

Marco teórico para la gestión descentralizada de las políticas de salud

A propósito de la propuesta de reestructuración del Instituto Metropolitano de Salud de Medellín, Metrosalud

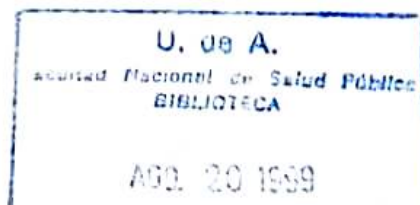
Álvaro Cardona

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

Resumen

Se analiza la relación que hay entre centralización y descentralización como herramientas político-administrativas para la gestión de los asuntos públicos, teniendo en consideración el concepto de unidad territorial del Estado, y cómo esta relación debe tenerse en cuenta cuando se definen políticas de descentralización para el sector salud, de tal manera que la búsqueda de mayor eficiencia institucional no contradiga el concepto de integralidad con el que deben orientarse las variables determinantes del proceso salud-enfermedad de las comunidades.

Se hace una revisión de la articulación entre disposiciones centralistas y descentralistas en algunas legislaciones consideradas hitos históricos en el desarrollo de la salud pública, tales como la Ley de Salud Pública, de 1848 en Gran Bretaña, el modelo bismarckiano de seguridad social instaurado en Alemania en 1883, el modelo socialista



de aseguramiento de la salud en la Unión Soviética y el Servicio Nacional de Salud puesto en funcionamiento en el Reino Unido en 1948.

Se propone asumir en la ciudad de Medellín la política de Ciudad Saludable como mecanismo para afrontar integralmente los problemas de salud de la comunidad.

Palabras claves: centralización, descentralización, salud pública, ciudad saludable, Medellín.

Summary

This paper analyses the relationship between centralization and decentralization as political and administrative tools for management of political issues, bearing in mind the concept of territorial unit of the state, which must be taken into account when the policies on health decentralization are defined, so as to avoid that the seeking of higher institutional efficiency does not contradict the integral concept of illness-health process.

A review of several landmark legislations about public health and social security is presented and how there is a closed relationship between centralized and decentralized decisions, such as the Public Health Act in Great Britain in 1848, the Bismarck model of social security carried out in Germany in 1883, the socialist insurance model, and the National Health Service implemented in the United Kingdom in 1948.

The proposal of assuming the 'Healthy City Policy' in Medellín is finally presented as a mechanism to deal with the community health problems in an integral way.

Key words: centralization, decentralization, public health, healthy city, Medellín (Colombia).

1. La relación entre centralización y descentralización

El proceso de descentralización de los procesos administrativos, políticos y sociales se ha constituido en una de las más

importantes políticas de democratización de la gestión pública en todo el mundo. Las principales razones que arguyen los defensores de la descentralización son las siguientes:

1. Las naciones son organizaciones que deben tener una escala óptima para funcionar con eficiencia, lo que hace necesario que, para ciertas actividades, la organización que las tiene a su cargo no sea de carácter nacional, sino estatal o municipal, para que la gestión sea productiva.¹

2. Existen identidades regionales y locales que hacen necesario dotar a las regiones de capacidad de autodeterminación.²

Es de común aceptación por parte de los teóricos que mediante la gestión descentralizada de las soluciones a las necesidades de la comunidad se logran propósitos como los siguientes:

- Mejorar la eficacia en la solución de los problemas, en virtud de que la relación necesidad-respuesta encuentra allí una potenciación de los términos de la ecuación, dadas las mejores posibilidades de identificación de los problemas específicos que hay que resolver, así como de lograr una mayor sinergia en la acción de los ciudadanos que integran cada comunidad específica. Ello porque con la descentralización se logra "reducir la brecha entre el nivel al que se toman las decisiones y el nivel al que se dan los problemas".³

- Orientar la participación de la comunidad en función de la contribución a la solución de problemas, mediante su incor-

poración a todas las etapas del proceso de toma de decisiones, con lo que se cualifica notablemente el proceso participativo. Ello debe contribuir a la construcción de formas modernas de Estado, que estén basadas en la democracia participativa como superación de las formas restrictivas de democracia representativa.^{4,5}

- Mejorar la formación de identidades que mejoren la articulación de la sociedad a escala local.

No obstante, es necesario tener presente lo dicho por Herman Heller, de que dentro del concepto de unidad territorial del Estado y de su función en la activación y el mantenimiento de la cooperación social, aquél es una unidad organizada de decisión y acción que existe en la multiplicidad de centros de acción reales y autónomos, ya individuales, ya colectivos. Según Heller, la ley de la organización es la ley básica de formación del Estado. Su unidad es la unidad real de una estructura activa, cuya existencia, como cooperación humana, se hace posible gracias a la acción de "órganos especiales" conscientemente dirigida hacia la formación eficaz de unidad.⁶

A la luz de estos conceptos, parece válido acoger que centralización y descentralización constituyen una unidad de polos contradictorios, cuya definición,

Marco teórico para la gestión descentralizada de las políticas de salud

en un momento histórico determinado, sólo puede darse precisamente por las particularidades de las circunstancias que hagan posible y deseable un determinado y específico nivel de equilibrio entre los dos términos, y que sea eficaz para el cumplimiento de la función del Estado de activar y mantener la cooperación social.

Según Hans Kelsen, los estados históricos no han sido ni plenamente centralizados ni descentralizados por completo; siempre ha habido en ellos una parte de centralización y otra de descentralización, habiéndose aproximado más o menos, según los casos, a uno u otro de estos tipos ideales. La distinción entre centralización y descentralización no obedece a antítesis absolutas sino a diferencias de contenidos dentro de una unidad indestructible.⁷

La descentralización presupone que existen ámbitos territoriales en los cuales el establecimiento de las normas y de los mecanismos para su cabal ejecución -en problemas que competen exclusivamente a sus ciudadanos- son potestad exclusiva de las autoridades que estas entidades territoriales se hayan dado. De lo anterior se desprende que los ciudadanos de esa unidad territorial local, además de los asuntos que competen exclusivamente a ellos, tienen otras obligaciones y derechos que superan el ámbito local, para entrar a interrelacionarse con las de los miembros

de otras unidades locales, con las cuales forman un conjunto que es la unidad más general que los agrupa, y que en su nivel superior es la nación.⁸

En otras palabras, es tan insostenible la idea de una centralización total de las funciones públicas como la de suponer que puede desaparecer toda necesidad de mando centralizado. Una descentralización que no contenga la contraparte centralista en el punto extremo significa la disolución de cualquier criterio de integración, coordinación y sinergia social. "Si bien los términos centralización/descentralización son opuestos, entre ellos se da un proceso dialéctico que genera una continuidad en el tiempo en el cual existen grados de centralización/descentralización determinando gradientes de concentración del poder que van del nivel central al estatal, provincial, o local".⁹

Consideraciones semejantes deben tenerse en cuenta en el nivel más restringido y específico de la administración de las organizaciones. En el desarrollo teórico de la administración, la tensión entre centralización y descentralización siempre ha estado presente. Idalberto Chiavenato señala que en la organización línea-staff que se encuentra frecuentemente en las organizaciones de nuestro tiempo, se puede presentar una enorme gama de variaciones en la distribución de la autoridad, que va desde una fuerte

centralización hasta una descentralización muy amplia. Así, cada organización intenta sacar provecho de las ventajas del mantenimiento de la autoridad centralizada como de la descentralización hacia órganos periféricos. Cada organización debe adoptar esta decisión después de analizar, entre otros, los siguientes factores: tamaño de la organización, tipo de actividades o negocios de la organización, tendencias económicas y políticas del país, competencia de los subordinados y facilidad de información que permita la toma de decisiones.¹⁰

Cualquier esfuerzo coherente y fundamentado –que no obsesivo y aventurero– de avanzar en procesos de descentralización de utilidad social debe partir de juiciosas reflexiones sobre el perfil que históricamente ha logrado conformar la sociedad y sus organizaciones, pues será éste el que dará las pautas para establecer la adecuada relación entre acciones dirigidas centralizadamente y esfuerzos gestionados descentralizadamente.¹¹

Si aceptamos esta dimensión histórica para el análisis de la pertinencia de los procesos de descentralización, hemos de recordar también que las más respetables y consideradas teorías acerca de los mecanismos de funcionamiento de las complejas realidades que son las sociedades, tienen en común que destacan la interrelación dinámica de las

múltiples variables que participan de su estructura y funcionalidad. Asumen, así mismo, que ninguna de esas realidades complejas puede existir en función de alguna o algunas variables tomadas aisladamente del conjunto. Así puede desprenderse de los principios teóricos de las principales escuelas o enfoques modernos de la sociología, la antropología, la administración y la historia.

Se desprende de esto que si los procesos sociales están constituidos por la participación en ellos de variables políticas, económicas, culturales, sociales e institucionales, cualquier proceso de descentralización que intente conducir al ejercicio real de decisiones de poder en un ámbito específico, tiene que contemplar que todas esas variables puedan ser asumidas descentralizadamente en el nivel específico de la comunidad que será objeto-sujeto de la descentralización. Aquí no puede fraccionarse impunemente la integridad de los procesos sociales: las consecuencias de acciones de tal ilegitimidad teórica serían muy dañinas para esa comunidad. Como señala José Arocena, “las tradiciones centralistas han hecho proliferar los mecanismos de decisión vertical-sectoriales, desconociendo casi totalmente los procesos de conformación de las decisiones apoyadas en estructuras intersectoriales de base territorial. Acercar las instancias de decisión al ciudadano supone favorecer la creación de acciones de carácter

Marco teórico para la gestión descentralizada de las políticas de salud

interinstitucional territorialmente integradas".¹¹

En Colombia, como en otros países, muchos esfuerzos descentralizadores han fracasado o se han estancado en razón del olvido de estos fundamentos. Los resultados, hasta ahora poco alentadores, en el logro de los propósitos esenciales del proceso de descentralización colombiano constituyen una muestra próxima de que si estos procesos no son coherentes y ajustados a la realidad social global, sino que se fuerzan por sobre las condiciones que objetivamente comporta la sociedad, las consecuencias pueden ser desastrosas. Nadie en sus cabales podría desconocer que en el centro del huracán de la grave crisis nacional está el fracaso en el desarrollo de la política de descentralización. La crisis de los municipios y departamentos, con todo el cortejo de problemas sociales que la acompañan, es un grito hiriente contra tales desaciertos. De esto deben extraerse las justas conclusiones.

2. *Los procesos de descentralización en el sector salud y los criterios de la salud pública sobre la integralidad de los procesos*

Los esfuerzos de la humanidad por afrontar los temas relacionados con la salud de las comunidades han sido muy variados, y han evolucionando a lo largo de la historia en medio de

importantes debates y de muy distintas formas organizativas. Bien vale la pena destacar algunos hitos importantes.

Expedición en Gran Bretaña de la primera 'Ley de Salud Pública' (1848)

Hasta la expedición, en 1848 en Inglaterra, de la primera *Ley de Salud Pública*, la respuesta social a los problemas de salud en la generalidad de los países estaba restringida fundamentalmente a la prestación de servicios médico-asistenciales, a los cuales se accedía privadamente si las capacidades económicas lo permitían o mediante los servicios de asistencia pública que los gobiernos disponían para las llamadas personas indigentes, de una manera desarticulada a través de las autoridades locales.

En Inglaterra, la atención a los indigentes estaba reglamentada por la *Ley de Pobres*, que había sido expedida en 1601, y que tuvo una importante reforma en 1834 (en la que tuvo un importante protagonismo Edwin Chadwick), la cual se orientó en la dirección de aceptar que el Estado debía asumir centralizadamente las responsabilidades con aquellas personas indigentes y con la tarea de promover el bienestar.

Con este antecedente importante de por medio, la promulgación de la referida ley en Inglaterra señaló el inicio de un

cambio sustancial en la manera de afrontar los problemas de salud colectivos, asignándoles una gran importancia a las obras sanitarias y a las condiciones de vida y trabajo de las personas, pero también dio comienzo paralelamente a una etapa en la cual la creación de una estructura organizativa centralizada (que tuviera la responsabilidad de hacer cumplir disposiciones como las contenidas en la susodicha ley), estuvo en el centro de la discusión. La polémica estuvo centrada en el hecho de que las nuevas concepciones de la salud pública y las propuestas organizativas que de ellas se derivaban, contrastaban con teorías individualistas e intereses privados bastante fuertes. George Rosen anota: "Desde el comienzo, las actividades del 'Board of Health' encontraron la oposición de intereses creados. Aun sus más elementales propósitos para el mejoramiento de los alcantarillados y del suministro de agua encontraron oposición en nombre de los sagrados conceptos de la propiedad y la libertad humana".¹²

Edwin Chadwick, quien fue el principal impulsor de la nueva concepción de abordaje de los problemas colectivos de salud que subyace en la mencionada *Ley de Salud Pública*, tuvo además el mérito de lograr la aceptación de la idea de que la estructura organizativa necesaria para garantizar el cumplimiento de las disposiciones legales se fundamenta-

ra en una dirección de orden nacional (General Board of Health), que a su vez se apoyara en organismos locales (Local Board of Health). De esta manera, se facilitaría el cumplimiento de las disposiciones adoptadas por el organismo de dirección nacional. Igualmente, se logró que a nivel local se pudieran obtener poderes especiales para introducir regulaciones sanitarias que anteriormente eran de la exclusiva competencia del parlamento nacional.

Estas definiciones de la *Ley de Salud Pública* ya estaban insinuadas en el famoso informe de 1842 de la comisión encabezada por Chadwick, sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora de la Gran Bretaña. Esta comisión señaló entre sus conclusiones las siguientes:¹³

- Las medidas más importantes y prácticas con las cuales se mejorarían las condiciones sanitarias de las clases trabajadoras serían la construcción de alcantarillados públicos, la remoción de basuras de habitaciones y calles y el mejoramiento de los suministros de agua.

- Para la prevención de las enfermedades ocasionadas por mala ventilación y otras causas de impureza en los lugares de trabajo y otros sitios de aglomeración de personas, y para promover las medidas generales necesarias para prevenir enfermedades, sería conveniente: 1) asignar estas respon-

Marco teórico para la gestión descentralizada de las políticas de salud

sabilidades a un organismo administrativo de orden nacional; 2) conceder poderes adicionales a las autoridades locales para que garantizaran el cumplimiento de la ley; 3) el nombramiento de *district medical officers*, independientes de la práctica privada, que tuvieran la responsabilidad de iniciar estas medidas sanitarias.

Lo que quiero destacar es que Chadwick encabezó una ardua lucha por lograr que hubiera instancias organizativas que garantizaran el cumplimiento de las nuevas disposiciones contenidas en la Ley, y para ello impulsó nuevos principios de administración social, tales como la aceptación de la responsabilidad del gobierno central en el mejoramiento de las condiciones de pobreza de la población y, por tanto, la necesidad de establecer una organización burocrática del Estado que atendiera los asuntos sociales y que contara con administradores expertos.¹⁴ En ese propósito fue uno de los más entusiastas impulsores de lo que se llamó la *revolución administrativa* del gobierno del Reino Unido, que se caracterizó por la tendencia a centralizar decisiones y a confiar a organismos centralizados la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de las disposiciones legales, sin excluir la participación de los organismos locales, pero mediante disposiciones administrativas claramente establecidas. Recuérdese que hasta aquellos años la responsabilidad de las acciones

sociales había sido dejada a discreción de las autoridades locales y de las parroquias y sus responsables eclesiásticos, que en la mayoría de los casos no habían obtenido logros importantes, dado su escaso compromiso para hacer cumplir la ley.

Creación en Alemania del primer sistema de seguro social obligatorio (1883)

La seguridad social en Alemania tuvo uno de sus más importantes desarrollos con la implantación del seguro social de salud en 1883, bajo el gobierno del canciller Otto Von Bismarck. Este seguro se inició con el aseguramiento obligatorio de los trabajadores industriales, que luego se fue extendiendo a otros grupos poblacionales. En 1884 se instauró el seguro de accidentes y en 1889, el seguro de vejez e invalidez. El seguro de desempleo se creó en 1927.

Este *modelo bismarckiano de seguridad social* tuvo como característica desde su inicio el que su implantación obedeció a decisiones de regulación adoptadas por disposiciones legales de nivel central, pero con gran dispersión de instituciones encargadas de la garantía del aseguramiento.¹⁵

Con las decisiones legales emitidas por los órganos centrales del Estado se quiso garantizar uniformidad en los derechos de

los afiliados, según el concepto fundador de la solidaridad, mientras que con la multiplicidad de instituciones responsables del aseguramiento se buscó tener en cuenta las especificidades de los asegurados, según la actividad ocupacional y la región en que vivían. A ejemplo de este modelo se estructuraron los sistemas de seguridad social en muchos países del mundo.

Desarrollo del modelo socialista de aseguramiento en la Unión Soviética

Con el surgimiento de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas en la segunda década del siglo, se comenzó a estructurar un nuevo modelo de seguridad social, que fue conocido como modelo Semashko (quien fue comisario de salud de la URSS) o modelo socialista. Este modelo se erigió sobre la base de los postulados políticos y filosóficos del socialismo y tenía como características fundamentales las siguientes: 1) autoridad y control total por parte del Estado; 2) significativo nivel de centralización en la administración, la planificación y la financiación del sistema; 3) prestación de servicios asistenciales sin pago al momento de la atención y 4) financiación de los servicios por el presupuesto general del país.

No obstante la preeminente concepción centralista del sistema, su diseño dejaba márgenes

para la planificación y el desarrollo de iniciativas a los órganos de poder local.¹⁶ Según George Rosen, la Unión Soviética logró desarrollar mediante este modelo "el que es probablemente el más completamente integrado sistema de educación en salud".¹⁷

Aun cuando los cambios políticos sucedidos en la antigua Unión Soviética y en los otros países socialistas del este europeo han introducido profundas modificaciones en el sistema de seguridad social de esos países, los conceptos teóricos (entre los que se destacan el de la educación sanitaria y el manejo integral de los problemas de salud) y las ejecutorias prácticas del modelo que allí se experimentó por varias décadas deben ser tomados en consideración. Rosen señala que "la educación en salud es hoy una de las más importantes expresiones de la teoría moderna de la acción comunitaria en salud".¹⁸

Creación del 'Servicio Nacional de Salud' del Reino Unido (1948)

La creación del *Servicio Nacional de Salud* del Reino Unido, en 1948, fue el resultado final del estudio que, sobre las condiciones sanitarias del país, había presentado en 1942 una comisión encabezada por William Beveridge, nombrada por el gobierno del primer ministro Winston Churchill en 1941, a fin de que sugiriera un sistema de seguridad

Marco teórico para la gestión descentralizada de las políticas de salud

social que pudiera implantarse cuando finalizara la guerra.

La idea de un nuevo sistema de seguridad social tenía como antecedente notable la crisis a que había llegado la antigua *Ley de pobres* (recuérdese que éste era el instrumento legal a través del cual el gobierno disponía la atención de salud de las personas que no tenían capacidad económica para dispensarse atención privada) y la concepción de la pobreza que subyacía a ella.

En efecto, desde décadas atrás se venía poniendo en entredicho el concepto de que la pobreza era consecuencia de una irresponsable actitud individual. En contrario, habían surgido muchas voces que señalaban que la pobreza tenía causas sociales que debían ser afrontadas por toda la sociedad y por el gobierno mediante políticas sociales adecuadas.

Con el impulso de estas concepciones renovadoras, se habían llevado a efecto algunas iniciativas en que se integraban administrativamente actividades de salud preventivas y curativas. La propuesta de Beveridge de un *Servicio Nacional de Salud* sería la conclusión que integraba todos aquellos esfuerzos teóricos y prácticos.

El modelo propuesto por Beveridge insistía en la necesidad de subvenciones a las familias jóvenes, el desarrollo de políticas

de gobierno que garantizaran el pleno empleo y el establecimiento de un servicio nacional de salud integral que asegurara a todos los ciudadanos cualquier tratamiento médico que requirieran, bien fuera domiciliario, institucional, general o especializado, además de los suministros dentales, oftalmológicos, quirúrgicos y de rehabilitación.¹⁹

La creación del nuevo *Servicio Nacional de Salud* dio ocasión para que se estructurara paulatinamente una organización que tiene una instancia nacional encargada de la orientación y planeación general del servicio, de la asignación de los recursos y de la vigilancia del sistema, además de instancias regionales encargadas de garantizar la prestación de los servicios. Las posteriores reformas de 1974 y 1982 conservan este mismo espíritu.

También en esta experiencia inglesa pueden apreciarse los esfuerzos por articular de manera adecuada el concepto de la responsabilidad estatal por el bienestar de los ciudadanos, con las demandas de eficiencia que la prestación de los servicios requiere.

Esta rápida referencia histórica nos muestra algunos de los más significativos esfuerzos por resolver el problema de la atención de salud de las comunidades en países con diferentes características políticas, económicas, his-

tóricas y culturales. Y también, que el sector salud ha sido uno de los que más ha dinamizado la discusión y desarrollo de procesos administrativos que mejoren las posibilidades de responder a las necesidades sociales.

Y como ha podido observarse, la combinación de responsabilidades centralizadas por parte de los estados nacionales y de esfuerzos descentralizados por los mismos estados o por organizaciones comunitarias, han contribuido en cada circunstancia histórica a la obtención de logros en el mejoramiento de la calidad de vida y de salud de los pueblos. En general, puede decirse que los reformadores han aceptado en mayor o menor grado la necesidad de la intervención estatal central para manejar los desajustes sociales.

Estas experiencias históricas también nos permiten deducir la permanente preocupación por preservar la integridad de la concepción de la salud pública, por simplificar los trámites administrativos y por evitar que la excesiva preocupación por la administración asistencialista haga olvidar la tarea fundamental de los sistemas sanitarios de promover la salud de las comunidades.

A partir de aportes y consideraciones teóricas de hombres como Edwin Chadwick y William Beveridge en Inglaterra, Salomon Neumann y Rudolf

Virchow en Alemania, la salud pública ha incorporado como postulado fundamental suyo el siguiente: que las condiciones socioeconómicas tienen un decisivo efecto sobre la situación de salud de las comunidades y que donde aquellas condiciones logran mejorarse se mejoran igualmente las condiciones de salud.

El concepto de salud vinculado a la idea del bienestar ha venido a constituirse en la esencia del pensamiento de la salud pública. Y el concepto de bienestar convoca a la construcción social integrada y justa de todas aquellas variables que conforman la matriz por la que el bienestar se hace posible: la justa distribución de la riqueza, la participación democrática de los ciudadanos en la toma de decisiones, el acceso a la educación y al empleo, el disfrute de un medio ambiente saludable, la ponderada función del Estado en la planificación social, y por supuesto, el acceso a los servicios asistenciales cuando sean requeridos.

El objeto de trabajo de la salud pública está constituido como un esfuerzo permanente por comprender la complejidad de los procesos sociales que determinan las condiciones de bienestar y progreso social y derivar propuestas de acción que se orienten a la creación de condiciones colectivas que hagan sustentable el cuidado y la protección de la salud y la vida de todos los hombres

y mujeres.²⁰ Una sociedad específica tendrá que pensar entonces en la manera como afronta de manera integrada todas aquellas variables relacionadas con el bienestar y el progreso social. La desarticulación entre ellas, al olvidar algunas o suponer que cada una de ellas pueda manejarse separadamente, desdice de un adecuado ejercicio de salud pública, que seguramente dificultará afrontar exitosamente el reto de generar bienestar para todos los integrantes de esa comunidad.

La descentralización en el sector salud, si se aceptan las anteriores consideraciones, debe garantizar que se creen y mantengan las condiciones sociales, políticas, técnicas y administrativas que hagan posible ayudar a consolidar de manera integral el bienestar de las comunidades.

Creo que hay que ser enfáticos: la descentralización no puede ser un artificio precipitado para consolidar preceptos asistencialistas y eficientistas que mengüen la significación de la responsabilidad colectiva sobre la salud y el bienestar. De lo que se trata es de la escogencia de la mejor división funcional entre el Estado central, las entidades públicas locales y las comunidades, para lograr la mejor protección de la población.

La cuestión que se plantea estriba en cómo adecuar las instituciones a las necesidades actua-

les y a las posibilidades aportadas por los nuevos contextos políticos, tecno-científicos y administrativos, sin desechar los acumulados coherentes y válidos de una larga historia de brega teórica y práctica de la salud pública.

3. *El concepto de 'ciudad saludable' como alternativa coherente de política de salud para grandes ciudades*

La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado en las últimas décadas un concepto que permite la articulación de los distintos actores y variables del desarrollo, en función de la atención de la salud de las poblaciones de las grandes ciudades, a partir del criterio de la promoción de la salud: *ciudad saludable*.

El respaldo teórico de este concepto consiste en que en los municipios se dan las posibilidades para armonizar los esfuerzos de todos sus habitantes para decidir consensualmente sobre el manejo de las variables que han sido identificadas como determinantes y condicionantes de la situación de salud en las comunidades. Las administraciones municipales, actuando coherentemente con todos los actores sociales sobre la economía, el empleo, el medio ambiente, el planeamiento urbano, la participación comunitaria, la seguridad, la recreación, la cultura y la educación, pueden contribuir notablemente al mejoramiento de las

condiciones de vida y salud de sus habitantes.

Según la Organización Panamericana de la Salud, un municipio saludable es aquél "en que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, los propietarios, empresarios y trabajadores, y la sociedad, dedican constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armoniosa con el medio ambiente físico y natural y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la gestión social y la democracia".²¹

En la sustentación teórica del concepto de municipios y ciudades saludables, esta organización internacional destaca la necesidad de la intersectorialidad e integridad en el abordaje de los problemas de salud de las comunidades y en el proceso de transferencia de competencias desde el poder central hacia los municipios. Por eso destaca: "La política de municipios saludables coloca el énfasis en el compromiso, en la acción intersectorial, en la co-gestión social y, en la vinculación de las actividades políticas y las de instituciones públicas, privadas y de la comunidad al propósito de mejorar la salud de la población".²²

Este concepto hace referencia a la necesidad de que la

sociedad en su conjunto pueda establecer políticas que mejoren sus condiciones económicas, sociales y ambientales, y que cualifiquen la participación de todos los ciudadanos en la toma de decisiones. El concepto de ciudad saludable presupone, para poder cumplir estos propósitos, la importancia del liderazgo de su máxima autoridad político-administrativa, así como una gran voluntad participativa de todos los actores sociales.

Todo esto atiende a la idea de que es necesario introducir en la agenda política el tema de la salud, a fin de que con la participación de dirigentes políticos y las distintas expresiones de la comunidad (empresarios, trabajadores, organizaciones no gubernamentales, profesionales de la salud, aseguradores y proveedores de servicios de salud, ciudadanos en general) se le imprima coherencia y efectividad a los temas y acciones de salud.

El concepto de ciudad saludable permite, por otro lado, la posibilidad de explorar caminos para la participación pluralista en las decisiones sociales y buscar alternativas de gobernabilidad y legitimación de la acción estatal.

Resulta posible pensar que mediante la estrategia de ciudad saludable, Medellín logre integrar positivamente el liderazgo de su alcalde y la participación de la comunidad para lograr transfor-

Marco teórico para la gestión descentralizada de las políticas de salud

maciones importantes en las condiciones imperantes que afectan la salud de nuestras gentes. En este marco, podría afrontarse de mejor manera el tema de la violencia que se ha constituido en nuestro principal problema de salud pública, así como de tantos otros que no pueden resolverse por la vía del solo asistencialismo y que hoy golpean tan duramente a la ciudad: alcoholismo, drogadicción, accidentalidad vial, contaminación ambiental.

4. Valoración del estado del arte de la descentralización en la ciudad de Medellín

No puede decirse que sea auspicioso el avance del proceso descentralista en Colombia. Las fuertes amarras centralistas todavía supérstites, hacen que incluso ciudades con un alto nivel de población y de desarrollo económico y tecnológico, como Medellín, tengan muchas restricciones para el manejo autónomo de procesos que tienen mucho que ver con el bienestar y por tanto con las condiciones de salud de su población.

Si observamos la ciudad en su interior, constataremos que la descentralización hacia las zonas y comunas es prácticamente inexistente. Nadie podría atreverse a decir que en ellas existan las posibilidades de desarrollar procesos descentralizados que integren las variables más importantes del desarrollo social.

En la ciudad no hay delegación de responsabilidades político-administrativas ni de liderazgo que pudieran constituir el centro dinamizador de los procesos de descentralización dentro de ella. Las juntas administradoras locales no han dispuesto de niveles de funcionalidad y autonomía que les permita proyectarse como instancias nucleadoras de esfuerzos de sus respectivas comunidades. La estructura administrativa de la ciudad es centralizada y no se han constituido instancias zonales o comunales en las que se hayan delegado responsabilidades o a las que se haya dotado de algún nivel de autonomía.

En estas condiciones actuales, no hay manera de imaginar cómo podrían desarrollarse en las zonas y comunas de la ciudad procesos de confluencia política, económica y social que hicieran posible alcanzar logros de salud pública de manera descentralizada. La inexistencia de delegación de liderazgo político-administrativo y de un equipo administrativo descentralizado que pueda integrar esfuerzos para la generación de empleo, para la gestión ambiental, para el desarrollo educativo, para la promoción cultural y para la prestación oportuna de servicios de salud, niegan cualquier posibilidad de realizar procesos descentralizados integrales de salud en el corto plazo.

Las mismas unidades locales de prestación de servicios de

Metrosalud adolecen de grandes deficiencias técnico-administrativas que les imposibilita constituirse en fuerzas dinamizadoras de procesos de convergencia social, orientados al manejo integral de los problemas de salud de sus comunidades. La tendencia reciente a concentrarse en la prestación de servicios asistenciales para mantenerse a tono con las condiciones creadas por las implicaciones de la ley de reforma de la seguridad social en salud, la distancian más de aquella posibilidad de liderazgo. Al respecto, es pertinente la siguiente reflexión de Sergio Boisier:

“Aceptado el carácter dialéctico del proceso, no resulta indiferente sin embargo cuál es el actor político que inicia el movimiento descentralizador. Si es el Estado, la descentralización puede caer en un vacío formalista, lo que es peor, puede transformarse precisamente en un ejercicio no democrático en todos aquellos casos en que no existe un receptor social y políticamente adecuado. De aquí que se haya insistido fuertemente en otras oportunidades en la necesidad de *construir socialmente las regiones* para prepararlas para una práctica democrática de la descentralización política y territorial. Si el actor político que inicia el proceso es precisamente la región (considerada como un cuasi Estado), las posibilidades de un uso democrático del poder transferido son considerablemente mayores...”²³ (resaltado en el original).

Sólo recientemente, y como una muestra del dinamismo que puede llegar a tener la participación comunitaria, desde las organizaciones de pobladores de las zonas de la ciudad se viene levantando la lucha por el desarrollo de modelos de planeación zonal. Pero a pesar de su gran significación comunitaria, éste es un proceso que todavía debe ganarse el apoyo de las instancias políticas y de planeación de la ciudad, en las cuales parece existir aún un marcado desprecio por esta opción.

En esas condiciones, parece ser completamente inoportuna históricamente, e injustificada teóricamente, la propuesta de reestructurar a Metrosalud mediante su fragmentación en varias empresas sociales del estado. Hacerlo sería desconsiderar los argumentos recordados sobre la integridad de los procesos sociales generadores de bienestar y salud y caer fácilmente en una concepción netamente asistencialista de la salud pública que poco provecho nos traería.

5. Propuesta

No cabe duda de que la ciudad de Medellín debe comprometerse en el desarrollo de políticas y acciones que le impriman un renovado dinamismo al manejo de los problemas de salud de la comunidad. Así lo imponen las nuevas condiciones políticas, económicas y tecno-científicas a las

cuales no puede ser ajena la ciudad.

La generalidad de los analistas concuerdan en que la ciudad ha perdido la capacidad de promover procesos en salud pública que la destaquen como líder en el concierto nacional. Esta situación debe generar una reacción positiva de compromiso y audacia que nos conduzca a restituir el liderazgo perdido.

Es necesario que tengamos la capacidad de obtener los mayores logros posibles en el escenario definido por la Ley 100 de 1993, pero sin dejar de lado la evidencia incontestable de que el sector salud sufre una profunda crisis en el país y de que hay fundadas críticas tanto a elementos conceptuales de la ley como a la manera como ella ha venido desarrollándose.

Mi propuesta al Concejo Municipal y a la alcaldía de la ciudad es la siguiente:

- Acoger y desarrollar la política de *ciudad saludable* como un espacio de convergencia de los sectores productivos, académicos, institucionales y comunitarios, a fin de afrontar los complejos problemas de salud que tiene la ciudad en este periodo de transición hacia el nuevo siglo. Esta política debe ser liderada por el alcalde de la ciudad y coordinada por la Secretaría de Seguridad Social en Salud, y debe

marchar en el sentido de afianzar la participación del Estado en la garantía de la salud de la población.

- Mantener la unidad institucional que hoy tiene Metrosalud, pero al mismo tiempo realizar un gran esfuerzo para su modernización técnico-administrativa en el nivel central (que le permita superar las grandes deficiencias de gestión que ha venido acumulando) y para la adecuación técnico-administrativa de las unidades locales que les permita una mayor autonomía en su gestión y las vaya integrando a los procesos de planeación zonal.

- Constituir una comisión técnica dependiente del Concejo de Medellín que presente una propuesta de política integral de salud para la ciudad. Sería a partir de esa propuesta que el Concejo Municipal debería adoptar una decisión. No parece muy adecuada la idea de tomar decisiones sin respaldos técnicos, que parece ser lo que se ha hecho con el proyecto de acuerdo presentado al Concejo Municipal y que faculta al alcalde para que transforme la empresa social del Estado, Metrosalud.

Estas propuestas deberán incorporar un conjunto de elementos de tipo financiero, administrativo y tecnológico que podrán ser precisados si se acogen dichas propuestas.

Medellín, 30 de junio de 1998.

Referencias

1. Ruiz JF. La descentralización de los servicios de salud: obstáculos y soluciones. En: La descentralización de los servicios de salud: el caso de México. México, DF: Porrúa; 1986. p. 71
2. Arocena J. Algunas dimensiones del concepto de descentralización. En: Descentralización política y consolidación democrática. Caracas: Nueva Sociedad; 1991. p. 18.
3. Frenk J, et al. La investigación en sistemas de salud y la descentralización: el caso de la atención primaria. En: La descentralización de los servicios de salud: el caso de México. México, DF: Porrúa; 1986. p. 131.
4. Arocena J. op. cit. p. 19.
5. Cardona A. Participación ciudadana y salud. En: Fundamentos de salud pública. Medellín: CIB; 1997. Tomo 1. p. 98.
6. Heller H. Teoría del estado. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1974. p. 221, 247-248.
7. Kelsen H. Teoría general del estado. México, DF: Editora Nacional. p. 215.
8. Cardona A. Discusiones sobre descentralización. Medellín: Litocéis; 1988. p. 30.
9. Isaza P. Organización de servicios de salud y descentralización. En: La descentralización de los servicios de salud: el caso de México. México, DF: Porrúa; 1986. p. 197.
10. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. México, DF: McGraw-Hill; 1988. p. 192.
11. Arocena J. op. cit. p. 19.
12. Rosen G. A History of Public Health. New York: MD publications; 1958. p. 222.
13. Chadwick E. Report from the Poor Law Commissioners on an Inquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain. [Archivo de Internet]. <http://stg.brown.edu/projects/hypertext/landow/victorian/history/chadwick2.html>.
14. Davies A. Jeremy Bentham: the utilitarian foundations of collectivism. [Archivo de Internet]. <http://digiweb.com/igeldard/LA/heritage/bentham.txt>.
15. Queisser M. Seguridad social en Alemania. En: Regímenes pensionales. Santafé de Bogotá: Fescol; 1992. p. 100.
16. Zhilinskas YY. Metodología de planificación y financiamiento de salud pública soviética y sus aspectos económicos. La Habana; 1979. p. 20.
17. Rosen G. op. cit. p. 403.
18. Rosen G. op. cit. p. 404.
19. Chave SPW. The origins and development of public health. En: Holland WW, et al. Oxford Textbook of Public Health. Oxford: Oxford University Press; 1986. Volume 1. p. 13.
20. Cardona A. Relaciones entre salud pública, seguridad social y funcionalidad del Estado. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 1996;13(2):39.
21. Organización Panamericana de la Salud. El movimiento de Municipios Saludables en América. Washington, DC: OPS; 1992. p. 2.

22. Ibidem: p. 4.
23. Boisier S. La descentralización: un tema difuso y confuso. En: Descentralización política y consolidación democrática. Caracas: Nueva Sociedad, 1991. p. 35.