo el desarrollo de la salud en el contexto disciplinar de la salud pública. Desde la Carta de Ottawa [18], por ejemplo, pensar el ejercicio de la salud en los niveles individual y colectivo exige miradas que integran los recursos personales, físicos y sociales, lo que supone el desarrollo de un nuevo concepto de salud signado por una visual positiva y que fundamentalmente encarna “la fuente de riqueza de la vida cotidiana” en las sociedades contemporáneas.

Esta lectura de la Carta de Ottawa admite además situar una perspectiva integral de horizonte disciplinar para la salud pública; la promoción de la salud es aquella apuesta disciplinar que cumple estos requisitos, así como los presupuestos filosóficos y epistemológicos mencionados arriba, dado que, según María Teresa Cerqueira, “la promoción de la salud tiene como fin el mejorar la salud individual y colectiva, y contribuir al logro de la equidad y la justicia social” [19].

En palabras de la autora, esa tarea de la promoción de la salud no solo no es posible si no se trasciende lo que más arriba se ha mostrado desde Granda como la salud pública convencional, sino que hace perentorio situar la educación para la salud como el ejercicio disciplinar básico de esta perspectiva. Lo que hace mucho más complejo este componente de la promoción de la salud es la tarea crítica de la educación, que, desde nuestra perspectiva, posibilita también la equidad y la justicia social, de un lado, y se sitúa en el horizonte del debate sobre el desarrollo humano [16, 22].

¿En qué consiste la tarea crítica de la educación? Esta sería la pregunta que complementaría el esquema conceptual sobre el trabajo infantil desde la perspectiva en la cual buscamos situar el fenómeno. La educación popular permite esbozar la respuesta.

De acuerdo con Paulo Freire, entendemos la educación popular como el ejercicio pedagógico que re-crea mundos de vida, haciendo posibles la emancipación y el afloramiento de la justicia social desde la instauración de nuevas moralidades pedagógicas. Así, con la educación popular se comprende al sujeto del aprendizaje como un sujeto histórico y activo que enfrenta un mundo tradicionalmente presentado como mundo dado, y que por medio de la educación liberadora lo irrumpe transformándolo [20].

Desde nuestra forma de entender, en la educación popular la tarea pedagógica no está en enseñar, sino en transformar, para lo cual, educar es sinónimo de conocimiento, aprehensión, problematización y creación, y esto último es sinónimo de emancipación [21].

En salud pública, la tarea ha avanzado desde múltiples reflexiones y acciones que han intentado incorporar esa perspectiva, pero interiorizar esta concepción de la educación sigue siendo un imperativo [19]. Por lo tanto, en el campo de la promoción de la salud, se trata de situar a los actores como sujetos históricos cognoscentes; de ahí la importancia de la investigación narrativa sobre la experiencia vital y de volver sobre esta última como la base de la construcción de conocimiento en salud, incluyendo horizontes de sentido éticos y morales que le exijan al salubrista ser fuente potenciadora de creación, poder y emancipación.

Analógicamente, si el saber en salud pública es el saber sobre la vida, y si el saber se construye mediante la problematización creativa, entonces la tarea de la educación para la salud está asociada a la creación de vida y de poder mediante el diálogo de saberes en salud; de ahí que la educación para la salud sea en parte el sustento de la justicia social, la equidad y el desarrollo humano.

Considerando lo anterior, la orilla de comprensión del fenómeno del trabajo infantil desde la salud pública precisamente tiene que ver con la construcción de sentidos y comprensiones sobre la experiencia vital encarnada en el trabajo infantil, situándola en la crianza, y esta última, situándola en los contextos y los conceptos del desarrollo humano, de la promoción de la salud y de la educación para la salud.

Plantear la inquietud sobre el trabajo infantil asumiendo el debate presentado implica pues considerar los elementos de reflexión y de acción que se exponen a continuación.

El desarrollo de una sociedad depende en gran medida de la forma en que se acompaña, se comprende y se dirige el proceso de desarrollo de sus niños. Ese desarrollo no es fortuito: se trata de un proceso que tiene un asidero histórico y cultural que puede denominarse *sociogénesis*. La crianza es el proceso mediante el cual “otros significantes” acompañan al niño durante su proceso de desarrollo; esta se constituye en un escenario social y cultural que actúa como soporte del trabajo infantil en un sentido subjetivo, al construir significados que lo avalan o sancionan y, en un sentido objetivo, al posicionarse en el marco del desarrollo del niño generando sustentabilidad económica y emocional en la dinámica familiar.

El trabajo infantil es un ambiente que repercute y sustenta el proceso de crianza del niño, además de que se erige como consecuencia de las ideas de lo justo y lo injusto para el proceso del desarrollo del niño trabajador, desde él mismo y desde la visión de sus padres. Se ve además el trabajo infantil como un mecanismo de socialización y como una estrategia para el cuidado de este sector de la población trabajadora.

El trabajo infantil es una circunstancia de vida especialmente compleja debido a las repercusiones que tiene sobre el desarrollo de los niños que trabajan y a las situaciones generalmente riesgosas a las que se ve sometido este grupo poblacional. En materia disciplinar, esa complejidad debe asumirse desde una perspectiva integral, pues no es tan fácil definir horizontes claros para tratarlo. Los referentes abordados hacen necesario el rescate de la subjetividad en un escenario de equidad y justicia y de diálogo de saberes sobre la vida y el desarrollo humano, pero, además, genera grandes inquietudes relacionadas con la forma en que no solo los marcos interpretativos de las disciplinas, sino los mismos niños y sus familias, dan sentido al trabajo infantil, lo cual es indispensable integrar [22].

Para la salud pública, el reto radica en la perspectiva vitalista y en el contexto del desarrollo humano; se entiende así la necesidad de rescatar una postura disciplinar para el salubrista en torno al trabajo infantil, que se considere crítica, dialógica, narrativa y centrada en lo excepcional y en las formas de producción de subjetividad, sin desconocer otras lógicas desde las cuales se han producido también saberes significativos sobre el trabajo infantil. La categoría central en este escenario disciplinar sería la crianza, dado que, teniendo en cuenta la forma en que se sustentó, este concepto permite superar las barreras que trae la contradicción entre el etnocentrismo y el positivismo, pero, además, permite potenciar una mirada integral y alternativa frente al proceso de desarrollo humano del niño trabajador. Vista así, sería en la crianza y en el desarrollo humano, y no en el acto laboral, desde donde debería partir y a donde debería llegar la reflexión sobre el trabajo infantil de una salud pública que se defina como alternativa.

Esta postura también hace indispensable la tarea de problematizar la mirada de la niñez trabajadora en las políticas y programas de atención a esta población, desde la perspectiva de la salud pública alternativa, comprendiendo los lugares desde los cuales se han connotado y conceptualizado el niño y el trabajo infantil. En ese sentido, la recuperación de los principios de la educación liberadora expuestos previamente y el desarrollo de una propuesta que piense en el niño trabajador en sus dimensiones de vida cotidiana —como la familia, la educación y el desarrollo humano— son algunos de los elementos que deben tenerse en cuenta en las políticas existentes. En otras palabras, se trata también de situar al niño trabajador en sus contextos de crianza, y esta misma, en los contextos sociales más amplios para construir y proponer alternativas de carácter institucional acordes con la forma en que las familias y los niños involucrados vivencian y otorgan sentido al fenómeno del trabajo infantil.

Referencias

1. Rausky M. ¿Infancia sin trabajo o infancia trabajadora? Perspectivas frente al trabajo infantil [revista de internet] 2009 [acceso 19 de septiembre de 2008] Rev.latinoam.cienc.soc.niñez; 7(2). Disponible en: <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>.
2. Theodor A, Hellmut B. Educación para la mayoría de edad. Revista Argumentos 1986; 14.
3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Intensificar la lucha contra el trabajo infantil: Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo. Conferencia Internacional del Trabajo 99ª Reunión. Ginebra. Oficina Internacional del Trabajo; 2010.
4. Liebel M. Malabaristas del Siglo XXI: Los niños trabajadores frente a la globalización. Lima: Ifejant; 2006.
5. Rodríguez I. Para una sociología de la infancia: aspectos teóricos y metodológicos. España; Centro de Investigaciones Sociológicas; 2007.
6. Pico M, Salazar M. El Trabajo Infantil como práctica de crianza: contexto de una plaza de mercado. Hacia la promoción de la salud 2008; 13.
7. Stern D. La constelación maternal. Barcelona: Ediciones Paidós; 1997.
8. Vieira L. Infans en Modernidad. Revista Educar de 0 a 6 años Barcelona; 2006: 096.
9. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Públicas [internet] [10 de agosto de 2007]. Guías de protección de la salud y de prevención de enfermedades en salud pública. Tomo I. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/6893100/Guias-412-Tomo-I>.
10. Elisabeth B. ¿Existe el instinto Maternal? Historia del amor maternal, siglos XVII al XX. Barcelona: Paidós; 1991.
11. Elías N. La Civilización de los Padres y otros Ensayos. Santafé de Bogotá: Editorial Norma; 1998.
12. Múnera M. Resignificar el desarrollo. Medellín: Escuela de Hábitat CEHAP, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín; 2007.
13. Sen A. Desarrollo y Libertad. Bogotá: Planeta; 2000.
14. Bronfenbrenner U. Contextos de crianza del niño. Problemas y perspectivas. Infancia y Aprendizaje 1985; 29: 45-55.
15. Berger PL y Luckman T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2003.
16. Granda E. El saber en Salud Pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2008; 26 (especial): 65-90.
17. Bruner J. Actos de Significado: Más allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza Editorial; 1990.
18. Organización Mundial de la Salud -OMS-. Carta de Ottawa. En: Primera conferencia internacional para la promoción de la salud. Ottawa, Canadá; 21 de Noviembre, 1986.
19. Cerqueira MT. Promoción de la Salud y Educación para la Salud: retos y perspectivas. En: Arroyo H, Cerqueira M. La promoción para la salud en América Latina: un análisis sectorial. Puerto Rico: Editorial Universidad de Puerto Rico; 1997.
20. Freire P. Pedagogía del Oprimido, 14ª edición. México: Siglo XXI Editores; 1979.
21. Freire P. Pedagogía de la Esperanza, 7ª edición. México: Siglo XXI Editores; 2007.
22. Mitjans A. Trabajo Infantil y Subjetividad: una perspectiva necesaria. Revista de psicología 2001; 6(2): 235-244.

La salud pública como ciencia social: reflexiones en torno a las posibilidades de una salud pública comprensiva

Public health as a social science: reflections on the possibility of a comprehensive public health

Diego A. Restrepo O¹

¹ Docente Investigador, Facultad de Psicología, Universidad CES. Estudiante de doctorado en Salud Pública Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia. Correo electrónico: drestrepo@ces.edu.co

Recibido: 12 de enero de 2011. Aprobado: 20 de marzo de 2011

Restrepo DA. La salud pública como ciencia social: reflexiones en torno a las condiciones de posibilidad de una salud pública comprensiva. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011;29(1):94-102

Resumen

Las estrechas relaciones históricas entre la medicina y la salud pública han tenido como consecuencia, para esta última, la herencia de rasgos epistemológicos propios de la concepción positivista de la ciencia en la que se ha apoyado gran parte de los desarrollos teóricos de la medicina moderna. Desde este referente ontológico, epistemológico y metodológico del positivismo, la salud queda reducida a explicaciones determinísticas, lineales, causalistas, que anulan sistemáticamente cualquier referencia al *mundo de la vida* (*Lebenswelt*), tanto del investigador como de los “objetos” de la investigación. Las pretensiones de cientificidad de la salud pública se han puesto por encima, incluso, de su

compromiso ético y político, ampliando cada vez la brecha entre el conocimiento científico y las condiciones concretas de existencia de los actores sociales y su relación con la salud. El presente trabajo expone algunas reflexiones en torno a las condiciones de posibilidad de un enfoque comprensivo de los problemas de la salud pública a partir de una concepción de la salud como fenómeno social, esto es, como emergente del entramado complejo de relaciones intersubjetivas de los actores sociales, en un horizonte histórico-social particular y con las implicaciones epistemológicas, éticas y políticas de esta perspectiva para la investigación en salud pública.

-----*Palabras clave:* salud pública, epistemología, comprensión, ciencias sociales

Abstract

Close historic relationships between medicine and public health have implied, as a consequence for the latter, the inheritance of epistemological traits traditionally characteristic of a positivistic conception of science on which a major part of the theoretical development of modern medicine has been supported. From the point of view of this ontological, epistemological and methodological reference of positivism, health has been reduced to deterministic, linear and causalistic explanations that systematically cancel any reference to the lifeworld (*Lebenswelt*), both for the researcher and for the “objects” of research. The scientific pretensions of public health have become protruding over its political and ethical

commitment, even widening the gap between scientific knowledge and the specific conditions of existence of social actors and their relation to health. This paper presents some reflections around the conditions of possibility for a comprehensive approach of public health problems. These reflections are based on a conception of health as a social phenomenon, that is to say, as an emergent element from the complex web of intersubjective relationships among social actors, in a specific social and historic horizon. Epistemological, ethical and political implications of this perspective for research in public health are also discussed.

-----*Key Words:* public health, epistemology, comprehension, social sciences

Introducción

El parentesco histórico entre la medicina y la salud pública ha implicado, para esta última, la herencia de rasgos epistemológicos propios de la medicina moderna, lo cual ha derivado en un intento por abordar los problemas de la salud de las colectividades con base en los mismos presupuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos de las ciencias naturales a partir de los cuales se han estudiado los problemas de la medicina.

Esta tradición de pensamiento empírico analítico ingresa en el siglo XIX teniendo como estandarte los sueños de la ilustración, de la mano de la burguesía y con la pretensión de desarrollar un conocimiento que permitiera el dominio de la naturaleza y el progreso material [1].

El positivismo, paradigma dominante en la medicina y en la ciencia moderna, había señalado los criterios de demarcación de lo que se considera digno de la ciencia y los de aquello que solamente ha de considerarse como especulación, poesía o retórica, dejando de lado los problemas que fuesen irreductibles a enunciados susceptibles de medición y control experimental.

Bajo esta égida, la medicina moderna ha asumido la salud y la enfermedad como fenómenos relativos a un organismo mecánico, ahistórico, analizable y que puede ser explicado mediante leyes que permitan establecer relaciones causa-efecto (*erklären*). Desde una perspectiva positivista, la salud queda reducida a la enfermedad, a lo individual, al plano de los fenómenos empíricamente observables y a la simplicidad unidimensional de un orden mecánicamente determinado [2].

La salud pública también se ha visto conminada a la adopción del tal modelo para explicar la salud de los colectivos humanos, asumiendo la metáfora del “organismo colectivo”, sometido a un conjunto de factores determinantes a partir de los cuales se puede explicar, predecir y controlar su objeto de estudio. El éxito de la medicina sobre la enfermedad individual

generó un ambiente de optimismo que llevó a considerar la posibilidad de fundar una “enfermología social”, denominada salud pública, tratando de explicar la enfermedad colectiva como la suma de las enfermedades individuales, y buscando las causas de la enfermedad que se encuentran por fuera de la máquina corporal, tomando como su campo de investigación y de acción el cálculo del riesgo y la prevención de la enfermedad [3].

A mediados del siglo XIX, se desató la polémica entre las ciencias de la naturaleza y las denominadas “ciencias del espíritu”, impulsada, entre otros, por Wilhem Dilthey, quien se propuso fundamentar la historia y las demás ciencias que se relacionan con el hombre en tanto ser histórico y social. El objeto de las ciencias del espíritu no será entonces aquello externo al hombre (los hechos objetivos), sino el medio en el cual el hombre está inserto [1].

Esta situación configura una nueva “geopolítica” de la ciencia, una organización de sus territorios, atravesados por procesos de colonización, intentos de independencia y toda suerte de luchas y tensiones, en aras de la defensa de la identidad epistémica de cada dominio de científicidad. No obstante, esta *geopolítica* de la ciencia solo generó la ampliación de la brecha entre las ciencias y los saberes y la fragmentación de la realidad en objetos de estudio inconexos que imposibilitan abordar fenómenos complejos que vayan más allá de los compartimentos estancos disciplinares.

Si bien esta experiencia de crisis fue inicialmente una característica atribuida a las ciencias sociales y humanas —como la sociología y la psicología, entre otras—, las ciencias naturales también se han visto hoy sacudidas en sus cimientos, y muchas de ellas se encuentran en proceso de revisión y discusión de sus supuestos fundamentales [4].

La salud pública ha enfrentado una lucha particularmente intensa en este proceso de organización de sus “dominios de científicidad”, dado que sus

territorios han sido enérgicamente disputados, sus fronteras difícilmente demarcadas y su carta magna epistémica sumamente borrosa. La salud pública ha erigido sus territorios justo en el lugar donde se abre la brecha entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu y, por ende, en el espacio del *globus intellectualis* donde los terrenos son más movedizos e inseguros. Al mismo tiempo, el territorio de la salud pública ha sido gobernado por paradigmas en pugna que han ampliado la brecha entre las diversas concepciones del hombre y del mundo en el intento de colonizar el territorio del objeto “salud”. Y mientras las ciencias naturales y las ciencias sociales se disputan la legítima ciudadanía de su objeto de estudio, las condiciones de vida de las personas y los colectivos humanos se hacen cada vez más críticas y la voz de los científicos, cada vez más tímida e inoperante.

Ante la imposibilidad de reducir el conocimiento de las problemáticas de la salud pública a modelos explicativos matemáticos, es fundamental la adopción de aproximaciones comprensivas que hagan posible la recuperación del mundo de la vida como horizonte para el entendimiento de la salud, que se ha difuminado en la objetivación que generan los discursos de la medicina y de la salud pública tradicional [3].

La pregunta por las condiciones de científicidad de la salud pública no es solamente una cuestión epistemológica, sino, ante todo, un asunto ético y político basado en el insoslayable compromiso con la autorreflexión que permita develar los intereses que subyacen a los procesos de generación de conocimiento y las posibilidades que ofrece dicho conocimiento en la transformación de las realidades sociales que ponen freno al desarrollo individual y social y que afectan las condiciones de salud de los colectivos humanos.

El propósito del presente trabajo es esbozar la posibilidad de una salud pública comprensiva y sus implicaciones epistemológicas, metodológicas y éticas, en la cual la comprensión no se asuma como antinomia de la explicación, sino como alternativa democrática para abordar la salud —desde la investigación y la práctica— como un fenómeno social.

La salud como fenómeno social

La pregunta por el estatuto científico de la salud pública está ligada a la naturaleza de su objeto de estudio.

Mientras algunos autores plantean la existencia de una salud pública científica, fundamentada en la existencia de un objeto de estudio definido y de un conjunto de teorías y procedimientos metodológicos para el desarrollo de sus investigaciones [5], otros contradicen dicha posición y afirman que no existe un único objeto de estudio para la salud pública, lo cual se evidencia

en la coexistencia de diferentes corrientes (la corriente institucional, la medicina social latinoamericana, la salud colectiva, entre otras), y por lo tanto, sostienen que la salud pública no puede considerarse una disciplina científica autónoma, sino, más bien, como un campo de conocimientos y prácticas transdisciplinarias [6].

Desde la perspectiva kuhniana de la sociología de la ciencia, la existencia de múltiples objetos de estudio denota un estado de inmadurez, dada la falta de acuerdo sobre la matriz disciplinar y los ejemplares compartidos de una disciplina científica [7]. Si la salud pública pretende ser una ciencia, siguiendo los lineamientos de la sociología de la ciencia de Kuhn, tendría que asegurar la unidad de su objeto de estudio y, además, fundamentar epistemológica y metodológicamente la posibilidad de abordar “científicamente” dicho objeto.

Esta obstinación con el modelo de las ciencias naturales trae consigo al menos una de dos consecuencias para la salud pública: la mutilación de su objeto de estudio y/o la definitiva imposibilidad de constituirse como ciencia. La mutilación del objeto de estudio se refiere al abandono intencional de un conjunto de problemas que no pueden ser abordados siguiendo los fundamentos metodológicos de las ciencias naturales, esto es, aquellos fenómenos de naturaleza semántica que escapan a las posibilidades de medición, control, generalización y predicción. Este proceso de “selección artificial” de sus problemas fundamentales podría llevar a la salud pública a definir con precisión los límites de su objeto de estudio para cumplir con los criterios de demarcación de las ciencias positivas, pero simultáneamente conllevaría a la exclusión un conjunto de problemas fundamentales para la comprensión de la salud pública como fenómeno social y político. No obstante, el compromiso con estos problemas de naturaleza semántica genera sospechas entre quienes mantienen una concepción naturalista de la ciencia y dejan en entredicho la posibilidad de afirmar sin titubeos que la salud pública es una “ciencia auténtica”.

Ante esta encrucijada, se hace necesario un replanteamiento del problema que permita superar la defensa a ultranza de un ideal moderno de científicidad, cada vez más desgastado y debilitado. Dos consideraciones permitirían reencauzar el problema: en primer lugar, la salud pública tiene un objeto de estudio que define su campo de saber, pero dicho objeto de estudio es un “objeto plural”; en segundo lugar, la salud pública encuentra nuevas posibilidades de realización en el ámbito de las ciencias sociales para abordar problemas que resultan impensables en el marco de referencia de las ciencias naturales.

Al hablar de “un objeto de estudio plural” no se hace referencia a muchos objetos de estudio, sino a un conjunto de problemas de diversa naturaleza que se encuentran articulados entre sí, no solamente por su relación lógica, sino también por sus relaciones políticas,

sociales y éticas. En términos generales, puede afirmarse que el eje articulador de los problemas que conforman el ámbito objetual de la salud pública es el conjunto de las condiciones de salud y bienestar de los colectivos poblacionales en cada contexto histórico social particular [8], tomando en consideración tanto las condiciones del mundo objetivo como las condiciones del mundo social y del mundo subjetivo. Es posible, por ejemplo, hacer un análisis epidemiológico para establecer los factores asociados al embarazo en adolescentes de manera “objetiva”, sin que ello anule la posibilidad y la necesidad de abordar el fenómeno desde una perspectiva comprensiva que permita las construcciones de sentido en torno a la vivencia del cuerpo, de la relación con el otro, de la paternidad y la maternidad, entre otros.

Esta pluralidad del objeto de estudio de la salud pública no es un fundamento para afirmar la imposibilidad de constituirse en una disciplina científica, sino que, por el contrario, es un indicador de la complejidad inherente a los fenómenos relacionados con la salud, que no pueden reducirse a una única perspectiva. Y es precisamente en dicha irreductibilidad de la salud al continente natural del *globus intellectualis* como emerge una nueva posibilidad: la asunción de la salud pública como una ciencia social.

Esta afirmación representa una ruptura con las concepciones médicas de la salud y la enfermedad y se erige sobre el supuesto de que la salud es un fenómeno social. Pensar la salud de este modo implica la apertura a nuevos problemas, el desarrollo de nuevos métodos y nuevas reflexiones éticas y políticas en torno a la investigación. Algunas perspectivas en salud pública, como la salud pública alternativa [3] y la epidemiología crítica [2], han avanzado de manera significativa en esta dirección.

A diferencia de las realidades naturales, que pueden reducirse a explicaciones causalistas, objetivas, de carácter determinista, la realidad social está constituida por el conjunto de todos los objetos culturales e instituciones sociales que dan lugar a la existencia cotidiana de los hombres, que hacen posible la experiencia de un mundo no privado, sino intersubjetivo, común a todos los hombres, lo cual supone la intercomunicación y el lenguaje; en este sentido, el objetivo de las ciencias sociales es alcanzar un conocimiento organizado de dicha realidad social [9]. La salud pública comprensiva requiere comprender la salud desde la vida misma, y no solo desde el cálculo del riesgo que sucede por fuera y antes de que se presente la enfermedad en la máquina corporal [3].

A decir de Schütz, “el mundo de la naturaleza, tal como lo explora el especialista en ciencias naturales, no ‘significa’ nada para las moléculas, átomos y electrones. Pero el campo observacional del científico social, la realidad social, tienen significado específico y una estructura de significatividades para los seres humanos

que viven, actúan y piensan dentro de él” [9]. Desde la perspectiva de las ciencias naturales, la salud es un fenómeno determinado por condiciones que, estando fuera o dentro del organismo, se encuentran, en todo caso, por fuera del sujeto, es decir, del universo de sentido que construyen los hombres y mujeres en la interacción con dichas condiciones; desde la perspectiva de las ciencias sociales, por el contrario, se asume la salud como un fenómeno significativo, que no es externo al hombre, a la cultura y a la sociedad, sino que es constitutivo y constituyente de lo humano, lo cultural y social. La salud, entendida como un fenómeno social, solo puede ser comprendida como una construcción simbólica —de naturaleza lingüística— que emerge en el conjunto de relaciones sociales entre sujetos que, en un contexto histórico particular, comparten unos valores, unos significados y unas prácticas en torno al cuerpo, al bienestar, a la enfermedad, a la vida y a la muerte.

El problema de la comprensión en salud pública

Dentro de la disyunción clásica entre ciencias de la naturaleza y del espíritu, se presentan la explicación y la comprensión como dos polos opuestos e irreconciliables: la explicación constituye la pretensión de dar cuenta del mundo en términos de leyes que establezcan relaciones entre causas y efectos para la predicción y el control de los fenómenos (naturales o sociales), mientras que la comprensión busca el entendimiento del sentido y del significado de las acciones humanas.

Esta distinción está sustentada en la idea de que existen dos “órdenes” de realidades diferentes: el primero —el de la explicación— se refiere a una realidad objetiva, material, determinada por leyes susceptibles de ser expresadas lógicamente, que existe con independencia del sujeto y que constituye el “mundo natural”. Por otra parte, la comprensión remite a un universo construido subjetiva e intersubjetivamente, en el cual la realidad no es otra cosa que un entramado de significados que emerge en las relaciones de los sujetos consigo mismos, con los otros y con las cosas en un contexto histórico determinado.

Esta dicotomía se encuentra hoy tan debilitada como otros de los tantos soportes de la modernidad (cuerpo/mente, espíritu/materia, cuantitativo/cualitativo, salud/enfermedad). Entre lo social y lo natural no pueden existir sino relaciones marcadas por distinciones, pues lo natural solamente existe —al menos como fenómeno— en la medida en que es atravesado por el lenguaje, del mismo modo que dicho lenguaje solo se hace posible por las condiciones naturales de un organismo en un medio bioquímico determinado. La “comprensión” no es un sustituto de la explicación ni tampoco es un nivel inferior o superior de la misma; es la posibilidad

de hacer inteligible un conjunto de problemas de naturaleza semántica, que no pueden reducirse a una explicación formal ni pueden ser abordados por fuera de los contextos con los que forman una unidad indivisible.

De acuerdo con Gadamer, la comprensión hermenéutica no es solo un método, como lo habían planteado Scheleiermacher y Dilthey, sino que designa el modo de ser de los humanos [10]. La comprensión no es un método para el conocimiento de un objeto elegido, sino un proceso que tiene como presupuesto el estar dentro del acontecer de una tradición.

La comprensión es un camino posible para llegar al entendimiento de aquellos objetos que se han constituido a sí mismos antes de cualquier intervención teórica, es decir, objetos estructurados simbólicamente, que encarnan estructuras de un saber preteórico, elementos del “mundo de la vida” que se generan mediante el lenguaje y la acción [11]. Lo anterior es coincidente con la afirmación de Granda según la cual “en salud pública requerimos interpretar las acciones que generan las estructuras, que a su vez posibilitan o limitan su desarrollo. Por eso no solamente requerimos explicar las estructuras, sino también debemos interpretar las acciones” [3]. El reconocimiento de una estructuración simbólica de la salud como objeto de estudio para las ciencias sociales pone de relieve los aspectos subjetivos de significación —inaccesibles directamente mediante la observación o el control experimental— [11] que constituyen el soporte de las creencias, comportamientos y representaciones en torno a fenómenos relacionados con aquello que se asume como “salud” (la relación con el cuerpo como construcción simbólica, la higiene, la relación con las instituciones, las pautas de crianza, los hábitos alimenticios, etcétera). Desde esta perspectiva, la salud no es un “hecho”, sino una construcción simbólica, solo accesible a través del lenguaje, que escapa a la reducción analítica en favor de una lectura contextual que reconozca las particularidades históricas, sociales y culturales de los escenarios en los que los sujetos nacen, viven, se relacionan, construyen sus proyectos, “se enferman” y mueren. En este sentido, afirma Schütz que las construcciones científicas de las ciencias sociales son construcciones sobre las construcciones ya efectuadas por los actores sociales y, por tanto, se consideran “construcciones segundas” que deben adecuarse a la comprensión que de las “construcciones primeras” tienen los actores sociales [1]. No se comprende entonces la salud como un objeto en sí mismo (objetivo), sino que se comprenden las construcciones simbólicas de los actores sociales sobre la salud en el escenario del mundo de la vida.

La salud es para el investigador social un objeto “preinterpretado”, ya cargado de significaciones atribuidas por los actores sociales. Esta situación particular implica una doble hermenéutica [12], es

decir, una interpretación sobre datos que han sido previamente interpretados por los actores sociales. Los datos en ciencias sociales no son “asépticos”, no son “recolectados” independientemente del investigador; por el contrario, el investigador es participe en los procesos de entendimiento de los fenómenos sociales y, para tal fin, debe valerse de los lenguajes que encuentra en su ámbito objetual, pues esta es la única vía posible de acceso a los datos [11].

La salud como problema lingüístico

La definición aristotélica del hombre como “ser vivo dotado de logos” ha sido mantenida en la tradición occidental bajo la idea de *animal racional*; no obstante, tal como lo señala Gadamer, la traducción de ‘logos’ como “razón” o “pensamiento” es insuficiente, pues la palabra ‘logos’ significa, preferentemente, “lenguaje” [10].

Desde la perspectiva de la ciencia positivista, más específicamente en el contexto del Círculo de Viena, se proponía una nueva lógica del lenguaje que tenía como propósito fundar un lenguaje para la ciencia que fuese transparente, objetivo y estrictamente asentado en la realidad empírica. No obstante, esta pretensión de reducir el lenguaje a una serie de preceptos técnicos incrementa la brecha entre la ciencia y la vida cotidiana y tacha de “sin sentido”, paradójicamente, aquellos problemas relativos al *sentido*, esto es, a las construcciones semánticas que no tienen una correspondencia empírica, sino una relación simbólica con la realidad. Al respecto afirma Heissenberg [13]: “Por otra parte, el análisis lógico del lenguaje trae consigo el peligro de una simplificación excesiva y de cierto unilateralismo en la apreciación de las posibilidades del lenguaje. Aunque la lógica crea la condición previa para un lenguaje científico, dentro del cual se llega a la unicidad de significación y a la precisión de los argumentos, no ofrece, sin embargo, por otra parte, la capacidad descriptiva del lenguaje coloquial, el cual posee medios de expresión mucho más ricos”.

Desde una perspectiva comprensiva, todo lo humano es humano porque está atravesado por lo lingüístico; el lenguaje no es un medio ni una herramienta; es la condición de posibilidad sine qua non de todo proceso de entendimiento humano: “Todo proceso interhumano de entendimiento es un proceso lingüístico, así como el proceso mismo de comprensión es un hecho lingüístico, incluso cuando hace referencia a algo extralingüístico” [10]. El lenguaje hace posible al hombre comunicar sus pensamientos y construir conceptos comunes que hacen posible la convivencia, la vida social, la vida económica, la política [10] y, por supuesto, la ciencia misma (no puede olvidarse que los datos epidemiológicos, en el caso particular de la salud pública, son también una forma de lenguaje, susceptible de interpretación).

Para avanzar hacia una salud pública comprensiva es necesario un diálogo auténtico entre los actores del Estado, los investigadores y los actores sociales, que permita el entendimiento de las construcciones de sentido y de los marcos de referencia semánticos a partir de los cuales piensan y actúan las personas, los gobernantes y los investigadores que comparten con los actores sociales el mundo de la vida.

Muchas de las acciones e investigaciones que se adelantan en salud pública amplían la brecha existente entre los gobernantes y los científicos, por un lado, y los actores sociales, por otro, pues las necesidades y los problemas, así como las formas de hacerlo, nacen en los escritorios de los funcionarios o en las aulas de las universidades, pero no en el diálogo genuino orientado al entendimiento de las construcciones de sentido que dirigen la acción y el pensamiento de las personas con relación a la salud.

Cuando el salubrista se compromete genuinamente con el diálogo, debe estar dispuesto a transformar sus puntos de vista a partir de la conversación con los actores sociales; debe estar comprometido con sus ideas del mismo modo en que se compromete con las ideas de sus interlocutores para evitar imponer sus propios argumentos. Solo en la conversación es posible deshacer el bloqueo que genera el aferramiento a las propias opiniones [10].

El poder y la autoridad que se le atribuye al investigador en razón de su saber y de su lugar como “productor de enunciados verdaderos” han llegado a ser el mayor obstáculo para el diálogo auténtico con los actores sociales. La asunción de que el conocimiento científico constituye un “bien” que no solo se debe defender, sino también imponer “en favor” de las personas y las comunidades es el presupuesto inicial de la alienación que genera una ciencia irreflexiva, que intenta colonizar salvajemente el mundo de la vida. Tal como plantea Gadamer: “Esta misma estima limita constantemente la libertad crítica que tanto se admira en el investigador, invocando la autoridad de la ciencia cuando se trata en realidad de luchas políticas por el poder” [10].

Otro aspecto que ha distanciado a la ciencia del diálogo auténtico es el desbordado entusiasmo que ha generado la “evidencia” científica. La evidencia se ha constituido en el criterio supremo para la toma de decisiones políticas, académicas y profesionales; es el nuevo rostro de la verdad que fundamenta muchos de los programas, proyectos y políticas públicas en salud, “eximiendo” al investigador o el profesional de entrar en contacto con los actores sociales para la definición de las necesidades y problemas y para la concertación de las formas de abordarlos. De acuerdo con Hernández, “la salud pública basada en la evidencia es la ejecución y la evaluación de la efectividad de intervenciones, planes, programas, proyectos y políticas en salud pública a través de la aplicación de los principios de

razonamiento científicos, incluyendo el uso sistemático de datos y sistemas de información” [14]. La evidencia constituye lo “ya dicho”, que no es dicho por nadie, pues en la evidencia no existen investigadores concretos, históricamente situados, ni tampoco sujetos concretos, históricamente situados. Es una suerte de oráculo al que se consulta y de quien se recibe respuesta, pero en ausencia de toda forma de diálogo auténtico. La actitud acrítica frente a la evidencia es la antonimia del diálogo y la sentencia de muerte a la comprensión, pues ante la evidencia “incuestionable”, los actores sociales (y en muchas ocasiones los investigadores y funcionarios públicos) no conciben otra opción que no sea callar y seguir sumisamente las indicaciones del “oráculo”.

Las teorías sobre la salud solamente habitan en las mentes de los académicos y en sus libros y revistas, así como las políticas públicas habitan en las mentes de los gobernantes y en los documentos que las contienen, pero la experiencia de la salud se construye en la vida cotidiana de hombres y mujeres concretos, y frecuentemente se halla escindida de tales teorías y políticas. Es necesario reconciliar el lenguaje de la ciencia y el lenguaje cotidiano para superar la legendaria ininteligibilidad de la ciencia [10], para generar diálogos constructivos y realizativos entre los saberes populares y los saberes científicos, sin intereses de dominación de unos sobre otros.

La salud pública y la racionalidad práctica

La generación de conocimiento teórico que permite explicar fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad ha sido una de las tareas de las que se ha ocupado la salud pública en tanto *episteme*; es decir, en tanto dominio de científicidad. Estas teorías intentan, a partir de una racionalidad instrumental, reducir los fenómenos de la salud pública a formulaciones abstractas que den lugar a un saber articulado, formalizado y transmisible, que es aquel que circula en revistas científicas y en las universidades y eventos académicos.

Gadamer retoma la distinción aristotélica entre racionalidad teórica (ciencia) y racionalidad práctica (*frónesis*) para señalar la relación de las ciencias del espíritu con la ética y la política, a partir del concepto de aplicación. Para Aristóteles, el saber teórico es enseñable, transmisible, —un saber de lo inalterable que reposa sobre la demostración— [15], mientras que el saber práctico se refiere a un saber moral, que solamente se concreta en la acción y que, por tanto, no puede ser transmitido del mismo modo que la *episteme* o la misma *tecné*, pues son insuficientes para orientar la acción humana porque no contienen en sí mismos un principio de aplicación a situaciones concretas. Ello se evidencia,

por ejemplo, en el caso de la ciencia moderna, a la cual ha logrado controlar con sus propias relaciones lógicas, pero no ha podido controlar los fines a los que se aplican dichos conocimientos, tal como quedó claramente expuesto desde Hiroshima; la aplicación razonable de nuestros conocimientos solo es posible a partir de nuestra capacidad humana y política global [10] de una racionalidad práctica que permita orientar éticamente y políticamente las acciones.

Afirmar que la salud pública es una ciencia moral —en el sentido de Gadamer—, no implica una renuncia a la empresa teórica que ha venido adelantando, sino que constituye un llamado de atención sobre la urgencia de avanzar en la actualización de dichas producciones epistémicas, fundamentadas en un compromiso ético y político que haga posible orientar la acción de los hombres y las mujeres hacia condiciones de salud más dignas, sobre la base de un mejor entendimiento entre los actores comprometidos con el cuidado de la salud de los colectivos humanos. Junto a la *frónesis* aparece la comprensión, tal como lo señala Aristóteles, pues solamente puede hablarse de comprensión cuando se ha logrado un desplazamiento en el juicio a la plena concreción de la situación en la que actúa el otro: *frónesis* y comprensión no pueden ser entendidas como un saber general, sino como algo concreto y temporal [15].

El compromiso ético y político de la salud pública no puede reducirse a una acción paternalista de intervención sobre los objetos pasivos, realizada por funcionarios del Estado y de la ciencia que se autoatribuyen la potestad de determinar qué es lo bueno y conveniente para las personas. El salubrista del siglo XX aparece como un técnico normativo que, bajo el poder del Estado, despliega su arsenal técnico normativo para controlar el salvaje funcionamiento de la naturaleza y el comportamiento humano y avanzar hacia un mundo de salud y de racionalidad [3]. El saber práctico, por el contrario, solamente se constituye como saber ético cuando permite y promueve el desarrollo de la autonomía de las personas y los colectivos humanos, y genera todas las condiciones necesarias para que ellas se asuman en el lugar de decidir, de manera responsable, sobre su propia vida y salud.

Solamente en el saber práctico, en la aplicación, se hace posible una comunión entre el mundo de la ciencia y el mundo de la vida, y en este sentido el compromiso ético y político del investigador en salud pública no se restringe a la generación de conocimiento, sino a su aplicación, en el sentido gadameriano de actualización de la tradición en el horizonte actual del intérprete: “La tarea de la decisión moral es acertar con lo adecuado en una situación concreta, esto es, ver lo que en ella es correcto y hacerlo. También el que actúa moralmente tiene que echar mano de algo y elegir los

medios adecuados, y su hacer tiene que estar guiado tan reflexivamente como el del artesano” [15].

Tal como plantea Granda, se hace necesario el viraje de un salubrista técnico normativo a un salubrista intérprete-cuidador y mediador, que pueda interpretar las construcciones de sentido de los actores sociales en su vida cotidiana, desarrollar acciones orientadas a la promoción del cuidado de la salud y que medie estratégicamente entre los poderes científico, político y económico para mejorar las condiciones de salud y de vida [3], como objetivo final de cualquier acción en salud pública, bien sea investigativa, política o profesional.

De la asepsia a la ascesis: el horizonte del investigador en las aproximaciones comprensivas de la salud pública

El cartesianismo, y con él la modernidad, inauguran una tradición en la que el conocimiento científico se constituye en la vía regia para acceder a la verdad, sin que para ello el sujeto deba ser alterado o modificado: “El sujeto actúa sobre la verdad, pero la verdad ha dejado de actuar sobre el sujeto” [16]. El *yo* de la filosofía de Descartes es un *yo* impersonal, una cosa que piensa [17], un sujeto desubjetivado. La ciencia moderna intenta objetivar la tradición e igualmente pretende eliminar sistemáticamente cualquier influencia del horizonte del intérprete sobre su comprensión, es decir, mantenerse independiente de toda aplicación subjetiva en aras de su metodología [15]. Si se trata de hacer más objetivo el conocimiento, la exclusión del sujeto resulta no solo posible, sino necesaria: esta supresión del sujeto y su sustitución por el método ha significado el paso de la ascesis a la asepsia.

El ideal moderno de la objetividad ha procurado incesantemente mantener aséptico el conocimiento científico para evitar su “contaminación” con cualquier tipo de interés; no obstante, tal como lo puso en evidencia Habermas, todo conocimiento está unido de modo inseparable a un interés, y la negación de dicha condición simbiótica entre ambos no es más que un intento de proteger a la ciencia de los riesgos que trae consigo la autorreflexión [18]. Esta práctica autorreflexiva es una práctica ascética, esto es, una toma de conciencia por parte del investigador de los intereses cognoscitivos que le subyacen y también de los intereses políticos, económicos o sociales que, consciente o inconscientemente, permean su investigación.

Plantear la investigación desde una perspectiva ascética implica entonces una reintroducción del investigador como sujeto participante en la investigación, y no solo como operario cualificado del método científico: “Comprender no es tanto la correcta

aserción de un punto de vista, cuanto una transformación en una comunión en la que no permanecemos como éramos” [19]. Asimismo, la acción en salud pública implica un proceso de construcción de subjetividad para el investigador, pasando por sujeto de la vida, sujeto epistémico, luego en sujeto público para reconstituirse y, finalmente, como sujeto de la vida comprometido con el cambio requerido [3].

En la investigación social, el investigador no puede renunciar al saber preteórico que posee como miembro del mundo de la vida, es decir, no puede renunciar a su propio mundo de la vida, pues este es inherente a todo proceso de entendimiento [11]. Habermas propone el rescate de una posición en primera persona que, a través de una relación intersubjetiva con una segunda persona, adopta una posición no objetivante (como la posición de tercera persona), sino una actitud realizativa: “La realidad simbólicamente preestructurada constituye un universo que tiene que resultar incomprensible si solo se lo mira con los ojos de un observador incapaz de comunicación. El mundo de la vida solo se abre a un sujeto que haga uso de su competencia lingüística y de su competencia de acción” [11].

Solamente es posible la comprensión en salud pública si el investigador se asume como participe en un horizonte compartido con los sujetos y los colectivos humanos en que se teje el entramado complejo de relaciones sociales, culturales, políticas e históricas donde emerge la salud como universo semántico. Desde una perspectiva comprensiva, el investigador en salud pública se asume como parte de la realidad observada y, en este mismo sentido, adopta, necesariamente, una posición interesada que debe devenir en una posición comprometida: el sentido último de una aproximación comprensiva a los problemas de la salud pública ha de ser la convicción del investigador de que los significados atribuidos a la salud, la enfermedad, la vida, la muerte, la pobreza y demás categorías de interés para la disciplina pueden transformarse (resignificarse), operando de este modo transformaciones en los modos de vida y en las condiciones materiales de existencia. El tema de la subjetividad, que recientemente se ha introducido en la salud pública, ha permitido entender la importancia de esta perspectiva para el fortalecimiento del sujeto de la acción y para la construcción de un poder simbólico alternativo, sin lo cual es imposible un avance verdaderamente emancipador [2].

Conclusión

La propuesta de una salud pública comprensiva no tiene un propósito colonizador de matricular la salud pública en uno de los continentes del *globus intellectualis*, sino que tiene un propósito democratizador en el cual los

problemas relativos al mundo de la vida, a los entramados complejos de sentido en los que emerge la salud como construcción social, puedan ser tenidos en cuenta como problemas de conocimiento científico legítimos, bajo presupuestos diferentes a los de la ciencia positivista. La salud pública comprensiva no se constituye en antinomia de las aproximaciones explicativas, sino que aboga por el reconocimiento del carácter complejo del objeto de estudio “salud”, que se hace inabarcable desde una única perspectiva; ahora bien, para que pueda cumplirse con dicho propósito, se hace necesario generar estrategias que posibiliten la convergencia de dichas perspectivas y no simplemente la suma de métodos que perpetúan la fragmentación de los problemas. Es necesario, en primer lugar, un nuevo compromiso ético de los investigadores que haga posible reconocer y legitimar aproximaciones diversas al conocimiento y poder establecer diálogos constructivos en torno a los problemas de la salud pública. No es posible seguir concibiendo la población y la naturaleza como objetos, sino que se hace necesaria su comprensión como sujetos, y generar nuevos escenarios de diálogo [3].

La introducción de una perspectiva comprensiva para abordar los problemas en salud pública no solamente implica un viraje metodológico y la introducción de nuevas lógicas para la comprensión del proceso investigativo, sino que introduce una nueva forma de relación entre los investigadores y los actores sociales, basada en el diálogo auténtico, en el reconocimiento del papel activo de los actores sociales en la construcción de significados en torno a la salud y en la actitud reflexiva y práctica del investigador que se asume como copartícipe en el mismo mundo de la vida de los actores sociales y que, por lo tanto, se presenta como un actor comprometido. Desde esta mirada, la pericia no constituye una propiedad privada del investigador o del salubrista, quien a partir de su saber tiene la potestad de definir lo bueno, lo justo y lo adecuado, sino que dicha pericia es una condición emergente de la relación entre sujetos dialogantes que pueden compartir y transformar los significados atribuidos a sus experiencias individuales y colectivas en el escenario de la intersubjetividad.

Esta perspectiva comprensiva trae consigo nuevas exigencias para la formación del profesional y del investigador en salud pública. No basta entonces con una formación instrumental que dote al salubrista de un arsenal técnico, sino que se hace necesaria la “formación de una actitud” para el diálogo auténtico, la escucha empática y la sensibilidad que permita esa fusión de horizontes que es el escenario posible de toda comprensión. Dicha formación solo es posible a través de un proceso permanente de reflexión y de crítica orientado a la transformación de nuestro modo de relación cognitiva con el mundo, usualmente atravesada

por la temprana y generalmente intensa exposición a la tradición heredada de la ciencia [20].

Ante las preocupantes condiciones de salud de las poblaciones humanas, se hace urgente un compromiso ético y político de los académicos y los profesionales de la salud pública con un saber práctico, un saber que se concrete en la posibilidad de generar transformaciones en la acción humana, que promueva la autonomía de las personas, que devuelva la voz a los actores sociales, que denuncie las contradicciones sociales que afectan la salud y que convierta el conocimiento en un instrumento de transformación social.

Referencias

1. Mardones JM. Filosofía de las ciencias humanas y sociales: Materiales para una fundamentación científica. 2ª ed. España: Anthropos; 2003.
2. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Argentina: Lugar Editorial; 2003.
3. Granda E. El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2008;26:65-90.
4. Martínez M. El proceso de nuestro conocer postula un nuevo paradigma epistémico. *Rev. Relea* 2000;11:15-36.
5. Cardona A, Franco A. La Salud Pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2005;23(2):107-114.
6. González ER. La salud pública como campo transdisciplinar. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2007;25(1):71-77.
7. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica; 1980.
8. Cardona A, Sierra Varela R, Serrano Caballero L, Agudelo Acevedo F. Cadáveres, Cementerios y Salud Pública en el Virreinato de Nueva Granada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008.
9. Schütz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrotu; 1974.
10. Gadamer HG. Verdad y método II. Salamanca: Sígueme; 1992.
11. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. México: Taurus; 2002.
12. Guiddens A. Las nuevas reglas del método sociológico. Buenos Aires: Amorrotu; 1987.
13. Heisenberg W. Más allá de la física. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 1974.
14. Hernández F. L.J. ¿Qué es Salud Pública basada en la Evidencia? *Rev. Salud Pública* 2003;5(1):40-45.
15. Gadamer HG. Verdad y método I. Salamanca: Sígueme; 1977.
16. Foucault M. Hermenéutica del sujeto. Madrid: La Piqueta; 1994.
17. Descartes R. Meditaciones metafísicas. Madrid: Alfaguara; 1977.
18. Habermas J. Conocimiento e interés. 3ª ed. Medellín: Paidós; 1997.
19. López MC. La aplicación Gadameriana de la *phronesis* a la praxis. *Contrastes* 2001; 6:79-98.
20. Guba E, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en Investigación Cualitativa. En: Denman C, Haro J, editores. *Por los Rincones: Antología de métodos cualitativos en investigación social*. México: El Colegio de Sonora; 2000. p. 117-145.

Atención primaria en salud (APS): ¿De regreso al pasado?*

Primary Health Care (PHC): Back to the Past?

Álvaro Franco-Giraldo¹

¹ Médico, Doctor en Salud Pública, profesor titular de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: alvarofrancogiraldo@hotmail.com afranco@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 18 de diciembre de 2010. Aprobado: 04 de abril de 2012

Franco-Giraldo Á. Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011;30(1):83-94

Resumen

La atención primaria en salud (APS) es analizada como la alternativa que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo XX, colaborando con otros sectores en implementar las acciones de la promoción de la salud para mejorar la calidad de vida y la equidad. La renovación es presentada como un reconocimiento a los esfuerzos en el final del siglo para establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de los sistemas de salud, haciendo énfasis en la reorientación de los servicios de salud. Este artículo discute los postulados y los métodos utilizados por la nueva propuesta de atención primaria en salud, propuesta de renovación que despierta expectativas por su regreso al pasado, no solo en tanto estrategia sino también en cuanto a las esperanzas que nos depara, en un momento de crisis global con indudables efectos sobre los servicios de salud. Se pregunta de entrada, ¿existe realmente una renovación? La discusión se

centra en la APS frente al deterioro de los indicadores de salud en muchas latitudes, las desigualdades sociales e inequidades en salud; las debilidades de lo declarado en Alma Ata entendida como “medicina para los pobres”; la renovación de la APS frente a la crítica condición de la salud en los países y el avance en contravía de la globalización neoliberal; la APS y las concepciones políticas de derecha; la APS y la reforma a “la reforma” de los sistemas de salud; articulación de la APS con la promoción de la salud y la salud pública; los cambios en los contextos y la nueva crisis económica, en este caso global. Se concluye haciendo un llamado para revitalizar los procesos de los sistemas de salud, desde la perspectiva política y redimensionar las reformas sanitarias de los sistemas de salud, con base en la atención primaria en salud, su eje de transformación.

-----*Palabras clave:* atención primaria, salud, sistemas de salud

Abstract

Primary health care is analyzed as the alternative through which health systems will recover the role they had during the late twentieth century: working with other sectors to implement health promotion actions to improve the users' quality of life and equity. A renewal is presented in recognition of the efforts during the final century to establish primary care policies and programs as the core of the health systems, emphasizing the reorientation of health services. This paper discusses the principles and methods established by the new proposal for primary health care. This renewal proposal raises expectations

regarding its return to the past, not only as a strategy but also because it raises hopes at a time of global crisis whose impact on health services is evident. The first question posed here is: Is there really a renewal? The discussion focuses on the following topics: PHC and the deterioration of health indicators in many areas in the world, social inequalities and health inequities, the weaknesses in the declarations of Alma Ata understood as “medicine for the poor,” the renewal of PHC as opposed to the critical health status in countries and the opposing progress of the neoliberal globalization, PHC and

* Fue inicialmente presentado como ponencia en el 6.º Congreso Internacional de Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín: Centro de Convenciones Plaza Mayor. Junio 11 al 13 de 2009.

the political conceptions of the Right, PHC and the reform to the reform of the health systems; coordination of PHC with health promotion and public health, the changes in the contexts and the new economic crisis in this global event. The paper concludes with a call to revitalize the processes of the health

systems from a political standpoint, and to rethink the sanitary reforms of the health systems basing the reasoning on primary health care, which is the focus of their transformation.

-----*Keywords:* primary care, health, health systems

Introducción

La Declaración de Alma Ata definió la APS como:

“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud de los que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad...” [1].

De acuerdo con estos postulados, la APS se propone llegar a todos, principalmente a los más pobres, enfocada en los hogares y en las familias; no sería cuestión sólo de servicios de salud. Como acción no puede entenderse como atención médica, y menos aún, atención médica primaria, o peor, atención por personal no calificado.

Son ellas, algunas de las confusiones que se fueron presentando en este proceso desde Alma Ata. Otras fueron, confundir “la puerta de entrada al sistema” con el mero “contacto inicial de asistencia médica” desintegrando el proceso de atención. Por si solo no bastaría con entrar al primer escalón del sistema; tampoco coincide con el enfoque efectivo de la APS, la reducción que se hace de ella en la idea de “servicios de salud para todos”; APS no es solo servicios de salud.

De hecho, la política de “Salud para Todos en el año 2000” —STP 2000— debió apoyarse en cinco tácticas operacionales, aún válidas pero respondiendo a cambios conceptuales y filosóficos que la revitalizan: 1) cobertura universal y prestación según necesidades (hoy se habla de equidad en un sentido más amplio, como se verá en la discusión); 2) integración de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación (hoy diríamos además de integración, integralidad y articular las funciones esenciales de la salud pública (FESP); 3) servicios eficaces, culturalmente aceptables, asequibles y susceptibles de gestión (hoy pensamos más en la diversidad cultural, en la aceptación de la diferencia y en la efectividad de las acciones de salud pública y promoción

de la salud); 4) las comunidades debieran participar en el desarrollo de servicios con auto responsabilidad (hoy, participación ciudadana y empoderamiento); 5) acción sanitaria en relación con otros sectores del desarrollo (hoy, debe incluir la salud en la agenda multisectorial, enfocarse en los determinantes sociales de la salud y en el derecho a la salud, y participar la salud “en todas las políticas”). Sus bases se pueden ampliar en: 1) la Conferencia Internacional de Atención Primaria y en la Declaración de Alma Ata - 1978[†]; 2) en la evaluación que se hace de la APS a sus 25 años de formulación, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)[‡] y en el Doc. CD 44/9 julio, 2003 [2].

En consideración de sus postulados, este artículo se propone indagar por las razones y los métodos utilizados por la nueva propuesta de atención primaria en salud, para su renovación, propuesta que despierta expectativas por su regreso al pasado no sólo en tanto estrategia sino también en cuanto a las esperanzas que nos depara, en un momento de crisis global con indudables efectos sobre los servicios de salud.

La renovación de la APS

A partir de la evaluación de la estrategia de APS y de la crisis general de los sistemas de salud especialmente en los países pobres, la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han planteado en diferentes instancias y momentos la renovación de esta estrategia.

La reorientación de los servicios de salud, dice la OPS, sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la atención primaria, los cuales deben [3]:

- garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las gentes, intersectorialidad y participación;
- complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social;
- introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y

[†] Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

[‡] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>

contrarreferencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

Anteriormente en esa misma dirección, la Resolución CD 44.R6 del Consejo Directivo en 2003 [4], aplicaba el mandato de los Estados miembros de OPS para renovar la Atención Primaria en Salud en las Américas, la cual llevó a la Declaración de Montevideo; su eje fundamental propende por “adoptar, (...) fortalecer y desarrollar sistemas de salud basados en la APS (...), contruidos sobre valores de equidad, solidaridad y el derecho a gozar del grado máximo de salud posible” [5].

Recientemente la OMS reafirma los principios y valores de la APS: la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial y la participación comunitaria [6]. En el mismo sentido, el “Informe sobre la salud en el mundo, 2008” propone cuatro áreas de política para reducir las inequidades sanitarias: 1) subsanarlas por medio de cobertura universal; 2) situar al individuo en el centro de la prestación de servicios; 3) integrar la salud en las políticas públicas de todos los sectores; y 4) liderazgo integrador en pro de la salud [7].

El sistema de salud (que tiene como estrategia la APS) se basa en sus principios y valores, hace énfasis en

promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Constituyen sus elementos esenciales: sostenibilidad, responsabilidad y rendición de cuentas; orientación hacia la calidad, respuesta a necesidades de salud de la población; atención integral, integrada y continua; políticas y programas por la equidad.

La APS resurge así, en ese nuevo contexto, como la alternativa que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo XX. “El rol (...) de manera preferencial es colaborar con otros sectores en implementar las acciones estratégicas de la promoción de la salud mejorando la calidad de vida y la equidad” [8]. Esta renovación es un reconocimiento a los esfuerzos en el final de siglo para “establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de los sistemas de salud” [4].

El quid de la renovación

La gestión de la atención primaria tiene que ver con la forma como se relacionan los usuarios y el sistema de salud, como se articulan los equipos de trabajo y como configuran estructuras para la atención primaria de salud (tabla 1). Más allá de la clásica estrategia, siguiendo la nueva APS, hay que dirigir la mirada hacia

Tabla 1. Marco para los sistemas de salud basados en la APS

Componentes	Cambios	Contenidos
Reorientación de los Servicios.	Sistemas de salud basados en promoción de la salud y en APS.	Garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada”. Complementarse con atención especializada y protección social. Mecanismos de coordinación e integración.
La estrategia de atención primaria	La renovación operativa de la estrategia de atención primaria	Definición de una base poblacional, priorización de grupos poblacionales vulnerables, énfasis en atención ambulatoria, descentralización de servicios, sistemas de salud integrados, redistribución de los recursos humanos de acuerdo con las necesidades de la población, el aumento de la importancia de los equipos humanos de trabajo transdisciplinario.
Prestación de servicios	Servicios de Salud son: “aquellos entregados por personal de salud en forma directa o por otras personas, bajo la supervisión de estas con los propósitos de (...) promover, mantener y/o recuperar la salud, y en segundo lugar, de minimizar las disparidades, tanto en el acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población”	-Impulsar mejoras en la calidad de los servicios. Un modelo efectivo debe buscar un adecuado equilibrio entre servicios personales y colectivos, entre servicios curativos y promoción, orientándose a la promoción y al autocuidado de la salud.

Continuación tabla 1

Componentes	Cambios	Contenidos
Gestión de políticas públicas hacia la cobertura universal.	Reorientación de los servicios de salud hacia la demanda, o sea en función de las necesidades y exigencias de salud de la población.	Desarrollo de la intersectorialidad para promover universalidad. Construcción de estrategias promocionales de calidad de vida y salud (indicadores de vida saludable). Servicios integrados de atención e integrales de la población y continuidad de la atención.
El modelo de atención	Para el modelo son importantes: el grado de pertinencia de la oferta a las necesidades de la demanda, el grado de accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, el nivel de integración de los servicios.	Descentralización sistematizada de los recursos informáticos, poner la internet, la telemedicina y los campos virtuales al servicio de las gentes más alejadas. Sistemas de salud basados en la autonomía, descentralización e integración de redes.
Gestión basada en el liderazgo	Cambio del modelo de gestión. Basado en el grado de participación y vinculación de los diversos actores, entre otros aspectos.	Fomentar la participación social. Evaluación del desempeño de los resultados. Capacidad funcional de planificación y gestión de servicios. Capacidad institucional de regularizar y fiscalizar. desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública. Mecanismos de rendición de cuentas.

Fuente: [11, 2, 7, 3]

la gestión y operación de los servicios de salud con enfoque de promoción de salud.

Adicionalmente, es posible repensar la atención primaria a la luz de las funciones esenciales de la salud pública (expresión de renovación de la salud pública en la década de los 90). Precisamente, la principal de esas funciones tiene que ver con “el desarrollo de políticas y de la capacidad institucional en planificación y gestión de la salud”. Asimismo, su proyección en términos de logros poblacionales debe retomar la Declaración del Milenio y trascender sus metas operacionales, circunstancia nada fácil a pesar de que dichas metas no tienen el alcance de las que se propusieron en la “Salud para Todos” 25 años atrás.

Este regreso a la APS, se justifica por la mayoría de sus intérpretes en la salud internacional como la *renovación*, que deviene de [3]:

- la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que APS puede resolver;
- la necesidad de corregir las inconsistencias de otros enfoques;
- el surgimiento de nuevas y mejores prácticas basadas en la evidencia que darían oportunidad a una APS más efectiva;
- el reconocimiento de las capacidades de la APS para reducir desigualdades, enfrentar determinantes sociales, superar la inequidad en salud y reconocer la salud como un derecho de todos.

No obstante, sigue latente la pregunta: ¿qué es lo que se renueva de la APS o en qué se renueva ésta?

Se tendría que hablar más de la renovación de los sistemas de salud que de la propia estrategia, al volver a insistir en su aplicación, aunque con algunos cambios o desafíos mayores que los que existían en 1978 (Alma Ata): enfoques sistémicos, con APS basada en la evidencia; reajustar los servicios de salud, reorientándolos hacia la promoción y la prevención; integración de servicios individuales y colectivos; un marco institucional fuerte, orientado a la calidad y a la justicia social, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad y respuesta de las necesidades de salud de la población; asignación de funciones y responsabilidades por niveles de atención, niveles territoriales y niveles gubernamentales.

Como se puede ver, los contenidos siguen siendo muy similares [3].

La clave está en la reorientación de los servicios de salud

Desde la Carta de Ottawa de promoción de la salud, en noviembre de 1986, deviene la reorientación de los servicios de salud como uno de los cinco componentes de la promoción de la salud; además describe sus

elementos principales[§]. Por su parte, la 5ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en México en el año 2000, le da mayor importancia al tema colocándolo en el centro de la política sectorial; se basa en la visión canadiense para la reorientación integrada de los servicios de salud [9]. Esta conferencia definió principios, valores y lineamientos para la reorientación de los servicios de salud, y establece objetivos, estrategias y mecanismos apropiados; asimismo se estableció un nuevo marco operacional para la reorientación de sistemas de servicios de salud que se esboza en sus objetivos y estrategias [10].

Las estrategias se separan en dos niveles: 1) para el desarrollo de sistemas de salud; 2) para la prestación de servicios de salud. Estas apuntan tanto al diseño del sistema como a su implementación mediante cambios en el modelo de atención, en las modalidades de intervención y gestión, y en las acciones aplicadas a los individuos y a las comunidades. En esta orientación son destacables: el rol coordinador de los servicios de salud y el mantenimiento de la ejecución intersectorial (tabla 1).

Otros foros internacionales han venido retomando el tema de la reorientación de los servicios de salud, con una perspectiva un poco más amplia, como se expuso en el Foro de Medellín, año 2003, sobre la importancia que tienen las FESP para la reorientación de los servicios de salud en las Américas, al promover el empoderamiento de los núcleos familiares, comunitarios y regionales como estrategia fundamental para los sistemas de salud [13].

En esta reunión, Feo echa mano de las FESP para recomendar de nuevo la reorientación de los servicios de salud, basado en cuatro pilares de la promoción de la salud: 1) la promoción de la salud como responsabilidad compartida entre todos los actores claves del sector salud; 2) garantizar políticas de salud y promoción, con carácter intersectorial; 3) integración de los servicios de salud, ampliando su concepto como el continuo que va desde la promoción hasta la rehabilitación; 4) producir conocimiento y evidencia [11].

De otro lado, las estrategias operacionales de la APS se deben orientar al fortalecimiento y a la reorganización de los servicios de salud, bajo la responsabilidad institucional, pero como lo señala Robert Labonté [14], se trata esencialmente de estrategias que además

de apoyar el cuidado personal, vayan más allá del rol de los servicios de salud tradicionales. Ellas deben llevar al fortalecimiento individual y personal abriéndoles nuevas oportunidades a las personas; pero complementadas con el desarrollo de pequeños grupos constituidos para trabajar sobre los problemas de salud y la carencia de poder. Son estrategias fundamentadas en el empoderamiento de las comunidades [15, 16].

Es incuestionable el interés de los autores por la participación social y ciudadana en el mundo actual. En épocas de globalización y crisis del Estado-Nación, se da “la mayor demanda por la construcción de ciudadanía, la participación social y el empoderamiento de la comunidad”^{**} [17]. Son de gran valía para la reorientación de los servicios, los mecanismos de participación y autodeterminación concebidos en el *empowerment* [6].

Los *procesos participativos*, per se, tienen un carácter político y son indispensables en el desarrollo de las políticas públicas, desde la construcción del problema hasta la evaluación de su impacto (en términos de logros salutogénicos). Lo que importa, en promoción de la salud, finalmente, es potenciar a las comunidades para que tomen el control de sus vidas, de su salud y de sus propias comunidades (incluyendo los programas y proyectos de promoción de la salud).

Finalmente, un enfoque de servicios de salud como el que se propone con la reorientación, centrado en los derechos humanos y en la necesidad de sistemas de salud fuertes, debe implementar algunas estrategias complementarias, para enfrentar las amenazas de los determinantes sociales de la salud^{††} y aterrizar en las realidades concretas: “El pilar central del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos” [18].

Elementos para la discusión

1. *El último cuarto de siglo fue prolífico en grandes iniciativas en promoción de la salud y en salud pública y*

[§] Consecución de un sistema de protección de la salud, jugar un papel mayor en promoción de la salud, sensible a necesidades culturales de individuos (respeto), una vida más sana para las comunidades, comunicación del sector sanitario con los sectores políticos y económicos, girar en torno al individuo como un todo.

^{**} La participación es un proceso social encaminado a la búsqueda del poder para garantizar solución a sus necesidades; quienes no tienen poder buscan conseguirlo de manera creciente mediante la participación. Ésta es por lo tanto, poder que va de lo individual a lo colectivo (sumatoria integrada del mismo): el poder colectivo de un grupo social. Es contraria a la marginación y a la exclusión que llevan al despojo del poder. En relación con el uso del poder hablamos de *empowerment* o empoderamiento.

^{††} Véase el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS/OMS) del 2008, para “Subsanar las desigualdades sociales en una generación”.

en avances de la salud mundial, aunque por otro lado se haya presentado un deterioro de los indicadores de salud en muchas latitudes; prevalecen grandes desigualdades sociales e inequidades en salud

Alma Ata marcó un hito y recogió lo que se venía construyendo en instancias locales y nacionales desde años atrás. Posterior a la “Meta de Salud para Todos en el año 2000” (formulada en 1977), en Alma Ata se define la estrategia de APS. Esta se ha relanzado como la estrategia para el siglo XXI.

La meta no fue alcanzada, como se esperaba, porque llegar a la salud para todos requería que el poder en el mundo estuviera puesto al servicio de la humanidad, una quimera imposible en la época neoliberal.

Finalmente en el mismo año 2000 (punto de llegada de la anterior meta) se formulan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)^{**} [19] que aunque se consideran lo máximo alcanzable en términos de desarrollo mundial, a su vez constituyen un umbral insoportable en pleno siglo XXI (no son ni siquiera un mínimo deseable).

Después de Alma Ata, hubo otras declaraciones de gran trascendencia como fue la Carta de Ottawa sobre los principios o estrategias de la promoción de la salud (formulación muy cercana también a los principios de la APS), que van constituyendo un solo cuerpo de doctrina en pro de la salud global. También se dieron estrategias operativas, basadas en los principios mencionados pero con capacidad potencializadora para la acción, como fue el caso de los sistemas locales de salud (SILOS), que operacionalizaban en espacios concretos la APS y sus estrategias complementarias: educación en salud, participación comunitaria, etc.

Todo ello fue dando lugar a un enfoque filosófico amplio en pro de la salud, que ha servido para enarbolar la bandera por la defensa del derecho a la salud, son los valores que nos dejaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la creación de la OMS, la Declaración de Alma Ata de 1978 [1], la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986 [20], la Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en 1988 [21], la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en 1997 [22], la declaración de la OMS Salud Para Todos en el Siglo XXI de 1998 [23].

Es decir que la nueva APS debe, inclusive, trascender la estrategia para organizar los sistemas de salud y la promoción de la salud. Es ante todo una filosofía que concibe la salud como un derecho humano, que responde a los determinantes políticos y sociales para obtener mejoras en la equidad en salud para lo cual debe desarrollar políticas “inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros” [24].

2. Las debilidades de Alma Ata: su gran problema fue entenderla como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas puestas al servicio de poblaciones vulnerables y pobres”, de lo cual se pegaron los países para trabajar en “medicina para los pobres”, la práctica más usual a partir de ese momento

Clásicamente, desde Alma Ata la APS tenía como tema principal la desigualdad y como objetivo su eliminación. De ahí que muchos la hayan dirigido a los más pobres, pero sin hacer cambios estructurales, siguiendo enfoques de unidades primarias de atención o de nivel primario. Pero la concepción estratégica obligaba a transformaciones estructurales en la sociedad y a una reorganización profunda de los servicios de salud, orientados a toda la población; cambios que aún no se han dado, generando una deuda histórica con la sociedad. La APS no puede hacerse sin recursos, de ahí que haya sido desdibujada como una APS para pobres; se espera que la renovación inyecte recursos para hacerla posible y poderla sacar adelante como renovación.

El principal enfoque de la APS (concebido después de la reunión de Alma Ata, por algunos analistas y líderes internacionales, como una estrategia de tipo político y operacional en relación con la organización de los servicios de salud), si bien no tuvo suficiente asidero en los gobiernos nacionales de entonces, hoy se plantea de nuevo, como vía para transformar los sistemas de salud.

El informe de OMS 2008, tiende a la reorientación de los sistemas de salud, con enfoque multisectorial, poniendo la salud en la agenda multisectorial. Es un avance igual que el de las políticas públicas más allá de las políticas de salud: se prefiere hablar de políticas públicas para la salud o la salud en todas las políticas o salud en todos los sectores. Esta orientación ya de por sí rebasa las acciones que se lograron proponer e implementar con la Declaración de Alma Ata [7].

3. No existe una renovación de la APS, lo que existe es una actitud desesperada de las gentes en los sistemas de salud y en las agencias internacionales que tienen que ver con este sector, por la crítica condición de la salud en los países y el avance en contravía de la globalización neoliberal

A pesar de lo descrito en el numeral 2, las diferenciaciones establecidas al comparar la APS de Alma Ata, con la de la nueva época y dar cuenta de desarrollos interesantes y algunas estrategias innovadoras, el cambio no es mayor y permanecemos en la misma vía. La APS no entró en desuso por razones técnicas, sino por razones políticas e ideológicas. De ser posible políticamente la renovación, la estrategia no cambiaría en lo fundamen-

^{**} Ver Declaración del Milenio del año 2000 de Naciones Unidas (Resolución A55/2)

tal; la cuestión no es la renovación de la estrategia, los que deben renovarse son los sistemas de salud, regresando a la APS, paradójicamente, volviendo al pasado.

Ese esfuerzo demanda recursos para la reducción de desigualdades en salud, fortalecimiento en el largo plazo de las capacidades de los recursos humanos para la APS, reorientación de los servicios de salud con criterios de promoción de la salud, fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de la salud y participación activa de las comunidades locales.

La renovación pasa por enfrentar el contexto de la globalización neoliberal, proceso que se dio simultáneamente con el ejercicio de la APS en muchos países, regiones y ciudades del mundo en las décadas pasadas, entorpeciendo su implementación. La mayoría de las veces los gobiernos se opusieron porque tenían otros intereses y en ocasiones hasta censurando el mismo término, como ocurrió en Colombia en los primeros 10 años después de la reforma sectorial sanitaria de 1993.

La renovación, adicionalmente, implica ponerse en sintonía con los enfoques de cooperación internacional, salud internacional, salud global y políticas internacionales de salud (“fortalecimiento de redes y asociaciones de cooperación internacional para apoyar APS” —Declaración de Montevideo—) [5]. Debe dar oportunidad a una agenda más amplia de la equidad y el desarrollo humano: APS articulada con los ODM, para fortalecer el sistema de salud [3].

La renovación, en fin, está en los desafíos que se le han impuesto a los sistemas de salud, atendiendo a sus desarrollos históricos. A la vez que las condiciones de salud han mejorado en el mundo globalmente, empeoran en algunas áreas y regiones, así como las condiciones de acceso a los servicios de salud. También los indicadores de salud dependen de otros factores y elementos del bienestar y de cómo enfrentar los determinantes sociales de la salud^{§§}. El acceso a los servicios de salud es uno de los desafíos impostergables, pero se debe trabajar por superar las desigualdades sociales y la erradicación de la pobreza.

4. La APS no puede ser una cosa de derechas. La derecha política nunca estará interesada en dinamizar la APS, creer lo contrario sería una equivocación, que nos llevará de nuevo al punto cero y al fracaso

La verdad es que esta estrategia sólo ha mostrado su efectividad en países con regímenes político-económicos no capitalistas, es decir, en sociedades no sustentadas en la desigualdad social.

La visión de los países ricos, por el contrario, los llevó en el pasado a una APS selectiva, y en países como España, Inglaterra y demás estados europeos la

han reducido a un primer nivel de atención. Peor aún, se idearon la APS selectiva para desarrollar la cooperación en el mundo subdesarrollado. En el “primer mundo” de los países ricos, términos como las clases sociales, el poder, la lucha de clases son palabras que no les gusta mencionar; tampoco gustó la APS como estrategia política; pero en el “tercer mundo” de los países en desarrollo, estas palabras y estos temas aún siguen vigentes.

Al respecto, Vicente Navarro señala que la APS había sido utilizada como una especie de fascismo intelectual por los gobiernos de los países ricos para imponer brechas segregacionistas en los países pobres y para mover sus intereses en las poblaciones de estos países; hace una crítica muy fuerte a la APS selectiva [25].

Ha sido imposible que la APS funcione en los sistemas de salud de varios países de América Latina. Durante la época neoliberal sólo ha sido posible en países como Cuba y Brasil, que han venido haciendo esfuerzos basados en esta estrategia. Gobiernos menos pro-capitalistas, como Venezuela, Ecuador, Bolivia también trabajan desde una concepción política distinta que seguramente permitirá la defensa de los derechos sociales y las estrategias proclives a la APS. Podrían esperarse realizaciones efectivas en este sentido, dada la diferenciación que se tiene con los países de corte neoliberal. Pero los gobiernos de derecha, de ideología neoliberal que aún existen en nuestro continente no estarán dispuestos a hacer este tipo de concesiones. En ese sentido proponer la APS en el actual régimen político colombiano, es buscar una especie de mezcla del agua con el aceite.

5. La renovación tiene que empezar con una reforma de “la reforma” de los sistemas de salud

Después de varias evaluaciones realizadas en diversos contextos por los analistas (referenciados en este ensayo), habría que concluir que no se logra la reorientación de los servicios de salud en función de la promoción de la salud si no retomamos la atención primaria, estrategia fundamental que guía todos los procesos, el empoderamiento, la participación social, la intersectorialidad, la movilización social, etc. Al respecto, el Informe Mundial de la Salud 2008 es taxativo en algunas de sus conclusiones: “en lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir” [7], y en contraste la OMS impulsa el lema de “la atención primaria de salud, más necesaria que nunca”. Entiende así la OMS que de la eficacia de la atención primaria de salud como una forma de reorientar los sistemas nacionales de salud, depende la salida a esta encrucijada.

^{§§} Véase el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS/OMS) del 2008, para “Subsanar las desigualdades sociales en una generación”.

Para que estas ideas tengan su asidero, se debe pensar en el redimensionamiento de las reformas sanitarias en la mayoría de los países de América Latina, entre otros. Esto implica, superar la retórica en este campo y desentrañar los elementos teóricos y fácticos para hacer efectivas las estrategias y prácticas de la promoción de la salud en la globalidad, las cuales pasarán de nuevo por lo local y la atención primaria en salud, que vuelve a ser el centro de las propuestas de reestructuración del sector salud. Pero no basta con incluir el término de la APS en la legislación de reforma, como ocurrió con la Ley 1438 de 2011 de Colombia, si no se rompen las estructuras institucionales proclives al predominio del mercado y de las empresas privadas del negocio de la salud, por encima de las instancias públicas, en la propuesta de reforma.

Existen razones suficientes para plantearse una reforma de los sistemas de salud, más aún con la irrupción de la crisis financiera y económica. Se tienen los elementos para hacer una reforma fundamentada en el acceso universal a la salud, aprovechando la filosofía de la APS centrada en los derechos humanos, el empoderamiento y participación de la gente. Tenemos que hacer una reforma del sistema de salud y ese debería ser el mensaje que quedara claro para los gobiernos y actores sociales de los países como el colombiano, la cual debe realizarse mediante una organización integral, de carácter sistémica, una reforma estructural de los sistemas de salud basada en APS, encaminada a la renovación de la salud pública, en términos de lo político y disciplinar.

Hoy existen nuevas motivaciones para esa reforma:

- la crisis económica agrava el sistema de salud actual, el llamado modelo de competencia regulada, que no se logró adaptar a las condiciones colombianas: la crisis económica es una crisis de lo privado;
- el mundo va de regreso a buscar el papel central del Estado. Sistemas de salud, otrora de mercado hegemónico, buscan el eje transformador de lo público;
- algunas agencias internacionales y países van en la vía de sistemas de salud basados en la APS (razón de ser de este documento y de la discusión del último lustro);
- la intermediación colombiana que se absorbe más del 30% o 35% [26] de los dineros de la salud, éticamente es inaceptable y no da pie a ninguna negociación;
- la idea de la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional colombiana del 2008, que fortalece el derecho a la salud no se concreta en un modelo como el actual tan fragmentado y segmentado. La única vía para garantizar el acceso al servicio de salud ha sido la tutela, en los últimos cinco años, mecanismo éste, externo a los servicios de salud.

En consecuencia se requiere una reestructuración completa de las actuales reformas de los años 90, que debe reorientarse en la vía de la justicia social, propiciando un nuevo horizonte en la salud en las poblaciones.

Esta reforma debe garantizar los valores, la descentralización, la equidad y el acceso a los sistemas de salud. Es decir, la reforma no podrá ser meramente sectorial.

6. Es necesario articular APS, Promoción de la Salud y Salud Pública. En la globalidad, las tres áreas no pueden ir separadas, aunque no sean exactamente lo mismo, estarán siempre ligadas por su esencialidad, el componente vital humano, y por el uso del poder

En el tema de la renovación surgen imbricaciones de conceptos fundamentales y confusiones en torno a la salud pública, la promoción de la salud y la atención primaria en salud. Como no es posible en este espacio entrar en el debate de fondo, justo es reconocer que programáticamente estos tres conceptos se complementan uno a uno.

El dilema de estas tres áreas ha sido la búsqueda de la efectividad en sus ejecutorias; la salud pública ha sido incapaz de resolver los problemas de la salud poblacional; asimismo se maneja bien la retórica de la promoción de la salud pero sus aplicaciones son inefectivas; otro tanto pudiéramos decir de la APS durante su vigencia en los años 1980-2000. Las falencias de estas tres áreas dependen del accionar político. La tarea política no se cumple porque está relacionada con la transferencia de poder y la APS y la salud pública dependen de la posibilidad de trabajar en política y de hacer uso del ejercicio del poder. Igual ocurre al intentar hacer efectiva la tarea de la promoción de la salud.

La idea fuerza que debe materializar una propuesta de transformación basándose en la perspectiva de los grupos poblacionales y de los ciudadanos organizados, es la implementación de acciones encaminadas a cambiar las condiciones de vida social y física en la que vive la gente en el mundo. Situación que solo se logra con el re-direccionamiento en el uso del poder en el mundo y la implementación de una serie de estrategias locales en el marco de la globalidad (globalización).

En síntesis, para el logro de la salud poblacional, el medio es la reorientación de los servicios, la APS es la estrategia y la promoción de la salud es el marco general de actuación que ilumina el camino hacia el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud.

La APS renovada debe recibir orientaciones desde la salud pública como disciplina y profesión, así como de los sectores sociales que tengan este compromiso. Igual es el compromiso que se demanda de los gobiernos democráticos.

7. Los contextos han cambiado enormemente. Quizá la APS no se haya renovado, pero los contextos y las exigencias sociales sí

¿Será posible que en el contexto de la globalización, centrada en el poder y la ganancia, se ponga la riqueza en el mundo al servicio de toda la humanidad y de la Atención Primaria de la Salud en los países pobres?

Los cambios de la globalización no sólo implican transformaciones en el mundo económico*** [27]. El neoliberalismo coincidió con el mismo momento de desarrollo de la APS al final del siglo pasado, pero sus estrategias sumieron a muchos países en la miseria, a pesar de que simultáneamente se preconizara el desarrollo sostenible, la diversidad de género, las libertades y los derechos. Buenas intenciones de los países del mundo que posteriormente fueron retomadas en los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), mediante recomendaciones que han sido estériles, porque la práctica política en el entorno de la globalización va en contravía del bienestar de la población, de la igualdad, de la equidad y de la solución a las demandas y necesidades de los países pobres, acumuladas en los últimos 40 años.

Los cambios y condicionamientos no son sólo económicos sino en lo político (figura 1), en la ciencia, la técnica y la tecnología. Esta tecnología que viene sirviendo a los intereses del modelo capitalista monopolista; el conocimiento desde la perspectiva social ha quedado bastante relegado, el conocimiento social no ha tenido la posibilidad de desarrollarse en estos años por la hegemonía del otro conocimiento (el de la tecnología dura). Si seguimos por esta vía, no será posible la renovación.

De otro lado estas variables del contexto estarán actuando como determinantes y condicionantes no solo de la salud sino también de los sistemas de salud, del modelo de salud imperante y de las posibilidades de desarrollo de la atención primaria en salud, así como del bienestar humano en general. Del comportamiento positivo o negativo de los actores políticos y agentes del mercado en los espacios internacional o nacional, dependerán las posibilidades de existencia y las condiciones de equidad en los ámbitos locales (figura 1).

La concepción de equidad es uno de los condicionantes para la APS renovada. Podría asegurarse que esta re-

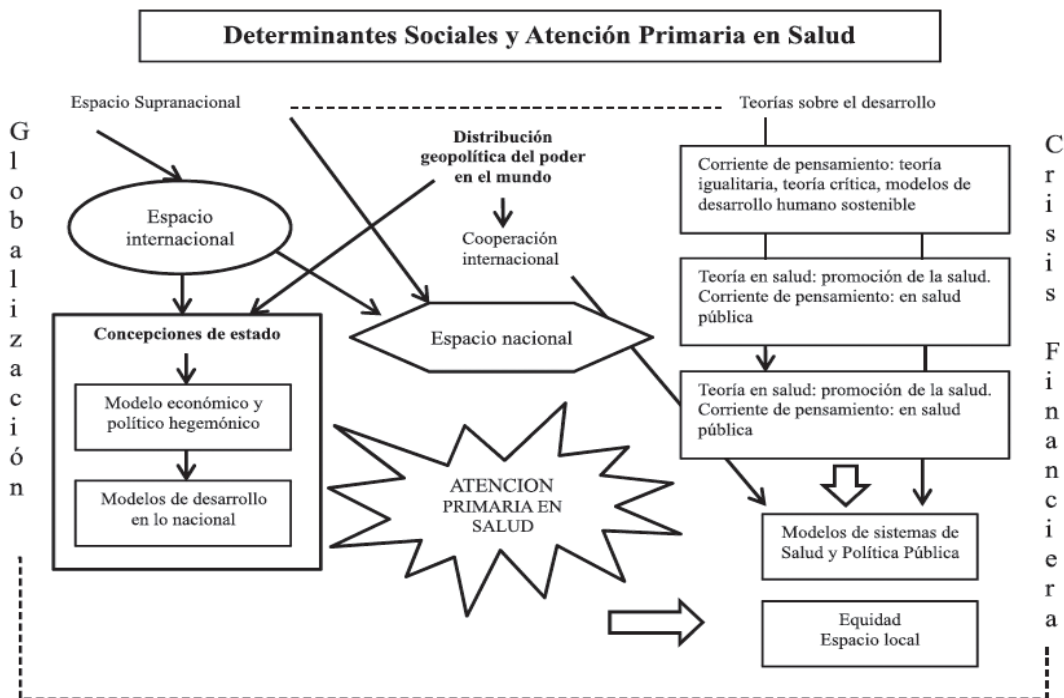


Figura 1. El contexto de los determinantes sociales y la APS

Fuente: Construcción propia

*** Este tema ha sido fuente de varias publicaciones sobre globalización y salud, del autor de este artículo. Se pueden ver entre otras: Salud Global: políticas públicas, derechos sociales y globalidad 201; De la salud global a la salud internacional 2012; Globalizar la salud 2004.

conceptualización de la equidad, obliga a obtener logros mucho más exigentes que los que pudo la APS bajo el mandato de Alma Ata. La equidad se logra en el marco de la justicia sanitaria, y en este contexto se percibe la justicia sanitaria como un valor bueno en sí mismo y destaca el desarrollo humano como el norte de la política pública. La equidad se propone eliminar desigualdades en el estado de salud de la población, privilegia la universalidad de coberturas y la equidad en el acceso a los beneficios. Pero la noción de equidad va más allá de lo que se entiende por salud y acceso a servicios de salud: trasciende el estado de salud [28], es mucho más que la igualación de la salud en un nivel precario [29].

Este concepto de equidad en salud hace parte de la justicia social en general, además de su importancia para la vida y las libertades humanas. El acceso equitativo a la salud, así como a otros bienes y servicios cuyo consumo tiene efectos sobre la salud, sólo se da si se cumplen otra serie de derechos inherentes a cada cultura. Debe aplicarse el principio de universalización, que plantea la búsqueda “del bien de todos y cada uno, por igual” [20], más allá de la maximización de los recursos sanitarios en programas sanitarios, es decir, no basta con otorgar “el mayor bien al mayor número de personas”, porque se pueden generar desigualdades e inequidades.

En consecuencia, es necesario impulsar políticas públicas, aprovechando la estrategia de APS, para que los grupos más castigados socialmente puedan ser incluidos en la política social. Pero volviendo a las nuevas exigencias del contexto actual para la APS, cumplir esta encomienda sólo se logra removiendo las fuerzas sociales e históricas que propiciaron las aberrantes condiciones de inequidad.

Como se puede ver en el esquema (figura 1), lograr la equidad pasa por el cambio en las relaciones internacionales, por afianzar la cooperación internacional y hacer transformaciones importantes en el espacio nacional, en un entorno altamente conflictivo, redimensionado por la voracidad del capitalismo global y la crisis económica de los países centrales^{†††}. Luego será necesario actuar verdaderamente sobre los determinantes de la salud, los de orden social y macro, es el caso del modelo de desarrollo del país y del régimen político. De otro lado, será importante aplicar las diferentes concepciones y pensamientos sociales progresistas (basadas en el igualitarismo, en el desarrollo sostenible, etc.) en torno al bienestar, la salud pública y la promoción de la salud. Sólo así seremos capaces de aprovechar la atención primaria para obtener logros en la equidad y transformaciones en las condiciones de vida de las poblaciones más pobres.

Indudablemente tiene que pasar también por cambiar los modelos de sistemas de salud y de política pública, categoría que también es sustantiva en el esquema; en el caso concreto colombiano, debe haber una transformación radical del sistema de seguridad social en salud (SGSSS) como se discutió en el numeral 5 [31].

Se apareció el fantasma del capitalismo en la más reciente crisis económica y otra cosa habrá que decir: los cambios de “la renovación” se verán otra vez aplazados por nuevos desafíos globales, pero la política como ciencia y práctica ciudadana tiene que asumir el protagonismo y ayudar a la reconstrucción social, desde el mundo de los ciudadanos

Cuando creíamos que ya era hora de dar la vuelta hacia un nuevo desarrollo, dirigido a atender los intereses sociales, se pensaba que las restricciones económicas no podrían llegar a entorpecer más las políticas encaminadas a resolver los intereses sociales; sin embargo, nuevas exigencias y limitaciones se nos imponen desde el centro del capitalismo hegemónico, ahora montadas en el escenario de la crisis financiera mundial desatada en el 2008.

Es necesario recuperar la vía de la política. Hasta el momento se relegó el accionar de lo político, desapareciéndolo del escenario mundial y de los ámbitos nacionales.

No era extraño encontrar personajes como Sergio Fajardo y Antanas Mockus en Colombia, así como otros más, tratando de demostrar que no son políticos porque hay un desprestigio de la política; o gobiernos neoliberales ejerciendo el poder desde la tecnocracia, no obstante que la política es el ejercicio de la mejor manera de orientar las poblaciones al servicio de lo social y de los principios más humanos.

La renovación significa la reconstrucción de la política, del tinglado político para darle prioridad a los valores ciudadanos y al ejercicio de los derechos humanos.

Los ODM y la APS renovada, la salud pública, la promoción de la salud, como se expuso atrás, deben avanzar por este sendero. La negación de lo político no permitió el desarrollo de la APS, en su momento, pero hoy lo político debe resurgir como la única forma de enfrentar la crisis económica y la mayoría de los problemas sociales en el mundo y debe permitir la reorientación de la APS en los sistemas de salud.

¿No existen, a nivel nacional e internacional, otras propuestas en salud pública y por ello, se ha tenido que volver a la APS? Habría que retomar algunos pensamientos avanzados en la vía de la globalidad social para acrisolar el futuro de la salud pública en los sistemas de salud

^{†††} Concepto que divide los países en varias categorías desde *centrales* a *periféricos* según sus posibilidades de acceso al poder y a las decisiones del capitalismo

Como se mencionó en el numeral 1, algo se construyó hacia el final del siglo XX, que mantenía la ilusión del desarrollo social. Como también lo han intentado en el nuevo orden mundial las posiciones antihegemónicas, en la dirección de “otro mundo posible”. Basta sólo con mencionar algunos ejemplos:

Alaín Touraine, sociólogo y pensador francés de finales del siglo XX, habla de propuestas culturales desde abajo y no de propiamente de propuestas políticas, según su expresión, y nos presenta un nuevo paradigma orientado por la mujer.

A partir de la globalidad se puede construir un horizonte más humano para el universo y no a partir de la globalización económica. La globalidad se pretende desde los movimientos sociales como el Movimiento por la Salud de los Pueblos, los Movimientos Antiglobalización, el Foro Social Mundial, abriendo espacios para lo político y lo social.

Debe trascenderse de la atención en salud a la defensa de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, al ejercicio de las políticas públicas de orden social (bienestar social), a dinamizar el proceso de desarrollo humano. El tema principal en el horizonte de la salud pública y de la promoción de la salud es el de los derechos económicos sociales, económicos y culturales (DESC); así muchos prefieren la garantía de los derechos DESC aunque no se permitan otros derechos como votar en unas elecciones u otras oportunidades políticas [32].

Así, la APS debe alzar el vuelo de la participación social. Desde Alma Ata 78, se recomienda la participación social y ciudadana (en ese momento se habló de participación comunitaria) como base para el trabajo en APS para que esta no se quede en un nivel de servicios de salud. Esta estrategia debe retomar para su renovación social, los diferentes postulados expuestos en este artículo y en otros tantos de la literatura internacional [33].

Pero un desafío no menos importante es para el mundo académico nacional e internacional, de los países y de los organismos multilaterales, de quienes participamos en este espacio intelectual y político; estamos en la obligación de renovar las propuestas teóricas y la práctica política, que en este momento debieran estar superando las estrategias planteadas para los sistemas de salud en el siglo XX. Las cuales debieran dirigirse a enfoques más integradores en el orden global y local [34].

Conclusión

Este artículo estuvo centrado en la indagación por la renovación de la atención primaria en salud y en la reorientación de los sistemas de salud. Pareciera que con el actual orden internacional no se pudiera garantizar la eficacia de las acciones sociales ni el funcionamiento

de los sistemas de salud. El contexto actual apunta en una dirección contraria al afianzamiento de los principios éticos de la salud, peor aún, cuando se mantienen posiciones poco críticas frente al escenario mundial, los determinantes de la salud-enfermedad y la mercantilización de los sistemas de salud. La renovación de la APS, más que eso, debe ser un esfuerzo por reconquistar aquellos valores sobre los cuales se erigen los sistemas de salud; de ahí la importancia de volver a posicionar esta estrategia en el ámbito sanitario, ampliando su filosofía a la práctica en salud, en general.

La reorientación de los servicios es el puente estratégico para transformar los sistemas de salud, orientados a la promoción de la salud (vislumbrado desde Ottawa-Canadá); la política es su elemento sustancial; la comunidad (empowerment), se constituye en el motor dinamizador de la acción; impulsando las organizaciones comunitarias, creando condiciones a partir de los grupos de interés, favoreciendo el desarrollo de movimientos sociales y la acción intersectorial.

En consecuencia es necesario revitalizar los procesos de los sistemas de salud, desde la perspectiva política y encontrar un camino para la acción y la construcción de evidencias sociales (institucionalidad social, participación de la ciudadanía, reordenamiento de territorios para la vida, etc.). Ante lo cual se requiere redimensionar las reformas sanitarias de los sistemas de salud, con base en la atención primaria en salud que se constituye en su eje de transformación.

Pero más importante que esto es lograr que los gobiernos, éticamente, se pongan al servicio de sus poblaciones y no de los intereses de los organismos financieros multilaterales ni del capitalismo global. Sólo así ocurrirá si se hacen los cambios urgentes en las relaciones de poder y en las condiciones de equidad en la sociedad.

Referencias

1. PAHO/WHO. [internet] Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [acceso el 12 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
2. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud en las Américas. Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington DC: OPS; 2003.
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/jul/05. Washington DC: OPS/OMS; 2005.
4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 55ª. Sesión del Comité Regional 44.O Consejo Directivo. [internet] [acceso el 15 de abril de 2009]. Disponible en: <http://www.amro.who.int/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>.

5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud [internet] Washington; 2005. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud, inclusión y fortalecimiento de los sistemas de salud. 124ª. Reunión del Consejo Ejecutivo EB124. R8, 26 de enero de 2009. Washington DC: OPS/OMS; 2009.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
8. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta del Bangkok y Perspectivas para el futuro. CE138/16. 138ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington: OPS; 2006. p. 11.
9. Asociación Canadiense de Salud Pública. “La salud bajo el reflector: la salud pública en la reestructuración de los servicios de salud”. Informe de la Asociación Canadiense de Salud Pública: 1996.
10. López D. La reorientación de los sistemas de servicios de salud con criterios de promoción de la salud: Componente decisivo de las reformas del sector salud. En: 5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Ciudad de México: OPS; 2000. p. 7.
11. Feo O. Las funciones esenciales y la reorientación de los servicios de salud hacia un enfoque de prevención. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2004; 22(Especial): 73-79.
12. Ruales J. Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2004; 22(Especial): 33-39.
13. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano. Rev. Fac. Nac. de Salud Pública 2004; 22(Especial): 141-142.
14. Labonte R. La participación social en la promoción de la salud. En: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá: Ministerio de Salud/OPS/OMS; 1992.
15. Málaga H, Castro ML. Cómo empoderar a los excluidos en el nivel local. En: Restrepo H, Málaga H. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 121-137.
16. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no prometo de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública 2004; (4):1088-1095.
17. Roses M. La población y sus necesidades de salud: Identificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes. Rev. Fac. Nac. de Salud Pública 2004; 22 (Especial): 9-21.
18. Hunt P. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Nueva York: Naciones Unidas/Asamblea General; 2004
19. Naciones Unidas/Asamblea General. Resolución 60/1 del 24 de octubre de 2005: documento final de la Cumbre Mundial 2005. [internet] [acceso el 20 de abril de 2009] Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/hrcouncil/docs/gaA.RES.60.1_Sp.pdf
20. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ontario: OMS; 1986.
21. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recomendaciones de Adelaide. Políticas Públicas para la Salud. [internet] Adelaide, Australia del Sur: OMS; 1988 [acceso 4 de mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf>.
22. The Jakarta Declaration on Leading. Health promotion into the 21st century. Health Promot Int 1997; 12: 261-264.
23. World Health Organization. Health for All in the twenty-first century. Geneva: who; 1998.
24. Movement PsH, editor. The medicalization of the health care and the changelle of health for all. Dhaka (Bangladesh): People’s Health Assembly; 2000.
25. Navarro V. Health and equity in the world in the era of “globalization”. Int. Journal of health services 1999; 29(2): 215-226.
26. Barón G. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007. p. 118.
27. Franco-Giraldo A. Salud Global. Globalización Política Pública y Salud. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2009 [En Prensa].
28. Garay LJ. Colombia: Diálogo pendiente. Bogotá: Planeta Paz. 2005. p. 123.
29. Yepes F. La noción de equidad. Ponencia en el “Primer Congreso Internacional de Sistemas de Salud ¿Hacia un nuevo sistema de salud en Colombia?”. Bogotá: PUJ; 2010.
30. Guzmán MP. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias en América Latina. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009; 25(1): 84-92.
31. Franco-Giraldo A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. Revista Gerencia y políticas de salud 2012 [En prensa].
32. Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Los derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gac Sanit. 2008; 22(3): 280-86.
33. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública 2007; 21(2/3):72-84.
34. Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional, a propósito de la epidemia de influenza humana A. Revista Panamericana de Salud Pública 2009; 25(6): 540-549.

El Programa Salud de la Familia en el Brasil: de las conquistas a los desafíos

The Family Health Program in Brazil: from the conquests to the challenges

Maria F. de Sousa¹; Edgar Merchán H²; Ana V. Machado M³.

¹ Doctora en Ciencias de la Salud, Núcleo de Estudios de Salud Pública, Universidad de Brasilia. Correo electrónico: mariafatimasousa@uol.com.br

² Doctor en Salud Pública, Núcleo de Estudios de Salud Pública, Universidad de Brasilia. Correo electrónico: hamann@unb.br

³ Doctora en Ciencias de la Información, Núcleo de Estudios de Salud Pública, Universidad de Brasilia. Correo electrónico: valeriamendonca@unb.br

Recibido: 28 de julio de 2011. Aprobado: 19 de noviembre de 2011

De Sousa MF, Merchán E, Machado AV. El programa Salud de la Familia en el Brasil: de las conquistas a los desafíos. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011;30(1):66-74

Resumen

Este artículo presenta los resultados de un trabajo que analizó la implementación del Programa de Salud de la Familia (PSF) en el Brasil, en lo que se refiere al acceso a los servicios básicos de salud, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), de carácter público. El PSF comenzó a funcionar en 1994, como una estrategia política de reorganización de la atención básica en los sistemas municipales de salud, mediante la formación de equipos multidisciplinarios que incluyen agentes comunitarios de salud. El estudio fue realizado en 12 municipios pioneros del programa, ubicados en diferentes regiones del país. Fue utilizada la técnica de análisis del discurso del sujeto colectivo, el cual se fundamentó en la hermenéutica dialéctica. Fueron entrevistados gerentes de los niveles federal, estatal y municipal de gobierno, profesionales de los equipos del PSF

y usuarios del sistema. **Resultados:** el acceso es percibido desde una óptica basada en la enfermedad. Hay problemas de financiamiento, cobertura de la atención, sostenibilidad, capacitación de recursos humanos, definición de papeles en los equipos y de integración del PSF con otros puntos del sistema (atención secundaria y terciaria). Se concluye que el PSF es una estrategia política con potencial para la disminución de las inequidades en salud desde que los gestores del SUS y la sociedad asuman la responsabilidad de hacer de esa estrategia la base organizacional de la atención básica y de la construcción de un modelo de cuidado integral y familiar, orientado por los principios de la solidaridad, igualdad y justicia social.

-----*Palabras clave:* desigualdad, acceso, servicios básicos de salud, salud de la familia

Abstract

This article presents the results of a research which analyzed the implementation of the Family Health Program (PSF) in Brazil. The authors discuss the issue of access to primary health care services within the fully publicly funded Unified National Health Service (SUS). PSF implementation started in 1994, as a strategic policy to reorganize the primary care in the municipal health systems. It involves the creation of multi-professional teams including community health agents. This study was carried out in 12 municipalities that were pioneers in PSF implantation, and which are located in different geographical regions. We used the Collective Subject Discourse technique and our analysis is grounded in the Dialectic Hermeneutic Theory. We interviewed health service managers on the federal, state and municipal levels, as well as health professionals of the PSF teams and patients. Access

remains seen from the perspective of disease. There are issues related to funding, care coverage, sustainability, continuous education of professionals, a better definition on the role played by members of psf teams, and integration of PSF with other areas of the system (secondary and tertiary care). We conclude that the PSF is still a strategy that could potentially decrease health inequalities. It is necessary that health SUS managers and society realize that they can make of PSF the organizational base of primary health care; this would lead to the construction of a model of integral and family health care led by principles of solidarity, equality, and social justice.

-----*Keywords:* health inequality, access to health services, primary health care, family health

Introducción

La Constitución brasileña, promulgada en 1988, estableció como principios fundamentales de la República “promover el bienestar de todos, sin prejuicios de origen, raza, sexo, color, edad, ni cualquier otra forma de discriminación”, y asegurar la salud como derecho social. La Carta Magna afirmó que este derecho es de todos y también un deber del Estado. El término salud fue definido no solo como acceso a las acciones y a los servicios públicos de salud, sino también como el resultado de políticas sociales y económicas que buscan la reducción del riesgo de enfermedades y de otras afecciones.

Se puede afirmar, entonces, que la creación del Sistema Único de Salud (SUS), previsto en la Constitución Federal representa un gran avance en el proyecto de la reforma sanitaria brasileña. El SUS se fundamenta en los principios doctrinarios y preceptos constitucionales de universalidad, equidad, integralidad y control social.

Se sabe que el Brasil ya efectuó en las últimas décadas una serie de intentos de cambio, según expresión de Teixeira [1], en la forma y contenido de los servicios prestados. En ese orden de ideas, todas las iniciativas, por mejor que haya sido el origen de sus propuestas en términos de base filosófica, principios y directrices, no fueron suficientes para alterar las bases que sostienen el modelo médico-asistencial predominante en el país.

Esas bases no sufrieron alteraciones porque traían en sus ciernes elementos parciales de modelos previos y tal complejidad viene siendo retratada a lo largo de las últimas décadas por diferentes autores, entre ellos Arouca [2], Donangelo [3], Paim [4, 5], García [7], Mendes Gonçalves [8] y Teixeira [9, 10, 1]. Ellos nos despiertan para la necesidad de comprender los factores

y las dinámicas social, económica, política y cultural que determinan la hegemonía del modelo sanitario, centrado en los hospitales, en las subespecialidades, en las acciones de programas verticales y en las prácticas médicas basadas en la enfermedad y en la parafernalia medicamentosa.

Es en este escenario de viejos y nuevos problemas que nace el Programa de Salud de la Familia, en marzo de 1994, como una estrategia política para promover la organización de las acciones de atención básica en salud, en los sistemas municipales de salud. El PSF está insertado en un contexto de decisión política e institucional de fortalecimiento de la atención básica en el ámbito del SUS y se fundamenta en una nueva ética social y cultural, con miras a la promoción de la salud y de la calidad de vida de individuos, familias y comunidades. Los principios organizativos se revelan en los siguientes objetivos: 1) prestar, en la Unidad Básica de Salud (UBS) y en el domicilio, asistencia integral que sea continua, de buena calidad, resolutive y que esté de acuerdo con las necesidades de salud de la población adscrita; 2) intervenir sobre los factores de riesgo a los cuales la población está expuesta; 3) elegir la familia y su espacio social como núcleo básico de abordaje en la atención a la salud; 4) volver más humanas las prácticas de salud (llamadas en el Brasil “humanizar”), por medio del establecimiento de un vínculo entre los profesionales de salud y la población; 5) proporcionar la posibilidad de acciones intersectoriales; 6) contribuir para la democratización del conocimiento del proceso salud-enfermedad, de la organización de los servicios y de la producción social de la salud; 7) hacer que la salud sea reconocida como un derecho de ciudadanía y, por tanto, expresión de la calidad de vida; y 8) estimular la organización de la comunidad para el efectivo ejercicio social [11].

Se proponía entonces constituir equipos multiprofesionales que en adelante llamaremos “equipos del PSF”, constituidos de un profesional de la medicina, uno de enfermería, uno o más auxiliares de enfermería, y un número de Agentes Comunitarios de Salud (ACS), figura central de la estrategia y eslabón entre la comunidad y el sistema de salud. El equipo del PSF tendría su sede en una UBS y el número de ACS dependería de la población adscrita a una razón de un ACS para 250 familias.

Pasada más de una década de funcionamiento del PSF en el Brasil, resolvimos estudiar su implementación en los primeros 12 municipios que asumieron esta tarea, efectuando una lectura de la realidad, caso a caso, de manera que pudiéramos comprender mejor la(s) respuesta(s) a la cuestión central de la investigación: ¿el PSF constituye una estrategia de superación de la desigualdad en salud? Para obtener tal respuesta, el método del presente estudio se inscribe en el marco de las ciencias sociales, en la hermenéutica dialéctica, enfoque de la investigación cualitativa, cuyos métodos y técnicas consistieron en recolectar, analizar, comprender e interpretar los discursos de los sujetos colectivos seleccionados entre los sujetos político-técnicos. Los discursos de los sujetos fueron organizados y analizados a partir de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo - DSC de Lèfevre y Lèfevre [12].

El trabajo tomó como referencias para el análisis del acceso a los servicios básicos de salud, las siguientes dimensiones: política, técnico-financiera y simbólica.

La *dimensión política* considera las motivaciones que llevaron a los sujetos político-técnicos a la decisión de implementar el PSF y si esa decisión consideró la posibilidad de reducir desigualdades de acceso a los servicios de salud.

La *dimensión técnico-financiera* se refiere a la expansión de la cobertura geográfica, que verifica los criterios y prioridades de exclusión o inclusión en la decisión de los sujetos político-técnicos cuando escogieron las áreas en las cuales el PSF sería puesto en funcionamiento, y si la misma favorece o no la reducción de las desigualdades de acceso.

Finalmente, la *dimensión simbólica* trata de la percepción del acceso por parte de los usuarios en lo que se refiere a la forma de interrelación establecida entre esos sujetos, los gerentes y los equipos del PSF.

Dimensión política

En la *dimensión política*, las respuestas de los sujetos técnico-políticos del SUS de las tres instancias de gobierno sobre las motivaciones que los llevaron a implantar el PSF, los discursos analizados, demuestran que las motivaciones se presentan según los lugares,

responsabilidades y competencias de cada nivel de administración del SUS. Por lo tanto, las narrativas de esos sujetos son consecuencias de los espacios de poder por ellos ocupados.

Los discursos de los gerentes nacionales dejan claro que sus motivaciones para inducir la implementación del PSF estaban directamente vinculadas al deseo de que esa estrategia pudiera contribuir para la *organización del SUS y el reordenamiento del sistema*; mientras que los testimonios de los secretarios de salud y de los coordinadores del área de atención básica/PSF demostraron que sus motivaciones dependían del deseo de ver en el PSF una estrategia con el potencial de *cambio del modelo asistencial*. En contraste, las narraciones de los participantes en el ámbito de los sistemas municipales de salud señalaron la necesidad de que el PSF pudiera de hecho *reorganizar la atención básica*.

Esas fueron las ideas centrales expresadas en los discursos de estos sujetos que tienen la responsabilidad y competencias diferenciadas en los procesos de expansión del PSF y en el aumento de su calidad en el país.

En los testimonios queda claro que en sus motivaciones para la implementación de esa estrategia consideraron la posibilidad de reducir las desigualdades de acceso a los servicios básicos de salud.

No obstante, no se puede afirmar que todos los gerentes del SUS piensan a partir de esa intencionalidad; pero, hay en el conjunto de los 12 municipios investigados un consenso, aunque sea apenas en los discursos, de los motivos que los llevaron a la implementación del PSF.

Dimensión técnico-financiera

En la dimensión técnico-financiera, los discursos de los sujetos colectivos no pueden ser tomados de forma aislada, cuando se trata de comprender la categoría analítica “expansión de la cobertura del PSF en el Brasil”; pero sí se triangulan con otras fuentes de datos emanados de investigaciones operacionales del propio Ministerio de Salud, los cuales indican las lagunas de acceso a las acciones y servicios básicos de salud. Estos vacíos existen desde el origen de la inducción por parte del Ministerio de la Salud para la implementación de la estrategia. Según datos del Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) [13] del Ministerio de Salud, de abril de 2011, 5.279 municipios del país cuentan con 31.981 equipos del PSF, capacidad que hace posible que cerca de 101.0 millones de personas reciban cuidados lo más cerca posible de sus lugares de morada. Sin embargo, tal cobertura aún expresa la distribución desigual de los equipos del PSF en el conjunto de las ciudades del Brasil.

Es en este contexto que se explica y fundamenta la rápida adhesión de los municipios de porte pequeño,

entre 10 y 20 mil habitantes, y de porte medio, de 20 a 50 mil habitantes, porque no disponían de una red de servicios previamente estructurada, su capacidad instalada era escasa o nula y de ahí que el cambio se vino a concretar con la inserción de los equipos del PSF. Por otra parte, las capitales y los municipios con más de 100 mil habitantes, donde reside más del 50% de la población brasileña, continúan con bajas coberturas.

Algunos autores señalan como hecho observado la existencia de buenas prácticas por parte de los equipos del PSF, sobre todo en los municipios de pequeño porte [14, 15]. Empero, muchas veces estas prácticas se presentan limitadas para la oferta de atención integral frente a la ausencia de una red regionalizada de referencia y contrarreferencia de servicios asistenciales. Luego, la realización de buenas prácticas no altera substancialmente la lógica organizacional de los servicios y sistemas locales de salud, al predominar con esto el modelo clásico de asistencia a enfermedades, que parte de su demanda espontánea, con base en el profesional médico que realiza consultas con apoyo del trípede diagnóstico/equipamientos instrumentales/medicamentos.

A partir de un análisis de esa situación, Teixeira [1] nos instiga sobre la pertinencia de expandir esa estrategia para los municipios con más de 100 mil habitantes de la misma forma como viene siendo implementada en los demás. En esos nuevos espacios y territorios, el PSF pasa a competir fuertemente con las prácticas asistenciales médico-curativas, lo que provoca tensión y resistencia de actores comprometidos en la manutención del modelo hegemónico.

Estas tensiones y resistencias también se expresan de otra manera en los 12 municipios investigados en el momento de definición de los criterios y prioridades para la exclusión o inclusión de los equipos del PSF, aunque hayan tenido en cuenta la necesidad de reducir las desigualdades de acceso a los servicios básicos de salud. Sin embargo, la concreción de ese acceso se tropieza con problemas estructurales que van desde la fragilidad financiera, pasando por el conflicto de la Ley de Responsabilidades Fiscales (que limita la contratación de nuevos profesionales), las debilidades en la infraestructura de la red física instalada, hasta las demandas insistentes por atención a la enfermedad que refuerzan el ya existente aparato médico-asistencial.

Todavía en la *dimensión técnico-financiera*, en lo que se refiere a la categoría “gobernanza institucional del PSF”, analizamos los siguientes elementos: la institucionalización de esa estrategia; la base de apoyo político, técnico y científico; los incentivos financieros y la educación permanente de recursos humanos. De esta forma, es indispensable sintetizar: primero, en lo que se refiere a la institucionalización del PSF, esta investigación constató que durante los 13 años de su implantación, los sujetos sociales involucrados directamente con la

responsabilidad de conducir e inducir esta agenda en el Ministerio de la Salud en las diferentes coyunturas (política, institucional y administrativa), entraron en el espacio y en la agenda de las secretarías estatales y municipales de salud.

El proceso denominado en el Brasil “acreditación” consistió en la certificación por parte del Ministerio de Salud de los municipios con capacidad de implementar el PSF. Tal tarea aseguró en el ámbito nacional un *locus* para la ampliación del debate y la interlocución para la construcción de la política nacional da atención básica. El reconocimiento y la legitimidad de ese espacio hicieron que todas las unidades federadas y los 12 municipios investigados estructuraran sus secretarías para responder al desafío de esa agenda tripartita, siguiendo así los principios orientadores del Ministerio de Salud rumbo a la institucionalización del PSF. Sin embargo, fue verificado que aun existiendo las coordinaciones y éstas ejerciendo un papel estratégico en la expansión de los equipos del PSF, las mismas presentaban fragilidades en su capacidad gerencial de conducir e inducir técnica y políticamente la consolidación de esa agenda.

Segundo, en relación con los apoyos al PSF, Sousa [15] reconoce que la red de apoyo formada alrededor de esa estrategia se configura de forma diferenciada en el tiempo y espacio social de cada comunidad. Y tales apoyos son marcados por las diferentes coyunturas e interrelaciones de poderes. Observamos, por ejemplo, que los años 1994 a 1997 fueron marcados por el bajo capital de poder político e institucional del grupo de gerencia nacional. Se trataba de una fase posterior al diseño de los principios, características y directrices del PSF, traducidas en las luchas cotidianas por la estabilidad de recursos financieros, humanos y tecnológicos, búsqueda de aliados de peso, todos destinados a garantizar la gobernanza y sostenibilidad de esta estrategia. A partir de 1998, el PSF transita y evoluciona progresivamente de “programa” hacia política gubernamental orientadora de la reorganización de la atención básica en el país. En esa condición, los apoyos son ampliados de modo heterogéneo. Esto tiene implicaciones sobre la inserción y percepción de los actores, técnicos y dirigentes provenientes de diferentes realidades del país; tales diferencias traen riquezas, desafíos y también conflictos, al confirmarse las distintas formas de apoyo, unas más propulsoras, otras indiferentes, y muchas obstructoras; todas ellas influyeron en el proceso de expansión del PSF.

Con eso, la mayoría de los profesionales integrantes de los equipos del PSF (ocho municipios en esta investigación) desean que el apoyo a esa estrategia ocurra de forma pactada entre las instancias de gobierno y de la sociedad, que señalen la necesidad de creación de espacios reales, y no apenas formales, burocráticos o notariales. Esos participantes prevén en el futuro alguna forma de arena de discusión, donde los conflictos e

intereses de los gerentes, de los profesionales de salud y de la población estén presentes y sean presentados, debatidos y contemplados, evitando así los apoyos restringidos solamente al campo de los discursos y de las intenciones.

En tercer lugar, con respecto a los *incentivos financieros* para la expansión y mejoría de calidad del PSF, fueron verificadas tres situaciones limitantes para la consolidación de esa estrategia en los municipios investigados. Los discursos de los sujetos de los colectivos expresan el reconocimiento de la importancia de los incentivos. Con todo, considerando en conjunto el financiamiento del SUS, la primera limitación se presenta cuando son constatadas las desigualdades presupuestales entre los niveles de atención del sistema. Las cifras indican que hay desequilibrios, aún fuertes, entre los recursos dirigidos hacia la atención de media y alta complejidad, situación predominante e inducida por la formulación de otras políticas del Ministerio de Salud. La segunda limitación se encuentra en la ausencia o bajo cofinanciamiento por parte de las Secretarías de Estado de Salud. Y una tercera limitación, se acentúa cuando los municipios de los grandes centros urbanos ya mencionados son tratados de modo igual. En estas ciudades los gerentes municipales hacen hincapié en que no desean privilegios para sus ciudades; sólo reivindican el derecho de ser tratados en sus diferencias, de modo que superen las desigualdades originadas en los problemas típicos de los grandes centros urbanos y para eso se impone la definición de una política de cofinanciamiento de los tres niveles de gobierno, diferente de la forma como vienen siendo tratados los municipios de pequeño porte.

Encontrar respuestas para esas y otras limitaciones en lo concerniente al financiamiento de la atención básica/PSF, nos impone nuevos desafíos, principalmente en relación con la práctica cooperativa y complementaria construida entre los gerentes/administradores del SUS.

Todo esto nos recuerda la necesidad de definir mecanismos de financiamiento que contribuyan a la reducción de las desigualdades regionales y a una mejor proporcionalidad entre los tres niveles de atención del SUS, con prioridad para el aumento de recursos destinados al PSF [16].

En este caso, las tres esferas de gobierno deben establecer pactos de corresponsabilidad en el costeo de las acciones y de los servicios de salud, al proporcionar el derecho a la salud de forma responsable y solidaria.

En cuarta instancia, en lo referente al *desarrollo de personal (recursos humanos)* involucrado en el proceso de consolidación del modelo de Salud de la Familia, se llevó a cabo entre 1998 y 1999 la institución de polos de capacitación, fomentados por el Ministerio de la Salud y articulados con las instituciones académicas más próximas a las experiencias del PSF en las respectivas regiones. Esta investigación observó la ausencia de

una política para los procesos de formación académica, capacitación y educación permanente para los profesionales de los equipos del PSF, además de la baja capacidad de articulación y negociación de la mayoría de los 12 municipios, con respecto a los representantes de los polos instituidos, dificultando así la consolidación de esa estrategia en el ámbito municipal.

Se observó también que existe la asociación con el aparato formador, o sea con la instancia académica, la cual es de naturaleza “formal”. Resulta evidente que las instituciones formadoras de profesionales para el sector salud, en parte, no están preparadas para apoyar a los municipios en la construcción de un nuevo modelo de atención a la salud enfocado hacia los procesos de trabajo con abordaje familiar y comunitario. Esta falta de preparación, en mayor o menor grado, representa el círculo vicioso de la desintegración histórica entre las instituciones de enseñanza, los servicios de salud y las comunidades, todos ellos marcados hace décadas por el modelo de formación en las ciencias biomédicas. Esta cuestión llama la atención para una revisión profunda de la formación académica de los propios formadores: los docentes. Solo en casos excepcionales son visibles los esfuerzos por parte de las instituciones de enseñanza de contribuir a la reforma sanitaria brasileña, en general, y en particular, al modelo de atención a la salud, en especial para la atención básica y para la estrategia Salud de la Familia. Esos esfuerzos se comprueban por la oferta de cursos de residencia, especialización, por reformas de los cursos de pregrado (medicina y enfermería, inicialmente) y por los proyectos de incremento de la calidad en el trabajo de los equipos del PSF que vienen siendo desarrollados desde la creación de los polos de formación, capacitación y educación permanente para el personal de esos equipos, en asocio con las secretarías estatales y municipales de salud.

A lo largo de la investigación fue constatado sobre todo que, por una parte, las fragilidades existentes en la mayoría de los municipios estudiados reflejan la difícil tarea de efectuar cambios en estructuras rígidas, romper los acuerdos basados en el corporativismo de los gremios profesionales, movilizar profesores más preocupados con la salud de la colectividad y, principalmente, superar las presiones ejercidas por el mercado de trabajo sobre el proceso de formación académica profesional en subespecialidades. Por otra parte, hubo resultados positivos en los debates del PSF con respecto a la revisión de la formación de los profesionales, cuestión que se encuentra en el centro de la implementación y funcionamiento del PSF, crucial en relación con la gobernanza y sostenibilidad de un nuevo modelo de atención en salud.

Estas contradicciones retratan las “telarañas” con que nos encontramos en nuestro intento de desenredar los enmarañados de los viejos y nuevos problemas que

trae históricamente la política de salud en el Brasil y en particular en los 12 municipios aquí estudiados. Sin embargo, los cuatro elementos arriba citados, se vienen presentando en las tres instancias de gerencia del SUS, según esta investigación, como cuestiones desafiantes a ser enfrentadas como obstáculos de acceso a los servicios básicos de salud, en una acción integrada de gobierno y sociedad, como condición esencial para la superación de esas desigualdades.

Dimensión simbólica

En la *dimensión simbólica* tratamos sobre la percepción del acceso por parte de los usuarios de los servicios básicos de salud. En esta categoría analítica fue verificado, en las afirmaciones de los discursos de los sujetos colectivos de la comunidad que utiliza los servicios del PSF, que la percepción del acceso se resume a la noción de enfermedad y de la administración de medicamentos para tratarla. Con eso, es importante tener en cuenta que esas nociones y creencias vienen siendo culturalmente construidas de generación en generación, de manera consciente a través del grupo familiar y de otras instituciones, y de forma inconsciente mediante mecanismos de reproducción del modelo médico asistencial, en cierta medida promovidos por el aparato del Estado. Pero, al mismo tiempo, se comprende en algunos discursos de los sujetos estudiados, la inversión de esa cultura cuando los equipos del PSF asumen la función social, con el protagonismo de los ACS, de contribuir en la creación de capacidades comunitarias en la problematización del estado de salud-enfermedad-cuidado, que tiene como ancla la consciencia sanitaria.

Límites en el acceso

El acceso a los servicios básicos de salud en el ámbito del SUS, según nuestro estudio se presenta limitado en tres aspectos principales: el primero, la baja capacidad de integración entre los equipos de la atención básica (unidades tradicionales), los equipos del PSF y entre estos, en lo que se refiere a la planeación y a la programación de las UBS, los que tienen como referencia el Sistema de Información de Atención Básica (SIAB). Este sistema viene siendo utilizado de forma limitada y burocrática, al comprometer la práctica de la institucionalización de instrumentos y mecanismos de monitoreo y evaluación de las acciones y servicios básicos de salud. La consecuencia de este cuadro es la reproducción y mantenimiento del modelo centrado en el médico y en tecnologías de prevención, tratamiento y curación de las enfermedades, de ahí que se hace visible lo incipiente de las prácticas de trabajo en equipo, en las que quedan claras para los profesionales

las responsabilidades de cada uno y el compromiso de todos con la salud de las familias y comunidades.

El segundo límite se encuentra expresado en la desintegración entre los equipos de la atención básica y los demás puntos del sistema (atención de media y alta complejidad). Con esto, la continuidad y la integralidad de la atención se vuelven más vulnerables, una vez que en casi la totalidad de los municipios estudiados no existe una política de referencia y contrarreferencia, por lo que queda esta responsabilidad para los profesionales más “comprometidos” con los propósitos del PSF, en el plano de la informalidad y amistad entre pares, sobre todo entre los enfermeros. Pocos son los municipios que comienzan a estructurar sus centrales de regulación con vistas a atender las demandas de los equipos del PSF en las acciones y servicios de consultas especializadas y de apoyo diagnóstico (exámenes de laboratorio e imagen). Respecto a esto mismo, debemos resaltar que los discursos de los sujetos colectivos (miembros de los equipos del PSF) registran que los ACS son los principales eslabones de conexión entre las UBS y las comunidades, a los cuales les compete la responsabilidad de articular el acceso a consultas, exámenes o medicamentos en las unidades básicas y en las unidades que tienen consultas de especialidades.

Varios fueron los municipios en que verificamos que el ACS es también el gran articulador de las consultas con los médicos del PSF que a su vez cumplen la “tarea” de realizar las consultas programadas y solicitadas por los agentes. Los demás miembros del equipo del PSF ven el ACS como portavoz de las acciones programáticas del ciclo de vida, en el cual las unidades continúan realizando actividades dirigidas a los programas de forma aislada y verticalizada.

El tercer límite es verificado en la escasa capacidad de los equipos del PSF en la elaboración de planes, programas, proyectos y acciones continuas que potencialicen sus relaciones y su integración con otros sectores del gobierno y de la sociedad. Estas fragilidades son perceptibles en los testimonios de los sujetos investigados cuando afirman comprender que las acciones de promoción extrapolan el sector salud y, por esta razón, no disponen de tiempo y “governabilidad” para invertir en esas iniciativas, además de ser presionados por las demandas de orden asistencial y curativo. Reconocen que las acciones de promoción y educación en salud darían sustentación a sus actividades en la medida en que ellas abordan los determinantes generales del complejo salud-enfermedad-cuidado. Reconocen, sobre todo, que para reconducir sus prácticas rumbo a la promoción de la salud es necesario integrar las políticas públicas gubernamentales y no gubernamentales, con vistas a modificar las condiciones de vida y salud, más allá de las acciones educativas individuales y de cambios en modos o “estilos” de vida.

A pesar de lo expuesto, la mitad de los municipios investigados se muestran preocupados y “conscientes” de que el acceso a los servicios básicos de salud no debe permanecer restringido a los atributos de la adecuación de las UBS, del uso de servicios y de la atención a la enfermedad.

Superación de la desigualdad en salud

Con respecto al hecho de que el PSF constituya una estrategia de superación de la desigualdad en salud, los análisis e interpretaciones de los datos del estudio nos permitieron entender: Primero, que el PSF de modo aislado no responde a esa responsabilidad social, una vez que esta cuestión extrapola el ámbito de las políticas públicas universales de ese sector. La salud en sí misma no resuelve las desigualdades como demuestran las brechas existentes, aunque pequeñas, en países socialdemócratas y en Estados que adoptan políticas de bienestar social, como en Inglaterra, Suecia, Noruega, Canadá, entre otros. Por lo tanto, la superación de las desigualdades en salud está intrínsecamente ligada a los determinantes del desarrollo político, económico, social y ambiental.

En un sentido limitante, la situación de salud en el caso brasileño se compara con un sistema de protección social que, a pesar de sus avances, continúa incompleto, frágil y con escasa capacidad de afectar de manera positiva y significativa los indicadores de desigualdad social y de salud. La comparación de datos nos dice que este sistema trajo para el nuevo siglo las dos principales marcas de la situación social que sufrió prácticamente durante todo el siglo pasado: una de las estructuras sociales más desiguales entre los países de medio y alto desarrollo económico, junto con un modelo paradigmático de gestión del aparato del Estado centrado en estructuras clientelistas de manutención del poder patrimonialista. En efecto, aún es amplia la agenda que debe ser cumplida para satisfacer los deseos de cambio hacia un sistema que busque la superación de las desigualdades en salud, en un Estado y sociedad orientados por la democracia y por la justicia social.

Segundo, en lo que se refiere a la desigualdad de acceso a los servicios básicos de salud, el PSF tampoco puede responder de forma aislada porque aún no constituye una política universal, con clara definición económica, social, cultural e ideológica de sus finalidades y objetivos. Por eso, la vulnerabilidad interna de la atención básica, de esta con respecto al sistema y del SUS en relación con los otros sectores de la sociedad, confirma las limitaciones citadas anteriormente.

Tercero, los discursos emanados de esta investigación señalan claramente que, desde la perspectiva de los gerentes administrativos, el PSF es una estrategia política con potencial para la disminución de las

inequidades en la atención básica que amplía el acceso en el nivel primario, pero no supera las desigualdades en salud, porque esta es una de las cuestiones más amplias y complejas que exige alterar los factores determinantes políticos, socioculturales, económicos y ambientales.

Finalmente, lo que podemos afirmar frente a la producción en salud ya existente en los 12 municipios investigados y en las referencias tomadas por las Secretarías de Salud de los estados y por el Ministerio de Salud, es que el PSF viene contribuyendo en la ampliación del acceso a los servicios básicos de salud, pero es necesario enfrentar los desafíos contemporáneos que esa estrategia presenta en el cotidiano de las prácticas de sus equipos; más aún, se necesita que los gerentes del SUS tomen para sí esta responsabilidad, en el sentido de ejecutar las reformas del sector de la salud, orientadas por los valores, principios y características organizacionales de la atención básica, y que asuman el PSF como estrategia troncal.

Tal construcción no puede prescindir de otro desafío que es la cuestión de producir tecnologías de gestión aplicables a los procesos de monitoreo y evaluación, que ponen en el centro de la discusión los siguientes aspectos: la calidad de la expansión de los equipos del PSF, la utilización del sistema de información como herramienta gerencial que contemple la complejidad de la organización de la atención y presente indicadores adecuados y oportunos para el seguimiento de los efectos e impactos del PSF sobre la salud de los brasileños.

Semejante tarea exige la institucionalización de procesos estructurados y sistemáticos de evaluación de esa estrategia en sus más variadas dimensiones, por ejemplo, en la atención en salud, gestión/gerencia, impacto sobre el perfil epidemiológico y participación social. Esta última dimensión fue recordada por Teixeira [1], al citar a Maria Cecília Donnangelo, quien planteó, en 1979, que la reforma en salud “se hará con la población o, de lo contrario, no se hará”. Esto nos conduce a “aprender a aprender” que las tecnologías aplicadas a los procesos de monitoreo y evaluación deben estar entrelazadas con el compromiso ético, humanístico y social con las familias cuidadas por los equipos del PSF, en estos espacios de convivencia.

Nuevas prácticas de salud deben ser orientadas por la esencia del SUS. Hay que fortalecer el diálogo de forma permanente, franca y democrática con todas las fuerzas sociales, de tal modo que tenga en cuenta un nuevo pacto federativo: la consolidación de la política prevista en la Constitución brasileña. Concordamos con las ideas de Sobrinho [16], en el sentido de que:

“es necesario vencer las murallas del liberalismo económico, de los privilegios de clase, de los corporativismos que, a medida que el Sistema Único de Salud avanza, opondrán una resistencia cada vez más encarnizada, abierta o disfrazada. En el caso del PSF,

tal disfraz es potencializado por la inercia de una agenda incompleta. Incompleta porque no consiguió, a lo largo de los 13 años de implantación e implementación, ampliar las condiciones para la superación efectiva del modelo biomédico hegemónico en las políticas públicas del sector Salud en el Brasil”.

De las conquistas a los desafíos: el futuro del PSF

De los datos recogidos en esta investigación fue posible motivar a los sujetos participantes a dar significado a su trayectoria en el PSF y a su práctica como profesionales de salud, que aprendan en lo cotidiano a trabajar con tecnologías dirigidas a la acción familiar y comunitaria. Así, concluiremos este artículo exponiendo pequeños y valiosos fragmentos de los testimonios de los gerentes administrativos municipales (secretarios de salud y coordinadores) y de los profesionales que componen los equipos cuando fueron estimulados a pronunciarse alrededor de la siguiente cuestión: comentar lo que se espera para el futuro del PSF en el municipio y para su vida profesional. De los fragmentos de discursos de los entrevistados se puede registrar:

“[...] ampliar gradualmente la cobertura del PSF e invertir en la calidad de su implantación es lo que se espera, dándole mayor calidad a las acciones administrativas y gerenciales, y que el PSF se consolide como la organización del sistema de salud en una red de cuidados de forma regionalizada e integrada.”

Frente a este testimonio se percibe indispensable señalar algunas sugerencias para la construcción de una agenda que las tres instancias de gerencia del SUS puedan incorporar en el diseño de sus acciones estratégicas y prioritarias.

En lo relacionado con las *motivaciones para implantar el PSF*, se sugiere: 1) ampliar el debate en todos los niveles en lo referente a la concepción de la salud integral y familiar que es lo que antecede a la estrategia de Salud de la Familia; 2) explicitar las responsabilidades de las diferentes instancias del SUS, tanto desde el punto de vista financiero, como organizacional, en la tarea política e institucional de universalizar el PSF; 3) establecer un pacto federativo sobre la definición clara del elenco de acciones y servicios, con base en las necesidades de salud que componen la atención básica y que son de competencia de los equipos en los complejos territorios de sus actuaciones; 4) crear mecanismos para perfeccionar las tecnologías de gestión en conexión con el modelo de atención a la salud, orientadas por los valores y principios de la estrategia.

Con respecto a la *expansión de la cobertura del PSF*, se sugiere: 1) incentivar a las secretarías estatales de salud a asumir responsabilidad en el cofinanciamiento

del PSF en los grandes centros urbanos, por medio de la adopción de criterios que estimulen la destinación de recursos del Fondo Estatal de Salud a los Fondos Municipales de Salud; 2) apoyar el desarrollo de estrategias para la organización y articulación entre los niveles de atención, con miras a la garantía de la continuidad y de la integralidad de la atención básica, que sigan como pauta acciones intersectoriales, asegurándose que se cumplan los objetivos de calidad de la atención a la salud de las familias; y 3) crear incentivos que motiven la universalización del PSF con el objetivo de superar las brechas de cobertura asistencial por los equipos del PSF, en los 12 municipios investigados, en las ciudades de más de 100 mil habitantes, capitales, regiones metropolitanas y en otras comunidades de difícil acceso a los servicios básicos de salud.

Con respecto a la *gobernanza institucional del PSF*, se sugiere: 1) formar una red nacional para producir tecnologías sociales y sanitarias aplicadas al complejo proceso de gestión de la atención básica a la salud; 2) redefinir los mecanismos de financiamiento que contribuyan a la reducción de las desigualdades regionales, y que aumenten las inversiones en la atención básica; 3) reforzar la red de polos de formación, capacitación y educación permanente, de tal modo que se valore el compromiso activo de las escuelas formadoras de recursos humanos para el SUS; 4) elaborar protocolos de gestión / gerencia de la atención que sean integrados, enfocados hacia las situaciones de salud de relevancia nacional; 5) crear incentivos de remuneración de los profesionales que actúan en el modelo de atención dirigido a las familias; 6) la transferencia de recursos con base en metas relacionadas con las acciones estratégicas de los programas verticales, que tengan como base la cobertura de los equipos del PSF y el número de familias cuidadas, así como la organización de las acciones y servicios básicos de salud; 7) formar redes de apoyo político, técnico y científico interregionales, interestatales e intermunicipales.

Con respecto a la *percepción sobre el acceso a los servicios básicos de salud por parte de los usuarios*, señalamos las siguientes sugerencias: 1) elaborar proyectos que promuevan debates sobre las finalidades, objetivos y resultados ya alcanzados en el PSF; 2) fortalecer las relaciones de vínculo y corresponsabilidad entre gerentes/ administradores del SUS, equipos del PSF y familias adscritas; 3) apoyar asociaciones entre los espacios de enseñanza y servicio de salud, con la finalidad de sistematizar las experiencias que confirman el desempeño del PSF; 4) articular otros sujetos sociales, dentro y fuera del sector salud, para formular políticas integradoras.

En la conclusión de su tesis, Sousa [17, 18] asegura que estas acciones deben ser orientadas por la esencia del SUS, que es la universalidad y la

integralidad, al mantener una firme posición igualitaria. El enfrentamiento de los “opositores” de la estrategia debe ampliar y darle calidad al debate iniciado en 1994, reivindicando el PSF en su responsabilidad específica dentro del SUS. El propio SUS debe ser adecuadamente situado como una conquista en construcción por parte de la sociedad brasileña que históricamente lucha en busca de gobiernos capaces de establecer consensos alrededor de valores compartidos, en cada momento histórico, con respecto a los principios de justicia, niveles de desigualdad tolerables, solidaridad y condiciones de inclusión social.

Referencias

1. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Brasil. Saúde em Debate. 2003; 27(65): 257-277.
2. Arouca AS. O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva [tesis]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); 1975.
3. Donnangelo MC. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas cidades; 1976.
4. Paim JS. Medicina Preventiva e Social no Brasil: Modelos, Crises e Perspectivas. Saúde em Debate. 1981; 11(1): 57-59.
5. Paim JS. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. En: Rouquaryol MZ. Epidemiologia y Saúde, medsi. Rio de Janeiro; 1994: p. 455-466.
6. Paim JS. Saúde da Família. En: Saúde, Política e Reforma Sanitária. Espaço de reflexão e de práticas contra hegemônicas? Salvador: CEPS/ISC; 2002. p. 363.
7. García JC. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989.
8. Mendes RB. Medicina e História: as raízes sociais do trabalho médico. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo; 1979.
9. Teixeira CF. Políticas de Salud no Brasil: situação atual e desafios estratégicos. Saúde em Debate. 1991 Jul; 4-10.
10. Teixeira CF. Um pouco de história...reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à Saúde no Brasil. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador; 2002. p. 11-22.
11. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.925 de 13 de Novembro de 1998: que aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Brasília DF: Diário Oficial da União; 1998.
12. Lefevre F, Lefevre, AM. Depoimentos e Discursos. Brasília DF: Livros; 2005.
13. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2011.
14. Sousa MF. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. Divulgação em Saúde para Debate: Rio de Janeiro; 2000. p. 7-14.
15. Sousa, MF. A cor-agem do PSF. São Paulo: Hucitec; 2001.
16. Sobrinho EJ. O PSF nos grandes municípios: São Paulo, um investimento à parte! En: Sousa, MF. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 47-68.
17. Sousa MF. Programa de saúde da família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? [tesis]. Brasília DF: Faculdade de Ciências da Saúde na Universidade de Brasília; 2007.
18. Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica. Brasília DF: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín

Knowledge, attitudes, and practices concerning the exams used for early prostate cancer screening among men from two suburbs in Medellín

Juan D. Arbeláez R¹; Nora A. Montealegre H²

¹ Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Coordinador de sistemas de información en salud, municipio de Remedios. Correo electrónico:juanda9876@gmail.com

² Médica, especialista en epidemiología, doctora en salud pública, docente, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín; Antioquia. Correo electrónico: namh@saludpublica.udea.edu.co

Recibido: 21 de Junio de 2012. Aprobado: 11 de Diciembre 2012.

Arbeláez JD, Montealegre NA, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30 (3): 300-309.

Resumen

Objetivo: identificar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. **Metodología:** estudio de corte transversal realizado mediante muestreo probabilístico estratificado. Se aplicó una encuesta dirigida de 38 preguntas. En el análisis descriptivo se utilizaron porcentajes; en el bivariado se calculó la razón de prevalencias y el intervalo de confianza al 95 %, con un valor de significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** se realizaron 83 encuestas en 14 clubes de vida de las comunas dos y cuatro de Medellín. El 68,7 % de los participantes presentaron conocimientos adecuados; el 43,4 %, actitudes adecuadas; y el 38,6 %, prácticas adecuadas. Se observó que la posibilidad

de que los hombres tuvieran actitudes adecuadas con conocimientos adecuados fue de 1,9 veces (IC 95 % = 1,4-2,7) que en los hombres con conocimientos inadecuados. Además, la posibilidad de que los hombres presentaran prácticas adecuadas con actitudes adecuadas fue de 1,8 veces (IC 95 % = 1,2-2,7) que en los hombres con actitudes inadecuadas. **Discusión:** es necesario fortalecer las intervenciones en prevención del cáncer de próstata en los hombres más pobres y vulnerables, los cuales presentan menos posibilidad de contar con conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas.

-----**Palabras clave:** conocimientos, actitudes, práctica en salud, neoplasias de la próstata, tacto rectal, antígeno prostático específico

Abstract

Objective: to identify the knowledge, attitudes, and practices associated with the exams used for early prostate cancer screening among men living in two suburbs in Medellín. **Methodology:** a cross-sectional study conducted using a stratified probability sampling and a guided survey with 38 questions. Percentages were used for the descriptive analysis.

Likewise, the prevalence ratio and the confidence interval at 95% with a significance value of $p < 0.05$ were calculated in the bivariate analysis. **Results:** eighty-three surveys were conducted in 14 life clubs (social organizations of elderly people) in suburbs 2 and 4 of Medellín. The results showed that 68.7% of participants had adequate knowledge, 43.4 %

an appropriate attitude, and 38.6 % adequate practices. It was observed that men with the adequate knowledge were 1.9 times (IC 95 % = 1.4-2.7) likely to also have an adequate attitude compared to those with inadequate knowledge. Similarly, men with adequate attitude were 1.8 times (IC 95 % = 1.2-2.7) likely to also have adequate practices compared to men with an inadequate attitude. **Discussion:** It is necessary to strengthen

the interventions aiming to prevent prostate cancer among the poorest and most vulnerable men, since they are less likely to have adequate knowledge, attitude, and practices.

-----*Key words:* health knowledge, attitude, practice, prostatic neoplasms, digital rectal examination, prostate specific antigen

Introducción

En Colombia, el cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por cáncer en los hombres, después del cáncer de estómago [1]. En Antioquia, es el tumor maligno más común en el sexo masculino [2].

En Medellín, en el 2006 se presentó una tasa de mortalidad por cáncer de próstata de 16,8/100.000, solo superada por el cáncer de pulmón y de bronquios [3]. Entre el 2002 y el 2006 fue la tercera causa de muerte por cáncer en la población adulta mayor (65 años o más de edad), en la cual se observó un aumento de la tasa de mortalidad que pasó de 20 a 23 muertes por cada 10.000 hombres [4]. En las comunas dos (Santa Cruz) y cuatro (Aranjuez) de la zona nororiental de Medellín se presentaron en el 2006 tasas de 18,1 y 12,0 por 100.000, respectivamente [3].

El cáncer de próstata es el más frecuente del aparato genitourinario del hombre [5], y la edad es el principal factor de riesgo, pues habitualmente no se diagnostica en hombres menores de 50 años; a partir de esta edad, la incidencia y la mortalidad se incrementan exponencialmente [6]. Otros factores de riesgo importantes son el antecedente de cáncer de próstata en familiares de primer grado (padre, hermanos, tíos) y la raza negra [7].

Los factores de riesgo de cáncer tienen mayor incidencia en los grupos con mínima educación y están estrechamente asociados a la posición socioeconómica. Además, los pacientes de las clases sociales más bajas presentan sistemáticamente las menores tasas de supervivencia, en comparación con los de las clases sociales más altas [8].

La ciudad de Medellín presenta un progresivo envejecimiento poblacional [9], a la vez que se incrementan en la población adulta mayor los niveles de pobreza, pues se consideran como personas improductivas, dependientes, con baja autonomía y sin ingresos económicos [10]. En vista de esta situación, la administración municipal ha implementado programas de atención y asistencia para los adultos mayores, como son, por ejemplo, los clubes de vida [11].

La detección temprana del cáncer de próstata en Latinoamérica es muy baja, pues los pacientes por lo general se identifican con la enfermedad avanzada; esporádicamente se realizan campañas de tamización del cáncer de próstata que permitan detectar esta enfermedad en estadios tempranos [12].

Algunas evidencias epidemiológicas y metodologías para la detección precoz del cáncer de próstata son confusas y no existe a la fecha una forma de prevención primaria, por lo cual el diagnóstico precoz de esta enfermedad es un reto para las ciencias del área de la salud. En este contexto, exámenes como el antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés: Prostatic Specific Antigen), con una sensibilidad del 84,5 % y una especificidad del 98 %, y el tacto rectal, con sensibilidad del 69 % y especificidad del 92 %, han sido los dos principales métodos empleados en la prevención secundaria [13].

Aunque existe controversia sobre la utilidad del antígeno prostático específico y el tacto rectal como tamización para el cáncer de próstata, y que aún no está claro que la detección precoz tenga un impacto positivo en la supervivencia por esta enfermedad, diferentes organizaciones y guías clínicas consideran que ambos deben ofrecerse rutinariamente a hombres mayores de 50 años con expectativa de vida mayor de 10 años y después de los 45 años, en hombres que pertenecen a grupos de riesgo [14-17].

En Colombia, la Resolución 412 del 2000 incluye, dentro de las actividades relacionadas con la detección temprana del cáncer de próstata, la realización del tacto rectal al menos cada cinco años a hombres mayores de 45 años [18]. El Plan Nacional de Salud pública 2007-2010, no establece metas y estrategias específicas para la detección temprana y control del cáncer de próstata [19]. Por su parte, el Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia 2010-2019, incluye la definición de la norma técnica sobre detección temprana de cáncer de próstata e implementación de guías y protocolos en hombres sintomáticos. Se fija como meta el garantizar el acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata en el 100% de los casos [20].

La práctica oportuna y periódica del tacto rectal y el antígeno prostático específico no depende únicamente del tipo de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ni del acceso a programas de prevención del cáncer de próstata o del nivel socioeconómico. Además de estos factores, es de suma importancia considerar lo que conocen, creen y opinan los hombres con respecto al cáncer de próstata y exámenes de detección temprana y cuáles prejuicios o tabús tienen al respecto.

Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue identificar conocimientos, actitudes y prácticas acerca de los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en hombres adultos con edades entre 50 y 70 años, inscritos en algunos clubes de vida de dos comunas de la zona nororiental del municipio de Medellín.

Metodología

Se realizó un estudio de corte transversal con fuente de información primaria. Para realizarlo, se solicitó autorización a la unidad integral N.º 1 de Aranjuez de la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Medellín, que entregó una base de datos con información de los clubes de vida adscritos a dicha secretaría, que estuvieran ubicados en las comunas dos y cuatro de la zona nororiental.

Se depuró la base de datos y se adicionaron algunas variables requeridas para el cálculo del tamaño de la muestra y el muestreo. Para ello, se llamó telefónicamente a los representantes legales de los clubes de vida; se logró contactar a 20 clubes en la comuna dos, en los cuales estaban inscritos 89 hombres, y 23 clubes en la comuna cuatro, con 118 hombres inscritos. Se tomaron en cuenta para el estudio 43 clubes de vida para las dos comunas. La población de estudio se conformó con 207 hombres adultos.

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula para una proporción en poblaciones finitas, con un nivel de confianza $1 - \alpha = 95\%$, una población de $n = 207$ hombres inscritos en los clubes de vida de las comunas dos o cuatro de Medellín, un error del 7% con $p = 0,406$ ($n = 160, 40,6\%$), proporción de hombres que presentaron una actitud adecuada sobre la detección temprana del cáncer de próstata en el estudio de referencia [21]. La muestra obtenida fue de 98 hombres, sin remplazos. La unidad de muestreo correspondió a los clubes de vida, seleccionados mediante un muestreo probabilístico estratificado con asignación proporcional.

La muestra se dividió con el promedio de hombres inscritos en los clubes de vida según el sondeo telefónico realizado. Se calcularon 19 clubes de vida en las dos comunas para realizar las encuestas. Según la proporción de clubes de vida por comuna, se asignaron nueve para la comuna dos y diez para la comuna cuatro. Los clubes de vida se seleccionaron aleatoriamente.

Se tomaron como criterios de inclusión: hombres con edades entre los 50 y 70 años, independientemente de que hubieran tenido o no antecedentes de cáncer de próstata; residir en las comunas dos (Santa Cruz) o cuatro (Aranjuez) de la zona nororiental del municipio de Medellín; estar inscritos en los clubes de vida ubicados en dichas zonas. Dentro de los criterios de exclusión se consideraron los hombres menores de 50

y los mayores de 70 años, pues no pertenecían a las edades recomendadas para la tamización de cáncer de próstata en hombres sin factores de riesgo [22], y los hombres que estuvieran inscritos en los clubes de vida de las comunas dos y cuatro, pero que no residían en dichas comunas.

Se utilizó como instrumento de recolección de la información una encuesta dirigida, compuesta por 38 preguntas, que se construyó con base en otras encuestas de estudios similares [21, 23-24]. El contenido del cuestionario se dividió en cuatro bloques: en el primero se incluyeron variables sociodemográficas; en el segundo se abordaron los conocimientos sobre el cáncer de próstata y los exámenes de detección temprana; el tercer bloque indagó sobre las actitudes asociadas a los exámenes y el último exploró las prácticas del tacto rectal y del antígeno prostático específico. El instrumento definitivo fue revisado por dos expertos para garantizar que se cumpliera la validez de apariencia y de contenido [25], es decir, que el instrumento en apariencia midiera las cualidades deseadas y explorara todos los dominios pertinentes al constructo en estudio.

Se realizó la prueba piloto del instrumento con el fin de validar la calidad y validez de las preguntas con respecto a su comprensión, diligenciamiento, tiempo de respuesta y pertinencia. La prueba correspondió al 10% de los participantes; se aplicó la encuesta a ocho hombres que cumplieran con los criterios de inclusión; se aplicó en cuatro clubes de vida, dos clubes por cada comuna, con la participación del investigador principal.

Para controlar los sesgos, se llevaron a cabo las siguientes estrategias:

- *Sesgo de selección*: se realizó las encuestas a la totalidad de hombres inscritos en los clubes de vida seleccionados en el muestreo y que cumplieran con los criterios de inclusión.
- *Sesgo de información*: la mayoría de las encuestas las realizó el investigador principal y las demás, un encuestador entrenado. Se realizó la prueba piloto y después de esta medición, se le aplicaron ajustes al instrumento. Se revisó el correcto diligenciamiento y digitación en la base de datos de cada encuesta.
- *Sesgo de memoria*: por la avanzada edad de los participantes, el encuestador presentó una adecuada orientación al formular las preguntas.

Con respecto a las variables de confusión, el nivel de escolaridad, estrato socioeconómico e ingresos individuales y familiares, se incluyeron en el análisis univariado y bivariado y se tuvieron en cuenta como parte del perfil individual de los participantes. Los conceptos de conocimiento, actitud y práctica se establecieron a partir de estudios similares [26], como se expone a continuación:

- *Conocimiento*: significa recordar datos específicos (dentro del sistema educativo del cual el individuo

hace parte) o la habilidad para aplicar datos específicos para resolver problemas o, incluso, emitir conceptos con la comprensión adquirida sobre determinados eventos.

- *Actitud*: consiste esencialmente en tener opiniones, sentimientos, predisposiciones y creencias relativamente constantes, dirigidas a un objeto, personas o situaciones; se relaciona con el dominio afectivo-dimensión emocional.
- *Práctica*: es la toma de decisión para ejecutar una acción; se relaciona con los dominios psicomotor, afectivo y cognitivo-dimensión social.

Para el análisis de los datos se clasificaron los conocimientos, actitudes y prácticas en adecuados e inadecuados, de la siguiente forma:

- *Conocimiento adecuado e inadecuado*: los hombres que conocían alguno de los dos exámenes de detección temprana del cáncer de próstata (tacto rectal o antígeno prostático específico) se clasificaron con conocimiento adecuado; por su parte, los que no conocían ninguno de los dos exámenes se clasificaron con conocimiento inadecuado.
- *Actitud adecuada e inadecuada*: las actitudes se estimaron mediante el método de Likert, técnica de escala bipolar que mide tanto el grado positivo como negativo de una proposición o enunciado [27]. Para asignar el nivel de actitud, se utilizó una escala en que a cada enunciado se le asignó un valor, con 5 como el valor más positivo y 1 como el valor más negativo. Se consideró una actitud adecuada la de aquellos participantes que tenían un porcentaje igual o mayor de 70 % y una actitud inadecuada si el porcentaje era menor de 70 %.
- *Práctica adecuada e inadecuada*: aquellos hombres que se habían realizado el examen de próstata hacía exactamente un año o menos se clasificaron con una práctica adecuada; por el contrario, los usuarios que no se habían realizado el examen o se lo habían realizado hacía más de un año se clasificaron con práctica inadecuada.

Los datos se procesaron mediante SPSS, versión 19.0; Epidat, versión 4.0, y Excel 2010. El análisis descriptivo de la información incluyó el cálculo de porcentajes y medidas de posición, dispersión y pruebas de normalidad; para el análisis bivariado se utilizaron tablas de contingencia; se calculó la razón de prevalencia con sus respectivos intervalos de confianza (95 %) y se asumió un valor de significancia de $p < 0,05$.

Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia [28], que dicta disposiciones en materia de investigación en salud, este estudio se catalogó como de riesgo mínimo. La participación de los individuos fue voluntaria y se les solicitó que firmaran el consentimiento informado.

Resultados

La información se recolectó entre noviembre del 2010 y marzo del 2011; se realizaron 83 encuestas, lo que representó el 85 % de la muestra de hombres.

El perfil de la muestra poblacional, con base en las características socio-demográficas (tabla 1) es el siguiente: promedio de edad de 62,6 años ($\pm 6,5$ años); pertenecientes al estrato dos (63,9 %); nivel de escolaridad de primaria o menos: 72,3 %; casados: 49,4 %; con hijos: 84,3 %; no trabajan: 81,9%; trabajadores familiares sin remuneración: 61,4 %; ingresos mensuales de menos de un salario mínimo legal vigente: 63,8 %; ingresos familiares mensuales de un salario mínimo legal vigente o menos: 48,2 %; y afiliados al régimen subsidiado de salud: 55,4 %.

Tabla 1. Características socio demográficas de hombres dos comunas de Medellín participantes en el estudio (2011)

Variables socio-demográficas	n	%
Estrato socioeconómico		
Uno	17	20,5
Dos	53	63,9
Tres	13	15,7
Nivel de escolaridad		
Primaria o menos	60	72,3
Secundaria	21	25,3
Técnico y superior	2	2,4
Estado civil		
Soltero	17	20,5
Casado	41	49,4
Unión libre	3	3,6
Separado	6	7,2
Viudo	16	19,3
Tiene hijos		
No	13	15,7
Sí	70	84,3
Trabaja actualmente		
No	68	81,9
Sí	15	18,1
Ocupación u oficio		
Empleado	3	3,6
Empleador	3	3,6
Pensionado	16	19,3
Trabajador Independiente	10	12,0
Trabajador familiar sin remuneración	51	61,4

Continuación tabla 1

Ingresos individuales mensuales		
Menos de un SMLV ^a	30	36,1
Un SMLV exactamente	14	16,9
Más de un SMLV y menos de dos SMLV	10	12,0
Dos SMLV exactamente	3	3,6
Más de dos SMLV	3	3,6
No recibe dinero	23	27,7
Ingresos familiares mensuales		
Menos de un SMLV	19	22,9
Un SMLV exactamente	21	25,3
Más de un SMLV y menos de dos SMLV	20	24,1
Dos SMLV exactamente	5	6,0
Más de dos SMLV	7	8,4
No sabe	11	13,3
Afiliación a la seguridad social en salud		
Contributivo	28	33,7
Subsidiado	46	55,4
Excepción	2	2,4
No asegurado	7	8,4

^a SMLV: salario mínimo legal vigente

Conocimientos sobre el cáncer de próstata y exámenes de detección temprana

En la figura 1 se observa que es mayor la proporción de participantes que han recibido información sobre el cáncer de próstata y exámenes de detección temprana, de los cuales el tacto rectal es el más conocido; además, esos participantes consideran que los exámenes deben realizarse anualmente.

Cerca de la mitad de individuos afirmó que no conocían los signos y síntomas del cáncer de próstata, y un poco menos consideraron que los 40 años era la edad adecuada para empezar a practicarse los exámenes.

Los hombres que dijeron haber recibido información sobre el cáncer de próstata o exámenes de detección temprana identificaron al médico con un 59,6% (34) como la principal fuente de información y su recomendación sería la principal razón para realizarse los exámenes con un 85,5% (71). El 67,5% (56) de participantes no han recibido información sobre la utilidad de los exámenes de detección temprana y los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata. El 68,7% (IC 95%: 58,1-79,3) de los participantes presentaron un conocimiento adecuado sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata.

Actitudes sobre el cáncer de próstata y exámenes de detección temprana

Tal como se presenta en la tabla 2, es mayor la proporción de participantes que coincidieron en reconocer la importancia que tiene prevenir el cáncer de próstata, la realización del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico; además, están de acuerdo cuando opinan que los exámenes de detección temprana tienen más ventajas que desventajas y que se deben realizar solo cuando lo recomienda el médico. Del mismo modo, los individuos consideraron que la única forma de sospechar del cáncer de próstata es haciéndose el tacto rectal o el antígeno prostático específico, aunque es mayor el porcentaje que están en desacuerdo en que el tacto rectal puede amenazar su hombría, virilidad o masculinidad. El 34,9% (29) estuvieron de acuerdo o indecisos sobre esta opinión.

Se encuentra dividida la opinión sobre la realización de los exámenes de próstata solo cuando se tengan síntomas, la realización del tacto rectal por iniciativa propia y la no realización de los exámenes de la próstata por falta de información. El 56,6% (IC 95%: 45,4-67,9) de los participantes presentaron una actitud inadecuada sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata.

Prácticas de los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata

Se muestra en la figura 2, que el 57,8% (48) de los participantes afirmó haberse practicado alguno de los exámenes de próstata alguna vez, en lo que el tacto rectal y el antígeno prostático específico se realizaron con una frecuencia muy similar. El 66,7% (32) de los participantes que se realizaron el examen lo hicieron hace un año o menos. La mayoría de los hombres que se realizaron el examen de próstata declararon haber reclamado el resultado del examen.

El principal motivo de realización del examen de próstata fue prevenir el cáncer. El promedio de edad al momento del primer examen de la próstata (tacto rectal o antígeno prostático específico) fue 54 años, con una desviación de 9 años, es decir, entre 45 y 63 años.

Al indagar sobre las razones para nunca haberse realizado el tacto rectal o el antígeno prostático específico, los hombres destacan principalmente la falta de dinero y la desinformación o desconocimiento, seguidos por la incomodidad del examen y por descuido. La mayoría de participantes expresan la intención de realizarse el tacto rectal o el antígeno prostático específico en los próximos 12 meses.

El 61,4% (IC 95%: 50,4-72,2) de los participantes presentaron una práctica inadecuada sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata.

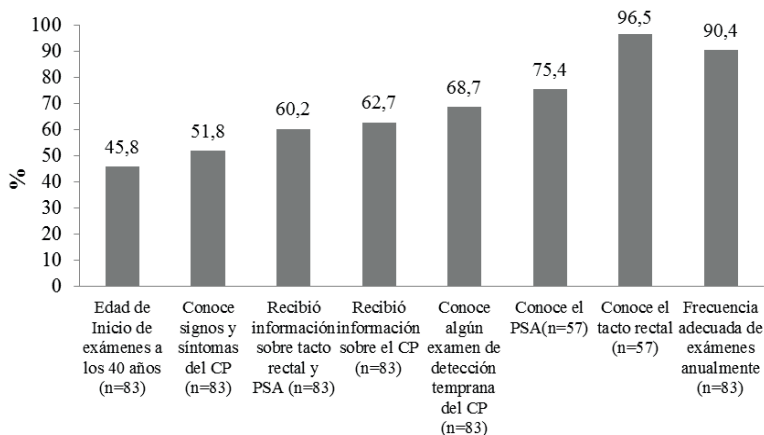


Figura 1. Conocimientos acerca del cáncer de próstata y exámenes de detección temprana en hombres de dos comunas de Medellín (2011)
 CP: cáncer de próstata PSA: antígeno prostático específico

Tabla 2. Actitudes sobre el cáncer de próstata y exámenes de detección temprana en hombres de dos comunas de Medellín (2011)

Enunciados	Indiferente	Importante	Muy importante	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	%	%	%	%	%	%	%	%
Importancia de prevenir el cáncer de próstata		16,9	83,1					
Importancia de la realización de tacto rectal y del antígeno prostático específico	1,2	36,1	62,7					
Solo me debo realizar el examen de próstata cuando tenga síntomas				16,9	32,5	1,2	33,7	15,7
Me hago el examen de próstata solo cuando me lo recomienda el medico				9,6	24,1	2,4	49,4	14,5
Me hago el tacto rectal por iniciativa propia				10,8	36,1	1,2	33,7	18,1
Pienso que el tacto rectal puede amenazar mi hombría, virilidad o masculinidad				21,7	43,4	9,6	18,1	7,2
Los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata tienen más ventajas que desventajas				1,2	1,2	3,6	57,8	36,1
La única forma de sospechar del cáncer de próstata es haciéndose el tacto rectal y/o el antígeno prostático específico				1,2	9,6	3,6	50,6	34,9
No me hago el tacto rectal o el antígeno prostático específico por falta de información				9,6	36,1	10,8	26,5	16,9

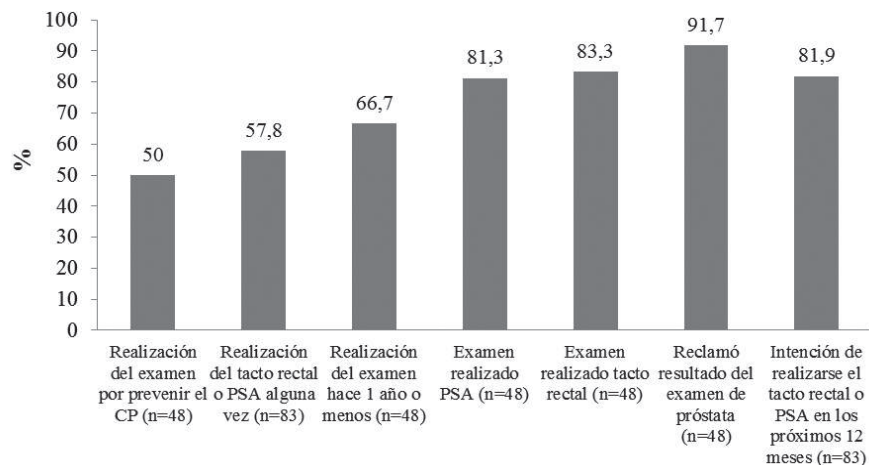


Figura 2. Prácticas de los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín (2011)
 CP: cáncer de próstata
 PSA: antígeno prostático específico

Se observó que la posibilidad de tener actitudes adecuadas en los hombres con conocimientos adecuados fue de 1,9 veces (IC 95 %: 1,4-2,7) que en los hombres con conocimientos inadecuados. Además, la posibilidad de tener prácticas adecuadas en los hombres con actitudes adecuadas fue de 1,8 veces (IC 95 %: 1,2-2,7) que en los hombres con actitudes inadecuadas. Por la prueba exacta de Fisher se encontró asociación entre los conocimientos y las prácticas; y se identificaron más prácticas adecuadas en los hombres con conocimientos adecuados (tabla 3).

Los hombres con nivel de escolaridad de secundaria presentaron 0,5 veces (IC 95 %: 1,2-1,9) más posibilidad de tener un conocimiento adecuado, 1,3 veces (IC 95 %: 1,4-3,6) más posibilidad de tener una actitud adecuada y 0,9 veces (IC 95 %: 1,1-3,3) más posibilidad de tener

prácticas adecuadas, en comparación con los hombres que cursaron estudios primarios o menos.

Los participantes que devengaban ingresos mensuales de un salario mínimo legal vigente exactamente mostraron 1,2 veces (IC 95 % 1,4-3,5) más oportunidad de tener un conocimiento adecuado, 1,6 veces (IC 95 %: 1,3-5,1) más oportunidad de tener actitudes adecuadas y 1,1 veces (IC 95 %: 1,1-4,1) más oportunidad de tener prácticas adecuadas, con respecto a los que no recibían ningún tipo de ingreso.

Según el estrato socioeconómico, los hombres de estrato tres tuvieron 1,4 veces (IC 95 %: 1,2-4,8) más posibilidad de tener conocimientos adecuados y 4,2 veces (IC 95 %: 1,3-20,6) más posibilidad de tener prácticas adecuadas, en comparación con los individuos de estrato uno.

Tabla 3. Distribución entre los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín (2011)

Variables	Actitud				RP ^a (IC 95 %)	P ^b	Prácticas				RP ^a (IC 95 %)	P ^b
	Inadecuadas		Adecuadas				Inadecuadas		Adecuadas			
	n	%	n	%			n	%	n	%		
Conocimiento												
Inadecuados	22	26,5	4	4,8	1,9 (1,4-2,7)	0,0007	26	31,3	0	0	----	0,0000
Adecuados	25	30,1	32	38,6	1		25	30,1	32	38,6	1	
Actitudes												
Inadecuadas							36	43,4	11	13,3	1,8 (1,2-2,7)	0,0015
Adecuadas							15	18,1	21	25,3	1	

^a Razón de prevalencias

^b Significativo valor p < 0,05

Discusión

Teniendo en cuenta que el cáncer de próstata se destaca como el de primera localización entre los tumores malignos en el sexo masculino en la ciudad y que no se dispone de estudios que aborden los conocimientos, actitudes y prácticas sobre exámenes de tamización, entonces este estudio puede aportar elementos que pudieran utilizarse para fortalecer los clubes de vida e implementar estrategias orientadas a la prevención del cáncer de próstata. Por otro lado, se busca concientizar a los hombres adultos de la ciudad de Medellín sobre el cáncer de próstata como un importante problema de salud pública.

Se identificó que los hombres presentaron bajos niveles de escolaridad, pertenecían a bajos estratos socioeconómicos y devengaban bajos ingresos mensuales tanto individuales como familiares. Arias señaló en el 2009 que las desigualdades sociales en cáncer implican disparidades en la prevención, incidencia, prevalencia, detección y tratamiento, en la carga de cáncer y en sus determinantes asociados; además, las poblaciones socialmente más vulnerables tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer, morir más pronto por la enfermedad y sufrirla sin la oportunidad del cuidado paliativo [29].

En un estudio realizado en Cali [30], los hombres de estratos bajos (uno y dos) se consideraron menos susceptibles a presentar cáncer de próstata, lo que puede estar asociado con una menor posibilidad de percibir acciones efectivas para enfrentar la enfermedad, lo cual se corresponde con la menor información de la que disponen los hombres de estos estratos.

Los hombres que asisten a los clubes de vida destacaron al médico como la principal fuente de información dentro de los servicios de salud y la radio, entre los medios masivos de comunicación. Lucumi y Cabrera señalaron en el 2002 que los hombres que habían recibido información sobre el cáncer de próstata y el tacto rectal identificaron al personal de salud y a los medios de comunicación como las principales fuentes de información [23].

Tomando en cuenta que los hombres consideran al médico como la principal fuente de información y que su recomendación es valorada como la principal razón para realizarse los exámenes de la próstata, resulta necesario fortalecer el papel del médico y de otros integrantes del equipo de salud, con el fin de brindar a los hombres una información más adecuada y comprensible, lo que podría repercutir en el establecimiento de conocimientos adecuados que pueden conllevar a una actitud favorable y, a la vez, conducir a prácticas saludables.

Paiva, Motta y Griep [21] realizaron en Brasil en el 2007 una investigación utilizando el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas y obtuvieron resultados muy similares a los de este estudio con respecto a la importancia para los hombres de la

prevención del cáncer de próstata y la realización de los exámenes de detección temprana. Similarmente, en los dos estudios se presentaron conocimientos adecuados y actitudes y prácticas inadecuadas. Además, fue mayor la oportunidad de presentar prácticas adecuadas en los hombres con conocimientos o actitudes adecuadas en comparación con los que presentaron conocimientos o actitudes inadecuadas.

Por otra parte, los estudios de tamizaje de cáncer de próstata han generado numerosos debates entre la comunidad científica, principalmente sobre el impacto que pueden tener en la disminución de la mortalidad por esta neoplasia [31]. Dos importantes estudios [32-33] tuvieron por objeto determinar la eficacia de los exámenes de detección temprana para reducir la mortalidad por cáncer de próstata. El primero se realizó en los Estados Unidos (*Prostate, lung, colorectal and ovarytrial*, PLCO) y reportó en sus resultados iniciales que no había diferencias en la mortalidad entre la población estudiada y en la que no se estudió. Los exámenes realizados dieron como resultado más diagnósticos de la enfermedad, pero no menos muertes por cáncer de próstata.

Por su parte, el estudio realizado en Europa (*European randomized study of screening for prostate cancer*, ERSPC) indicó que hay una reducción de la mortalidad cercana al 20 % en el grupo de cribado (hombres examinados) frente al de control. Además, los primeros resultados corroboran la eficacia del cribado del cáncer de próstata con el test del antígeno prostático específico en varones con edades comprendidas entre 50 y 70 años.

Ante el conocido debate sobre la utilidad de los exámenes de detección del cáncer de próstata [34] y los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata [35], Fernández y colaboradores señalaron en el 2005 que las recomendaciones de las sociedades científicas y de grupos de expertos se dirigían a informar a la población masculina de 50 a 70 años sobre las incertidumbres existentes, los riesgos conocidos y los beneficios potenciales de la realización del tamizaje [17]. Se observó que el 67,5 % (56) de participantes no habían recibido información sobre la utilidad controvertida de los exámenes para tamizar el cáncer de próstata ni de los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata. Con base en lo anterior, se observa la necesidad de informar adecuadamente a los hombres sobre los beneficios del tacto rectal y el antígeno prostático específico y los riesgos del sobrediagnóstico y el sobretreatmento [36] que pueden conllevar la realización de estas pruebas.

Con respecto a la actitud sobre el tacto rectal, se destaca que el 25,3 % (21) de los hombres declararon que estaban de acuerdo en que el tacto rectal podía amenazar su hombría, virilidad o masculinidad. Paiva, Motta y Griep mostraron en el 2007 que el 34 % ($n =$

160) de hombres encuestados consideraba que el tacto rectal afectaba la masculinidad [37].

La cultura latinoamericana, basada en un modelo de masculinidad hegemónica, difunde entre los hombres ideas equivocadas con respecto al tacto rectal [38]. Nodal, Rodríguez, Tamayo y Domínguez documentaron en el 2011 que la influencia de los patrones culturales asignados al género masculino ha traído como consecuencia que se hayan asumido determinados prejuicios, tabúes o criterios erróneos y que se considere que la realización del tacto rectal es sinónimo de pérdida de masculinidad, en vez de percibirlo como un método de alto valor predictivo [39].

Se observó que un 42,2 % (35) de los encuestados de las comunas dos y cuatro de Medellín nunca se habían realizado el tacto rectal o el antígeno prostático específico. En cuanto a las razones para no haberse realizado los exámenes de la próstata se destacó la desinformación o el desconocimiento, lo que coincide con los resultados de una investigación en Santa Rosa de Cabal en el 2010, en la cual los entrevistados enunciaron que la principal barrera que les impide hacerse examinar la próstata es la falta de información clara y suficiente [40].

En una investigación realizada en Barranquilla [41], los sujetos sin información sobre el cáncer de próstata tuvieron riesgo de 2,32 de no tener antecedente de tamizaje para tal enfermedad y en los sujetos que no recibieron información sobre tamizaje para la enfermedad, el riesgo fue de 3,41.

Este estudio presenta limitaciones que deben tenerse en cuenta, pues los resultados aquí expuestos corresponden únicamente a hombres inscritos en los clubes de vida de las comunas dos y cuatro del municipio de Medellín, cuyos resultados no pueden generalizarse hasta los hombres que no asisten a dichos clubes.

Recomendaciones

- Fortalecer las intervenciones en prevención del cáncer de próstata en los hombres más pobres y vulnerables, los cuales pudieran tener mayores barreras de acceso a los programas de prevención y pueden presentar menos posibilidad de tener conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas respecto de los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata.
- Fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) sobre el cáncer de próstata y los exámenes de detección temprana, enmarcadas en un contexto sociocultural en el que se fortalezca el papel del médico como un referente de información para los hombres adultos.

Referencias

- 1 Instituto Nacional de Cancerología. Cáncer en cifras, mortalidad por cáncer según primeras causas y sexo, Colombia 2000-2009. [Internet]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catiD=7908&pagID=775>. Consulta: 20 de abril de 2011.
- 2 Brome M, Galeano A, Santamaría I, Salas C, Álvarez A. Registro poblacional de cáncer de Antioquia, Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. *Rev epidemiológica de Antioquia* 2006; 28(1):7-22.
- 3 Montoya L, Ochoa F. Epidemiología de la mortalidad por cáncer en Medellín, 2006. *Rev Salud Pública de Medellín* 2008; 3(2):49-66.
- 4 Bustamante LM, Marín SJ, Cardona D. Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín, 2002-2006. *Rev.Fac.Nac.Salud Pública* 2012; 30 (1): 17-25
- 5 Ministerio de la protección social, Instituto Nacional de Cancerología-E.S.E. El cáncer: aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Bogotá: El ministerio, INC-E.S.E; 2004.
- 6 Ruiz M, Escolar A. La mortalidad por cáncer de próstata en Andalucía: aportaciones al cribado poblacional. *Actas urológicas españolas* 2005; 29(1):41-46.
- 7 Morton RA Jr. Racial differences in adenocarcinoma of the prostate in North American men. *Urology* 1994;44(5):637-645.
- 8 Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión. Washington: OMS; 2004.
- 9 Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Medellín envejece a pasos agigantados. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2004; 22(2): 7-19.
- 10 Alcaldía de Medellín. Plan de Desarrollo Municipal 2008-2011: "Medellín: ciudad solidaria y equitativa". Medellín: La Alcaldía; 2007.
- 11 Alcaldía de Medellín. Decreto 151 de 2002: por medio del cual se determina el funcionamiento de la administración municipal nivel central, la nueva estructura administrativa, se definen las funciones de las dependencias y se dictan otras disposiciones. Medellín: La Alcaldía; 2002.
- 12 Pow-Sang M, Destefano V, Astigueta J, Castillo O, Gaona J, Santaella F. *et al.* Cáncer de próstata en Latinoamérica. *Actas urológicas españolas* 2009; 33(10):1057-1061.
- 13 Ares A, Sainz B, Puertas M, Soto M, Marchena J, Suarez M. Detección precoz del cáncer de próstata. ¿Beneficios de su inclusión en el protocolo de vigilancia de la salud?. *MAPFRE Medicina*. 2007; 18(3):175-179.
- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso. - Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- 15 Graziottin T, Marques J, Da Ros C, Da Silva B, Zelmano A, Pioner G. *et al.* Rastreamento e diagnóstico de câncer de próstata. *Rev da AMRIGS, Porto Alegre* 2009; 53(2):179-183.
- 16 Ministerio de Salud. Guía clínica cáncer de próstata en personas de 15 años y más. Serie guías clínicas MINSAL N°34, 1ª edición. Santiago: Minsal, 2006.
- 17 Fernández M, Ballester M, Ariza F, Casajuana J. Comprensión de un documento que informa a los ciudadanos sobre los beneficios

- y los riesgos del cribado para el cáncer de próstata. Estudio mediante entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81:289-305.
- 18 Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000: por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El ministerio; 2000.
 - 19 Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto 3039 de 2007, agosto 10, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá: El ministerio; 2007.
 - 20 Colombia. Ministerio de la protección social, Instituto Nacional de Cancerología-E.S.E. Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia, 2010-2019. Bogotá: El ministerio, INC-E.S.E; 2010.
 - 21 Paiva EP, Motta MCSM, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(1):88-93.
 - 22 Colombia. Ministerio de la Protección Social-Universidad Nacional de Colombia. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá: El ministerio; 2007.
 - 23 Lucumí D, Cabrera G. Creencias de hombres de Cali, Colombia, sobre el examen digital rectal: hallazgos de un estudio exploratorio. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5):1491-1498.
 - 24 Vinaccia S, Fernández H, Sierra F, Monsalve M, Quiceno J. Diseño de un cuestionario psicométrico para evaluar creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna. *Suma psicológica* 2007; 14(1):73-92.
 - 25 Morales A. Investigación clínica: epidemiología clínica aplicada. Bogotá: CEJA; 2001.
 - 26 Marinho L, Costa-jurel M, Cecatti J, Osis M. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde pública* 2003; 37(5):576-582.
 - 27 Blanco N. Una técnica para la medición de actitudes sociales. *Rev de ciencias sociales* 2001; 7(1):45-54.
 - 28 Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El ministerio; 1993.
 - 29 Arias S. Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27(3): 341-348.
 - 30 Lucumí D, Cabrera G. Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali. *Rev Colombia médica* 2003; 34(3):111-118.
 - 31 Barrios Y, Fernandez F, Carvajal I, Rodriguez A. Pesquisa de câncer de próstata em 8 áreas de saúde de la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN* 2012; 16(3):376-382.
 - 32 Andriole GL, Grubb III LB, Buys SS, ChiaD, Church TR, Fouad NN et al for the PLCO Project Team. Mortality Results from a Randomized Prostate- Cancer Cribado Trial. *N Engl J Med* 2009;360(13):1310-1319.
 - 33 Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V et al for the ERSPC Investigatorss. Cribado and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med* 2009;360(13):1320-1328.
 - 34 Morote J. Impacto del cribado del cáncer de próstata sobre la mortalidad. *Actas Urológicas Españolas* 2009; 33(6):619-620
 - 35 Novoa M, Cruz C, Rojas L, Wilde K. Efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata localizado en la calidad de vida y el ajuste marital. *Univ Psychol* 2003; 2(2):169-186.
 - 36 Valle J, Capapé V, Garcia D. Las consecuencias del sobrediagnóstico y el sobretratamiento en el cáncer de próstata. *Brasilia Med* 2011;48(2):175-183.
 - 37 Paiva EP, Motta MCSM, Griep RH. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Revista en Internet]. 2011 enero-febrero [Acceso 8 de abril de 2012];19(1). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.
 - 38 Massulo M, Bitencourt D. Percepção dos pacientes sobre o exame retal digital. *Rev. para.med* 2011; 25(2):1-6.
 - 39 Nodal R, Rodríguez M, Tamayo I, Domínguez A. Responsabilidad individual en la detección temprana del cáncer de próstata. *MEDISAN* 2011; 15(7):958-963.
 - 40 Muñoz M, Sossa L, Ospina J, Grisales A, Rodriguez J. Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años, Santa Rosa de Cabal, 2010. *Rev. Hacia la promoción de la salud* 2011;16(2):147-161.
 - 41 Navarro E., Lechuga J. A., Menoyo G. D., Navarro D. C., Ruiz L. M., Serpa A. M. Factores asociados al no uso de tamizaje para cáncer de próstata en hombres de 40 o más años de los barrios La Paz, La Manga y El Pueblo, del suroccidente de Barranquilla, durante el primer semestre de 2009. *Rev Colomb Cancerol* 2009;13(4):221-225.

Cultura de la ilegalidad en Medellín y su asociación con diversas formas de violencia

Culture of illegality in Medellín and its association with various forms of violence

Luis Fernando Duque¹ †

¹ Médico, MSc. Salud Pública. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Recibido: 26 de febrero de 2013. Aprobado: 04 de mayo de 2013

Duque LF. Cultura de la ilegalidad en Medellín y su asociación con diversas formas de violencia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(2): 209-215.

Resumen

Objetivo: analizar y resumir dos publicaciones del autor sobre la magnitud de la cultura de la ilegalidad en Medellín y su área metropolitana y sobre su asociación con diferentes formas de agresión. **Metodología:** Encuesta domiciliaria cara a cara a una muestra representativa de la población de 12 a 60 años de Medellín y el área metropolitana, muestreo polietápico, con una respuesta de 5781 personas, equivalente a 94,6% de respuesta. **Resultados:** Se documenta una muy alta prevalencia de cultura de la ilegalidad (44 a 72%). La cultura de la legalidad está íntimamente asociada a las pautas de educación y crianza, especialmente a las de la madre y la cultura de la ilegalidad asociada a la percepción de iniquidad social. La anomia es, después de vivir en un barrio violento,

el principal factor de riesgo para la mayoría de las agresiones estudiadas. Por el contrario la madre vigilante y con la que se puede tener una buena comunicación es el factor asociado en forma negativa a la mayoría de las formas de agresión está asociada negativamente al 80-90% de las agresiones con arma y al 50% de los robo sin arma. **Conclusión:** se documenta una altísima cultura de la ilegalidad en Medellín y el área metropolitana, producto de la percepción de iniquidad, y asociada a la mayoría de las agresiones estudiadas, después de la asociación con residir en un barrio violento.

-----*Palabras clave:* violencia, iniquidad social, cultura de la ilegalidad, cultura de la legalidad, Medellín

Abstract

Objective: to analyze and resume two previous author's publications on magnitude of illegality culture in Medellín and metropolitan area, and its association with several violent aggressive forms. **Methodology:** Face to face household survey to a polietapic at at randon samble of 12 to 60 years of age Medellín and metropolitan area population, with a 94.6% answer proportion (n= 5781). **Results:** There is a very high illegality culture (44 a 72%). Illegality culture is negatively associated with children rearing practices, mainly with mother's ones, and is very closed associate to iniquity perception. After living in a violent neighborhood, anomie

is the principal risk factor to most of violence studied forms. Having a vigilant mother is a negatively associated factor to most of studied violent aggressive forms (associated to 80-90% armed assaults and 50% to unarmed robberies). **Conclusion:** There is a very high illegality culture in Medellín and metropolitan area, which seems to be product of iniquity perception, and appears to be associated to most of aggressions studied, and is lower only to association with living in a violent neighborhood.

-----*Key words:* Violence, social inequality, illegal culture, rule of law, Medellín

Introducción

En algunas publicaciones previas hemos señalado que la cultura de la ilegalidad es significativamente prevalente entre nosotros y está asociada a diferentes formas de agresión en Medellín y el área metropolitana [1, 2]. La cultura de la ilegalidad es expresión de que la sociedad paradójicamente favorece caminos que ella misma ha clasificado como contrarios a la ley o a la norma moral para obtener lo que es apetecible o deseable. Es la anomia, la falta de normas para la conducta humana, se expresa en expresiones como: “Consiga plata; consígala honradamente mijo; y si no puede, consiga plata mijo” tan ahincado en la cultura de nuestra región, pero que realmente es frase originaria del poeta Horacio*, que según se dice fue adoptada por las abuelas antioqueñas.

Este artículo quiere presentar en apretada síntesis hasta qué punto la cultura de la ilegalidad está asociada a la violencia entre nosotros y a qué factores están asociadas tanto ella como la cultura de la legalidad.

Metodología

Los datos en los que se basa este análisis provienen de la base de datos de la encuesta llevada a cabo por Duque et al en una muestra representativa de la población de 12 a 60 años de Medellín y los demás nueve municipios del área metropolitana en 2004 [3]. Es un estudio transversal, cuyo muestreo fue aleatorio y polietápico, para el que se empleó un formulario diseñado por J

Klevens y LF Duque, basado en formularios probados y validados por otros autores. El formulario fue probado en dos estudios previos, sometido al criterio de pares expertos y validada su capacidad de discriminación en grupos focales extremos [3]. La información se recolectó en una entrevista cara a cara de aproximadamente 45 minutos, supervisada y validada por medio de contacto telefónico con el 10% de los encuestados y del 10% de las encuestas digitadas, seleccionados al azar [3].

Se calcularon las proporciones de prevalencia por 100 con su intervalo de confianza de 95%, y las razones de momios o razones de disparidad ajustadas (odds ratios), también con IC95%, por medio de regresiones lineales.

Resultados

Uno de los dos factores más fuertemente asociados a un mayor número de formas de violencia en Medellín y su área metropolitana es la anomia, la cultura de la ilegalidad, que está asociada a robo sin arma 1300% más que entre quienes no tienen cultura de la ilegalidad; 600 a 700% más asociada a engaño y estafa, amenazas severas, amenaza con arma y asalto con arma entre quienes tienen la cultura de la ilegalidad que entre quienes no la tienen. La anomia es solo superada en su asociación con la violencia por el hecho de vivir en barrios violentos. Por el contrario la madre vigilante y con la que se puede tener una buena comunicación (tabla 1) está asociada a la prevención del 80 a 90% de las agresiones con arma y al 50% de los robos sin arma

Tabla 1. Razones de disparidad ajustadas (OR) de factores asociados a diferentes formas de violencia interpersonal (Intervalo de Confianza). Medellín, 2004

Factor de protección o de riesgo	Formas de agresión interpersonal						
	Robo sin arma en la vida	Engaño estafa en el último año	Agresión física sin arma en el último año	Amenazas en el último año	Amenaza severa en la vida	Amenaza con arma en la vida	Agresión física con arma en la vida
	OR(IC 95%)						
Confianza y vigilancia de la madre	0,51 (0,26-1,01)	0,30 (0,16-0,55)	0,33 (0,22-0,49)	0,53 (0,37-0,76)	0,10 (0,03-0,28)	0,07 (0,03-0,16)	0,17 (0,07-0,37)
Percepción de participación del control social en el barrio	0,34 (0,14-0,83)	0,46 (0,23-0,89)	0,50 (0,33-0,76)	0,36 (0,25-0,54)			
Percepción de cuidado y vigilancia social del barrio						2,91 (1,00-8,43)	
Actitud de colaboración con la autoridad				0,76 (0,59-0,98)			0,54 (0,31-0,92)

* Quintus Horatius Flaccus: *Rem facias, si possis, recte; si non, quocumque modo* – Consigue plata. Si puedes honestamente; si no, de cualquier modo

Continuación tabla 1

Factor de protección o de riesgo	Formas de agresión interpersonal						
	Robo sin arma en la vida	Engaño estafa en el último año	Agresión física sin arma en el último año	Amenazas en el último año	Amenaza severa en la vida	Amenaza con arma en la vida	Agresión física con arma en la vida
OR(IC 95%)							
Aprobación de asesinato para defensa de la comunidad			1,47 (1,10-1,97)				
Índice de desempleo en el último año			1,41 (1,14-1,74)	1,39 (1,10-1,74)		2,02 (1,41-2,87)	
Percepción de que no se podrán satisfacer las expectativas de solidaridad social consideradas prioritarias	4,72 (2,21-10,0)						
Desconfianza en los demás			2,08 (1,42-3,05)	1,64 (1,17-2,28)			
Percepción de que no se podrán satisfacer los bienes materiales y hedonismo considerados prioritarios			8,72 (1,85-40,9)				
Percepción de que no se podrán satisfacer las expectativas de educación superior consideradas prioritarias			1,89 (1,37-2,60)	1,96 (1,46-2,63)			
Legitimación de la violencia como mecanismo de protección o reacción al conflicto		2,92 (1,49-5,68)		2,01 (1,26-3,20)		3,02 (1,45-6,28)	
Legitimación del uso de la violencia como método de educación			3,23 (2,03-5,15)	2,71 (1,75-4,18)			
Ser hombre	1,46 (1,08-1,96)	2,09 (1,58-2,77)	0,53 (0,44-0,64)		3,80 (2,41-5,98)	3,07 (2,20-4,28)	5,22 (3,34-8,14)
Índice de desempleo en la vida				1,66 (1,09-2,52)			2,98 (1,29-6,86)
Legitimación del uso de la violencia para defensa de la familia y la sociedad					2,59 (1,22-5,48)	1,85 (1,00-3,42)	3,24 (1,59-6,59)
Maltrato físico por la madre	2,05 (1,04-4,01)		3,06 (2,09-4,48)	3,35 (2,34-4,81)		2,77 (1,43-5,33)	2,23 (1,01-4,93)

Continuación tabla 1

Factor de protección o de riesgo	Formas de agresión interpersonal						
	Robo sin arma en la vida	Engaño estafa en el último año	Agresión física sin arma en el último año	Amenazas en el último año	Amenaza severa en la vida	Amenaza con arma en la vida	Agresión física con arma en la vida
	OR(IC 95%)						
Padre aplicaba castigo físico				2,56 (1,04-6,28)			4,37 (0,92-20,7)
Actitudes machistas	7,43 (3,91-14,1)	6,00 (3,15-11,4)	2,49 (1,61-3,85)	1,63 (1,07-2,49)	5,81 (2,61-12,9)	2,73 (1,38-5,40)	
Aprobación de la ilegalidad	14,0 (7,20-27,5)	8,13 (4,20-15,7)		2,83 (1,77-4,52)	7,75 (3,26-18,4)	7,17 (3,46-14,8)	7,52 (3,19-17,7)
Percepción de violencia en el barrio	4,69 (2,39-9,19)	6,40 (3,46-11,8)	4,57 (3,03-6,88)	4,26 (2,93-6,20)	13,2 (5,97-29,3)	7,07 (3,68-13,5)	6,84 (3,08-15,1)

La vigilancia social aparece como un factor de riesgo para amenazar con arma, puesto que en esta variable están incluidas las acciones de vigilancia del barrio que llevan a cabo tanto los vecinos, como las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), denominadas comúnmente paramilitares, en los estratos populares. Hemos encontrado que una vez que se depura la variable de las acciones que también llevan a cabo las AUC, esta variable pasa a ser un factor protector de llegar a ser una persona que amenaza a los demás.

Como estudiamos poco más de 32 factores para estimar su asociación con la violencia, muchos de los cuales son colineales y no fueron aceptados en el modelo de regresión, procedimos a buscar como se agrupaban los factores de riesgo o de protección estudiados, lo que hicimos por medio de análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio, método que nos agrupó los diferentes factores en seis grupos [1].

- Agresión en el barrio
- Pautas de educación y crianza en la familia
- Actitudes de legitimación de la violencia
- Violencia en la familia de origen
- Frustración de expectativas, o percepción de iniquidad social

Esperábamos que la cultura de la ilegalidad estuviera asociada directamente con el grupo de actitudes de legitimación de la violencia, y que la cultura de la legalidad lo estuviera inversamente.

Grande fue nuestra sorpresa cuando hallamos que la cultura de la legalidad es el factor con el mayor grado de

correlación con las pautas de educación y crianza, como se observa en la figura 1 [1].

No fue menos la sorpresa cuando encontramos que la variable con mayor grado de correlación en el grupo de Frustración de expectativas es la cultura de la ilegalidad, como se muestra en la figura 2 [1].

Valía la pena entonces indagar qué proporción de los respondientes participaba o legitimaba la cultura de la ilegalidad. Los resultados se presentan en la tabla 2, en la que se agrupan las variables así:

Aprobación de conseguir dinero por las vías no legales

- Transporte de droga al extranjero si se necesita dinero, con un peso de 0,0800.
- Volverse rico participando en negocios ilegales, con un peso de 0,0996.
- Llevarse cosas (papelería, útiles de oficina, elementos de aseo, etc.) de la empresa donde trabaja, con un peso de 0,0817.
- Quedarse con una billetera que alguien dejó por ahí, con un peso de 0,0671.
- Mandar un matón para arreglar cuentas con alguien que no le quiere pagar una cantidad grande de dinero, con un peso de 0,0867.

Aprobación de corrupción al funcionario público

- Dar dinero a un funcionario o autoridad pública para evitarse una multa o agilizar un trámite, con un peso de 0,0488.
- Pagar a alguien para conseguir la libreta militar del hijo, con un peso de 0,0097.

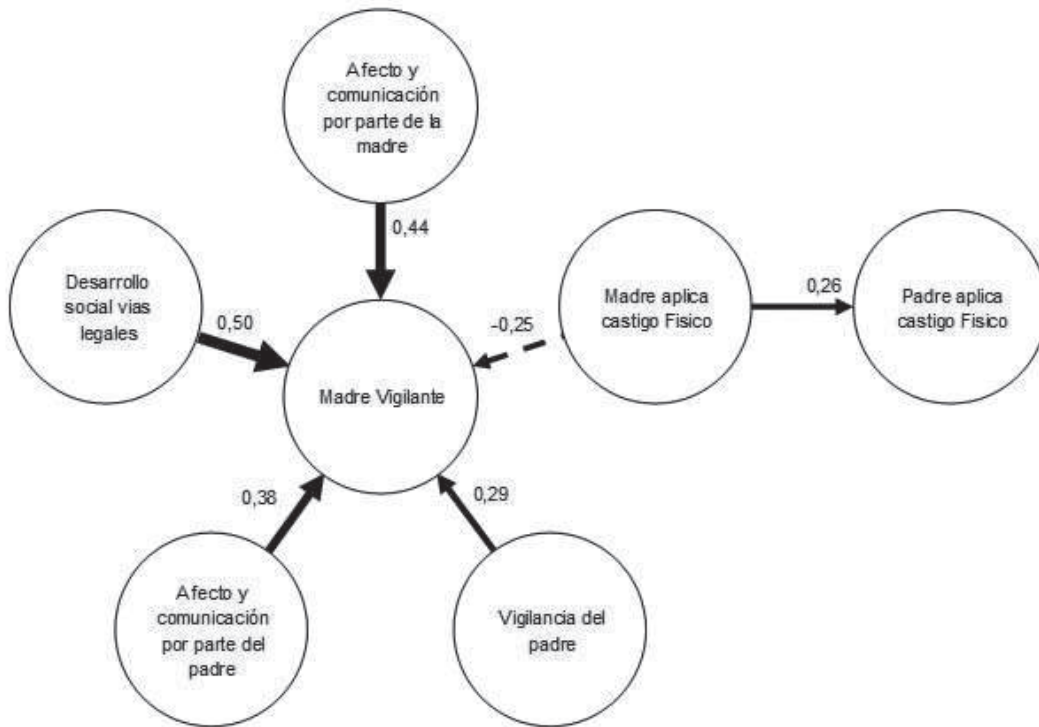


Figura 1. Grupo de factores de pautas de educación y crianza en la familia

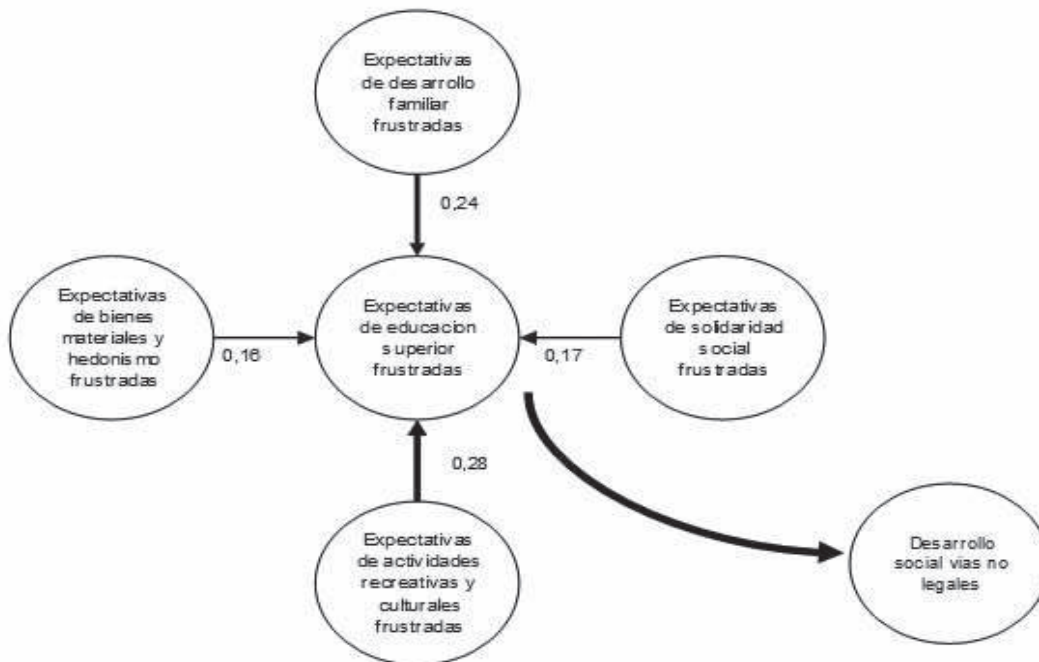


Figura 2. Grupo de factores de frustración de expectativas y de percepción iniquidad social

Aprobación de la violencia extrema en defensa de la familia o en beneficio político y económico

- Secuestrar a alguien con un fin político, con un peso de 0,0822
- Secuestrar a alguien con un fin económico, con un peso de 0,0821
- Matar a un hombre que ha violado a su hija, con un peso de 0,0241

Aprobación de uso del asesinato para defensa de la comunidad

- Eliminar a alguien que la mayoría de la gente cree que pone en riesgo la comunidad, con un peso de 0,0482
- Hacer “limpieza social”, es decir, matar pandilleros, gaminos, prostitutas, homosexuales, indigentes, etc., con un peso de 0,0537

- La sorpresa no fue menor que la que nos había deparado la información anterior! Es sorprendente y causa estupor que la comunidad en general informe por su propia voz que tiene niveles tan altos de aprobación de la ilegalidad.

Discusión

La información que trae la tabla 2 parecería recolectada en una cárcel o en otro sitio en el cual vivan hampones o criminales. Pero no. Quienes esto respondieron son los ciudadanos comunes y corrientes, los padres y madres de hoy que con estos valores están educando a sus hijos y los jóvenes de hoy que con ellos continuarán formando nuevas generaciones de antioqueños, de manera que se perpetúe la historia de aceptación de la cultura de la ilegalidad.

Tabla 2. Porcentaje de personas que tolera la cultura de la ilegalidad, Medellín y área metropolitana, 2004

Aprueba o tolera que otra persona:	Porcentaje N=5.794	IC95%
Consiga dinero por las vías no legales	43,7	42,4 - 45,0
Soborne a un funcionario público	77,3	76,2 - 78,4
Use la violencia extrema en defensa de la familia o en su beneficio político y económico	71,9	70,7 - 73,0
Use el asesinato para defensa de la comunidad	42,5	41,2 - 43,8

Desde hace diez años con un grupo de jóvenes profesores vengo estudiando en nuestra Facultad el problema de la violencia interpersonal y de otros problemas de comportamientos de riesgo para la persona y la sociedad, y creo que el hallazgo de mayor magnitud e importancia para el futuro de la sociedad y de las políticas públicas que hemos documentado, es el que presentan las figuras 1 y 2 de este escrito, las cuales se resumen en que *la cultura de la legalidad nace en la familia y la cultura de la ilegalidad es hija de la percepción de la inequidad social.*

Se presentan como pertinentes algunas consideraciones acerca de la cultura de la ilegalidad.

- Es caer en la cuenta que la cultura de la ilegalidad está ligada a la percepción de inequidad social [4]. Se conoce que hay países altamente inequitativos, que no tienen un alto grado de violencia. La percepción de la inequidad social se presenta en las comunidades que tienen deseos de progreso y que sienten que sus miembros son entrabados por la falta de oportunidades. Esto nos guió para medir la percepción de inequidad social como lo hicimos. En primer lugar preguntamos al encuestado por los

ítems o metas que consideraba como sustantivos o necesarios para vivir la vida en la forma como desearía vivirla; luego inquirimos si cada uno de estos ítems había sido o no conseguido por el encuestado y, en caso negativo, le preguntamos si creía que podía conseguir esa meta o no. Es decir llegamos hasta conocer que piensa cada uno de los encuestados acerca de si le es posible progresar en su comunidad o sociedad en la que vive hasta el estado de vida que le es apetecible. A esto lo llamamos frustración de expectativas, que es una forma de apreciar la percepción de la inequidad social en lo más profundo de cada quien.

- Medellín es una ciudad en la que se ha presentado un buen grado de desarrollo económico, pues los índices de pobreza y miseria en Medellín y el Valle de Aburrá descendieron de 62% a 49% entre 2002 y 2009, pero en el mismo lapso no hubo progreso en la equidad social, medida por el índice de Gini, que pasó de 0,59 en 2002 a 0,58 en 2009 [5]. Nuestra ciudad sigue siendo una ciudad altamente inequitativa.

- Aún en estas circunstancias los jóvenes de Medellín pertenecientes a los estratos más pobres consideran que ellos podrían tener las mismas oportunidades de progreso que los jóvenes de estratos altos, si tuvieran acceso al mismo grado de educación, pero la frustración de esta expectativa los lleva a pensar que por ello personas como las de su familia o de su barrio se dedican a actividades ilícitas o criminales [2], reporte que es altamente consonante con los que estamos comentando en este escrito.
- La cultura de la ilegalidad está asociada a que la sociedad tenga como superiores los intereses particulares a los intereses de la sociedad [6]. Esta característica está íntimamente asociada al éxito del narcotráfico en Colombia, y en especial en Medellín. No parece que sea tanto que el narcotráfico sea la causa de nuestros males, especialmente de la violencia, sino que el narcotráfico y la violencia nacieron entre nosotros y se han quedado entre nosotros porque, entre otras cosas, nuestra sociedad está signada por la cultura de la ilegalidad y por la iniquidad social. Violencia hemos tenido antes de que viéramos florecer el narcotráfico en nuestra ciudad, y los capos de la droga, son producto social local, nacieron en nuestra región, se educaron en nuestras escuelas, hicieron la primera comunión en nuestras parroquias y formaron sus familias con nuestras jóvenes.

Qué importante es resaltar la cultura de la legalidad nace en la familia. (*¡En nidos de piedad será paloma!*), lo que ya habíamos documentado anteriormente [1]. El principal factor protector, o sea asociado negativamente con todos los tipos de violencia estudiados, es haber tenido una madre vigilante de sus hijos y con la cual ellos tenían una buena comunicación.

Con lo anterior no se pretende estigmatizar a las madres antioqueñas, como que son las causantes de la violencia, como lo expresó un profesor de nuestra Facultad cuando analizamos estos datos, sino por lo contrario, lo que me parece de gran importancia es resaltar que las pautas de crianza de nuestras madres constituyen el principal activo que tiene nuestra sociedad para promover la cultura de la legalidad y para superar la transmisión generacional de la violencia.

Los resultados de las investigaciones aquí presentados llevan a concluir que las prioridades para la superación de la violencia en nuestro medio son la promoción de la equidad social, expresada en la equidad para las oportunidades, y la formación de madres y padres en pautas de crianza para la formación positiva de los niños.

En el grupo PREVIVA de la Facultad Nacional de Salud Pública se han diseñado y validado, con el apoyo técnico de los CDC (Atlanta, GA) dos intervenciones: “*Crianza para el éxito*” para el desarrollo positivo e integral de los niños desde el embarazo hasta los cinco

años y “*Pilas! Mejores adultos, mejores niños*” para la prevención de conductas de riesgo en preescolares y en escolares. La implementación de estos programas en todos los niños de los estratos 1, 2 y 3 y en sus familias sería un paso enorme en la dirección de la construcción de una sociedad más amable en la cual todos podamos vivir.

Recomendación

El autor agradece a la Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública que haya dado cabida a este artículo y le sugiere que invite a profesores e investigadores de nuestra Facultad para que presenten en ella resúmenes de sus trabajos dirigidos a los estudiantes, sin que estas presentaciones tengan que seguir a rajatabla los áridos esquemas y modelos que se han venido imponiendo para los artículos en revistas científicas. Creo que es muy positivo para los estudiantes que sus profesores hagan el esfuerzo por presentarles, ceñidos al rigor científico y basado en publicaciones suyas que hayan aparecido en revistas o libros calificados por pares, el fruto de su trabajo y sus reflexiones. No sé si esto elevará la puntuación de la revista, pero si sé que la haría un mejor medio de educación en salud pública, que es lo que todos queremos que ella sea.

Agradecimientos

Agradezco al estadístico Nilton E Montoya por los cálculos estadísticos y a la Dra. Alexandra Restrepo por su apoyo en la preparación de este manuscrito.

Referencias

- 1 Duque LF. La violencia en el Valle de Aburrá: Caminos para la superación. Medellín: Litoservicios. 2009. [internet] [Acceso 26 de noviembre de 2012] <http://previva.udea.edu.co/Archivos/Publicaciones%20PREVIVA/Libros/La%20Violencia%20en%20el%20Valle%20de%20Aburra%20Caminos%20para%20la%20superaci%C3%B3n%202009.pdf>.
- 2 Duque LF, Toro JA, Montoya N. Tolerancia al quebrantamiento de la norma en el área metropolitana de Medellín, Colombia. *Opinião Pública* 2010; 16: 65-89.
- 3 Duque LF, Montoya NE, Restrepo MV. Magnitud y distribución de diferentes formas de violencia en Medellín, 2003-2004. *2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2006; 24: 61-72
- 4 Hawkins DF. Inequality, culture, and interpersonal violence. *Health Affairs* 1993; 12: 80-95.
- 5 Medellín. Observatorio de Políticas Públicas de la Alcaldía de Medellín. Medellín en cifras, 2011. Medellín: La Alcaldía; 2011.
- 6 Gómez BH, editor. ¿Para dónde va Colombia? Bogotá: Tercer Mundo Editores – Colciencias, 1999.

El derecho a la salud enredado en agendas extrañas*

“El caos actual se debe a una especie de olvido generalizado de aquello que todos los hombres pretendían”

G.K. Chesterton

Mucha agua ha corrido bajo los puentes desde el momento en que la Asamblea General de las Naciones Unidas consagrara la conocida definición de salud, que si bien algunos la han tildado de utópica, contiene en sí misma un innegable valor ético, considerando que sería inadmisibles el hecho de que dentro de los enunciados políticos de los Estados, se estableciera límite alguno, ya sea respecto a la exclusión como beneficiario de las acciones públicas de al menos uno de los ciudadanos o que se aceptara alguna carencia en términos de salud y bienestar. Esto lleva a reconocer que en el terreno de las definiciones políticas, de las conferencias, tratados, cartas y demás construcciones doctrinarias que con tanta frecuencia se consagran, la salud se concibe como un bien intrínseco a las sociedades modernas. Sin ir muy lejos, la Conferencia de Alma Ata y la formulación de los Objetivos del Milenio son un claro ejemplo de la capacidad que tienen los líderes en el mundo para construir consenso alrededor de formulaciones políticas ricas en enunciados y metas pero en última instancia, con insuficiente gobernabilidad para que en la realidad de los pueblos se lleguen a concretar.

Sin embargo el calificativo de utópico que se atribuye al concepto de salud no puede establecerse en argumento para renunciar a las pretensiones de universalidad, integralidad e intersectorialidad que están implícitas y que deben constituirse en la imagen objetivo de la intervención estatal con respecto a la salud; si se estrechan los linderos del alcance de la función del Estado en aras de lo posible, correremos el riesgo de abandonar los sueños. Metas como libertad, democracia, dignidad, bienestar y equidad tienen la cualidad histórica que primero fueron utopías, después sueños, y a través de luchas y esfuerzos sobrehumanos, poco a poco han venido brotando como realidad de la sociedad. ¿Que podría pasar si dejamos de soñar en una sociedad en donde la salud sea sinónimo de la vida en su estado superlativo?

El concepto de salud ha seguido una dinámica histórica paralela a la manera como la sociedad busca explicaciones al mundo y a la vida; a veces como algo relacionado con la magia, en otras la explicación se busca en la evidencia científica. Hubo quienes explicaron la enfermedad como la resultante de causas naturales próximas, mientras de otro lado se fortalecen paradigmas sustentados en la determinación social. Unas sociedades construyen a su alrededor un acuerdo social garante del derecho, en tanto otras acuden al expediente del ejercicio autoritario. En un lugar prevalece el derecho fundamental a la salud y por ende, los ciudadanos olvidan la costumbre de preguntarse sobre el asunto; mientras en otros países se abren los ojos a la potencialidad que supone la prestación de servicios de salud bajo la concepción de mercancías transables y sus pobladores se ven en medio de un inhumano juego de poderes; en un Estado la salud se asume como una importante inversión social, en otros la asignación de dineros es vista como un gasto no reembolsable cuya solución está en la búsqueda de fuentes de financiación cada vez menos onerosa para los presupuestos públicos.

Para el caso colombiano, la expresión actual de la crisis de la salud puede ser vista desde lógicas e intereses diversos y, muchas veces irreconciliables, que acuden a los escenarios de decisión política, cada cual reclamando lo que le represente beneficios desde su lugar y olvidando quien debe ser el fundamental objeto de las políticas de salud: la población.

Vemos por tanto agentes gubernamentales en búsqueda de la gobernabilidad perdida, intentando conciliar una agenda planificadora que anuncie compromiso de metas de desarrollo aunque el correlato presupuestal no sea tan suficiente como las metas lo requiera. En otra línea, los empresarios que desde hace dos décadas incursionaron en un sector que ha sabido explotar sus propias potencialidades económicas, se han resistido a reconocerse como un actor que ha demostrado la suficiente capacidad de lobby para reenfocar las políticas públicas hacia su propio beneficio. A

* Editorial

su vez los trabajadores de la salud claman por recuperar el rol protagónico y las condiciones de estabilidad laboral que el modelo de aseguramiento le ha resquebrajado.

A todas estas, las personas que sufren las consecuencias de la fragmentación e inoperancia del sistema, se las ingenian para sobrevivir acudiendo a los escasos recursos que la normatividad les permite. Por eso los tribunales del país colapsan con los millares de expedientes de quienes acuden al recurso de tutela para acceder a servicios que les son vitales. Los ciudadanos que son quienes dinamizan el sistema no tienen voz en los debates sobre reforma a la salud.

En cumplimiento del fin supremo del Estado, que debería ser el de garantizar a todos los habitantes unas condiciones de salud, que no solo sea la ausencia de enfermedad sino también el máximo nivel de bienestar físico, mental y social, reclamamos a quienes detentan el poder político el mayor compromiso moral con el país y que de una vez asuman como propio de la sociedad colombiana un concepto de salud a la altura de los principios de nuestra Constitución Política.

Álvaro Olaya Peláez
Director

Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas

Social Determinants of Health: official stance and critical views

Myriam Acero A¹; Ivonne M. Caro R²; Liliana Henao K³; Luisa F. Ruiz E⁴; Guillermo Sánchez V⁵.

- ¹ Medicina Veterinaria, Universidad Nacional de Colombia. Especialización en Epidemiología de Campo, Universidad de Antioquia. candidata a PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: maceroa@unal.edu.co
- ² Médica General, candidata a Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: caroroa@yahoo.com
- ³ Odontóloga, Magíster en Salud Pública, candidata a PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: nlhenaok@unal.edu.co
- ⁴ Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica Familiar, Universidad Santo Tomás. Candidata a PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: lruizeslava@gmail.com.
- ⁵ Medicina y Cirugía, Pontificia Universidad Javeriana. Especialización en Epidemiología, Universidad El Bosque. Magíster en Epidemiología Clínica, Doctor en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: guillermosanchezvanegas@gmail.com

Recibido: 26 de octubre de 2012. Aprobado: 05 de julio de 2013.

Aguilar MA, Roa IC, Kaffure LH, Ruiz LF, Sánchez G. Determinantes Sociales de la Salud: Postura Oficial y Perspectivas Críticas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (supl 1): S103-S110.

Resumen

La relación entre las desigualdades socioeconómicas y el proceso salud enfermedad ha sido demostrada desde hace ya algún tiempo. Su estudio y posibilidades de intervención, han sido motivo de análisis de actores académicos e institucionales que asumen posturas según la ideología o corriente de pensamiento en la que se inscriben. Con el ánimo de analizar las causas de las inequidades en salud y hacer algunas recomendaciones, la Organización Mundial de la Salud estableció en el año 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Perspectivas latinoamericanas como la Medicina Social y la Salud Colectiva reconocen la preocupación de la Organización Mundial de la Salud, sin embargo critican la posición asumida por la Comisión y organizan la discusión alrededor de los ejes conceptual, ético y de acción política, proponiendo, a diferencia de la Comisión,

buscar las causas de la inequidad y sus vías de solución en lo que significa la determinación social. Cuestionamientos al enfoque de los determinantes sociales de la Comisión llegaron también desde autores como Vicente Navarro, para quien no son las desigualdades las que matan, sino los responsables de esas desigualdades, llamando la atención sobre las relaciones de poder que se ocultan y sobre los responsables y beneficiarios de la inequidad. Finalmente con el objetivo de analizar la determinación social y la ubicación jerárquica de los determinantes sociales, se presenta el problema del hambre, inscrito en un circuito de reproducción y determinación que permite ubicar la particularidad y la generalidad en permanente interrelación.

-----*Palabras clave:* Medicina social, inequidad social, desigualdades en la salud.

Abstract

The relationship between socioeconomic inequalities and the health-disease process has long been demonstrated. Its study and possibilities for intervention have been submitted to analysis by academic and institutional actors which take more or less critical stances depending on their paradigms. In order to analyze the causes of health inequities and provide some recommendations, the World Health Organization established the Commission

on Social Determinants of Health in 2005. Latin American approaches such as Social Medicine and Collective Health recognize the concern of the World Health Organization, yet they strongly criticize the position taken by the Commission, and organize the discussion around the conceptual, ethical and political action axes; in addition, and unlike the Commission, they propose to search for the causes of inequity and its solution

in the meaning of social determination. Likewise, authors such as Vicente Navarro also questioned the Commission's approach to social determinants. For Navarro, it is not inequalities that kill people, but the actors responsible for those inequalities. He also draws the attention towards the hidden power relationships and the entities responsible for inequity and those benefitting from it. Finally, in order to analyze the social determination and the

hierarchical location of the social determinants of a particular problem, the issue of hunger is presented as embedded in a reproduction-determination cycle that makes it possible to locate the specificity and generality that are in constant interplay.

-----*Keywords:* Social medicine, social inequity, health inequalities.

Introducción

En la década del 70 del siglo pasado surgió en América Latina un interés por profundizar en la relación dimensión social – proceso salud enfermedad. La corriente latinoamericana de Medicina Social propuso una nueva manera de entender y abordar la salud pública en la que se hizo explícita la relación entre la estructura social y los procesos de salud enfermedad que vive una sociedad. Para comprender y explicar tales procesos se retomaron entonces, de las ciencias sociales críticas, categorías como *sistema económico, trabajo, clase social y relaciones sociales de producción*, que habían sido hasta entonces excluidas de las explicaciones [1].

La Medicina Social Latinoamericana conceptualizó una propuesta de determinación social que implica la integralidad del sujeto en relación a su realidad, a sus contextos significativos, a su cultura, a su salud-enfermedad, a su ubicación en el proceso productivo y en las relaciones de producción capitalista y a su condición de dominador o subordinado, superando el enfoque hegemónico de la salud pública y de la epidemiología tradicional, concentrado en la construcción de modelos causales, con el fin de transformar las condiciones de vida de la población especialmente de los sectores oprimidos [2].

Por otro lado, en 1974 se publicó en Canadá el Informe Lalonde, con un primer modelo explicativo de los que hoy se conoce como determinantes sociales de la salud, el cual sostenía que las principales causas de la enfermedad están relacionadas no solo con la organización de la atención sanitaria, sino además con tres elementos fundamentales: la biología humana, el medio ambiente y los estilos de vida. Estos elementos se reúnen en el concepto campo de salud, desde el cual se propone la estrategia de promoción de la salud para modificar estilos de vida por medio de programas educativos dirigidos a individuos y organizaciones [3].

A partir de la idea de Campo de Salud, el concepto de determinantes sociales se desarrolla en la perspectiva de la existencia de varios componentes en la explicación de

los procesos de salud enfermedad. La multifactorialidad, que incluye lo social en lo medioambiental como uno más de los factores en acción, servirá de base para la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que, como veremos, no asume procesos estructurales dinámicos, complejos ni multidimensionales de carácter biológico, histórico y social, como sí lo hace la propuesta de determinación social de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas [1].

Posterior al informe Lalonde, el 12 de septiembre de 1978 en Alma Ata, entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, se llevó a cabo el Congreso Internacional de Atención Primaria en Salud entre la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En el Congreso participaron 134 naciones, todas las instancias relacionadas con la salud y el desarrollo y representantes de la comunidad mundial; el objetivo fue adoptar medidas para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo [4].

Del Congreso en Alma Ata surgió un acercamiento a la noción de determinantes sociales. Dado que la salud se comprendía, desde la década del 50, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y como un derecho humano fundamental* [5], el Congreso consideró que el nivel de salud más alto posible, debería ser un objetivo primordial para el mundo. Declaró así la meta *salud para todos en el año 2000* [2]. Esta declaración ha inspirado a las siguientes generaciones de activistas en salud [...] y ha sido considerada por algunos como un documento extraordinario que ha impactado de un modo en que pocos otros lo habían hecho antes [6].

Ya en el año 2000, y como fruto del negativo balance en la evaluación† de la meta por la equidad *Salud para todos en el año 2000*, se plantearon en Nueva York los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En esta oportunidad 189 países y 147 jefes de Estado y de gobierno se reunieron, aprobaron un plan para un mundo mejor y prometieron no escatimar esfuerzos en su materialización. En tal perspectiva trazaron ocho

* Definición aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946 de la OMS, y la cual entró en vigor el 7 de abril de 1948.

† Solo en algunos países se consiguió mejorar la esperanza de vida y reducir algunos indicadores como tasa de mortalidad materna y mortalidad en menores de 5 años por enfermedades prevenibles respiratorias y gastrointestinales. Se estaba muy lejos de conseguir acceso universal a los servicios sanitarios y mucho más lejos aún de garantizar salud para todos.

objetivos a lograr en el año 2015* [7]. En relación a la propuesta de Alma Ata se han observado marcadas diferencias; mientras la primera pugnaba por la mejoría integral de la salud, la salud para todos, la salud como un derecho humano fundamental, la estrategia de atención primaria en salud, la justicia económica y el redireccionamiento del gasto militar, los ODM plantean avances en términos de indicadores, salud para la mitad de la población, responsabilidades compartidas, hacer de la globalización una fuerza positiva y desarrollar el libre comercio y la seguridad colectiva [8].

Dado que los problemas sanitarios se mantienen, las inequidades en salud aumentan y los resultados obtenidos han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los ODM [9], la OMS crea en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el propósito de reanimar la discusión sobre los determinantes a nivel mundial. Esta Comisión analizaría la problemática y construiría una propuesta para alcanzar la equidad sanitaria en el mundo [10].

A continuación se presentan las posturas de la OMS, de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas y un análisis crítico desde la perspectiva de Vicente Navarro, en relación a la determinación social y a los determinantes sociales de la salud. En la presentación de tales posturas, se desarrolla el marco ético, el marco conceptual y las acciones políticas y programáticas que cada una considera.

La posición oficial: “Subsanar las desigualdades en una generación”. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud – OMS

La concepción neoliberal adoptada por la OMS en los años 80 del siglo anterior, favoreció el papel del sector privado en relación a la atención en salud. Se adoptó un enfoque de eficiencia en vez de uno de equidad, y se tomó distancia de la propuesta de Atención Primaria en Salud formulada antes en Alma Ata. En este contexto la OMS disminuyó su protagonismo en el direccionamiento de las políticas del sector [2].

En un intento por recuperar su papel protagónico en materia de salud, la OMS impulsó la creación de una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud que

se encargara, en sus palabras, de "recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones a favor de la equidad sanitaria y de promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo" [10].

La Comisión, dirigida por Michael Marmot §, trabajó entre los años 2005 y 2008 y estuvo integrada por académicos**, representantes del Estado** y algunos miembros de organizaciones sociales**. El equipo de la Comisión fue dividido en siete grupos de trabajo dedicados a recoger los puntos de vista de gobiernos, organizaciones académicas y sociedad civil en áreas de trabajo, ciudades, desarrollo del niño, género, globalización, exclusión y sistemas de salud [9].

El marco conceptual de la Comisión es construido a partir de la epidemiología social europea por autores como Whitehead, Dahlgren, Diderichsen y Evans. Esta perspectiva propone un modelo que agrupa los determinantes sociales en dos niveles jerárquicos: estructurales e intermediarios. Los determinantes estructurales implican la posición socioeconómica, el género y la etnia; de la posición socioeconómica dependen la educación, la ocupación y el ingreso; los determinantes intermediarios implican los factores biológicos y psicosociales que condicionan la salud y los sistemas de salud. De esta manera, los determinantes estructurales impactan la equidad en salud por medio de su interacción sobre los determinantes intermediarios [11].

La propuesta de análisis de las inequidades en salud y los principios para su superación, están inscritos en la concepción liberal socialista de la equidad [11]:

La equidad en salud implica que idealmente todos deben tener una oportunidad justa de lograr su pleno potencial de salud y, prácticamente, que nadie debe ser desfavorecido de la consecución de ese potencial.

No se trata de eliminar todas las diferencias en salud sino de reducir o eliminar aquellas evitables e injustas.

La equidad implica la generación de oportunidades para la salud y la disminución de diferencias evitables; esto es, igualdad de acceso a la atención de acuerdo a la necesidad, igualdad en la calidad de la atención para todos e igualdad en el servicio para la misma necesidad.

En ese orden de ideas, los siguientes son los principios de acción trazados por el modelo de la Comisión para la superación de las inequidades:

Mejorar las condiciones de vida en términos de políticas y programas de intervención en la infancia,

‡ Los objetivos de Desarrollo del Milenio son erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH – Sida, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

§ Michael Marmot, reconocido investigador de la epidemiología y las desigualdades en salud, jefe del Instituto Internacional para la Sociedad y la Salud y el departamento de Epidemiología y Salud Pública del University College of London.

** Michael Marmot, Monique Bégin, William H. Foege, Yan Guo, Kiyoshi Kurokawa, Alireza Marandi, Hoda Rashad, Amartya Sen, Denny Vågerö

†† Giovanni Berlinguer, Pascoal Mocumbi, David Satcher, Anna Tibajuka y Gail Wilensky, Ricardo Lagos Escobar, Ndioro Ndiaye, Charity Kaluki Ngilu

‡‡ Mirai Chatterjee, Frances Baum.

entornos saludables para una población sana, prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, desarrollo personal y posición social, protección social a lo largo de la vida y atención universal de salud.

Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, por medio de equidad sanitaria en las políticas, sistemas, programas y financiación equitativa, responsabilidad del mercado, equidad de género y emancipación política.

Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones: procesos de seguimiento, investigación y formación.

Como vemos, la propuesta de acción política y programática de la Comisión se enmarca en la implementación de mecanismos para alcanzar la equidad que están supeditados a la acción del Estado en el mejoramiento del acceso a la educación y al empleo. Se considera que por esta vía los sujetos estarán en capacidad de mejorar sus ingresos y con ello de mejorar su salud, disminuyendo las diferencias evitables. Esta lectura concentra las acciones en las políticas de Estado, la promoción de la cultura y los valores sociales [12], otorgando a las organizaciones sociales el papel de presión sobre el Estado para que cumpla su labor.

Medicina Social Latinoamericana y Salud Colectiva: el enfoque de la determinación social

En contraste a la posición de la Comisión sobre determinantes pero con una perspectiva similar a la desarrollada por la Medicina Social Europea del siglo XIX^{***}, la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas han investigado, desde la década del 70 del siglo anterior, la determinación estructural de las condiciones sociales e históricas en el desarrollo de los procesos de salud enfermedad. Tal investigación se ha desarrollado desde marcos teóricos, metodológicos, ideológicos y políticos distintos a los adoptados por la Comisión y por la Salud Pública convencional.

A pesar del trabajo de la corriente latinoamericana en la defensa del derecho a la salud, sus aportes teóricos y metodológicos no fueron tenidos en cuenta suficientemente en la formulación de la política de la Comisión [1].

La Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas exaltan la construcción colectiva de los procesos de salud enfermedad, enfatizan en la forma que adquieren en una sociedad y en un momento histórico dados y en la posibilidad de transformarlos. Sus esfuerzos se orientan en cambiar las relaciones de

poder y en vincular la formación y la investigación a la práctica política.

El nacimiento de esta corriente de pensamiento y acción se remonta a manifestaciones de inconformidad de grupos académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud, así como de trabajadores, estudiantes y organizaciones populares contra el modelo económico desarrollista que se implementó en la década de los sesenta en América Latina. Dicho modelo evidenció el deterioro de las condiciones de salud y vida de la población a pesar del crecimiento positivo de los indicadores económicos [13].

Durante el III Seminario Latinoamericano de Medicina Social, llevado a cabo en Riberao Preto, Brasil, en 1984, se constituyó la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Su objetivo sería profundizar en el conocimiento de las relaciones entre salud y sociedad y estaría conformada por académicos, trabajadores de la salud y movimientos sociales, bajo la consigna de reconocer la responsabilidad irrenunciable del Estado en la solución de los problemas de salud de las colectividades y en la promoción de justicia social y equidad [14].

Con el propósito de plantear una posición crítica frente a los presupuestos teóricos y metodológicos que sustenta la Comisión y, en este nuevo contexto, renovar la visión frente a cuáles serían las principales tareas y retos de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas, ALAMES organizó en el año 2008, un taller de Determinantes Sociales en Salud. En este taller participaron reconocidos expertos organizados en tres ejes temáticos: la determinación social como problema de la salud, los problemas éticos en torno a la desigualdad, inequidad e injusticia, y la acción política y los determinantes sociales [15].

En cuanto al marco conceptual que sustenta el problema de la determinación social de la salud y de la enfermedad, ALAMES reconoce la importancia del trabajo de la Comisión y de diversos grupos sociales que se han organizado alrededor de ella para, con base en evidencias científicas, hacer pública la denuncia de los efectos negativos en la salud derivados de la inequidad social y de la injusticia, así como coincide en reconocer la articulación múltiple y compleja entre procesos sociales y procesos biopsíquicos de individuos y colectividades. Sin embargo, existen marcadas diferencias conceptuales con la propuesta de la Comisión dada la construcción teórica que la sustenta; esto es, el enfoque europeo de la epidemiología social.

El enfoque de la Comisión, aunque reconoce que los determinantes estructurales de las inequidades

^{***} La medicina social europea del siglo XIX postula que la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que la condición social y económica tiene relación con los procesos de salud enfermedad y que esta relación debe ser motivo de investigación científica.

en salud se fundamentan en la distribución desigual del poder y de los ingresos según categorías como el género y la etnia, considera que los efectos en la salud se derivan de la posición social que ocupan las personas de acuerdo a características demográficas como los ingresos, la escolaridad y la ocupación y que se usan para hacer estratificación social. Esta estratificación conlleva a exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales para la salud [16].

Para la medicina social y la Salud Colectiva Latinoamericanas, la estratificación social deviene de las relaciones de clase producidas por las relaciones de producción y la distribución de los recursos; es decir, que bajo este enfoque, la enfermedad es la expresión de las relaciones entre las formas de propiedad, el poder y la división del trabajo, así como de las relaciones entre las formas a través de las cuales la producción y la reproducción propias del capitalismo producen diferencias en la calidad de la vida de las distintas clases sociales, los géneros y las etnias.

Mientras que para la Comisión los contextos social y político hacen referencia a las políticas públicas macroeconómicas y a aquellas que afectan el trabajo, la tierra, la vivienda, la educación, el bienestar social, la atención médica, el agua y el saneamiento, y la posibilidad de transformación está en la creación o reforma de tales políticas de Estado y en la promoción de culturas y valores sociales, para la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas lo que debería hacerse es cambiar la sociedad en su forma actual. El cambio radica en la inversión de la correlación de fuerzas entre el poder hegemónico de las clases dominantes y el contra-hegemónico de las clases subalternas en la lucha por la salud [17].

Desde la epidemiología crítica, enfoque metodológico y conceptual que acompaña a la Medicina Social y a la Salud Colectiva Latinoamericanas, el concepto de determinante social de la salud que asume la comisión es cuestionable. Aunque nace del distanciamiento del concepto de factor de riesgo expresado por la epidemiología social europea^{†††}, sigue atado a la explicación de la enfermedad desde factores externamente conectados que fragmentan la realidad y no asume procesos estructurales dinámicos, complejos y multidimensionales de carácter biológico, histórico y social, como sí lo hace la propuesta de determinación social [1].

En relación al marco ético, mientras que para la Comisión la inequidad se refiere a injusticia en el reparto y en el acceso a la riqueza y el poder, para la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas la inequidad reside en el proceso mismo que la genera. Es decir,

mientras la primera está centrada en medir la desigualdad observable o, mejor dicho, las consecuencias, la segunda lo está en la inequidad que da origen a esa desigualdad y la juzga como fenómeno social.

La noción de justicia, inmersa en la definición de equidad del movimiento latinoamericano, asume que las desigualdades son injustas al ser producidas por la apropiación indebida de los medios de realización de la vida de las personas por parte de una clase, un género o una etnia. Esta perspectiva es definida como igualitarista social por algunos autores [18].

En relación a la acción política, mientras que la Comisión se orienta a disminuir la estratificación social, la exposición, la vulnerabilidad y las consecuencias desiguales de la enfermedad, mediante la generación de políticas macroeconómicas y de mercado de trabajo, el estímulo de valores culturales que promuevan la igualdad de oportunidades, el control del riesgo y el acceso a los medios y servicios esenciales para reducir la pobreza, para la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas, la prioridad es abatir las inequidades y la injusticia social que las origina.

Mientras que la Comisión propone *subsananar*^{†††} la brecha en una generación sin cuestionar la base de la determinación del proceso salud enfermedad, el enfoque latinoamericano centra la acción política en propuestas dirigidas a favorecer los procesos sociales de emancipación. Procesos que tienden a la transformación en las relaciones de poder entre aquellos beneficiarios del actual orden social y la lucha contra todas aquellas formas de explotación que conducen a modos de vida determinantes del deterioro de la salud.

Corresponde entonces a los procesos organizativos populares y académicos asumir la lucha por la transformación de las estructuras sociales, porque se reconoce que no serán los gobiernos ni las instituciones de salud quienes propongan una agenda, de tal pretensión, que anteponga los intereses de la población a las demandas de la ideología neoliberal.

Parece ser entonces que la falta de reconocimiento del trabajo de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas no obedece solamente a barreras para su difusión y al escepticismo de las investigaciones que provienen de la periferia, sino especialmente a diferencias conceptuales e ideológicas profundas que se expresan al ignorar un enfoque que cuestiona las relaciones generales de poder de la sociedad de mercado y que integra el análisis de los modos de vivir históricamente estructurados de clase, etnia y género, y de sus perfiles de salud, con la estructura de propiedad y

^{†††} Tras el reconocimiento de su limitación para el desarrollo de la salud pública bajo la lógica inconexa de las probabilidades.

^{†††} Subsananar: según la real Academia de la lengua española significa disculpar o excusar un desacuerdo o delito; reparar o remediar un defecto

de acumulación, las políticas de Estado y las relaciones culturales [19].

Determinantes Sociales de la Salud: desde la perspectiva crítica de Vicente Navarro

Vicente Navarro, aplaude el informe de la Comisión pero expresa una crítica profunda del mismo en su trabajo *“What we mean by social determinants of health”* [20], en el cual plantea lo ocurrido durante los últimos 30 años en las condiciones de salud y calidad de vida de la población mundial como consecuencia de la aplicación de las políticas neoliberales promovidas por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de la Salud.

Según Navarro las intervenciones estatales han cambiado su naturaleza y carácter, ocasionando transformaciones trascendentales en las relaciones de poder de clase en cada país. Estos cambios han originado alianzas al interior de las clases dominantes en los llamados “países desarrollados” y entre las clases dominantes de estos últimos con las de los llamados “países en vías de desarrollo”. Para Navarro, estas alianzas buscan perpetuar y promover la ideología neoliberal, causa de las enormes desigualdades en salud en el mundo de hoy.

A pesar que este autor reconoce y valora el informe final de la Comisión, crítica su falta de atención en las relaciones de poder que representan los determinantes sociales. Basado en este análisis se desprende su argumento central en el cual subraya que aunque el foco de la Comisión son las desigualdades que matan a las personas, la realidad es que no son las desigualdades las que matan, sino los responsables de esas desigualdades.

Hambre: una comprensión desde la determinación social

Según la Fao, para el 2012 ochocientos setenta millones de personas padecieron hambre en el mundo [22]. Ochocientos millones de personas (el equivalente a la población de Estados Unidos, Canadá y la Unión Europea) viven con hambre en los países subdesarrollados [23]. Cada cuatro segundos muere de hambre un niño en el mundo [24] y tres menores de cinco años mueren al día en Colombia por desnutrición [25].

Simple reglas de tres generarían cifras aún más escalofriantes. Podríamos saber cuántos niños mueren de hambre en el mundo cada semana, cada mes o cada año.

La frecuencia y la ubicación geográfica de las muertes son resultado de un fuerte trabajo realizado en torno al tema del hambre. El tema del hambre hace parte de la agenda de trabajo de innumerables instituciones y organizaciones alrededor del mundo; del mismo tipo de instituciones y organizaciones que trabajan el tema del maltrato infantil, el tema de la pobreza^{sss}, el tema del desempleo y el tema de la inequidad... el tema es la materia del discurso, es de lo que se habla y es sobre lo que se investiga.

Importantes mapas de la situación respecto del hambre en el mundo han sido levantados gracias al trabajo de tales instituciones; sin embargo, la asunción del hambre como un tema de trabajo ha producido también efectos deletéreos en la sensibilidad y capacidad de reacción frente a situaciones que las merecen del todo. La presentación de la información con énfasis en el número de muertos y su ubicación geográfica, acompañado de la apariencia física de niños africanos muertos de hambre en vida, han apaciguado eficientemente los impulsos de respuesta frente a situaciones dramáticas, o ¿a cuántos aún se les eriza la piel al escuchar que cada cuatro segundos muere un niño de hambre en el mundo y que tres menores de cinco años mueren al día en Colombia por desnutrición?

El problema del hambre, como no lo hace el tema, plantea la situación como clara merecedora de resolución. Conscientes de que la magnitud del problema no está dada por la relación entre el número de muertos y el tiempo que ha significado el hambre en el mundo, y de que, por tanto, un solo caso de hambre cuenta con el potencial suficiente para movilizar una respuesta inmediata, decidimos presentar el problema del hambre como la puerta de entrada a la evidente complejidad de los procesos de salud-enfermedad.

El hambre es uno de los elementos del circuito de reproducción pobreza, desempleo, enfermedad y analfabetismo, del que no puede ubicarse un único inicio ni una lineal cascada, ni mucho menos pensarse que estos son los únicos elementos del circuito.

En este contexto ocurre el hambre. Personas de todas las edades mueren diariamente a causa de este problema. Bebés de madres desnutridas, ancianos sin familia, desempleados de barrios marginales, campesinos sin tierra,

^{sss} De acuerdo a lo expuesto por Navarro, a principios del siglo XIX algunos políticos, médicos y estudiosos ya reconocían en la pobreza un determinante social de la salud. En 1842 Edwin Chadwick y su grupo de colaboradores reconocieron que las condiciones de pobreza eran responsables de las enfermedades y que estas a su vez perpetuaban la pobreza, conformándose un circuito de reproducción y determinación social de la enfermedad. En Alemania Rudolph Virchow, Solomon Neumann y Rudolph Leubuscher sostenían que la salud de las personas era responsabilidad de la sociedad y que las condiciones sociales y económicas tenían un papel importante en el origen de la enfermedad [18].

Históricamente se ha reconocido en la pobreza un determinante de la salud y apenas recientemente se ha producido un pronunciamiento global que, aunque con las debilidades anotadas, reconoce que los problemas de salud trascienden lo meramente biológico y están fuertemente determinados por las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas de las poblaciones.

huérfanos del sida y enfermos que requieren alimentos especiales, son las poblaciones más críticas [22].

Las cardiopatías coronarias, la diabetes y la hipertensión han sido vinculadas con la malnutrición en edad temprana [25]. Entre veinte y treinta millones de bebés nacen anualmente con bajo peso en los países subdesarrollados; los que sobreviven tienen un crecimiento físico y un desarrollo cognoscitivo deficiente en la infancia que merma de adultos sus capacidades para trabajar, generar ingresos y romper el circuito [25]. De la misma manera, mujeres adultas con deficiente crecimiento físico a causa del bajo peso al nacer, perpetúan la problemática, determinada socialmente, dando a luz niños igualmente bajos de peso y con las mismas consecuencias, generación tras generación.

Tres cuartas partes de la población que sufre de hambre en el mundo viven en zonas rurales y dependen exclusivamente de la agricultura para su subsistencia [25]. La ejecución de mega proyectos energéticos, viales, de explotación minera, de cultivos para exportación, usurpación de riqueza biótica nacional y biocombustibles ha empeorado la situación de los campesinos; una menor proporción de la tierra usada para suplir las necesidades de alimentación y un incremento en el desplazamiento y despojo de tierras, explican cada vez mejor la histórica situación de ausencia de soberanía y seguridad alimentarias [26].

Por otra parte, se espera que la consolidación del uso de semillas genéticamente modificadas agrave aún más la situación al impedirle a los campesinos hacer uso de sus propias semillas, pues tal modificación incluye que los cultivos no las produzcan o las produzcan inviables [...] y de este tipo, otras muchas situaciones relacionadas con la sostenibilidad del planeta.

Una comprensión del problema del hambre que tenga presentes las situaciones que la causan y la estructura social en la que se produce, permite comprender que acciones de diferentes niveles pueden llevarse a cabo teniendo impactos diferenciales en el problema mismo.

El hambre es un problema determinado socialmente y algunos de sus determinantes pueden ser atacados con consciencia clara de la medida en que dichos ataques contribuyen a solucionar el problema. Los comedores para estudiantes tendrán un efecto positivo en el desarrollo de quienes a ellos acceden; sin embargo, son urgentes medidas estructurales que apunten a regular el uso de la tierra y el derecho al trabajo y a la educación en la perspectiva de la garantía real universal de vida digna para todos los seres del planeta.

Conclusión

De esta manera, si quisiéramos aproximarnos a la propuesta de la Comisión de subsanar las desigualdades

en salud y alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, e incluso si queremos ir más allá acogiendo la propuesta crítica y transformadora de Navarro de identificar los responsables de las desigualdades que matan a las personas, requerimos de una profunda transformación política y económica que trascienda el enfoque neoliberal de la salud como un negocio, hacia un nuevo modelo que garantice la salud como un derecho, fortaleciendo lo público sobre lo privado y la democracia sobre el interés económico de pocos. Es importante resaltar que la solución está en manos de los sistemas de salud que producen y reproducen las inequidades sociales, que son evitables, pero que no serán resueltas hasta tanto no se asuman los costos económicos y políticos que implican el detrimento de los enormes capitales y las ganancias desproporcionadas de los tenedores de riqueza, que en la mayoría de los países son los encargados de legislar.

Referencias

- 1 Breilh Jaime. La Determinación Social de la salud “Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud”. Ponencia, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, México D.F: ALAMES: 2008.
- 2 González R. “La Medicina Social ante el reporte de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, Organización Mundial de la Salud”. *Medicina Social* 2009; 4(3): 136.
- 3 Terris M. Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la teoría de la salud pública. Washington DC: OPS/OMS: 1996. p. 37-44.
- 4 Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata (1978). *Salud Publica Educ Salud* 2002; 2(1): 22-24
- 5 Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS [Internet] [Acceso 13 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.
- 6 Baum F. Clásicos de la Medicina Social. ¿Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo veintiuno. *Revista Medicina Social* 2007; 2(1).
- 7 Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2009. [Internet] [Acceso 13 de octubre de 2012]. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf
- 8 Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Avanza ALAMES El Salvador [Internet] [Acceso 05 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/alamessalvador.htm>.
- 9 Organización de los Estados Americanos. Informe Sobre los Determinantes de la Salud (DSS): Contribuciones de la Sociedad Civil. OEA; 2007. p. 4.
- 10 Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. “Subsanar las desigualdades en una generación”. Informe final. 2008 [Internet] Ginebra: OMS [Acceso 22 de mayo de 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.
- 11 Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO; 2000.

- 12 World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
- 13 Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Publica 2002; 12(2): 128-135.
- 14 Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Historia. [Internet] [Acceso 20 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos-alames/historia/>.
- 15 Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud; México: ALAMES; 2008. p. 3-13
- 16 Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Bases sociales de las disparidades en salud. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editores. Desafío de la falta de equidad en salud, de la ética a la acción. Washington: OMS; 2002. p. 13-25.
- 17 Vega R. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud 2009; 8 (16): 7-11.
- 18 Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e Implicaciones. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud; México: ALAMES; 2008. p. 86-97.
- 19 Breilh, Jaime. “Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud”. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Universidad Andina Simón Bolívar. 2008: 4.
- 20 Navarro V. What We Mean By Social Determinants Of Health. Int J Health [revista en Internet] 2009; 39(3):423-441 [Acceso 7 septiembre 2009]. Disponible en: <http://baywood.com/hs/ijhs393A.pdf>.
- 21 AFP. Desnutrición mundial. Alrededor de 870 millones de personas padecen hambre en el mundo: FAO. En América Latina y el Caribe, 49 millones de personas padecen de subnutrición. Periódico El Espectador. 9 de Octubre de 2012. Sección El Mundo
- 22 World Food Programme. Los rostros del hambre. Programa Mundial de Alimentos en América Latina y el Caribe [Internet] [Acceso 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://one.wfp.org/spanish/?NodeID=33>
- 23 Universia. Cada cuatro segundos muere un niño de hambre en el mundo [Internet] [Acceso 12 de julio de 2012]. México: Universia; 2005. Disponible en: http://www.universia.net.mx/index.php/news_user/content/view/full/31461/
- 24 Red de Defensores no institucionalizados. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Foro Hambre en Colombia: Viejos problemas y nuevas amenazas. [Internet] Bogotá; 2007 [Acceso 10 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.dhcolombia.info/>.
- 25 Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El hambre y la malnutrición en el mundo. 2006. [Internet] [Acceso 20 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.feedingminds.org/fmfl/el-hambre-en-el-mundo/es/>
- 26 Morales JC. El hambre colombiana en el contexto internacional. [Internet] 2005 [Acceso 20 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=16429>

Monólogo de una revista*

Juan Gil Blas¹

El mundo de la información científica avasalla. No conozco cuál es el número de publicaciones periódicas hoy y seguramente es imposible saberlo, ya que muchas fallecen tan rápidamente como otras nacen. Virginia Trimble indicaba que para 1977 sumaban alrededor de 75.000.
(Emilio Yunis. Magazin El Espectador, junio 28 de 1987).

El conocimiento de otras culturas otorga la perspectiva necesaria para mirar desde otro lugar, para agregar otra dimensión y otra salida a la vida. La humanidad está cayendo en una globalización que no tiende a unir culturas, sino a imponer sobre ellas el único patrón que les permita quedar dentro del sistema mundial. Sin embargo, y a pesar de esto, la fe que me posee se apoya en la esperanza de que el hombre, a la vera de un gran salto, vuelva a encarnar los valores trascendentes, eligiéndolos con una libertad a la que este tiempo, providencialmente, lo está enfrentando.
(Ernesto Sábato - La resistencia)

Odiada y temida, ignorada y alabada, despreciada y felicitada, desconocida y famosa, competitiva y autónoma, trampolín para saltar puntos o escalera para el mérito, la reina de la investigación, la joya de la corona.

Nací en 1974, de la expectativa de los profesores de tener un espacio donde pudieran exponer sus resultados de investigación, sus opiniones y sus comentarios. Surgí como una publicación semestral y tuve un desarrollo muy irregular. Aparecía y dejaba de aparecer, y después volvía, pues carecía de un criterio técnico de realización. Seguí por camino llano hasta los años 80, y entre 1989 y 1991 (cuando el mundo cambió) no fui editada. Franqueé los 90 y me hice publicación científica. Este paso significó una reingeniería de mí misma, en el formato, en el contenido y en la gestión. Me inscribí a Colciencias, entré en la categoría C, pasé a la B y en pocos años llegué a A2.

En Colciencias castigan la endogamia. Esto quiere decir que si siguiera yo hecha sólo para que publique en mí la gente de Colombia, no tendría tanto valor; eso me subvalora. Prefieren que tenga colaboraciones externas. Pareciera que en Colombia es mal visto que un profesor publique en mis páginas. Una de las mejores universidades del área de la salud del mundo, la John Hopkins, se siente orgullosa de que sus profesores escriban en su revista. Ese complejo de inferioridad es lo que nos hace tercermundistas. Cada día crece más el ámbito de las revistas internacionales en inglés de las grandes universidades, mientras las revistas tercermundistas vamos quedando atrás, a la espera de mejores oportunidades tecnológicas.

A partir de 1996 viví cambios importantes, uno de ellos fue mi desarrollo en versión virtual, lo que hizo reducir mi tiraje en papel, pasando de mil números, a 300. Estoy en las bases de datos de Redalyc, SciELO, Ebsco, Latindex y otras bases internacionales. Tengo unas diez mil entradas mensuales en internet, la mayoría desde otros países. Y de mi comité editorial hacen parte personas de varios países: México, Brasil, EE.UU, Colombia. Comparto un portal con las demás revistas de la Universidad de Antioquia.

Soy cuatrimestral. Cada año salgo en tres números, más uno temático especial, que tiene también el carácter de publicación científica. Cuando se ha presentado la ocasión, he publicado números especiales, como en 1987, tras el crimen de los salubristas y la racha de violencia que se cernió sobre la Universidad, o con motivo de algunos de los Congresos Internacionales de Salud Pública que ha realizado la Facultad.

Me toca enfrentar el narcisismo, el afán de muchos por publicar, pero para eso cuento con el criterio del Centro de Investigaciones, del comité editorial y de evaluadores que conceptúan si un trabajo es meritorio de ser publicado. Lo que pasa es que Colombia califica sus revistas con el parámetro internacional, con un indicador de revistas, el factor de impacto, un índice aritmético. De acuerdo al número de artículos que tiene la revista, se cuenta cuántas veces son citados en otras revistas diferentes internacionales. Las revistas más importantes del mundo en temas de la salud tienen un factor de impacto alto. Yo tengo un factor de impacto bajo. Y en Colombia, los profesores universitarios mejoran el sueldo

* Del libro Por la salud del pueblo – Apuntes a una historia de contexto de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez – Patrimonio de la comunidad 1963 -2013

publicando en revistas científicas que estén inscritas en Publindex, y les dan más puntos según la clasificación. Si subo de categoría, más quieren publicar los profesores conmigo, y si bajo, ya no quieren publicar.

Para subir a A1 necesito estar en unas bases de datos internacionales: en Thomson Reuters, Scopus, que comercializan las publicaciones. Para ello debo ser bilingüe, tener excelente calidad y pagar dinero, para que me den visibilidad y mejore mi factor de impacto. Así empiezan a agregarme unos valores cosméticos que no los quiero tener, ese mercantilismo de las publicaciones que tanto daño le hace a la difusión de la ciencia. Hay editores de revista que se intercambian autores, no porque haya una competencia por méritos, sino para que cada uno suba de categoría. Se nota la presión de autores para que en otra revista les hagan citas. Así que estoy maniatada a parámetros que no son los propios de la Facultad, porque son parámetros internacionales y nacionales. No puedo salir de ahí, porque me haría más daño, ya que perdería visibilidad. Por ejemplo, Colciencias no da puntos por artículos de opinión, porque tienen que ser artículos científicos para acrecentar la calificación.

Yo publico algunos artículos de opinión, pues considero que ésta sí tiene valor en el mundo de la ciencia. Ha hecho carrera el vicio de que lo importante no es que te lean, sino que salgas publicado para poder aumentar el sueldo, cuando lo ideal de una publicación científica es someterse al diálogo académico internacional y nacional, proponiendo puntos académicos y científicos de frontera y avance. Cuando publico un artículo, estoy comunicándole a la comunidad científica que ese estudio cumple con los requisitos de rigor académico.

Pocos utilizan mi sección *Carta de los lectores*, donde se pueden hacer diálogos y exponer puntos de vista. Es como si se hubiera perdido el sentido de la comunicación y el sentido de la mercantilización avanzara. Las grandes revistas, las que dan más puntos, las que dan más reconocimiento y las que inflan el ego de los académicos del mundo, son revistas que cobran por publicar, donde los autores pagan a la revista para que les publique el artículo y luego esas revistas venden los artículos. Detrás de eso hay una estrategia económica. Cuando el lector va a consultar ese artículo, le dejan mirar sólo hasta el resumen, y si quiere seguir más allá, le piden el número de su cuenta de la tarjeta de crédito. La información científica se ha comercializado, pero yo sigo ajena a ello. Soy *Open journal*, revista abierta. Le digo a mis lectores: se autoriza la impresión de artículos y textos en formatos PDF para fines de uso académico citando la fuente.

Ya existen revistas que no vienen en papel y tal vez en algunos años yo ya no exista más en papel. La revista de la OPS, por ejemplo, sólo se encuentra en medio electrónico.

Inicialmente, cuando yo era más de opinión, de ensayos, edité números importantes que todavía hoy iluminan a la

salud pública. Eran los tiempos de Emiro Trujillo, Eduardo Cano, Alfredo Turizo, Jorge Cardona, Alberto Vasco, Luz Estela Vásquez, Saúl Franco y otros. En la época actual no puedo hablar de autores destacados como entonces, pero sí hay algunos profesores que sin importarles tanto el dinero, miran el tema de la salud pública de manera más densa, más profunda, hacen cuestionamientos a los sistemas de salud, al futuro de la salud y son prolíficos, con un ánimo intelectual transparente.

Veo una fractura entre la visión que se tiene de sí mismo como académico, como responsable de la ciencia y de la tecnología, y el uso de los medios de que dispone la Facultad. Algunos profesores no quieren publicar en mí porque se sienten mejor publicando en revistas internacionales. He visto casos de profesores que publican en revistas internacionales y cuando voy a ver esa revista y la comparo conmigo, no encuentro diferencias cualitativas que la hagan mejor de lo que soy; incluso, en muchos casos, puedo ser mejor yo que esa otra revista. Pero hay un fenómeno muy colombiano que es la xenofilia: si le publican en una revista de otro país ya se consideran internacionales, y si es de acá, no. Esa confusión de extranjero con internacional es dañina. Yo soy internacional, tengo lectores en Europa, en América Latina, en Norte América, en Asia. Todavía nos aqueja el complejo de ser nosotros mismos.

El esquema de estímulos a las publicaciones en las revistas como factor salarial ha pervertido el mundo de las publicaciones científicas. No solamente en Colombia, sino en otros países, como en Estados Unidos, donde juega mucho el prestigio de las publicaciones, de autores que entregan un significado de poder y se vuelven instrumentos de poder. Yo me preocupo de que mi contenido esté bien, verifico que no haya contradicciones, busco por aquí, busco por allá, en un proceso difícil pero necesario, contra el narcisismo, contra el ego inflado, contra el currículo vitae per se.

Hubo una época en que mis temas prioritarios eran temas de políticas públicas en salud, luego tomó fuerza la epidemiología y últimamente la investigación cualitativa, pero no mantengo una temática permanente. Los paradigmas cualitativos tienen un espacio en mí. Dentro de cierto concepto de las ciencias de la salud tiene más mérito para mostrar en el exterior el hecho de que se encontró una nueva cepa de estreptococo, que informar y demostrar que la población colombiana se está movilizando en defensa de sus hospitales.

No ha sido mi camino de rosas. La salud pública como ciencia, disciplina y vocación se estrechan en mí con todas sus incertidumbres.

Los temas fundamentales de mi contenido son artículos científicos, resultado de las investigaciones del personal docente y docente, monografías y trabajos preparados como producto de las prácticas de los programas académicos, y otros.

En mis primeros números traía en la portada los escudos de la Universidad de Antioquia y del Ministerio de Salud Pública: el mapa de Colombia incrustado en una cruz. En la primera página constaba el nombre del rector de la Universidad de Antioquia y el del ministro de Salud Pública. Para el primer número, en agosto de 1974, correspondió el honor a Luis Fernando Duque Ramírez y a José María Salazar Buchelo y Haroldo Calvo Núñez, ministros de Salud Pública entrante y saliente. Mi primer director fue el director de la Escuela, Luciano Vélez Arroyave. Mi primer editor fue Julio César Agudelo T. Aparecía también el nombre del subdirector, Francisco José Gómez V. Mi primer Consejo de Redacción lo conformaron Luciano Vélez A. (director), Julio César Agudelo T. (editor), David Bersh E., Hernán Puerta C., Jorge Bojanini N., Augusto Hernández Z., Beatriz Céspedes J. Ninguno de estos miembros del Consejo de Redacción estaría luego en el número 2.

El costo de un ejemplar mío en Colombia era entonces de 25 pesos. Contenía cuatro secciones: Editorial, Artículos, Reseñas bibliográficas, Noticias. El medio de comunicación de la gente conmigo era un instrumento de correo hoy casi extinto: el Apartado Aéreo (51922), Medellín, Colombia. Varios días tardaba en llegar una misiva a mi dirección, y más si provenía del exterior. En mi primera foto se ve el uniforme blanco de una funcionaria de la Escuela.

Mi primer artículo fue de debate: “Problemas políticos de la salud”, de David Bersh E. Siguen otros artículos que informan investigaciones: “Investigación del proceso de la planificación de la salud en Antioquia”, de Francisco Henao M; “Calidad microbiológica de los helados elaborados en Medellín”, de Hernán Puerta C, Gloria Elena González V. y los estudiantes Marcelo Huerta B, María Eugenia Mejía M. y Edilma Jaramillo H; “Seguimiento de cáncer del útero 1970-1972”, de Primitivo Correal; “Paludismo, problema de salud pública en Colombia”, de Carlos Ferro Vargas; “Estudios epidemiológicos experimentales o de intervención”, de Kahl Martín Colimón; “Modificación del método field diluido para la coloración de muestras de sangre en el diagnóstico del paludismo”, de Daniel Flórez P; “Investigación interamericana de mortalidad en la niñez en la ciudad de Medellín”, de Julio León Trejos; y un informe titulado “Cooperación fronteriza Colombia venezolana” (sic), de Julio León Trejos C. Todos estos autores firman a nombre de la Universidad y del Ministerio de Salud.

Luego aparecen seis reseñas bibliográficas, y por último, un listado de 16 decretos-leyes o decretos de rediseño del Sistema Nacional de Salud. Al final ofrezco 23 programas académicos para 1975.

Voy en el volumen 31. Empecé sin ISSN. En mi primera edición era opcional el uso del inglés, y ahora aparece la obligatoriedad del inglés para el título y

el resumen (*abstract*). En el N° 1 exigí artículos en máquina de escribir; ahora exijo que me los presenten en el procesador de texto Word.

No soy la reina de la investigación. Ellos son otros: el investigador, la investigadora, la gente, la Facultad, el pueblo. Por eso digo que soy feliz, porque me debo a alguien. Con las pinturas que aparecen en mis carátulas el arte tiene la palabra en salud pública: Humberto Chávez; Alberto Londoño Fernández; Melitón Rodríguez; Juan Fernando Mesa Villa; Figura antropomorfa femenina (maternidad) vereda El Retorno, municipio de Tumaco, departamento Nariño; Paisaje (acuarela) de Carlos Correa; Retablo con rostros, de Carlos Martínez; díptico, de Ana María Jaramillo; Fotografía de Jesús Abad Colorado; Fantasma, de Gustavo Wilches Chau; San Fernando 2, de Margarita María Vélez; Sin título, de Álvaro Olaya Peláez; de la serie Espacios, de Viviana Pesces; Atardecer en el malecón de Riohacha, la Guajira, de Sandra Patiño. Ese aliento poético viene de los orígenes, de una u otra manera el arte siempre ha pugnado por abrirse paso en la salud pública: Santiago Rengifo dedicaba tiempo a sus investigaciones y tocaba tiple. Abad tenía alma de escritor. Saúl Franco en Bogotá cuida que en sus obras aparezca el arte. Acaso Platón (o Sócrates) tenía razón: los poetas son los que tienen la verdad, pero no saben por qué.

Y desde hace años mi asistente de edición es una mujer.

Instrucciones para los autores

A continuación se presentan las instrucciones para someter trabajos para publicación en la *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, de la Universidad de Antioquia. Está dirigida a los interesados en el amplio espectro temático de la salud pública, en el ámbito nacional e internacional, con el fin de comunicar aspectos novedosos que puedan mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

Tipos de trabajos que se reciben:

Artículos de comunicación científica y tecnológica: documento que presenta de manera detallada resultados originales e inéditos de investigación. La estructura utilizada contiene cuatro apartes: introducción, metodología, resultados y discusión.

Artículos de reflexión: documento que presenta los resultados de investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

Artículos de revisión: Documento resultado de una investigación terminada donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo.

Artículo de revisión de tema: Documento resultado de la revisión crítica de la literatura sobre un tema en particular.

Artículos de opinión y debates: corresponde a ensayos, análisis y comentarios enviados por los interesados o por autores invitados.

Comunicaciones: reportes o avances de investigaciones originales.

Cartas al editor: posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la revista, que a juicio del Comité editorial constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia.

Reseñas: sumarios de libros, revistas y otros tipos de publicaciones sobre algunos de los campos o temas de la salud pública.

Reserva de derechos. La recepción de un trabajo no implica obligación del Comité Editorial para su publicación, ni compromiso de la revista respecto a la fecha para publicarlo. La responsabilidad por los juicios y puntos de vista de los artículos corresponde a los autores. Los artículos enviados no pueden haber sido publicados ni pueden publicarse en otras revistas científicas nacionales o internacionales. No se aceptan artículos enviados para publicación simultánea a otra u otras revistas. El estudio y selección de los artículos que son enviados está

a cargo del Comité Editorial y se someten a evaluación por expertos (*peer review*). El Comité se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos o de hacer las modificaciones editoriales pertinentes.

Conflictos de intereses. Los editores y el Comité Editorial estarán atentos a los posibles conflictos de interés que puedan afectar la capacidad de los pares o revisores o que los inhabilitan para evaluar un determinado manuscrito.

Los editores, el Comité Editorial o los revisores se declaran formalmente impedidos para utilizar con fines privados o particulares, la información obtenida o ganada en el trabajo con manuscritos.

Envío de artículos. Debe ceñirse a las *Instrucciones para los autores* aquí publicadas, las cuales siguen los “Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals” (The New England Journal of Medicine 1997;336:309-313).

Debe enviarse un archivo electrónico del documento original digitado en Word en fuente *Times New Roman* de 12 puntos con una extensión máxima de 6000 palabras, sin tener en cuenta tablas, gráficos y referencias bibliográficas. Se admiten por artículo hasta 25 referencias con excepción de los artículos de revisión que se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica.

Para enviar el artículo debe ingresar a la plataforma Open Journal System en donde encontrará el sistema de revistas de la Universidad de Antioquia y cuya dirección es <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp>. Allí selecciona el nombre de la revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, y se registrará como autor asignando un nombre de usuario y contraseña (si lo cree conveniente podrá registrarse como revisor y lector) y siga los pasos que allí se indican para subir su artículo.

Se debe anexar una carta de sometimiento del artículo la cual indica que el(los) autor(es) están aceptando que el artículo es original, que no ha sido enviado ni se someterá para su publicación a otra revista. Asimismo, están haciendo constar los permisos para reproducir material sujeto a derechos de autor dentro del artículo, fuentes de financiación de éste, cualquier conflicto de intereses que pueda existir por parte del autor o autores, y la transferencia de los derechos de autor a la Revista Facultad Nacional de Salud Pública en caso de aceptarse su publicación (ver modelo al final de estas instrucciones).

Evaluación de artículos. Los artículos serán revisados de forma anónima por dos personas expertas en el objeto de estudio y/o la metodología empleada. La

revista se reserva el derecho de rechazar los artículos que no juzgue apropiados para su publicación, así como el de introducir modificaciones de estilo y/o acortar los textos que lo precisen, comprometiéndose a respetar el sentido original. Asimismo no se hace responsable de las afirmaciones realizadas por los autores.

Publicación de artículos. Cuando el artículo se halle en prensa, el autor recibirá por correo electrónico un fichero PDF con las pruebas de imprenta para su corrección, las cuales se devolverán corregidas a la redacción de la revista dentro de las 24 horas siguientes a su recepción.

Presentación de los trabajos. Cada artículo debe constar de los siguientes componentes, debidamente diferenciados y presentados en el siguiente orden:

1. Encabezamiento

1.1 Título. Lo más corto posible, preferiblemente sin interrogaciones ni exclamaciones y con carácter afirmativo. Se recomienda escribirlo con un máximo de ocho palabras; en caso de no poder hacerse así, conviene dividirlo en título y subtítulo, separados por dos puntos. Debe dar cuenta del tema y adelantar la conclusión. Además del título en español, debe incluirse el título en inglés. En el caso de que el título requiera alguna explicación en pie de página, ésta se referencia con un asterisco –y no con número en superíndice– escrito inmediatamente después del título.

1.2 Autores. Comprende el nombre completo de todos los autores con inclusión de la inicial del segundo apellido, fecha de nacimiento documento de identidad, títulos académicos, dirección electrónica, cargo actual y la afiliación institucional. Se debe designar un autor a quien se dirige la correspondencia y a quien se va a enviar los ejemplares correspondiente a cada autor, con indicación de su dirección, teléfono, fax, dirección electrónica o apartado postal. Se sugiere que el orden de los autores esté en relación con el aporte que cada uno hizo al trabajo.

2. Resumen

El texto de este componente debe presentarse como resumen estructurado con los siguientes subtítulos: objetivo, métodos, resultados y discusión. Debe redactarse en un solo párrafo no mayor de 200 palabras, que incluya la síntesis de cada uno de los elementos del artículo. Debe presentarse en idioma español y en inglés (Abstract).

2.1 Palabras clave. Son las palabras que describen el contenido del documento y no deben pasar de ocho. Debe presentarse en idioma español y en inglés (key words) teniendo especial cuidado en la traducción exacta de todos estos términos, en cuanto a tecnicismos, neologismos, siglas y acrónimos. Se recomienda normalizar las palabras claves que son aceptadas por bases de datos internacionales. Pueden ser consultadas en la Biblioteca virtual en Salud de la OPS, disponible en: <http://www.bvsalud.org> y revisar los descriptores en ciencias de la

salud a través del enlace *DeCS-Terminología en salud*, también disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

3. Cuerpo del artículo

Si el artículo da cuenta de investigaciones científicas, debe contener – además de las partes antes mencionadas– introducción, métodos, resultados, discusión, conclusiones y, según el caso, recomendaciones.

3.1 Introducción. Será breve y deberá proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación. No debe contener tablas ni figuras, a menos que sean imprescindibles para la comprensión del texto. Debe incluir un último párrafo en el que se exponga de forma clara el o los objetivos del trabajo.

3.2 Metodología. Se describirá claramente la selección de la población identificando el sexo, la edad y otras características importantes. Se debe especificar cómo se recolectaron los datos. Se hará referencia al tipo de estudio y tipo de análisis empleados (descriptivo, epidemiológico, experimental, ensayo clínico, etc), el sistema de asignación de los sujetos. Identificar los métodos, instrumentos de evaluación, tratamientos, fármacos o productos químicos, indicando su nombre genérico, dosificación y vía de administración. Indicar el paquete estadístico utilizado.

Cuando se trate de trabajos experimentales realizados con animales o humanos, debe indicarse explícitamente que se han seguido las normas éticas de investigación, y que se han cumplido los convenios internacionales de experimentación animal o humana.

También debe indicar si se obtuvo consentimiento informado por escrito por parte de las personas que participaron en la investigación.

La revista Facultad Nacional de Salud Pública apoya las políticas para registro de ensayos clínicos de la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) y del *International Committee of Medical Journal Editors* (ICJME), reconociendo la importancia de esas iniciativas para el registro y divulgación internacional de información sobre estudios clínicos, en acceso abierto.

3.3 Resultados. Los resultados deben presentarse en una secuencia lógica, en textos apoyados en tablas y figuras que expresen claramente los resultados del estudio. No repita en el texto todos los datos de las tablas y figuras, sólo los más importantes. Enfaticé y resume sólo las observaciones más importantes.

3.4 Discusión. Enfaticé los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan del mismo. No repita en detalle los resultados que ha presentado en la sección anterior ni en la introducción. Relacione lo obtenido con otros estudios relevantes sobre el tema. Indique las implicaciones de sus hallazgos y sus limitaciones. Relacione las conclusiones con los

objetivos del estudio. No haga suposiciones si no se ven apoyadas por los datos. Cuando sea apropiado puede incluirse recomendaciones.

4. Agradecimientos.

Cuando se considere necesario se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo.

5. Referencias.

Las referencias se deben numerar, en secuencia, según su orden de aparición en el texto, por medio de números arábigos entre corchetes [], en texto plano, es decir, sin utilizar hipervínculos de notas al final. Cada referencia debe comenzar con el apellido y luego las iniciales de todos los autores —sin signos de puntuación entre estos elementos— hasta un máximo de seis autores. Si son siete o más, deben citarse los seis primeros y luego la abreviatura *et al.* Si son varios autores, deben separarse con comas.

A continuación se incluyen ejemplos de referencias para diferentes tipos de materiales precedidos de su respectiva guía esquemática de presentación, siguiendo de manera estricta la *Norma Internacional Vancouver*:

5.1 Artículos de Revistas. Primer apellido e iniciales del(los) nombre(s) del(los) autores(s). Título del artículo y subtítulo —si lo hay—, separados por dos puntos (:). Abreviatura internacional de la revista /Año de publicación; volumen (si lo tiene)/ número de la revista (entre paréntesis): rango de páginas, desde la primera a la última, separadas por guión corto (-). Estos cuatro últimos datos (año, volumen, número y páginas) sólo se separan con los signos de puntuación señalados y no con espacios entre ellos.

Ejemplo:

Cardona A, Franco A. La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2005; 23(2): 107-112.

5.2 Más de seis autores. Se mencionan los seis primeros seguidos de la abreviatura *et al*

Ejemplo:

Sosa M, Filgueira J, López J, Díaz M, Lozano C, del Castillo A, *et al.* ¿Qué opinan los internistas españoles de la osteoporosis?. *Rev Clin Esp* 2005; 205(8): 379-382.

5.3 Artículo de revista en Internet

Primer apellido e iniciales del(los) nombre(s) del(los) autores(s) del artículo. Título del artículo. Nombre de la revista [revista en Internet/Revista on-line/Internet/Revista en línea] año [fecha de consulta/acceso/consultado/citado]; volumen (número): [Extensión/páginas]. Dirección electrónica.

Ejemplo:

Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *An Sist Sanit Navar* [revista en Internet] 2003 septiembrediciembre. [Acceso 19 de octubre de 2005]; 26(3). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>

5.4 Libros. Primer apellido e iniciales del(los) nombre(s) del(los) autores(s). Título del libro y subtítulo —si lo hay—, separados por dos puntos (:). Número de edición o reimpresión, indicados con las abreviaturas ed. o reimpr. respectivamente (este dato se omite cuando se trate de la primera edición). Lugar de publicación (ciudad): Editorial; año de publicación, páginas.

Ejemplo:

• Porta J, Llanadosa M. *La Universidad en el cambio de siglo.* Madrid: Alianza Editorial; 1998. p. 22-3.

5.5 Capítulo de un libro. Primer apellido e iniciales del(los) nombre(s) del(los) autor(es). Título del capítulo. En: Nombre del Director/Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación(ciudad): Editorial; año. Página inicial-final del capítulo.

Ejemplo:

• Bólumar F. Medición de los fenómenos de salud y enfermedad en epidemiología. En: Gálvez R, director. *Medicina preventiva y Salud Pública* 10ª ed. Barcelona: Masson S.A.; 2001. Págs 71-78.

5.6 Organización como autor. Nombre de la organización. Título del libro. Editorial; año.

Ejemplo:

• Banco Interamericano de Desarrollo. *América Latina frente a la desigualdad.* Washington: BID; 1999.

5.7 Monografía (libro) en Internet

Autor/es o Director/Coordinador/Editor. Título [monografía en Internet/monografía en Línea/Internet/Libro en internet]. Edición. Lugar de publicación: Editor; año [fecha de consulta/acceso/consultado/citado]. Dirección electrónica.

Ejemplo

Moraga F. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Dermatología Pediátrica.* [monografía en Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2003 [acceso 19 de diciembre de 2005]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/index.htm>

Para citar otro tipo de documentos y soportes, se recomienda visitar la URL http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp#recomendaciones que ofrece un resumen de la norma en español y actualizado hasta el 2005, bajo el subtítulo *Ejemplos de referencia bibliográficas.*

6. Material gráfico

El material gráfico está constituido básicamente por tablas, cuadros y figuras. Todos deben estar anunciados o llamados en el texto, lo más cerca posible del punto en

que deban insertarse. Los llamados en el texto se indican mediante la expresión tabla, mapa o figura, según el caso, seguida de su número correspondiente en arábigos. Las tablas y gráficos estarán contenidos dentro del archivo.

6.1 Tablas. Deben llevar un título breve en la parte superior, a continuación del término tabla y escrito en minúsculas –salvo las palabras que por su categoría gramatical exijan el uso de la mayúscula inicial–. Las notas explicativas y la fuente se digitan en la parte inferior. La información que aparezca en las tablas no deberá reproducir o repetir lo ya dicho en el texto. Las columnas de las tablas se deben separar con ayuda del tabulador. Se admiten como máximo 6 tablas. **6.2 Figuras.** Incluyen material ilustrativo diverso, como fotos, mapas, diagramas y esquemas. Deberán llevar un título lo más breve posible en la parte inferior, a continuación del término figura y escrito en minúsculas –salvo las palabras que por su categoría gramatical exijan el uso de la mayúscula inicial–. Las notas explicativas y la fuente se digitan en la parte inferior, después del título.

Debe tenerse en cuenta que la edición de los artículos de la revista es a una sola tinta, por tanto, el material gráfico debe estar en blanco y negro.

7. Pautas de redacción

7.1 Uso de mayúsculas. El uso de mayúsculas iniciales o sostenidas debe restringirse a las estrictamente necesarias, según los criterios ortográficos que indiquen su uso sólo en los casos más reconocidos, como comienzo de escrito, de párrafo, de nombres propios y de siglas pero nunca de acrónimos) y para reducir también en lo posible las alteraciones tipográficas que ocasiona su uso indiscriminado.

7.2 Siglas, abreviaturas y unidades de medida. No deben utilizarse siglas ni abreviaturas, excepto las de instituciones o programas cuyo nombre aparezca repetidamente en el texto; si se presenta esta situación, se debe dar a conocer el nombre completo la primera vez que se cita, seguido de la sigla correspondiente. Las unidades de medida serán las recomendadas por el Sistema Internacional de Unidades, y debe recordarse que éstas no llevan plural ni punto final. En cualquier caso, debe evitarse la invención exclusiva de siglas para identificar elementos muy particulares del tema del artículo o del ámbito particular de alguna disciplina, si dichas siglas no obedecen a un consenso de amplio alcance –nacional o internacional– que permita su reconocimiento inmediato durante la lectura.

7.3 Nombres de medicamentos. Debe evitarse el empleo del nombre comercial de la droga y emplear el genérico. En caso de que el primero sea necesario se indicará con el símbolo ®.

7.4 Notas a pie de página. Los llamados a las notas a pie de página deben indicarse con asterisco y van al

final de cada página; a diferencia de las referencias bibliográficas que van con números arábigos y se colocan al final del artículo.

7.5 Citas en el texto. Deben ser breves; si ocupan más de 5 líneas se ponen en párrafo aparte, con un tamaño de letra inferior al resto del texto y con sangría de 1cm; si ocupan menos de 5 líneas van en el mismo texto y al mismo tamaño. Van entrecomilladas y con su respectiva referencia entre paréntesis.

Ejemplo

“Por su objeto material (la educación), la sociología de la educación es una ciencia de la educación; por su objeto formal (lo social de la educación) es una parte de la sociología; por sus posibles aplicaciones, es una ciencia «auxiliar» de la pedagogía” (5).

Ejemplares que se envían al autor. El colaborador cuyo trabajo sea publicado tendrá derecho a dos ejemplares del número de la revista en que aparezca su artículo. Si el artículo tiene más de un autor, el número de ejemplares será de uno para cada uno de ellos.

Correspondencia. Los artículos deben enviarse al editor y ceñirse a las *Instrucciones para los autores*. Éstos deben enviar una carta en que soliciten la publicación del artículo en la revista y en la cual indiquen que éste es original y que todos los autores han revisado y aprobado el manuscrito enviado. La correspondencia debe dirigirse a:

Álvaro Olaya Peláez

Editor

Revista Facultad Nacional de Salud Pública

Medellín, Colombia

57-4-219 68 67

revfnsp@gmail.com

http:// http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.

php/fnsp

Para los editores
Revista Facultad Nacional de Salud Pública

Carta de sometimiento artículo

A continuación sometemos el artículo denominado

“ _____ ”

bajo la autoría de los investigadores

Certificamos que hemos participado de los autores del manuscrito para tomar responsabilidad pública por su contenido. Asimismo que el manuscrito representa un trabajo original, no ha sido publicado de forma impresa o electrónica ni está siendo evaluado para la publicación en otra revista diferente a la Revista Facultad Nacional de Salud Pública.

Asumimos toda la responsabilidad por las citas y referencias utilizadas en el texto, así como los aspectos éticos de los sujetos del estudio.

Asimismo manifestamos que no existe conflicto de interés a nivel personal, comercial, académico, político o financiero. También declaro que todo apoyo financiero y material recibido para el desarrollo de la investigación o el trabajo que resultó en la preparación del manuscrito están claramente detalladas en el texto

Firma (s) del autor (s):

Lugar, fecha:

Norms for authors

The following are the instructions to submit manuscripts to be published in the *Facultad Nacional de Salud Pública (National School of Public Health) Journal of Antioquia* University. It is addressed to those interested in the wide thematic scope of public health, in a national and international level, in order to communicate new aspects to improve people's health and life quality.

Types of manuscripts to be sent

Articles of scientific and technological communication: describe in detail original and inedited results of research structured in four parts: introduction, methodology, results, and discussion.

- *Reflection articles:* present the results of a finished research from an analytical, interpretative, and critical perspective of the author, on a specific topic, having recourse to original resources.
- *Review articles:* Document ensued from a finished research where they analyze, systematize, and integrate results of published or non published research on an area of science and technology in order to show advances and tendencies of its development.
- *Theme Review article:* Document resulting from the critical review of the literature on a particular topic.
- *Opinion Articles and debates:* correspond to essays, analysis, and comments sent by those interested or by invited authors.
- *Communications:* reports or advances of original investigations.
- *Letters to the editor:* critical, analytical, or interpretative positions on published manuscripts in the journal which, according to the editing committee, represent an important contribution to the discussion of the topic in the scientific community.
- *Reviews:* summaries of books, journals, and other types of publications on some of the areas or topics of public health.

Copyright. Receiving a manuscript does not imply that the editing committee is forced to publish it nor that the journal is compromised to publish it in a specific date. Responsibility for the articles' points of view corresponds to the authors only. The articles cannot have been published nor can be published in other national and international scientific journals. Articles sent to simultaneous publishing to another or other journal are not accepted. The editing committee is responsible for the study and selection of articles and they are submitted to evaluation by experts (peer review). The committee decides to accept, reject or do the relevant editing corrections to the articles.

Conflict of interest. Editors and the Editing committee will be attentive to possible conflicts of interest that may affect the capability of peers or reviewers or disqualify them to evaluate a specific manuscript.

Editors, the editing committee or reviewers proclaim themselves disabled to use the information obtained with the manuscripts for personal purposes.

Article submission. It should be limited to the norms to the author hereby published, which follow the "Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals" (The New England Journal of Medicine 1997;336:309-313).

The article should be written in Word, times New Roman 12, and have up to 6000 words of extension without counting tables, graphs, and references. Each article should have up to 25 references, except review articles which present a very careful bibliographic revision.

To send the article you must enter to the Open Journal System platform where you will find the system of magazines of the University of Antioquia, whose address is <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp?journal=fnsp>. There it selects the name of the National School of Public Health magazine, you will register as author assigning a user's name and password (if you think fit may be register as a reviewer and reader) and follow the steps listed there to upload your article.

Once the article is submitted, a letter will be sent automatically to the editor stating that the author or authors claim the manuscript as original, that is has not been sent nor will be submitted for publication to another journal. Likewise, they are authorizing the reproduction of the material, the financing support, any conflict of interest that may exist, and the transference of the copyright to the Revista Facultad Nacional de Salud Pública, in case the publication is accepted.

Presentation of the work. Each article should consist of the following components, properly differentiated and presented in the following order:

1. Heading.

1.1 Title. As short as possible, preferably without questions or exclamations and affirmative nature. We recommend writing with a maximum of eight words, in case of not being able to be done this way, it should be divided into title and subtitle, separated by two points. It should report the issue and what the conclusion is. Besides the title in spanish, it must include the english title. In the event that the title requires some explanation

in footnotes, it is referenced by an asterisk -and not by superscript number- written immediately after the title.

1.2 Authors. It includes the full name of all authors including middle initial, last name, date of birth, document of identity, academic qualifications, electronic direction, current position and institutional affiliation. It must refer to an author to whom correspondence is addressed, including their address, telephone number, fax, electronic direction or a Po Box. It is suggested that the order of the authors should be in relation with the contribution that each one did to the work.

2. Abstract

The text of this component should be structured in four subtitles: objective, methods, results, and discussion. It should be written in both Spanish and English in a paragraph with up to 200 words, including the synthesis of each component of the article.

2.1 key words. These words describe the content of the article and should not be more than five. They should be written in English and Spanish, paying special attention in the accurate translation of terminology, neologisms, abbreviations, and acronyms. It is recommended to use the key words accepted by international data bases. You can go to the virtual library of PAHO available in <http://www.bvsalud.org> and check the descriptors in health science through the link <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.

3. Body of the article

If the article is about scientific research, it should include, besides the mentioned above, introduction, methods, discussion, conclusions, and, if necessary, recommendations.

3.1 Introduction. It should be brief and give the necessary explanation for the reader to understand the rest of the text. It should not include tables or figures, unless they are absolutely necessary for the understanding of the text. It should include a last paragraph explaining clearly the objective (s)

3.2 Methodology. It will describe the selection of the population identifying sex, age, and other important characteristics and how data was collected. It will refer to the type of study and analysis (descriptive, epidemiological, experimental, essay, clinical, etc), the assignation system of the subjects and their randomization. It will identify methods, instruments of evaluation, treatment, pharmaceuticals or chemical products indicating the generic name, dose, and way of administration. It will describe the statistic package.

When dealing with experiments carried out with animals or humans, it should show that ethic norms of research have been followed and international agreements of animal and human experimentation have been accom-

plished. It should also describe whether the participants of the research gave written consent.

The Revista Facultad Nacional de Salud Pública supports the policies for registering clinical essays of World Health Organization (WHO) and the *International Committee of Medical Journal Editors (ICJME)*, recognizing the importance of such initiatives for the registering and international communication of information on clinical studies.

3.3 Results. Results should be described in a logic sequence and the texts supported with tables explaining clearly the results of the study. Do not repeat in the text all data of tables and figures, just the most important. Make emphasis and summarize only the most important observations.

3.4 Discussion. Emphasize new and important aspects of the study and the conclusions derived from it. Do not repeat in detail the results of the previous section or in the introduction. Make a relation of the results with other relevant studies over the topic. Explain the implications of the findings and their limitations. Relate the conclusions with the objectives of the study. Do not make suppositions if they are not supported with the data. If appropriate, you may include recommendations.

4. Acknowledgements

When necessary, those who have contributed or supported in the research will be mentioned.

5. References

References should be numbered in sequence as they appear in the text with Arabic numbers in brackets [], plain text, with no use of hyperlinks or footnotes. Each reference must begin with last name and then first letter of the authors –no punctuation marks in between- up to six authors. If there are seven or more, the first six may be quoted and then the abbreviation *et al.* Authors must be separated with commas.

The following are examples of references for different types of material with the respective schematic guide of presentation, according to the *International Vancouver Norm*.

5.1 Articles of journals. Last name(s) and first letter (s) of author's (s) name(s). Title of the article and subtitle -if so- separated by colon (:). International abbreviation of the journal/ year of publication; volume (if there is any)/ number of the journal (within parenthesis), range of pages, from first to last separated by short hyphen (-). These last four items (year, volume, number and pages) are separated with the punctuation marks mentioned above and not with spaces between them.

Example:

- Cardona A, Franco A. La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2005; 23(2):107-112.

5.2 More than six authors. The first six names are mentioned followed by the abbreviation *et al.*

Example:

- Sosa M, Filgueira J, López-Harce J, Díaz M, Lozano C, del Castillo A, et al. ¿Qué opinan los internistas españoles de la osteoporosis? *Rev Clin Esp* 2005; 205(8): 379-382.

5.3 Journal article on internet

Last name(s) and first letter(s) of the author's name (s); title of the article; name of the Journal [Journal on internet]; Year [date of access/quoted]; volume (number): [Extension/pages]. Website.

Example:

- Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psico cognoscitiva en las demencias. *An Sist Sanit Navar* [Journal on line] 2003 september-december. [Access october 19 2005]; 26(3). Available in: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>

5.4 Books. Last name(s) and first letter of the author's name(s). Title of the book and subtitle –if so-, separated by colon (:). Number of edition or reprinting, described with the abbreviations ed. or reprint (this information is omitted when it is the first edition). Place of publication (city): Printing; year of publication, pages.

Example:

- Porta J, Llanadosa M. La Universidad en el cambio de siglo. Madrid: Alianza Editorial; 1998. p. 22-3.

5.5 Chapter of a book. Last name(s) and first letter of the author's name(s); title of the chapter In: name of the director/ coordinator/editor of the book; Title of the book; edition. Place of publication (city): printing; year. first and last page of the chapter.

Example:

- Bólumar F. Medición de los fenómenos de salud y enfermedad en epidemiología. En: Gálvez R, director. *Medicina preventiva y Salud Pública* 10ª ed. Barcelona: Masson S.A.; 2001. Págs 71-78.

5.6 Organization as author. Name of the organization; title of the book; publisher; year.

Example:

- Banco Interamericano de Desarrollo. América Latina frente a la desigualdad. Washington: BID; 1999.

5.7 Monograph (book) on line. Author/s or Director/Coordinator/Editor; title [monograph on internet/book on internet]. Edition; place of publication: Editor; year [date of Access/consult/quoted]; website.

Example:

- Moraga F. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Dermatología Pediátrica. [monograph on Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2003 [access december 19 2005]. Available in: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/index.htm>

To quote another type of documents and supports it is recommended to visit the URL http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp#recomendaciones which offers a summary of the norm in Spanish updated until 2005 under the subtitle *Ejemplos de referencia bibliográfica (examples of bibliography reference)*.

6. Graphic material

The graphic material is basically conformed by tables, figures, and graphs. All of them should be named or announced in the text, as close as possible to the point of insertion. Those names in the text are described by the terms table, figure, map, whatever the case be, followed by a correspondent Arabic number. Tables and graphs will be within the file.

6.1 Tables. Should have a brief title above, next to the term table, written in small letters -Save words that grammatically need to be used in capital letters-. Explanatory notes and the source should be written below. Information in tables should not reproduce or repeat what is said in the text. Columns in the tables must be separated with the help of the tabulator.

6.2 Figures. Include diverse illustrative material, such as pictures, maps, diagrams, and schemes. The title should be as brief as possible below next to the term figure in small letters -Save words that grammatically need to be used in capital letters- Explanatory notes and the source should be written below, after the title.

It should be taken into account that the edition of articles of the journal is in one ink only. Therefore, the graphic material should not contemplate colored codes for figures.

7. Writing norms

7.1 Use of capital letters. The use of capital letters should be limited to the strictly necessary, according to the spelling criteria indicating its use only in cases recognized by the Spanish norm (such as beginning of text and paragraph, main names, abbreviations, but never

acronyms). Typographic changes should also be reduced to the least possible.

7.2 Abbreviations and units of measurement. Abbreviations should not be used, save institutions or programs whose name appears continuously in the text; if this is the case, the complete name should be given the first time it is quoted, followed by the correspondent abbreviation. The units of measurement will be those recommended by the International System of Units and will not have plural or final period. Whatever the case, the exclusive invention of abbreviations to identify very particular elements of the topic or particular scope of any discipline should be avoided, if they are not widely used –nationally and internationally– to be immediately recognized during the reading.

7.3 Names of medicaments. The commercial name of a drug should be avoided and use the generic one instead. In case the former is necessary, it will be indicated with the symbol ®.

7.4 Footnotes. They should be indicated with an asterix and are placed at the bottom of each page. Regarding the bibliographic references, they should be placed at the end of the article in Arabic numbers.

7.5 Quotes in the text. They should be brief. If they take more than five lines, they should go in another paragraph in a shorter type of letter from the rest of the text and with 1 cm of indentation on the left. If they take less than five lines, they should go in the same text and in the same letter size. They should go within quotation

marks and between parentheses it should be written the reference number.

Example:

- “Por su objeto material (la educación), la sociología de la educación es una ciencia de la educación; por su objeto formal (lo social de la educación) es una parte de la sociología; por sus posibles aplicaciones, es una ciencia «auxiliar» de la pedagogía” (Quintana Cabanas, 1987, 143).

Copies to the author. The contributor, whose work is published, will receive three copies of the journal with the article. If the article has more than one author, each one of them will receive two copies.

Delivery mail. The articles should be sent to the editor and be confined to the *Instructions for authors* who should send a letter requesting the publication of the article in the journal, saying that the article is original, and that all authors have reviewed and approved the manuscript. It should be sent to:

Álvaro Olaya Peláez

Director

Revista Facultad Nacional de Salud Pública

Medellín, Colombia

57-4-219 68 67

revfnsp@gmail.com

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp>

fnsp

