

ESTADO Y SALUD EN COLOMBIA

Alberto Vasco U.
Noviembre de 1985

- I. Relaciones Economía y Salud
 - A. Salud y Desarrollo
 - B. Modelos Alternativos
- II. El Análisis del Poder y del Estado
 - A. Limitaciones
 - B. Elementos Teóricos para superar el Análisis
- III. Estado Nacional y Coyuntura Internacional
- IV. Análisis del Proceso de Consolidación del Estado en Colombia.
 - A. Aspectos Generales
 - B. El Sector Salud
 1. Servicios de Salud y Asistencia Pública
 2. La Estructura Gubernamental en Salud
 3. La Estructura no Gubernamental en Salud.
- V. La Distribución del Excedente en el Estado Colombiano.
- VI. Hacia la Definición de una Política Estatal y de Gobierno.
 - A. Política Global
 - B. Política Específica
 1. El Financiamiento
 2. El Conocimiento en Salud.
 3. La Tecnología.
 4. La Estructura Administrativa
 5. La Participación de la Comunidad.

Tratar el tema de la salud, es bastante difícil por su complejidad. Tratar de establecer sus relaciones con el estado, es algo más complejo, por lo cual la posibilidad de darle un tratamiento serio y profundo esta necesariamente limitada.

A lo anterior hay que agregar dos limitaciones adicionales cuales son, la cuota de subjetividad inherente al tratamiento de temas relacionados con la sociedad en la que uno vive, y los problemas relacionados con el abordaje de temas ajenos a las disciplinas de la salud.

No se pretende un trabajo exhaustivo y del todo comprensivo sobre el tema y menos neutral, ya que el marco teórico de anteriores trabajos y la vinculación política de mis actividades anteriores estarán necesariamente presentes en este ensayo.

I. RELACIONES ECONOMIA Y SALUD

A. Salud y Desarrollo

En el decenio de los sesenta, la teoría del desarrollo imperaba como explicación fundamental de la historia y la situación actual de los países de América Latina. Dicho desarrollo, se movía dentro de un continuum sobre el cual era posible *prever* y *planificar* el futuro, o al menos tener la ilusión de hacerlo, en la medida en que se suponía que los países *crecen*, como los animales y las plantas, y ese crecimiento tiene un porvenir natural, ya conocido, para lo cual basta esperar a que se de el crecimiento normal de cada uno de ellos, hasta alcanzar el deseado desarrollo. Como resultado de esta visión del mundo, la planificación se convirtió en la panacea de la administración y aun de la política.

El sector salud no podía sustraerse a una influencia tan fuerte, al punto de que aún ella esta vigente, por lo cual implementó sus herramientas de planificación y su marco teórico, el cual se denominó, las relaciones entre la salud y el desarrollo.

Durante el apogeo de esta tendencia en el análisis de la salud, fue cuando, influenciado por mis estudios de sociología y planificación realizados en Chile, en donde se estaba abriendo paso una crítica sistemática al modelo desarrollista, pude plasmar esas críticas y sus implicaciones en cuanto a las relaciones de la salud con la vida socioeconómica, en el texto "Salud, Medicina y Clases Sociales".

En resumen decía allí, que la teoría del desarrollo era ahistórica, lineal, organicista, lo que en la práctica se traducía en una teoría conservadora, limitante del cambio y la iniciativa sociales, supeditada a un determinado tipo de organización social. Decíamos que, en ese marco, las relaciones entre la salud y el desarrollo eran una simple transposición del concepto de desarrollo al concepto de salud, lo cual convertía esas relaciones en una tautología.

Desde el punto de vista de este trabajo, lo que interesa es recalcar la concepción implícita del estado, propia de la teoría del desarrollo, según la cual, el estado desempeña un papel secundario, puesto que la evolución de un país se da por su crecimiento y desarrollo en un modelo natural y prácticamente predeterminado, según la analogía con el crecimiento orgánico de los seres vivos, y no por el papel del estado como expresión concreta de una organización social.

B. Modelos Alternativos.

La elaboración de modelos económicos que pretendieron y en buena medida lograron superar el desarrollismo, como los presentados por O. Sunkel y otros, mostraban la realidad de América Latina, no como el resultado de recorrer un camino preestablecido, sino como expresión de una determinada estructura de la producción y reproducción social, vinculada de una manera diferencial a los centros de poder a nivel mundial.

Fue así como dentro de lo que se denomina como el modelo primario exportador, o de crecimiento hacia afuera, se podía explicar al menos en parte, la estructura del poblamiento, el tipo de forma de producción, —en haciendas y enclaves básicamente—, la influencia de los países con los que se tenía esa relación primario exportadora, etc.

En el caso de la salud, aportábamos en el texto citado, como al rededor de un modelo así, se generaba una cierta forma de prestación de servicios de salud, la cual podía ser agrupada en tres sistemas a saber: el familiar, el hospitalario y el de automedicación.

La aparición posterior de un modelo de sustitución de importaciones o de crecimiento hacia adentro, aunque no significó la desaparición del modelo anterior, sí permitió explicar y entender la emergencia de nuevas formas de producción, sus peculiaridades según los países y las regiones, la transformación de las relaciones con los países llamados centrales o metrópolis, la emergencia de nuevos sectores y clases sociales, los cambios en las relaciones de poder y en nuestro interés específico, las repercusiones que esos cambios tienen en la estructura social y concretamente en la prestación de servicios de atención médica para la población. Sobre este punto señalábamos en el trabajo en mención como se configuraba un sistema privado de servicios de salud, en el que además de la medicina de tipo familiar, aparecían las clínicas y consultorios privados, emergía un sistema de seguridad social para los sectores vinculados salarialmente a empresas privadas o estatales y un sector de asistencia pública para el resto de la población. Se anotaba la persistencia del sistema de automedicación.

II. EL ANALISIS DEL PODER Y DEL ESTADO

A. Limitaciones.

El estudio de los modelos mencionados, constituyó un indudable avance con respecto al modelo desarrollista, incluso en cuanto a la introducción del problema del poder, en la medida en que el modelo primario exportador desde el punto de vista político, era ubicado como un modelo colonial y semicolonial y el modelo de sustitución de importaciones, como un esquema de tipo neocolonial, con lo cual, se establecían las relaciones de dependencia externa, las cuales con las variaciones mencionadas, han enmarcado la evolución histórica de nuestros países.

Al establecer el análisis político en términos de centroperiferia, países dominantes y países dominados, metrópoli periferia, según los análisis de G. Frank y otros y de Mario Arrubia entre nosotros, claramente influenciados por la perspectiva marxista del imperialismo, se produjo un efecto de subvaloración del papel del estado en los países dominados o periféricos, con lo cual en la práctica se le daba al estado un papel secundario, a la manera como lo subestimaba el modelo desarrollista.

Así tanto desde el punto de vista tradicional como desde el punto de vista de la izquierda marxista, el papel del estado estuvo prácticamente ausente o en el mejor de los casos, reducido a un ente secundario y en cierta medida no determinante en el proceso social, económico y político de América Latina.

Desde el punto de vista tradicional, esto se dió por las razones ya expuestas. Desde el punto de vista de la izquierda, a más del problema del privilegio de lo externo, por basarse en un estado de clase, aplicado como modelo regido y dogmático, según el cual, el modo de producción capitalista está ya consolidado e incluso en proceso de extinción, impidió la percepción de fisuras de clase, de contradicciones antagónicas y no antagónicas, intra e interclase, e hizo aparecer al estado como consolidado y solo modificable por un proceso revolucionario, única fuente de cambio según tal esquematismo.

Conceptos como burguesía nacional, reformas y transformaciones, fueron rechazados y estigmatizados como reaccionarios y contrarios a la teoría revolucionaria.

En el caso colombiano, las limitaciones para un análisis del estado, provenientes de las perspectivas teóricas mencionadas, se vieron reforzadas por la instauración del esquema frentenacionalista de manejo del gobierno, bajo el cual se ha formado más de una generación y que con su policlasismo, y su suprapartidismo, logró, al menos en parte, ocultar los intereses de clase, subrayando así, para la mirada empírica la idea de que el estado es solo la instancia mediadora y reguladora de la vida social y política, con lo cual la tesis del estado de clase como expresión de poder, quedó semiocultada y un tanto menospreciada, aún por quienes, sustentándola, hacían énfasis en la residencia externa del poder.

De hecho se produjo en la época, una especie de vacío en el análisis del estado, y una confusión, proveniente de los elementos citados como una forma de organización para la producción y reproducción biológica, social y política, y el aparato estatal de gobierno.

El análisis del estado según la primera acepción, estuvo entonces en buena parte ausente. Lo que se hizo fue un análisis limitado de las estructuras gubernamentales.

Debo acá reconocer que estas limitaciones anotadas, están indudablemente presentes en el texto al cual he venido aludiendo.

B. Elementos Teóricos para Superar el Análisis

En el decenio de los sesenta, aparecieron algunos aportes teóricos, los cuales han permitido la progresiva superación del vacío en el análisis político del que hemos venido comentando.

A nivel latinoamericano, la llamada teoría de la dependencia de F. E. Cardoso y E. Faletto, contribuyó con los elementos suficientes para centrar la atención de la dinámica capitalista, no solo en las relaciones centro periferia, sino en las condiciones internas, particulares, de los diferentes países de la región y no como un elemento marginal sino determinante en el desarrollo capitalista, aun de los países centrales y por supuesto de los periféricos.

Se pasó así de una teoría de dominación vertical, centro periferia, a una relación de dependencia, de interdependencia, la cual permite comprender y mantener los aportes del análisis centro periferia a nivel mundial, pero a la vez da paso y posibilita el análisis de las relaciones internas dentro de los diferentes países, como elemento imprescindible para una mejor comprensión de cada uno de ellos y del sistema en su conjunto.

En el terreno de la economía, el análisis del inter cambio desigual de S. Amin, desempeñó un papel importante en esta dirección.

Refiriéndonos concretamente a Colombia, debemos destacar como aportes teóricos de apoyo a este tipo de reflexión, los trabajos, entre otros, de A. Tirado, sobre las guerras civiles durante el siglo pasado y particularmente el más reciente, sobre la reforma constitucional del 36 y su relación con la constitución del 86, en los que se demuestra básicamente, como en el siglo XIX, era difícil hablar de un estado homogéneo y consolidado entre nosotros y como, a pesar de tener una constitución como la del 86, bastante prolija y aparentemente consistente, fue básicamente letra muerta, incluso aplicada con base en artículos de excepción. Solo hasta el año 36, puede hablarse, según lo anterior, de un cuerpo constitucional que da forma y coherencia a un proyecto concreto de estado para Colombia.

Por su parte, E. Zuleta, refiriéndose a los aspectos ideológicos y culturales, señalaba como no podía en rigor, hablarse de una cultura colombiana y apuntaba con la erudición y perspicacia que lo caracterizan, a la existencia de por lo menos tres culturas en el país, como son las de las vertientes, las del altiplano cundiboyacense y la del caribe, para no hablar de la del litoral pacífico, la de los llanos etc. . .

Quiero mencionar también el trabajo quizás poco conocido de P. Onquist sobre la violencia, en el cual señala como no puede haber una explicación unicausal del problema, pues encontraba diferentes tipos de razones para su existencia según las regiones del país, en donde en unas el elemento primordial era de carác-

ter partidario, en otras lo era el religioso, en otras se trataba de un problema de tenencia de la tierra, e incluso cita casos de rivalidades de tipo clásico tradicional entre veredas y pueblos vecinos. Señala como el florecimiento, la emergencia de todas estas formas de expresión social violenta, solo adquiere sentido en el contexto de la ausencia de un estado, capaz de normatizar e intervenir en diferentes regiones y circunstancias.

En la misma dirección, yo señalaba en un trabajo inédito sobre el café, la diferencia en la aparición de un ejército nacional entre países como Chile y Colombia y como en este último el ejército se vino a organizar como tal a principios de siglo y la policía nacional, a mediados de él.

Con este conjunto de elementos, puede aceptarse con cierta solidez, la tesis de que el estado en Colombia, es un estado en proceso de reciente consolidación, a diferencia de apreciaciones según las cuales ese estado es algo natural y propio de la organización social nuestra y algo ya acabado y monolítico, con plena vigencia en la vida del país, desde tiempos inmemoriales.

III. ESTADO NACIONAL Y COYUNTURA INTERNACIONAL

En el proceso de consolidación del estado nacional en Colombia, de reciente data como hemos dicho y aún en formación, se da en una coyuntura internacional particular, la cual es necesario caracterizar así sea de manera muy general.

Se da este proceso en un momento en que las formas monopólicas propias del desarrollo capitalista, han superado las barreras o límites de tipo nacional, constituyéndose en forma de conglomerados económicos transnacionales, con capacidad e influencia económica y aún política en diversos países con formas de tecnologías diferentes según esos países y en ocasiones con mercancías producto de trabajos y componentes provenientes de las más diversas partes del mundo.

Al lado de esto encontramos la polarización Este Oeste, con la consolidación de dos centros de poder político también con el carácter de supranacionales y con presencia activa y permanente en las diferentes situaciones políticas del orbe, de la cual es bastante difícil, por no decir imposible, sustraerse, como puede apreciarse en la experiencia de los países no alineados.

La existencia de instrumentos de economía política de carácter supranacional, tales como el BID, el

FMI etc., reguladoras e interventoras en la economía de los países y la presencia de alianzas militares tipo OTAN o UNITAS, con su teoría de la seguridad nacional, son otros factores que no pueden ignorarse dentro de nuestra perspectiva.

Emerge pues el estado colombiano con una cierta capacidad de movilizar al país, de manipular y orientar ciertas conductas y políticas, de impulsar proyectos políticos con cierta autonomía, en el momento en el que las rigideces y presiones internacionales son más fuertes y limitadoras objetivamente de esa autonomía relativa que empieza a conquistar en lo interno.

Esta situación es importante por cuanto marca una diferencia fundamental del proceso político colombiano si se le compara con otros países del área, como México, Brasil, Chile y Argentina por ejemplo.

IV. ANALISIS DEL PROCESO DE CONSOLIDACION DEL ESTADO COLOMBIANO

Con estos elementos y bajo esta perspectiva, el análisis y estudio del estado en América Latina y en Colombia, descubre una serie de elementos sin los cuales no es posible comprender lo que sucede en la vida económica, cultural y social de un país, ni tampoco los procesos dados dentro del llamado sector salud, hasta ahora tratado como un sector técnico, aseptico, o incluso por mi mismo, bajo una perspectiva socioeconómica en la que reconozco hoy un vacío en cuanto a estos elementos se refiere.

Intentar un abordaje en el cual el estado y el problema del poder esten presentes, plantea un evidente grado de complejidad, introduce sesgos adicionales y nos coloca ante el riesgo de atender a lo ideológico por sobre lo científico. Sin embargo considero que es un riesgo que hay que correr, si se quiere superar el grado de abstracción con el que venimos estudiando especialmente lo relacionado con la enfermedad y las prácticas sociales para combatirla.

A. Aspectos Generales de la Consolidación del Estado.

Hemos señalado cómo la reforma constitucional de Alfonso López P., fue el epicentro y punto de referencia para el proceso de consolidación del estado, según los entendidos en la materia.

Este proceso se da, con mayor o menor fuerza, en todos los aspectos de la vida del país y comienza a cubrir todo el territorio nacional.

La emergencia del sector industrial, tanto en las ciudades como en el campo, se constituyen en el motor y condicionante de todo este proceso, al ampliar la escala de producción, generar economías externas, reproduciendo de forma ampliada el capital, lo que ha ido convirtiendo al país, de un conjunto de regiones, económica y culturalmente individualizadas, en un territorio base de un único y gran mercado. Este fenómeno impuso una serie de condiciones al conjunto de la vida nacional en terrenos tales como: la banca, el transporte, las comunicaciones, la administración pública, el sector energético y con menor fuerza en educación y con mucho menor aún en el sector de prestación de servicios de atención médica, lo cual constituye una de las tesis del presente trabajo.

De acuerdo a estas exigencias el país se ha venido transformando, hasta el punto en que fue necesario adecuar la administración del estado a esta situación, como lo señalamos con E. Trujillo y G. Perdomo, en un trabajo sobre 20 años de gasto en salud en Colombia. La reforma constitucional de 1968 por C. Lleras R., creó la infraestructura gubernamental para adecuarse a las nuevas exigencias del mercado y del capital, conformando los institutos descentralizados, figura jurídica y administrativa pensada como adecuada para superar la ingerencia de la organización municipal y departamental, considerada como entorpecedora de políticas de tipo e interés nacional. Curiosamente y así lo señalamos y lo seguimos sosteniendo, estos institutos descentralizados, fueron la herramienta más eficaz de una política fuertemente centralizadora, especialmente en los aspectos de mayor interés para el sector productivo.

B. El Sector Salud

Enmarcado en los lineamientos generales esbozados hasta ahora, veamos cual ha sido la trayectoria del sector durante el periodo analizado, partiendo de la base de que lo ocurrido en el sector, es el producto residual de un proceso más general, en el que el carácter residual significa, que no es el resultado de una política expresa y fundamentada técnicamente, al mismo tiempo que se ha adelantado con un presupuesto también residual, en el sentido de que en Colombia el gasto en salud nunca ha sido prioritario y por el contrario es una especie de amortiguador de las exigencias ocasionales de otros sectores.

Aceptando esta hipótesis como cierta, podemos comprender entonces, la existencia y persistencia de los llamados subsectores, su independencia entre ellos la multiplicidad de iniciativas políticas y teóricas en salud, la falta de continuidad de ellas y sus limitacio-

nes y las variaciones en cuanto al gasto en el sector. En otras palabras, se le comienza a encontrar sentido y explicación al aparente caos por el que atravesamos en el sector.

1. Servicios de Salud y Asistencia Pública.

El legislador del 36, adelantándose en mucho a los actuales planificadores de la salud, precisó que la asistencia pública debía prestarla el estado, a quienes no pudiendo costearla tampoco tienen derecho a ella.

Este artículo de la Carta Constitucional tiene varias implicaciones de la mayor importancia a saber:

a. Introduce la distinción entre servicios de salud así:

aquellos que se prestan a los ciudadanos a través de diferentes mecanismos, con distintos tipos de financiamiento, coberturas específicas etc., y la asistencia pública que sería aquel tipo de servicios, materia obligatoria de prestación por parte del estado.

b. Es interesante anotar cómo, inicialmente la asistencia pública era un concepto de gran amplitud, el cual cubría desde la protección del niño, la prestación de servicios médicos y hospitalarios, hasta la protección del anciano y el minusválido. Posteriormente el legislador en un progresivo recorte a la amplitud del concepto lo fracciona, dejándolo en un cierto grado de imprecisión, hasta el punto de reducirlo al actual concepto de cobertura con atención primaria, o cobertura con palmadita en el hombre como le ha denominado en algunas ocasiones.

c. Establece la existencia de los subsectores que hoy conocemos en la medida en que habla de tres tipos de ciudadanos; los que tienen derecho y como costear sus necesidades, quienes corresponden a lo que se conoce como sector privado; los que tienen derecho pero limitaciones en su capacidad de compra de servicios, y que se conoce como el subsector de seguridad social o mixto; y los que no tienen derechos ni posibilidades de costearse los y que corresponde a lo que es el subsector de la asistencia pública.

d. Permite en la medida en que establece en el tiempo el tipo de compromisos que adquiere el estado en materia de prestación de servicios, comprender entonces que la obligatoriedad adquirida por él en esta materia, no le es algo inherente o natural, sino que es el resultado de factores sociopolíticos y económicos, que hacen que un estado en un país y en un momento si pueda asumirla.

e. Otro aspecto básico es el de que, el reconocimiento de la existencia de varios tipos de ciudadanos con diferentes derechos y con acceso diferencial a los servicios que pueda prestar el estado y la sociedad, establece con cierta claridad la diferencia entre estado como concepto amplio de organización social y el gobierno. Señala también el hecho de que el excedente económico es apropiado de diferentes maneras en el conjunto de la sociedad y como el gobierno es solo una de las formas de apropiación y distribución de dicho excedente. Esto significa además que el gobierno asigna recursos para todos los tres tipos de ciudadanos y no solamente para los indigentes y muchas veces lo hace para ellos en forma muy parcial y esporádica.

Analizadas así las implicaciones del texto de la Carta Magna, nos vemos obligados a plantearnos un problema mucho más general, cual es el de como se produce el excedente económico, como se distribuye, en que cuantía, con que intereses políticos y a cual o cuales sectores de la población beneficia y para nuestro tema, si el sector salud es o no un mecanismo de distribución o redistribución del ingreso.

Si este es nuestro propósito e interés, es necesario mantener una perspectiva global sobre el conjunto de la sociedad y no limitarse a lo que ocurre en el aspecto gubernamental.

2. La Estructura Gubernamental en Salud.

A pesar de que el legislador compromete al estado con una cierta concepción de la asistencia pública para un sector de la población, la adecuación gubernamental con miras a cumplir tal mandato, ha sido incierta, vacilante y en muchos casos favorecedora de la prestación de servicios a otros sectores bien diferentes a los señalados.

Haciendo un breve recuento histórico, encontramos que hasta bien entrado el presente siglo, el gobierno colombiano no disponía de una sección administrativa para prestar servicios de salud.

Después de los años treinta existía una sección de higiene adscrita al Ministerio de Educación, la cual dió paso en los cuarenta, a un Ministerio de Higiene para transformarse finalmente en el actual Ministerio de Salud en un proceso en el cual no interesan tanto los nombres, las fechas ni las personas, cuanto los contenidos y significados de dicho proceso.

Quiere esto decir que hasta bien entrada la década de los treinta, la orientación básica de la estructura gubernamental en salud estaba claramente orientada hacia el concepto de higiene.

La parte correspondiente a la atención médica a las personas, no era asumida por el gobierno, en la medida en que esta se hacía a través de diferentes modalidades a saber;

- a. Privadamente a nivel del médico de familia y de los consultorios y clínicas privadas, los cuales comienzan a aparecer desde los años veinte.
- b. A través del Instituto de Seguridad Social y de las cajas de compensación o previsión, creadas por ley entre los años 35 y 45 pero bajo sistemas mixtos de administración y financiamiento.
- c. A través de fundaciones privadas, civiles o religiosas, en los hospitales de caridad, los cuales invariablemente se denominaron de San Vicente de Paúl o de San Juan de Dios, en todas las ciudades y pueblos del país.

La orientación hacia el concepto de higiene, el cual en la perspectiva de Foucault, significa una cierta relación con la idea de control y vigilancia, obedeció a una concesión al punto de vista de los países importadores de nuestro productos primarios, según el cual, lo importante era mantener activa la producción de dichos bienes para lo cual, la actividad sanitaria debía estar orientada a mejorar el ambiente en el cual se producían dichos productos. Este punto de vista, explica como lo señaló J. C. García, buena parte de las inversiones de las fundaciones norteamericanas dedicadas al sector salud en América Latina, como es el caso de la Fundación Rockefeller y en el caso del gobierno colombiano, explica la presencia tutelar de lo que se denominaba el Punto IV, agencia oficial norteamericana, en la existencia y orientación del entonces Ministerio de Higiene, cuyas acciones básicas se dirigieron a la letrización, especialmente en las zonas cafeteras y por otra parte a la lucha contra la malaria. Acorde con lo anterior se puede comprender la predominancia de personal relacionado con la ingeniería y similares en la planta de cargos de la institución.

A mediados del decenio de los 50, y ya formalmente bajo la denominación de Ministerio de Salud, se da un proceso de medicalización del ministerio, en el sentido de que se abrió paso una orientación dirigida predominantemente a la atención a las personas, produciéndose así un incremento de las profesiones como la medicina y la enfermería. Este proceso se materializó en el 68, con la creación del INSFOPAL y del INPES, entre otros, instituciones encargadas de asumir con una cierta independencia las funciones de higiene, dejando en el ministerio propiamente tal lo relacionado con la atención médica.

Al asumir estos institutos el manejo de los acueductos para poblaciones menores de 50.000 habitantes, se estaba reconociendo que el manejo de este recurso para las ciudades más grandes ya no se hace por intermedio de entidades de salud, sino a través de empresas municipales o departamentales.

El fortalecimiento de la orientación hacia la atención médica dentro del ministerio, se consolidó en el año 72, cuando se propuso un rediseño del sistema nacional de salud, dentro del cual se llegó a pensar incluso en la integración, de la parte médica del seguro social y las cajas de previsión, bajo el manejo directo del ministerio, quien quedaría convertido así en el responsable de la atención médica para la mayoría de la población.

Esta tendencia sin embargo, no tuvo continuidad ni en los lineamientos teóricos, ni en la asignación presupuestal.

En efecto, el ministerio había asumido, mediante la política del situado fiscal, el financiamiento de la mayoría de los hospitales del país, grandes y pequeños del país, incluyendo los pertenecientes a algunas fundaciones privadas. Esta situación parecía ser el resultado de esa política de asumir la atención médica. Pero no fue así. Rápidamente comenzó a fallar la aplicación rigurosa de los porcentajes dedicados a la salud, dentro del situado fiscal, como lo señalamos en nuestro trabajo sobre gasto en salud y a materializarse la tendencia actual, en la que si se analiza el gasto en salud a precios constantes y en un análisis per cápita, el gobierno asigna cada vez menos presupuesto real para la salud y particularmente la atención médica, situación incluso reconocida por el gobierno en muchos de los informes ante el congreso.

Paralelamente a lo anterior, comienza a hacer carrera una particular interpretación del concepto de atención primaria, según la cual, esta modalidad de atención es una medicina simplificada, destinada a atender a los sectores de menores ingresos en la sociedad. A pesar de que esta interpretación ha sido combatida desde muchos ángulos y niveles, con sólidos argumentos políticos y técnicos, y de que no encuentra aval ni siquiera en las vagas formulaciones de la OMS y de la OPS, a logrado imponerse entre nosotros al punto de estar convirtiendo al ministerio en un ministerio de atención primaria en salud.

Un reflejo de esta situación, es la actual etapa en la que hay un estancamiento en la vinculación de personal médico y de enfermería, con un incremento del personal vinculado al área de educación y de sociales, a la vez que se vinculan menos profesionales y más técnicos. Al mismo tiempo se acentúa

la crisis financiera de las principales instituciones hospitalarias del país, y se limita el año rural obligatorio para los profesionales de la salud.

No albergo ninguna duda sobre el sentido actual de la política de salud, es decir, de que estamos ante un proceso de abandono progresivo de las funciones de prestación de servicios de atención médica, disfrazada de una política de cobertura con atención primaria.

3. La Estructura no Gubernamental en Salud.

Al analizar el comportamiento del sector gubernamental en el sentido en el que lo hemos hecho, el impacto de la tendencia señalada en el sector no gubernamental, se da en términos de un estímulo para la atención médica en sus niveles secundario y terciario por parte del sector privado, en la medida en que la prestación de este servicio no se hace por parte del gobierno, con lo cual se deja liberado a las fuerzas del mercado de oferta de servicios médicos privados.

Resulta así explicable la progresiva aparición de facultades de medicina privadas, hoy más numerosas que las públicas, la aparición de sociedades médicas dedicadas a la consulta la hospitalización y en ocasiones aún a la prevención, algunas manejadas por profesionales médicos convertidos en empresarios de la salud y otras por empresarios de otros sectores, entre los que se destaca el sector financiero con las compañías de seguros a la cabeza, fenómeno este plenamente desarrollado en Estados Unidos y parcialmente en otros países de América Latina.

La expansión de la medicina privada, no se limita a la esfera de las grandes empresas sino que se extiende a toda la población y en todos los niveles. La presencia de consultorios privados y laboratorios alrededor de los centros de salud oficiales en los barrios populares y de clase media, es una clara expresión de lo que venimos sosteniendo.

En el campo de la seguridad social, el panorama es al menos confuso. La tendencia actual parece ser la de frenar la inversión en entidades de tipo hospitalario y expandir los servicios de consulta al plano familiar y algunos sectores laborales independientes. En la práctica esto último no ha tenido el desarrollo esperado y por el contrario el seguro cada vez realiza más contratos de prestación de servicios especializados con entidades y clínicas privadas.

Desde el punto de vista de la gestión, cada vez son más fuertes las voces que solicitan dejarla en manos de los patronos y cada vez son más débiles las que hablan de una gestión en manos de los usuarios.

Al llamar la atención sobre este fenómeno, no lo hacemos en el sentido de descalificarlo, sino en el sentido de mostrar cuales son los causas reales por los que se mueve nuestro sistema de salud. Incluso no dudo de que la experiencia acumulada en estas formas de prestación de servicios, pueda ser la base de alternativas, que con un sentido diferente al lucro individual, nos permite innovar en la organización y administración del sector.

V. LA DISTRIBUCION DE EXCEDENTES EN EL ESTADO COLOMBIANO

De acuerdo a las consideraciones hechas hasta ahora, existe un proceso de consolidación del estado el cual se caracteriza en su conjunto por los siguientes aspectos:

- a. Producción y apropiación privada del excedente.
- b. Estructura gubernamental que orienta el excedente que le corresponde, hacia la infraestructura de la producción, la cual no resulta rentable para el nivel privado.
- c. Una tendencia estatal a reducir el papel del gobierno, como redistribuidor directo del excedente social.

Dicho de otra manera, el proceso de consolidación del estado no es homogéneo y se da con mayor fuerza en aquellos aspectos tendientes a favorecer la apropiación privada del excedente, y con menos fuerza en aquellos aspectos en los que el gobierno puede desempeñar el papel de redistribuidor directo.

La expresión de una política así en el sector salud, se da en términos de una gran ambivalencia, manifiesta en el hecho señalado de una vacilación en cuanto a la prestación de servicios de atención médica, la difusión y falta de claridad en cuanto a la política ambiental y de saneamiento, la persistencia de al menos tres subsectores, con claro predominio del sector privado, quien es al final de cuentas el real orientador de la política en el ramo.

VI. HACIA LA DEFINICION DE UNA POLITICA ESTATAL Y UNA DE GOBIERNO

A. Política Global.

Si se acepta que la coyuntura actual del país pasa por un proceso de consolidación del estado en un contexto de fuertes restricciones externas, tanto en lo político como en lo económico, estamos en condiciones de proponer una hipótesis en el sentido de

que existe la posibilidad y además la necesidad de plantear reformas, las cuales adecúen el proceso de consolidación y lo desarrollen, a la vez que den respuesta a la situación sociopolítica, que consiste a mi modo de ver, en una fuerte tensión producto del abismo político, económico y cultural entre las clases sociales, tensión que deberá bajar drásticamente bien por la vía de la reforma o bien por la de la insurrección.

Consciente de las dificultades para formular apreciaciones sobre estos aspectos, me atrevo a señalar que en el futuro inmediato, el país estará transitando por la implantación de una corriente reformista, dado que las condiciones de la política internacional, han demostrado que aún los procesos revolucionarios dependen de presiones y limitaciones externas y dado que las condiciones de la política nacional, muestran la disposición de algunos sectores sociales de las clases en el poder, para introducir y aceptar reformas, que amplíen la participación ciudadana en la vida económica y política, no por razones humanísticas por supuesto sino por que lo consideran obligado y necesario, para mantener su cuota de poder.

Parece pues haber la aceptación de la imperiosa necesidad de iniciar un proceso de redistribución del excedente económico, el cual beneficie a sectores de la población hasta ahora fuertemente excluidos. Este proceso parece viable por razones de tipo político, como la tensión social, y por razones de tipo económico, como las necesidades impuestas por el desarrollo actual del capital y su necesaria ampliación del mercado.

Como no parece viable una política para la salud si no existe una política contextual acorde con ella o que le dé cabida, será necesario acordar y formular explícitamente, la aceptación de una mayor distribución del excedente económico y un amplio proceso de democratización, entendido como un mayor acceso de la población a las decisiones en el terreno político, económico y social, como marco general en el que se desarrolle cualquier política sectorial.

Sin una tal orientación, será impensable una situación en salud diferente a la actual, es decir la permanencia de subsectores aislados e independientes, un franco proceso de privatización y una consiguiente cobertura por debajo de la expansión del mercado y por supuesto del crecimiento de la población.

Pero antes de formular una política para la salud en el entendido de que el supuesto anterior se dé, es necesario decidir si la atención médica integral es o no, un buen mecanismo para redistribuir el excedente. Mi impresión inicial es la de que sí.

Me parece necesario en este momento del análisis hacer algunas precisiones conceptuales;

Es necesario reconocer que las formas de administración y organización de tipo gubernamental, no son los únicos mecanismos para implementar una política de redistribución, lo cual es aún más cierto en el caso de la atención médica.

Quiero decir que se ha tomado la bandera de la gubernamentalización de los servicios de salud, llamados por algunos de manera inexacta, como nacionalización, como la única garantía de dicha distribución, tesis discutible al menos a la luz de un análisis histórico y de la experiencia en otras latitudes.

Perfectamente puede pensarse en instituciones no gubernamentales, del tipo autogestión o co-gestión, cooperativismo etc., en las cuales con la presencia y fiscalía del gobierno, los usuarios y quienes prestan el servicio, estén al frente de las decisiones sobre la institución y la prestación del servicio.

Serían pues entidades de tipo privado en el sentido de no ser del gobierno, pero no lo serían en el sentido capitalista, puesto que su fin no sería la reproducción del capital y su apropiación individual, sino la prestación de un servicio en condiciones dignas para los funcionarios y óptimas para los usuarios.

Hay que aceptar que la iniciativa privada, no es patrimonio de una mentalidad capitalista de apropiación de riqueza, y que esta puede ser orientada al bienestar social y no al lucro individual.

Es necesario también hacer caer en cuenta, de que la nacionalización o gubernamentalización como la hemos denominado, no siempre conduce a la socialización del excedente, sino que en muchos casos por el contrario puede conducir a la socialización de las pérdidas, como en el caso de la nacionalización de la banca mexicana, o el de la nacionalización de la deuda externa de Colombia.

Debo además plantear con claridad la tesis de que nacionalización, o asunción de funciones por parte del gobierno no es sinónimo de centralización de la administración, de la asignación de recursos y de la definición de políticas.

Por el contrario, en el caso particular de Colombia con su extensión geográfica, diversidad topográfica, regionalización étnica, cultural e histórica, lo adecuado parece ser una gestión presupuestal, administrativa y técnica de nivel regional y aun de nivel local lo cual se torna casi obligado, si a la vez se

insiste en una política de participación de la comunidad.

B. Política Específica

La delimitación de una política específica basada en los supuestos establecidos y en una propuesta global como la enunciada, deberá hacerse a mi juicio, sobre cinco aspectos fundamentales a saber:

1. El financiamiento
2. El Conocimiento en salud.
3. La tecnología
4. La administración
5. La participación de la comunidad.

1. El financiamiento:

Existiendo limitaciones personales y profesionales para abordar el tema, nos animamos a hacerlo, por cuanto en sus aspectos generales, debe ser tratado además en sus contenidos políticos e ideológicos, dado que se refiere a decisiones generales sobre el deber ser nacional, sobre el qué se produce, el como, el para que y para quién. En sus aspectos específicos, nos sentimos autorizados a hacerlo, ante los hallazgos de nuestra investigación ya mencionada sobre 20 años de gasto en salud, en la que además de encontrar una disminución del gasto gubernamental en salud, a precios constantes y en un análisis percapita, encontramos la imposibilidad de conocer el gasto no gubernamental, la diferencia entre lo legislado, lo presupuestado lo ejecutado y lo girado, las diferencias entre la información de la contraloría, planeación nacional y el ministerio, las variaciones en la política de asignación de recursos y su arbitrariedad etc., con lo cual se demuestra que este tema debe ser abordado multidisciplinariamente y con apreciaciones que superen los aspectos técnicos propiamente tales.

El primer problema que se nos presenta es el que resulta de la formulación de la pregunta, ¿cuánto gastar en salud?

La respuesta a este interrogante tiene dos aspectos a saber: El monto total del producto del país y su excedente, y la proporción de este, la cual ha de ser destinada para la prestación de servicios y particularmente para atención médica.

En cuanto al monto total, se trata de un problema eminentemente político en el nivel general del estado y en el caso del excedente, debe inscribirse en una decisión sobre su forma de distribución en la sociedad.

Si entendemos el excedente E, como la diferencia entre lo producido P, y lo consumido C, entonces, $E = P - C$, en donde el aumento de E solo puede resultar del incremento de P o de la disminución de C. Esto último aunque puede darse si se trata de un consumo suntuario, se considera constante por las dificultades políticas y culturales para modificarlo.

El aumento del producto depende básicamente de la inversión, por lo cual en Colombia dependerá de la apertura de frentes de producción como el caso del petróleo o del carbón, de donde deberá pensarse desde ahora en destinar parte de este incremento para ser gastado en atención médica.

Una forma de aumentar el excedente disponible es impidiendo que continúe el saqueo al que se somete la economía nacional por parte de quienes son los dueños directos de las unidades productivas. El monto de la economía subterránea según los cálculos más conservadores supera varias veces al de la economía formal. Cuando hablamos de la economía subterránea, no nos referimos solo al narcotráfico, sino a aquella que se ha montado para la evasión de impuestos, la exportación de capitales etc. Claro está que una modificación en esta situación requiere algo más que una decisión formal.

Habrà que encontrar pues los mecanismos, los recursos técnicos y políticos para lograr que se de una mayor redistribución del excedente, bien sea através del gobierno o de otras formas. La discusión sobre este punto, aunque trascendental y obligada, supera las pretensiones de estas líneas y deberá desarrollarse en otro momento y en otros niveles.

En cuanto a la proporción del gasto por sectores, parece existir ya una tecnología que permite calcular con una serie de supuestos controlados, cual proporción debe destinarse al funcionamiento y expansión del sector productivo y cuanto para el sector denominado de servicios, en el cual está incluida la prestación de servicios de atención médica. No parece aconsejable pretender aumentar los recursos del sector, a expensas de otros sectores, sino como se ha dicho, a expensas de un aumento de la producción y a expensas de impedir la apropiación individual de la producción social.

Lo importante parece ser, que una vez fijado ese monto y esa proporción a la luz de una política general y global, se mantenga en esa proporción y en términos reales, es decir, en precios constantes.

Con lo anterior estamos diciendo de paso, que la forma gubernamental de captación de excedentes a

través de los impuestos, debe ser preferencialmente dirigida a la fuente de producción y a las formas de apropiación del capital.

Puede aceptarse la utilización de gravámenes al consumo como el caso de formas de prepago, bajo formas de administración no necesariamente estatales sino cooperativas o cogestionarias como ya se insinúa.

En cualquier caso lo central es la identificación de los sectores sociales productores del excedente y contribuyentes, y aquellos sectores receptores de los beneficios de la redistribución, de tal manera que pueda saberse cual es el origen social y económico de los recursos y cual es su destino.

Por esta razón en caso de utilizarse formas de prepago, esto deberá ser como producto de una política general de salarios y de un control directo sobre los impuestos pagados por la población a la cual se le aplica esta modalidad.

El otro problema relacionado con el financiamiento proviene de la formulación de la pregunta ¿cómo gastar?

Inscritos en la perspectiva de una política descentralizada y regionalizada, resulta obligatorio formular el financiamiento en esa misma orientación.

Puede aceptarse la necesidad de un gasto nacional centralizado y gubernamental, el cual deberá definirse en organismos en los cuales exista una representación de las regiones y en donde se traten aspectos tales como importación de insumos y equipos, construcción de redes de infraestructura, como la red de Frío, información, investigación básica, producción de insumos, equipos, biológicos, etc. Deberán definirse estos gastos por funcionarios representativos de lo regional quienes buscan un interés general y no por funcionarios centralizados, sin arraigo ninguno con la realidad operativa del país.

El grueso del gasto, deberá ser asignado mediante mecanismos como el situado fiscal, no solo sectorialmente como en la actualidad lo es para salud y educación, sino regional y localmente, de tal manera que en estos niveles y en sus instituciones se pueda contar con un presupuesto propio y con la dirección de su ejecución y evaluación. Sería en este nivel en donde funcionarían algunas formas financiadas por sistemas de prepago y cogestión, de manera independiente, o combinadas con las formas gubernamentales, siempre dentro de un marco normativo, técnico y salarial similar, aunque no necesariamente idéntico.

Una forma escalonada de implementar una política así, permite la posibilidad de superar las dificultades obvias provenientes de sectores de la población actualmente con un servicio deficiente pero por el cual no tienen que pagar, como es el caso de los maestros.

En el caso colombiano, se da la situación peculiar por decir lo menos, en la cual el gasto en salud, proviene en lo sustancial de los recaudos por loterías y ventas y consumo de cigarrillos y licores, producidos éstos últimos en su gran mayoría por el Estado.

Hemos configurado pues un estado cantinero y en él hemos cifrado el desarrollo de la prestación de los servicios de salud.

Esta claro que el problema del financiamiento, según lo hemos analizado, no es tanto el de donde provienen los recursos, entendido esto como de cual bolsillo se saca, sino de la cantidad de dinero disponible. Sin embargo, el que el gasto en salud provenga entre nosotros del azar, el licor y el tabaco, no deja de ser inquietante desde la perspectiva de que si no se es fumador, bebedor y jugador, no habrá determinado tipo de servicios, por otra parte tan preciados teóricamente como lo son los de educación y salud.

Esta inquietud ética si se quiere, quedaría calmada si el origen de nuestros recursos proviniera de otras fuentes.

Podría pensarse destinar lo proveniente de las fuentes mencionadas al financiamiento por ejemplo de la policía ya que la mayoría de sus actividades surgen precisamente para controlar y combatir los efectos del consumo del licor como son la violencia individual, los accidentes y los diferentes tipos de agresión personal, o por ejemplo, para un fondo de catástrofes y calamidades públicas no cotidianas.

2. El Conocimiento en Salud.

Como lo señalaba en el libro "Salud Medicina y Clases Sociales" el resultado actual del conocimiento en salud y su práctica profesional, es el resultado de varios factores a saber

- Factores técnicos y científicos para desarrollar el conocimiento, los que obligan a la especialización, debido a la progresiva complejidad y especificidad de dicho conocimiento y de su aplicación tecnológica.

Factores sociales, los cuales tienen que ver con la apropiación del conocimiento y su parcelación, de

tal manera que permita una utilización individual y un lucro particular de dicha apropiación.

Según lo planteado hasta ahora, habrá que diseñar e impulsar una política que, respetando la problemática científica y técnica, trate de hacer más accesible el conocimiento en salud para que los ciudadanos puedan ser partícipes de la prevención y el cuidado de su cuerpo y de su vida.

Para ello se propone una política de dos frentes:

- Hacia la población: Política de educación en salud para llevar los conocimientos básicos sobre el cuerpo, la enfermedad, su prevención y tratamiento a toda la población.

Esta política se implementará a través del sector responsable de la educación mediante la preparación del magisterio en estos aspectos y la adopción de currícula a todos los niveles, los cuales deberán tener un contenido tal, que estos temas sean referencial obligada de los alumnos en su paso por la educación básica y media y en su relación con diferentes asignaturas, tal como se ha ensayado ya en otros países, entre los cuales destaco la experiencia mexicana, con sus textos únicos para educación básica en los que el tema de la salud está permanentemente presente.

Pretender hacer educación en salud exclusivamente a través de el sector es a mi juicio, desaprovechar la infraestructura educativa y dispersar los recursos de las instituciones de atención médica.

- Hacia los profesionales y trabajadores del sector. Política según la cual se permitan los más altos grados de desarrollo y especialización, pero al mismo tiempo abra las compuertas interprofesionales y por niveles, de tal manera que exista una movilidad hacia arriba, permita que, la especialización y la orientación hacia una u otra rama o aspecto de la salud, sea el fruto de una práctica y un ejercicio y no de una decisión a priori.

Esta apertura por lo demás tiene una base jurídica actual en la reforma postsecundaria, Ley 80 de 1980, en la cual se introduce la educación tecnológica y la posibilidad de su posterior profesionalización.

Existe además gran experiencia y productiva por cierto, en la formación de personas de la comunidad con capacitación en salud, en la práctica generalizada de primeros auxilios e inyectología y en reasignación de funciones antes exclusivas de los médicos y ahora practicadas exitosamente por otros profesionales

3. La Tecnología

— Tecnología médica propiamente tal. Los avances científicos en la tecnología médica parecen colocarnos en una corriente de innovación tan poderosa, que resulta aparentemente incontrolable. Sin embargo, la experiencia demuestra que muchos de estos avances son el producto de verdades transitorias y otros, de intereses ajenos a la búsqueda de una lucha eficaz contra la enfermedad y son más bien el producto de intereses relacionados con la producción y venta de mercancías de todo tipo.

Resulta pues necesario establecer mecanismos para hacer que la adopción tecnológica obedezca en lo posible, a razones científicas y no comerciales o de interés individual.

La colectivización de las decisiones al respecto, mediante formas participativas, de auditoría médica, pueden ser un principio de acción en este sentido.

— Tecnología de prestación de servicios de atención médica. La combinación de las diferentes formas de prestar este servicio parece ser aceptada a todos los niveles. La dificultad estriba en como se hace dicha combinación. Se acepta a nivel teórico, la regionalización, la referencia, tres niveles de atención incluyendo la primaria y la participación de la comunidad, sin embargo, el énfasis en una u otra forma, no parece que pueda ser establecido, si no se han definido una serie de políticas generales y específicas como las que hemos comentado.

De todas maneras este proceso de combinación de las diferentes estrategias y técnicas en salud, parece tener que pasar por un proceso en el cual las expectativas de la población, como resultado de su progresivo conocimiento en salud, sean satisfechas por un sistema y unos profesionales, quienes mediante la discusión conjunta, delimiten el perfil de adecuación tecnológica en un momento dado, para una población dada.

Hay que desechar de plano, los extremos según los cuales, hay que proporcionar las más sofisticadas tecnologías para cualquier consulta, o por el contrario, limitan la acción estatal y/o gubernamental a formas simplificadas de atención médica y de saneamiento.

4. La Administración

Siempre que se plantee la posibilidad de reformar el sector, se recurre a la figura de una reorganización administrativa. Un ejemplo de esto es la propuesta

para un Rediseño del Sistema Nacional de Salud, formulada por un grupo especial de consulta del cual hice parte en 1972, y plasmado legal y parcialmente en 1975. Aquella experiencia de innegable importancia para el país y par mí a nivel profesional, me ha llevado a la convicción de que, aunque es necesaria una reorganización administrativa del sector, esta tiene que estar enmarcada en una política clara pero amplia la cual no puede ser impuesta, sino aplicada mediante consensos progresivos o decisiones de mayorías, de manera tendencial y por etapas, la cual de cabida al intento de modificación de situaciones con raíces históricas y finalmente, que no debe ser formulada en términos puntuales, sino que permita alternativas diferentes en un mismo momento y modificables a través del tiempo.

En este contexto se plantea la necesidad de concentrar los recursos físicos, humanos y financieros, relacionados con la vida y la enfermedad de la población, de manera que se de una mayor utilización de ellos, se evite la dispersión o el paralelismo y se de cuenta de la tendencia histórica de lo que ha ocurrido en el país, según ya hejmos señalado.

Por esta razón, se propone antes que una reorganización, una redefinición del sector en los siguientes términos tendenciales:

— Agrupación de aquellos aspectos relacionados con el control, protección y saneamiento ambiental.

Se trata de intentar una mayor consistencia a la forma actual como se tratan los recursos renovables mediante por lo menos una coordinación entre aquellos sectores o instituciones que influyen, utilizan o transforman recursos tales como el agua y el aire.

No tiene razón de ser el que los encargados de construir los grandes embalses para el sector energético, no tengan en cuenta las necesidades de distribución y consumo de agua para las poblaciones circundantes. Igualmente esta agrupación administrativa alrededor de lo ambiental deberá velar por la conservación de los bosques al rededor de las fuentes hidrográficas, la limpieza de ellas e incluso su potabilización. La propuesta va pues por el lado de buscar y lograr una coordinación entre todos aquellos que de una manera u otra, tienen una relación directa con este tipo de recursos, evitando de paso, conflictos como los actuales entre entidades de tipo municipal, obligadas por la magnitud de sus proyectos, a intervenir a veces abusivamente, en la jurisdicción de otros municipios. De hecho y como ya lo señalamos antes, los grandes proyectos tanto de acueductos como de alcantarillados, así como los relacionados con los em-

bales para generación hidroeléctrica, se manejan actualmente por fuera de la esfera de acción del Ministerio de Salud de manera muchas veces incoordinada aún con otros proyectos de la misma área.

En la actualidad el Ministerio de Salud maneja recursos destinados al consumo de agua, de manera marginal, para comunidades pequeñas lo que conduce a mi juicio, a una dispersión de recursos, a una pérdida de la posibilidad de utilizar y beneficiarse de las economías externas y de escala y además a una distorsión en términos de la asignación de presupuesto para los recursos de atención médica propiamente tal.

Un ministerio o una coordinación de estas entidades, no libera al gobierno de tener una entidad encargada de la vigilancia y control ambiental, en el marco de acción de todos los sectores de la economía, para lo cual deberá crearse una instancia supra-ministerial, a nivel de departamento administrativo, o mejor aún, a nivel de una procuraduría de protección del medio ambiente, la cual supere las limitaciones actuales del INDERENA, por el solo hecho, entre otras de depender del ministerio de agricultura en donde residen formas de producción altamente contaminantes.

Por supuesto que una alternativa de este tipo, no supone una independencia total del ministerio de salud, por cuanto se hace necesaria una asistencia técnica en lo relacionado a la calidad de las aguas destinadas al consumo humano por ejemplo, pero la cual puede hacerse perfectamente si se generan los mecanismos debidos para una coordinación.

Aquellos aspectos relacionados con el control de basuras, el de insectos, roedores, al igual que el sacrificio de animales para el consumo humano, de hecho y cada vez más, se alejan del control del ministerio de salud, lo cual tiene su razón de ser, debiendo institucionalizarse esta tendencia histórica delegando estas funciones, definitivamente en las instituciones, tales como empresas varias o empresas municipales o metropolitanas, con las cuales el ministerio solo tendrá una relación normativa y de asesoría.

En el caso de comunidades pequeñas, estas funciones al igual que las de vigilancia de centros de expendio de alimentos y bebidas, deberán realizarse por la vía de organizaciones intermunicipales las primeras y por mecanismos de tipo policivo las segundas, ambas claramente independientes del sector salud.

Aspectos relacionados con la contaminación de ríos, del aire, etc., tampoco debería realizar el sector,

sino que deberían asignarse como responsabilidad de los sectores o entidades quienes autorizan el funcionamiento de las factorías contaminantes, como el Ministerio de Desarrollo, quien por esta razón, cuenta con la autoridad suficiente para ejercer dicho control y aplicar las sanciones del caso. Lo anterior es válido para los problemas de contaminación con ruido.

— Agrupamiento de una serie de funciones y actividades alrededor de un sector de bienestar social. En la actualidad se plantean en el país una estructura organizativa, en la cual se plantean paralelismos y dualidades, los cuales pueden ser corregidos si se logra un acuerdo al nivel político en el que estamos planteando esta alternativa tendencial.

Se ha dado un paso importante con la separación del cubrimiento de los riesgos de invalidez, vejez y muerte, de los de enfermar. Los beneficios de esta separación, podrían aprovecharse mejor si se amplía la conformación de un sector, el cual mediante la coordinación o el agrupamiento institucional, atienda los aspectos relacionados con la protección del niño, del anciano, del minusválido, teniendo en cuenta que estos pertenecen al llamado sector improductivo y que al mismo tiempo son grandes consumidores de servicios, como el de la salud, la recreación, etc., y que en general requieren un bienestar social, cuyo financiamiento no lo pueden generar ellos mismos, pero al que tienen derecho, los unos por ser el sector productivo del futuro y los otros por cuanto ya aportaron su cuota de producción y actividad a la sociedad.

— Finalmente, se propone el agrupamiento o la coordinación institucional entre aquellos sectores o instituciones cuya responsabilidad es la atención médica propiamente tal, como algunas dependencias de ministerio de salud, las cajas de previsión social, la atención médica del seguro e incluso algunas instituciones privada a las que se podría vincular mediante convenios específicos.

Cuando hablamos de atención médica, lo hacemos en el sentido de una atención médica integral, practicada por un equipo multidisciplinario que realice acciones curativas y preventivas.

Lo que se busca es una mayor racionalidad en términos de la especificidad de las funciones que pueden realizar los profesionales con capacitación en el cuidado de las personas, en toda su complejidad, aceptando que el cuidado del ambiente y los lugares de trabajo, son responsabilidad de la sociedad en su conjunto y no del sector de atención médica en particular.

Según lo anterior el sector de atención médica deberá realizar actividades de tipo preventivo pero limitándose a aquellas a las que tiene acceso y conocimiento por su capacitación profesional, tales como vacunación, consultas de asintomáticos y algunas labores educativas con grupos de pacientes sobre aspectos muy específicos.

Se trata de poner límites a una cierta megalomanía, implícita en algunas concepciones según las cuales, los médicos son los llamados a cuidar de todos los aspectos de la salud de las personas y de los factores que la afectan, en un proceso denominado por Illych, como de medicalización de la sociedad.

5. Participación de la comunidad.

Para terminar, mencionamos este aspecto, como parte importante del establecimiento de lineamientos generales, tendientes a definir una política estatal y de gobierno en salud.

Actualmente este tema es un componente obligado de toda política, por recomendación técnica de nivel internacional y por que por lo menos para algunos, ciertas decisiones generales deben pasar por la consulta y aprobación de aquellos grupos afectados por ellas.

Para efectos de una racionalidad en las modalidades de consulta y participación, dividiremos a la población entre, aquella vinculada directamente al sector, o relacionada con el y con la que hay que trabajar en coordinación, y aquella a la que podríamos llamar el resto de la población o la población general.

Cuando hablamos de la población vinculada al sector, nos estamos refiriendo a la necesidad de ampliar la gama de colaboración y participación de todas las personas quienes de una manera u otra trabajamos en él. Las experiencias obtenidas en cuanto a la utilidad e importancia de la participación de personal no médico, incluyendo al administrativo, en el manejo de programas, su diseño y ejecución, al igual que en el manejo global de los diferentes aspectos de la administración en salud, son razón suficiente para propiciar una política de participación de la comunidad de salud en su propia gestión y trabajo. Ejemplos de lo anterior, se encuentran en las experiencias de comités de vigilancia, los cuales cuando han sido instalados en el seguro, muestran una importante participación de los profesionales, los trabajadores y los sindicatos.

Así mismo se conoce la importancia de la participación del personal administrativo, en el diseño, ejecución y evaluación de programas o campañas de

vacunación, de encuestas de morbilidad etc.

Dentro de esta población, quiero destacar el papel que juegan y pueden jugar los pacientes, en aspectos tales como el cuidado de su propia enfermedad y la de pacientes con igual diagnóstico, demostrado ampliamente en las sociedades o clubes de diabéticos, hipertensos etc. .

Igualmente se sabe de la posibilidad real de que los pacientes, mediante una adecuada clarificación de sus deberes y derechos dentro del hospital, puedan contribuir muy eficazmente en aspectos terapéuticos y administrativos de la vida diaria de la institución, de la cual hacen parte transitoriamente, pero sin la cual esta no tiene sentido.

La población intra sector, deberá ser el objeto central de las acciones en educación, en salud desarrolladas por el sector. Es impresionante, en ocasiones, la cantidad de conocimientos que tiene el personal que trabaja en las diferentes modalidades de atención médica integral, totalmente desaprovechados, casi siempre sin razón, o por la persistencia de prejuicios de tipo gremial.

Resulta injustificado que personas en contacto directo con quienes tienen la formación y los conocimientos en salud, carezcan de los más elementales conocimientos sobre el cuidado de su cuerpo y sus condiciones de vida.

Con un cuerpo sistematizado de conocimientos, este personal se convertirá en un educador en salud más, para quienes tienen contacto con él.

Cuando hablamos de la población con la cual tenemos que trabajar en coordinación, nos referimos especialmente aquellos como el del sector educativo, con el cual es absolutamente imprescindible establecer una estrecha relación, si se quiere una amplia y eficaz cobertura en cuanto a educación en salud se refiere.

La participación de este personal en la elaboración de los contenidos de los programas para la educación básica y media es de la mayor importancia.

Cuando nos referimos a la población general, pensamos que esta puede y debe participar en salud, pero no solo en salud sino en los demás aspectos de la vida del país, lo cual se logrará con una decisión y un trabajo que supera al sector salud en particular.

Lo que se propone es pues un trabajo de participación en aquellas esferas en las que existe una posibi-

lidad real e inmediata de lograr una participación efectiva de un sector de la población, cual es el que de alguna manera ya está vinculado a la salud y que actualmente no participa, es decir la población de pacientes, la del personal vinculado a la prestación de servicios y la del magisterio, como grupos prioritarios.

En resumen, planteamos las razones históricas, por las cuales podemos entender las tendencias actuales dentro de la política del sector salud, para permitir la posibilidad de manifestar un acuerdo o desacuerdo sobre esas tendencias y según la posición, proponer refuerzos de ellas o sus correctivos.

Se encuentra una ausencia del problema del poder y del estado en la definición de políticas de salud.

Se señala una tendencia a la privatización de los servicios médicos, como expresión de que entre nosotros, su prestación no es una forma de redistribución del ingreso.

La privatización se interpreta como efecto directo del desarrollo del capital, del proceso de consolidación del estado y de la ampliación del mercado.

Se detecta una participación marginal del sector salud en el proceso general de desarrollo del país, lo cual explica su incoordinación, sus políticas cambiantes y su pobreza relativa de recursos.

Se postula la necesidad de lograr un acuerdo político a diferentes niveles y en diferentes áreas, el cual permita orientar el futuro desarrollo de la salud, de manera tendencial y progresiva en un marco de reformas dentro del estado.

Finalmente se sugieren algunas orientaciones en los campos de financiamiento, la tecnología, el conocimiento en salud, la administración de los servicios en el nivel macro y la participación de la comunidad

Este trabajo es el resultado de la conferencia presentada dentro del ciclo sobre Salud y Sociedad en el Martes del Paraninfo, Medellín, Septiembre de 1985, organizado por la Universidad de Antioquia y el grupo Salud Colombia.

Fue presentado en las Jornadas de Salud Pública organizadas por la Sociedad Vallecaucana de Salud Pública y el grupo Salud Comunidad en Cali, diciembre de 1985.