

**REPLANTEAMIENTO DE LAS  
POLÍTICAS DE SALUD EN LOS 90**  
**y perspectivas  
de las ciencias sociales**

***Victor Mario Estrada Ospina***

**L**a última década de este siglo xx se ha iniciado en medio de un creciente debate entre los cerrados partidarios del Neoliberalismo, que aboga por la reducción del gasto social y tiende hacia la privatización de los servicios sociales, y los enconados defensores del intervencionismo estatal. Este debate en el caso Colombiano se viene dando en el terreno, sobre cuál debe ser el enfoque de las políticas económicas y de las políticas sociales en el marco de la internacionalización de la economía. Seguir esta discusión y enriquecerla es una tarea prioritaria de las ciencias sociales, por las profundas implicaciones que puede tener para el futuro del país y en particular para la definición del enfoque sobre las políticas de salud.

Los cerrados partidarios del neoliberalismo parten de un falso supuesto, cuál es considerar al Estado colombiano como un estado esencialmente intervencionista en lo económico y lo social, a renglón seguido afirman la tesis de la ineficiencia estatal, para justificar como salida frente a la crisis la necesidad de impulsar la privatización de los servicios sociales. Esta tendencia se va haciendo dominante, razón por la cual debemos examinar con detenimiento, cuál ha sido el enfoque de las políticas sociales y el papel del estado frente al desarrollo social. Es en esta perspectiva que cobra sentido, en el caso de las políticas de salud, avanzar en su descripción y análisis,<sup>1</sup> para ir generando políticas alternativas con la participación activa de los conjuntos sociales, incluidos por supuesto el personal de salud, como una de las tareas prioritarias del momento; ello implica profundizar en la comprensión

desde el punto de vista teórico, es decir, examinar el marco conceptual, estrategias y metodologías, como también evaluar los resultados prácticos en términos de impacto social; es construyendo un conocimiento en doble vía, como podremos ir explicando el paradigma: ¿Políticas para la salud o Políticas en contra de la enfermedad?

### POLÍTICAS DE SALUD EN COLOMBIA:

#### UN BALANCE DE DOS DÉCADAS

A partir de la reforma administrativa de 1968 se inicia un proceso con el decreto 056 de 1973 que culmina con la expedición de una serie de decretos en 1975, los cuales establecen formalmente la estructura y organización del sistema nacional de salud. «Con ello se legalizaba un esfuerzo que venía gestándose desde tiempo atrás por racionalizar y tecnificar los procesos de planificación y de prestación de servicios de salud, y por mejorar la organización y eficiencia institucional.»<sup>2</sup>

El diagnóstico de la situación de salud formulado en 1975 por un grupo técnico del ministerio de Salud señalaba «que frente a los problemas apremiantes de la población los servicios que se ofrecían para solucionarla eran insuficientes y limitados en el cubrimiento. Los datos mostraban que el 36% de la población total del país carecía de servicios de salud de una manera integral suficiente y oportuna... Existe una dispersión y superposición de recursos y una incoordinación en los niveles de decisión, las comunidades solo han sido receptores de los servicios de salud; se hace necesario crear mecanismos que propicien la participación activa de la comunidad en las diferentes acciones de salud.»<sup>3</sup> Este diagnóstico de salud se toma como base para sustentar la necesidad de regionalizar los servicios, organizar y racionalizar los diferentes niveles de atención, procurar la ampliación de coberturas, para lo cual se adoptaron específicamente dos estrategias básicas: Atención primaria en salud y participación de la comunidad en los programas y servicios de salud.

A casi dos décadas de haberse institucionalizado el Sistema Nacional de Salud, los siguientes problemas han caracterizado el proceso de formación y formulación de las políticas de salud:

- La investigación en salud realizada es eminentemente descriptiva, carente de una dimensión explicativa y analítica que aporte un mejor conocimiento sobre las causas de la problemática de salud y sus posibles soluciones. El hecho de que la investigación en salud es predominantemente descriptiva, y limitada en términos explicativos tiene que ver con la conceptualización dominante sobre la enfermedad y salud, en la medida en que ha prevalecido un enfoque clínico-biológico que hace énfasis en la historia natural.

- El tipo de investigación realizada lleva a que los diagnósticos de la situación de salud, se queden en la descripción de los problemas, indicando en el mejor de los casos las causas más inmediatas o las causas condicionantes, pero sin llegar a dar una explicación de la causalidad determinante de esta problemática. Por ejemplo en el caso del sector salud, es frecuente que se señale como explicación causal de esta situación, la falta de coordinación en la prestación de servicios; coherentemente con este tipo de diagnóstico las políticas concretas se reducen a incrementar el presupuesto de salud y a reestructurar la administración de los servicios de salud, pero sin plantear ninguna reforma de fondo, ni ningún cambio de tipo estructural; de otro lado se observa una total omisión explicativa de la distribución de los ingresos como un factor decisivo en la desigual accesibilidad a los servicios de salud.

- La naturaleza de los diagnósticos elaborados ha condicionado la formulación de las políticas de salud, en las que predomina lo curativo-asistencial sobre la prevención y la higiene. Es decir ha prevalecido en el enfoque de las políticas la enfermedad y la muerte sobre la salud y la vida, lo cual es confirmado por el estudio sectorial de salud cuando se afirma *que el sector salud colombiano se ha quedado a la zaga del desarrollo contemporáneo de los sistemas de salud y que aún continúa aferrado a un enfoque esencialmente reparativo, centrado en los hospitales y en la atención médica. Esto a pesar de que la evidencia presente encuentra que las actividades de tratamiento que constituye el cuidado médico sólo corresponden a una cuarta parte o a una tercera parte de los determinantes del nivel de salud, y las otras dos terceras a 3/4 partes, los determinante críticos de la salud, aparentemente no está relacionado con la atención médica.* (Itálica nuestra).

- Las políticas en este período han sido inconsistentes, caracterizadas por la falta de coherencia entre los fines trazados en relación a las estrategias desarrolladas, aunque las políticas de salud han hecho énfasis en la ampliación de coberturas y han planteado la necesidad de impulsar las estrategias de participación comunitaria y atención primaria en salud, esta última, aparece desligada no sólo de la política, sino del conjunto de las políticas sociales y económicas. En este sentido es claro que «la salud no puede seguir siendo una responsabilidad exclusiva del sector salud (además marginal en las decisiones y políticas del estado). La salud, como elemento central del desarrollo humano es objetivo pivotal de la sociedad, la cual debe exigir a todos sus sectores que expliciten sus objetivos de salud y que sean responsables por los mismos. Ser consecuente con lo anterior conllevará a la reformulación del «sector salud» y de las políticas de salud del estado, *fundamentada hasta ahora, a la zaga de los avances científicos, en la recuperación de la salud de quienes ya la perdieron (cuidado médico predominante). Un nuevo paradigma centrado en la salud (bienestar) más que el control de la enfermedad nos ha de conducir a acciones más integrales y equitativas.*»<sup>4</sup> (Itálica nuestra)

- El sector salud en Colombia es profundamente inefectivo, lo cual se ejemplifica en su equidad y en su ineficiencia, son precisamente los sectores de más bajos recursos los que no tienen accesibilidad a los servicios de salud. El estudio sectorial de salud lo señala como un gran hallazgo, los siguientes son algunos de los datos que sustentan esta afirmación:

- Una mortalidad infantil cuyos estimativos oscilan entre 33 y 46 por mil nacidos vivos.
- Una mortalidad materna de 1 por 1000 nacidos vivos.
- La magnitud de los años de vida potencial perdido (7.380 por 100.000 habitantes) superado, en el continente solamente por El Salvador.
- Una esperanza de vida al nacer de sólo 65 años.

Es interesante observar cómo Colombia se encuentra superado en los indicadores de mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, por países de niveles parecidos desde el punto de vista social y económico. La mortalidad infantil actual es de 46 por 1000 nacidos vivos, aunque

se ha logrado su reducción en los últimos 40 años de manera considerable, era en 1950 según la ONU de 123 por 1000 nacidos vivos se sigue considerando como muy alta, si se tiene en cuenta la de países como Cuba (15/1000) Costa Rica (18/1000), Chile (20/1000), Venezuela (36/1000),<sup>5</sup> (véase anexo N°1).

Las inequidades en salud se expresan en dos aspectos: las desigualdades en la situación de salud en regiones del país y grupos de población, y la inequidad en la prestación de los servicios de salud. «El sector salud no sólo no entrega sus servicios en proporción a la necesidad (principio de equidad), sino que lo hace en relación inversa. Son precisamente las regiones y los grupos socioeconómicos con una mayor necesidad los que menos acceden a ellos.»<sup>4</sup> (véase anexo N°2).

La ineficiencia del sector salud «se demuestra con los pobres resultados logrados a pesar de estarle dedicando la sociedad colombiana, un mínimo del 7% del PIB, cuando países que dedican proporciones similares pueden mostrar resultados superiores.

La ineficiencia del sector salud colombiano puede atribuirse a múltiples factores:

- La ausencia de una política de salud coherente.
- La falta de integralidad del sistema y su gran énfasis en lo curativo
- La presencia de disociación entre necesidades y prácticas.
- Limitada capacidad de gestión.
- Disociación entre los postulados y las prácticas<sup>4</sup>

- Las formulaciones teóricas en este período han señalado que la política de salud es parte integrante de las políticas sociales, y de que estas a su vez están integradas a los objetivos de las políticas económicas; se ha insistido también en la necesidad de una planeación intrasectorial, inter y multisectorial. La verdad es que los resultados prácticos evidencian que a las políticas sociales se les ha asignado, el papel de tratar de corregir las consecuencias inherentes al crecimiento económico\*, en este sentido las políticas sociales en su conjunto han quedado subordinadas a un lugar secundario y condicionadas a los

\* Es necesario aclarar que en las condiciones de nuestra estructura económica y social el crecimiento no es sinónimo de desarrollo económico.

prioritarios objetivos de la política económica, donde estas políticas en lo fundamental no han alterado la estructura económica y social en términos de la concentración de la riqueza, ni de la desigual distribución del ingreso. Se puede afirmar que las políticas económicas no han contribuido a mejorar las condiciones de salud de la población; ya que esta dimensión ha permanecido ignorada en el conjunto de los planes económicos y sociales, se puede notar claramente cómo todos los esfuerzos oficiales se reducen a tratar de disminuir la mortalidad, morbilidad y mejorar condiciones ambientales; se parte de considerar los efectos, la enfermedad y los riesgos de enfermar y morir, según características de persona, tiempo y lugar, sin tomar en cuenta el conjunto de las causas que pueden incidir en el mantenimiento o modificación del estado de salud.

Es por ello que podemos afirmar que cada vez estamos más lejos de hacer realidad «la meta del año 2000: salud para todos».

La estrategia de atención primaria en salud por sí sola no puede ser la clave para resolver los problemas de salud, si esta estrategia no se articula a estrategias sociales y económicas, que impliquen cambios fundamentales en el orden económico y social vigente, que puedan crear condiciones objetivas a un mejoramiento sustancial en las condiciones de salud de la población; la mera ampliación de coberturas y el mejoramiento técnico por parte de la atención médica institucional no resuelve los problemas de salud colectiva en la sociedad, las estadísticas oficiales así lo confirman, ya que aunque nos encontramos atravesando por una situación de «transición epidemiológica», en algunos sectores sociales el perfil epidemiológico es igual al existente hace 30 años con tendencias de morbimortalidad infantil bastante elevadas, este solo ejemplo hace más notorio el contraste entre el gran avance de la «Medicina de punta», con las muertes producidas por enfermedades infecciosas, parasitarias, respiratorias, perinatales y la desnutrición que siguen ocupando los primeros lugares. Aunque en los últimos años se han venido registrando importantes descensos en las tasas de morbimortalidad infantil, estas continúan siendo excesivamente elevadas ya que las principales causas estructurales determinantes en el grupo materno-infantil no han variado. Por lo tanto para poder

avanzar en la descripción y análisis de las políticas de salud, el Sistema Nacional de Salud y los planes nacionales de salud, hay que tomar en cuenta los criterios formulados por la comisión económica para América Latina adscrita a las Naciones Unidas, la cual señala tres aspectos esenciales:

- La salud está indisolublemente ligada al sistema económico y político del país concreto donde se la considere.
- Los conflictos en el campo de la salud son el reflejo de los conflictos del país en cuestión.
- La introducción de reformas en el Sistema Nacional de Salud carecen de significado sino hay cambios en el orden social vigente.<sup>7</sup>

- Al institucionalizar el Sistema Nacional de Salud se pensó y se sigue pensando aún, que el logro de óptimos niveles de salud se alcanza por la simple ampliación de coberturas y el mejoramiento técnico de la prestación de servicios de atención médica institucional, ignorando el papel que han tenido y pueden tener las llamadas prácticas médicas tradicionales (y las hoy denominadas prácticas alternativas), en el mantenimiento o modificación de las condiciones de salud de la población, tanto desde el punto de vista curativo como preventivo. En Colombia con este criterio se implantó el Sistema Nacional de Salud, ignorando la relación entre cultura y salud, y sin tener en cuenta las condiciones diferenciadas del desarrollo regional, tanto desde el punto de vista económico y social, como de la gran diversidad cultural y étnica existente.

- El Sistema Nacional de Salud institucionalizado en el país, ha estado muy lejos de ser un verdadero sistema único de salud descentralizado que integre: los servicios de salud, la seguridad social, las cajas de previsión social y las cajas de compensación familiar controladas por el sector privado, es por lo tanto un sistema no integral altamente centralizado en el nivel nacional, con limitada autonomía en los niveles regional y local, tanto en la toma de decisiones políticas, como a nivel administrativo y fiscal. Es un sistema que no garantiza las coberturas de atención de acuerdo al principio de universalidad y equidad social que pueda permitir el derecho que deben tener todos los colombianos de

acceder y recibir la prestación de servicios. El sistema de salud colombiano se ha encuadrado en una estructura política, donde el estado, y el sistema político es altamente centralizado, con una naturaleza hegemónica y autoritaria casi inalterable., ha sido un proyecto político de sociedad que ha permitido la exclusión social, política y cultural de las mayorías nacionales, no solo del bienestar económico y de los servicios sociales entre ellos la salud. sino también del acceso a los niveles del poder; por lo tanto un sistema de salud basado en la inequidad y en la ineficiencia no puede ni podrá garantizar la democratización de la salud. Sin embargo es preciso reconocer que un nuevo espacio empezó a darse a partir de la llamada reforma política de 1986, al consagrarse algunos aspectos referentes a la descentralización política y fiscal, y a la elección popular de alcaldes, lo cual ha abierto un nuevo campo de acción al desarrollo de la política municipal, al permitir:

- Establecer sus propias prioridades sobre la política de bienestar social.
- Formular planes municipales con la asesoría de los organismos centrales
- Solicitar de los fondos nacionales la financiación necesaria para reforzar sus planes de bienestar local.

En la actual coyuntura política por la que atraviesa la nación los colombianos esperamos que la nueva constitución política profundice este proceso, concediendo mayor autonomía regional y una mayor descentralización política, administrativa y fiscal.

- Finalmente, otro aspecto importante a considerar en relación con la salud, es la crisis permanente a que ha sido sometida la financiación del sector salud.<sup>8</sup> «En 1977, la salud recibía el 10.2% del presupuesto Nacional; en 1986 descendió a 5.91%, y finaliza la década con 4.4%»<sup>9</sup> (Ver anexo N°3) esta situación ha tenido una profunda incidencia en la prestación de los servicios de salud, y en particular en el funcionamiento de los hospitales, agudizándose su déficit crónico, y perpetuándose la imagen del hospital medicante. Esta situación del sector salud la podemos enmarcar en una tendencia de reducción del gasto social en los últimos 5 años (Véase anexo N°4), «los gastos en educación y

vivienda son los que determinan en mayor proporción esta caída. El gasto público en salud mantiene en el período niveles estables y bajos que no corresponden a las necesidades de la población.»<sup>5</sup>

#### LOS REDUCCIONISMOS EXISTENTES: ALCANCES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Cuando en 1950 el modelo económico de «industrialización por sustitución de importaciones», o «modelo de desarrollo hacia adentro», empezó a mostrar los primeros signos de agotamiento, surge desde los países metropolitanos diversas explicaciones, sobre los llamados obstáculos al desarrollo en Latinoamérica. «Los economistas decidieron rápidamente que la viabilidad de la industrialización dependía de la incorporación de las masas campesinas en la sociedad de consumo. La posibilidad de que el consumismo tuviera un impacto negativo sobre su calidad de vida jamás pasó por su mente... Las fallas se atribuyeron a una variedad de factores tales como flujos logísticos, escasez de datos básicos, falta de adecuado entrenamiento de los funcionarios civiles; pero los valores tradicionales del campesinado fueron identificados como uno, sino el principal, de los obstáculos para el desarrollo; antropólogos, sociólogos rurales, psicólogos, científicos políticos, fueron llamados en ayuda.»<sup>10</sup> La salida que se empezó a contemplar como alternativa consistió en impulsar la organización y participación comunitaria, para introducir cambios de valores y asegurar el éxito de los programas de auto ayuda, esta fue su perspectiva ideológica. «Frecuente e irónicamente las instituciones nativas fueron destruidas y formas organizativas «modernas» que respaldaban el autoritarismo, la centralización y las desigualdades fueron introducidas forzosamente en las poblaciones por expertos y agentes gubernamentales.»<sup>11</sup> Así se va imponiendo el uso de nociones como participación y organización comunitaria; aparece luego el concepto de desarrollo de la comunidad, el cual se concibe «como parte integrante y complementaria del desarrollo global, es un instrumento básico para la preparación psicológica de las comunidades en función del proceso de desarrollo, provocando los cambios mentales y de actitud que éste exige mediante

un proceso educativo de concientización»;<sup>11</sup> es por lo tanto pertinente que formulemos varias preguntas: ¿en qué consistió la preparación psicológica de las comunidades y en función de cuál modelos de desarrollo se impulsó?, ¿cuáles eran los cambios mentales y de actitud que se buscaban generar en la población?, «¿porqué las agencias internacionales y de asistencia extranjera continúan impulsando y financiando programas para organización comunitaria y/o participación?» Es posible sugerir que:

1. La participación comunitaria ha sido utilizada como un vehículo para introducir los valores de la sociedad de consumo, incluso al mismo tiempo que provoca la destrucción de los valores nativos.
2. La participación comunitaria también se utiliza para los programas de autoayuda.
3. La organización comunitaria por parte de las agencias gubernamentales puede ser, y es frecuentemente utilizado como mecanismo de control de organizaciones privadas, cooperativas y movimientos de masas por la cooptación de los líderes más capaces.»<sup>10</sup>

Podríamos afirmar que el modelo de participación comunitaria que se ha impuesto en latinoamérica, es un modelo instrumentalista, también podríamos denominarlo modelo de participación por incorporación o cooptación, puesto ideológicamente al servicio del modelo económico impulsado por las élites en cada país; pero que choca de manera abierta con la realidad en cuanto que no la interpreta.

Ahora bien, de participación comunitaria en salud se empieza a hablar en la década de los sesenta, cuando justamente a nivel continental ante la imposibilidad de un desarrollo autosostenido, se define como alternativa de acción, la llamada «estrategia de la planificación económica y social para el desarrollo»; la cual concibe la planificación como el instrumento más eficaz para llevar a cabo los programas de mejoramiento social ( en los sectores de salud, vivienda y educación), al igual que los programas de reforma agraria y reforma tributaria. La salud y la participación comunitaria en salud es concebida en función del «desarrollo», este es el contenido y el sentido que se le

da, no es por ello extraño que la concepción implícita en las políticas de salud, ha sido la concepción «desarrollista» de la enfermedad. Sin embargo es evidente que este tipo de cambio no se ha dado en Latinoamérica, ya que por ejemplo el incremento en el PBN, no ha significado un mejoramiento del Bienestar general, es decir de la calidad de vida. «Aún en los países capitalistas en los cuales ha habido un mejoramiento considerable en los ingresos, la educación, la vivienda etc; se sigue dando una problemática importante relacionada con las condiciones colectivas de salud, ya que, por una parte se mantiene diferenciales considerables de morbilidad en la sociedad y, por otra ha surgido una nueva patología que descarta la concepción «desarrollista» de la enfermedad, que postulaba que a mayor desarrollo menores problemas de salud, sin tener en cuenta las condiciones bajo las cuales se da este desarrollo.»<sup>12</sup>

En Colombia la atención primaria en salud tiene antecedentes que datan de 1958, cuando en los Departamentos del Valle y Antioquia se empezaron a formar las primeras promotoras voluntarias de salud, de manera experimental, el resultado de esta experiencia lleva a que se generalice dicho personal, en acciones de salud a nivel del programa materno-infantil en todas las poblaciones del país durante los años 1968 y 1969; se desarrolla además operativamente la definición de atención primaria en salud a través de las unidades de atención primaria (UPA), simultáneamente se van desarrollando algunas experiencias en participación de la comunidad en salud, hasta que con la institucionalización del Sistema Nacional de Salud, se crea mediante el decreto 621 de 1974 la oficina de participación de la comunidad del Ministerio de Salud, posteriormente se ordena adoptar una estructura de participación de la comunidad a nivel de los servicios seccionales, unidades regionales y locales, luego mediante el decreto 121 de 1976, se le da rango de dirección a la oficina de participación de la comunidad del Ministerio, asignándole funciones ejecutivas, se formula en 1977 el llamado componente de participación de la comunidad en el sistema nacional de salud, y finalmente como culminación de este proceso se llega hasta formular un plan nacional de participación comunitaria, cuyo objetivo básico era «lograr la activa participación de la comunidad en la

planeación y desarrollo de las actividades de atención primaria en salud, y racionalizar los recursos asignados para la atención primaria en el plan nacional de salud rural», el cual debía ser ejecutado y adoptado por los servicios seccionales de salud. Este plan es el resultado de las conclusiones a que se llegó en la primera reunión nacional sobre atención primaria realizado en Montería en 1977, allí hubo general consenso en que las comunidades no estaban participando en las áreas de toma de decisiones, programación de actividades y evaluación; las conclusiones de las reuniones siguientes confirmarían indistintamente esta tendencia. Todo esto sucedía incluso antes de que conociera la declaración de ALMA-ATA sobre atención primaria en salud. Es cierto, Colombia fue pionera en la construcción de modelos sobre atención médica primaria, el caso «PRIMOPS del Departamento de Medicina social de la Universidad del Valle, constituyó una experiencia representativa; también hemos sido pioneros en construir un modelo institucional de participación comunitaria en salud de tipo vertical, impuesto desde arriba con un plan nacional de participación comunitaria, pero sin lograr grandes resultados; en este sentido también hemos sido pioneros en obtener limitados resultados, así lo confirma el estudio sectorial de salud y otro tipo de estudios realizados a nivel Latinoamericano; más adelante volveré sobre este tema, para destacar cuáles han sido los resultados en el campo de la atención primaria en salud y la participación comunitaria.

«No podemos sorprendernos al descubrir que a pesar de los esfuerzos promocionales desarrollados por las agencias internacionales no existen historias de éxito en los programas de salud con participación comunitaria»,<sup>10</sup> este es el caso de las experiencias desarrolladas en varios países centroamericanos y algunos de suramérica como Bolivia, Brasil, Venezuela, Ecuador, Perú y Colombia. Estas experiencias demuestran que la participación comunitaria en salud se le ha dado una dimensión política, que la ha articulado al esfuerzo de tratar de consolidar un «modelo de desarrollo económico», que no corresponde a las realidades y a las expectativas de las amplias mayorías nacionales. El resultado salta a la vista, en lugar de haber alcanzado la integración económica y social, lo que se evidencia es una mayor polarización en

términos de concentración de la riqueza y de los ingresos; y una mayor distribución de la miseria y la pobreza, esta polarización también se expresa en el desarrollo social con la existencia de diferenciales sobre la calidad de vida.

El reduccionismo que se ha venido haciendo de la atención primaria en salud, va en contravía del contenido y sentido que tiene la declaración de ALMA-ATA, suscrita en la conferencia internacional de la OMS en 1978. Conviene por lo tanto que examinemos su dimensión conceptual, para que entremos a considerar qué es lo que ha ocurrido con el desarrollo de esta estrategia a nivel latinoamericano. «La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. *La atención primaria se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.*»<sup>15</sup> (Itálica nuestra).

La tendencia general demuestra, que la anterior dimensión conceptual de la atención primaria en salud fue progresivamente dejada de lado, reduciendo ésta a un tipo de medicina primaria simplificada, o en otros casos simplemente no se aplicó en el enfoque real de las políticas de salud. En este sentido resulta muy importante que destaquemos las principales conclusiones a que llega Ugalde, en su trabajo sobre la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica:

- El concepto de medicina primaria o simplificada y la idea de participación de la comunidad fueron una respuesta política a las presiones por expansión de la cobertura de salud. Desde sus comienzos la atención primaria se diseñó para los campesinos y pobres urbanos.

- Comités de salud y participación comunitaria fueron concebidos como instrumentos de legitimación para la baja calidad de atención otorgada por programas de atención primaria.
- En ausencia de supervisión y este es el caso de la mayoría de programas, la calidad de los servicios puede ser muy escasa. Si agregamos a esto la falta de apoyo administrativo, la calidad de los servicios se vuelve funesta. Donde no hay preocupación por la equidad, ¿por qué habría preocupación por la calidad de los servicios de salud para el pobre?
- La participación comunitaria ha sido en la mayoría de los casos simbólica. Las comunidades han recibido el poder de seleccionar los promotores de salud y elegir trabajadores voluntarios, también pueden elegir a algunos o todos los miembros del comité de salud, y hay poco más que puedan hacer: no tienen un poder político, administrativo, ni financiero. Las normas y la estructura de los programas de participación han sido impuestas desde arriba.<sup>10</sup>

Las políticas de salud y los sistemas de salud, situados frente a dos tipos de soluciones, optaron por el camino de desvirtuar y empobrecer la atención primaria de salud, ofreciendo un tipo de medicina primaria simplificada. «Si sólo se limita a brindar atención elemental a grupos considerados en extrema pobreza, la atención primaria en salud se opone al principio de equidad y se transforma en un programa de segunda categoría con recursos limitados para una población marginal. Por otro lado, si como estrategia «comprende y afecta a todo el sistema de salud y toda la población que supuestamente sirve ese sistema, debe cumplir con los requisitos de impacto, equidad, eficiencia social, articulación intersectorial y cooperación entre países.»

Concebida así, la APS sobrepasa los límites del sector salud, significa mucho más que reordenamiento y estructuración de los servicios, y compromete a una acción intersectorial transformándose en un desafío político.»<sup>14</sup>

El balance realizado en Colombia por el estudio sectorial de salud en cuanto a la atención primaria y la participación comunitaria, en salud destaca en términos generales la existencia de los siguientes problemas:

- Falta de decisión política de continuidad en la aplicación y de claridad y unificación del concepto de atención primaria en salud.
- Falta de capacidad resolutive integral.
- No universalización de la cobertura.
- Ausencia de participación comunitaria.<sup>9</sup>

El análisis de estos problemas y sus causas más importantes demuestran que la atención primaria en nuestro medio ha sido convertida en una «medicina para pobres», con tecnologías simples y siempre pensando en bajos costos, donde la tendencia fundamental ha sido a concentrar los pocos recursos disponibles en acciones de tipo curativo con carencia de acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, lo que ha significado que no haya habido un desarrollo operativo local del modelo de atención primaria, ni articulación intersectorial alrededor de esta.

En cuanto a las causas de la no universalización de la cobertura se destacan las siguiente:

- Desarrollo conceptual y operativo de la atención primaria como un programa restringido a satisfacer algunas necesidades elementales y preventivamente determinada de grupos humanos marginales.
- La estructura actual, fundamentalmente curativa, del sistema y del sector restringe la universalización de la cobertura.
- El concepto de cobertura poblacional efectiva no está plenamente estructurada.<sup>9</sup>

En cuanto a la ausencia de participación comunitaria se empieza por señalar, que se entiende por participación comunitaria la toma integral del control de la situación de salud por parte de la comunidad, lo que implica su conocimiento de los problemas de salud, de sus factores condicionantes y de las acciones para actuar sobre ellos, así como de su capacidad de decisión sobre el uso de los recursos necesarios. Sin embargo el enunciado del problema apunta en otra dirección cuando se afirma que los integrantes de la comunidad y sus organizaciones no han asumido, como usuarios la gestión de los servicios básicos locales, presentando como causas de la falta de gestión comunitaria las siguientes:

- La estructura política administrativa del país y del sector esencialmente centralista, no ha facilitado el desarrollo de canales e instrumentos de autogestión en salud.
- La concepción, estructuración y funcionamiento vertical de los programas de participación comunitaria han restringido los espacios de gestión del grupo social.
- Las organizaciones comunitarias y las instrucciones presentes en la comunidad no han sido formadas como elementos participantes del proceso de atención primaria.

Con la institución del sistema nacional de salud la participación comunitaria en salud es fundamentalmente instrumentalizada en función de lograr que la comunidad participe en los programas y servicios de salud, generalmente diseñado por los profesionales y expertos al margen de las comunidades, convirtiéndose estas en simples receptoras de los programas y servicios, el resultado obtenido ha sido la ausencia de participación comunitaria. En estas condiciones no ha habido en Colombia una reflexión sistemática que explique las reales causas de porqué la comunidad no participa. La preocupación más bien se ha orientado a encontrar «métodos» para evaluar la participación en tres campos, a saber, amplitud y totalidad, el tipo de la gestión y el financiamiento,<sup>20</sup> sin lograr transformar esta realidad en cuanto a la ausencia de participación de la comunidad en el sector salud. Sin embargo considero que el estudio sectorial de salud introduce una nueva perspectiva cuando confirma los reduccionismos existentes en el campo de la atención primaria y la participación comunitaria en salud y esto así planteado ya puede destacarse como un avance.

#### INVESTIGACIÓN EN SALUD

Aunque en sus orígenes la Medicina Institucional es fundamentalmente una medicina social,<sup>15</sup> con el tiempo y por multiplicidad de causas fue consolidando como saber y como práctica, un punto de vista biológico-clínico en la explicación de la enfermedad y la salud, para lo cual tuvo como base el llamado enfoque de la unicausalidad externa

«La tesis de la unicausalidad externa, ha tenido vigencia histórica desde tiempos muy antiguos y aunque ha tenido siempre tesis alternativas siempre ha sido la dominante y la encargada de someter a esas alternativas al olvido o a la postración...

A pesar de que en todos esos momentos, siempre hubo discursos alternativos como el de Hipócrates, el de Virchow y el mismo Pouchet con su tesis de la generación espontánea enfrentada a Pasteur, el descubrimiento de los microorganismos y su asociación a patologías concretas marcó un momento cumbre del pensamiento médico en la medida que hizo coincidir las explicaciones religiosas con las científicas, en un modelo único de explicación de la enfermedad en el cual se avanzaba indudablemente en la comprensión de ciertos fenómenos pero sin negar las ideas subyacentes acerca de la concepción global del mundo.»<sup>16</sup> Este enfoque apoyándose en un modelo teórico biológico concibe la enfermedad como el desequilibrio que se produce a nivel del organismo humano, es decir, la enfermedad se toma como ausencia de salud y viceversa, cuya explicación causal es siempre atribuida a la existencia de un microorganismo o una noxa. Como puede apreciarse este enfoque de la unicausalidad le da mayor peso en términos explicativos a la dimensión biológica, estableciendo una especie de ruptura con lo social, escinde lo social de lo natural en términos de la enfermedad y la salud. La existencia y desarrollo de la clínica por más de cien años, permitió que este enfoque se mantuviera durante mucho tiempo condicionando la investigación en salud; en este sentido podría afirmarse que «clarificada la causalidad de la enfermedad, e indiscutida cualquier alternativa, el desarrollo de la medicina se concentra lógicamente en la curación y la reparación. Los tratamientos antibióticos o antinoxas al mismo tiempo que el desarrollo de la cirugía para reparar el daño, para lo cual no es necesario ni siquiera explicar por qué se dió, han constituido la parte fundamental del desarrollo de la medicina, bastante exitoso, útil y eficaz por cierto. A pesar de estos éxitos innegables la práctica social de la medicina comienza a mostrar sus limitaciones e incongruencias, en la medida en que puede solucionar una serie de problemas y crea otros.»<sup>16</sup>

El hecho de que el énfasis de la medicina haya estado en la reparación, no significa como afirma Vasco que hubiera habido una ausencia de modelos explicativos de la enfermedad. Las limitaciones e inconsistencias de la unicausalidad externa llevarían en el campo de la investigación clínica y Epidemiológica a posibilitar el desarrollo de nuevas explicaciones, iniciándose una perspectiva de transición hacia una teoría de la multicausalidad de la enfermedad. Una de estas variantes es el llamado «Modelo Causal Ecológico» de Level y Clark. «el cual parte del supuesto de un diagnóstico claramente establecido, el cual es descrito en su comportamiento y evolución, en diferentes etapas, que han permitido tradicionalmente y con bastante utilidad, el establecimiento de esquemas y niveles de atención a nivel preventivo, clínico y de recuperación según el caso. Pero es necesario decir con claridad que no se trata en este caso de un modelo explicativo de la enfermedad, como se le ha querido presentar, sino de un modelo descriptivo del comportamiento de algunas entidades. Precisamente por ser tal, supone el diagnóstico y no cuestiona su explicación ni etiológica ni fisiológica y por lo tanto se mueve dentro de la dominante, es decir el modelo unicausal externo.»<sup>16</sup>

Si bien la enfermedad estrictamente se asumía en términos de la diada huésped-agente, en el enfoque causal ecológico el problema se plantea en la dimensión de la triada Huésped-Agente-Medio ambiente. Sin embargo hay un aspecto importante de destacar, a pesar de que se incorpora un nuevo elemento, al mayor peso continuo dándosele a lo externo sobre lo interno. «Un elemento común a todos a estos modelos es el supuesto de que el diagnóstico es unívoco, claro y preciso... sobre este punto conviene aclarar que en la actualidad se ha hecho pedazos la clasificación de las enfermedades en la medida en que dentro de cada diagnóstico se han ido estableciendo variantes de tal especificidad que llegan a constituirse en enfermedades aparte, tal como ocurre con las distintas clases de hipertensión o de diabetes por ejemplo.

Por otro lado la aparición de nuevas y complejas entidades, por fuera de los esquemas tradicionales en cuanto a etiología y fisiopatología se refiere, han hecho que el lenguaje médico se torne más prudente, de tal manera que hoy existen menos diagnósticos en el sentido estricto

de la conformación de una entidad nosológica específica y cada vez más síndromes, entendidos como el conjunto de síntomas y signos de aparición conjunta y consistente, pero cuya relación fisiopatológica es aún insuficiente o se desconoce.»<sup>16</sup>

Lo anterior ha sido posible en la actualidad en la medida en que se ha logrado desarrollar en una perspectiva de la multicausalidad enfoques explicativos propiamente tales, «que han permitido demostrar que ningún microorganismo u otra noxa, son suficientes para explicar la aparición de una enfermedad y mucho menos si lo que se pretende es establecer las razones por las que aparece en determinado sitio, época o grupo étnico, geográfico o socio-económico. Esta insuficiencia ha llegado al establecimiento de categorías tales como causalidad proximal o inmediata y causalidad distal o mediata, esta última en la que se reconoce claramente la imposibilidad de explicaciones universales.»<sup>16</sup> Este proceso que ha sido gradual, ha dado lugar a multiplicidad de enfoques los cuales varían lógicamente en cuanto a sus alcances y contenidos, entre los más importantes podemos señalar los siguientes:

- Modelo de la triada ecológica o enfoque causal ecológico.
- Una variante del anterior en la explicación de la enfermedad introdujo, como elemento fundamental del medio ambiente, los factores socio-económicos, dentro de la denominación genérica de factores condicionantes de la enfermedad, en la que la explicación fundamental seguía siendo la unicausalidad externa.
- Una variante especial es el modelo de Acheson, según la cual existen algunas enfermedades cuya explicación es fundamentalmente biológica y otra cuya determinación es básicamente social. Este modelo delimita tajantemente el campo de lo social y el campo de lo biológico.
- Modelos de desagregación de grupos de factores de riesgo, en Canadá y USA en la que se busca la comprensión o explicación de una enfermedad en particular, sino la pérdida de la salud, lo cual se hace agrupando los factores que la afectan: en biológicos individuales (herencia), ambientales, atención médica (sistema de salud) y estilo de vida.

- La última variante alternativa de las anteriores podemos ubicarla en los avances logrados en el terreno de identificar perfiles de morbilidad por grupos sociales, en la línea de trabajo de Laurell, Breheil y otros en América y en Europa especialmente en Italia, los cuales introducen el concepto de estructura dinámica causal tratando de resolver el reto y la dificultad de encontrar la forma de articulación de lo biológico y lo social en el proceso salud-enfermedad.<sup>16</sup>

Es a partir de los llamados enfoques explicativos que intentan abordar la enfermedad en una dirección, multicausal, como se va dando lugar a nuevas conceptualizaciones sobre la enfermedad y la salud. Aunque este paso significó un avance en cuanto se afirma que la enfermedad debe ser explicada por una variedad de causas o factores; la verdad es que se le continúa dando mucho valor e importancia en términos de la determinación causal a la explicación biológica, ello se puede apreciar tanto en la investigación clínica, como en el tipo de investigación desarrollada a partir de los «modelos convencionales» en Epidemiología.

Por lo tanto para abordar el estudio de la problemática de salud, no es suficiente hacerlo solamente a partir de conceptos o definiciones sobre lo que puede ser la salud o la enfermedad. La posibilidad de poder interpretar el proceso salud-enfermedad como fenómeno colectivo y social, impone la necesidad de una revalorización de los presupuestos teóricos y metodológicos que se han utilizado en la investigación tradicionalmente en este campo, por ejemplo, no es suficiente que definamos o entendamos la salud como «el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», si las estrategias de investigación en salud, no contemplan el estudio sobre el papel que juega la organización económica y social de la sociedad tanto en la distribución diferencial de la morbimortalidad como de las condiciones de salud a nivel de la población, y la articulación de la naturaleza del proceso salud-enfermedad en relación a la estructura.

Si bien es cierto, esta definición significa un avance en muchos aspectos con respecto a la definición de salud-enfermedad formulada

dentro de una concepción biológica o ecológica, esta definición no puede ser tomada como un criterio absoluto, por varias razones: en primer lugar la salud-enfermedad no puede ser entendida como un estado puntual sino por el contrario como el resultado de un proceso; en segundo lugar el completo bienestar físico, mental y social no existe en una sociedad diferenciada en clases. De tal manera que cabría preguntarse: ¿Garantiza este tipo de sociedad un completo bienestar físico, mental y social? En principio, la respuesta a este problema puede ser formulada al menos como una hipótesis de trabajo, que parece sostenible, la forma como la sociedad está organizada económica y socialmente tiene mucho que ver con la forma como se distribuye la enfermedad y la muerte, es decir, tiene mucho que ver con el mantenimiento o deterioro de un determinado estado de salud.\*

### ***La investigación en salud en Colombia***

Durante mucho tiempo gran parte de la investigación en salud realizada en nuestro país, siguiendo las propuestas teóricas del enfoque dualista, se orientó a tratar de diagnosticar la situación de salud a nivel urbano y rural en forma separada, tratando de conocer factores demográficos, morbilidad, mortalidad, características del ambiente, infraestructura sanitaria, esperanza de vida al nacer etc., pero haciendo abstracción de las condiciones económicas, sociales, culturales, políticas e históricas. Esta valoración ha girado fundamentalmente sobre indicadores o factores que son esencialmente de naturaleza biológica, los cuales han dado lugar a la toma de decisiones orientadoras para los llamados procesos de planificación en el sector salud. Este tipo de investigación ha sido esencialmente cuantitativa, para lo cual se ha apoyado en procedimientos estadísticos, dejando de lado los procedimientos analíticos que permiten explicar la naturaleza cualitativa de tales fenómenos. Este carácter de la investigación empírica en salud se ha constituido en un serio obstáculo para la construcción de un conocimiento nuevo, en este sentido la mayor dificultad reside en «la utilización acrítica o la absolutización de las técnicas estadísticas (que

\* Sobre el particular hay estudios que demuestran la existencia de una correlación entre indicadores sociales y morbimortalidad.

pasan a convertirse en la meta de actividad de investigación) que pretende sustituir con la corrección del análisis, la carencia de conceptos acerca de la realidad investigada en el contexto de una sobrevaloración de los aspectos objetivos del conocimiento.»<sup>17</sup>

En este sentido la investigación en salud, partiendo del supuesto de que el problema fundamental en relación con el estado de salud en los países subdesarrollados, obedece a una situación de escasez en la asignación de los recursos; ha llegado a que el tipo de investigación realizada sea rica en descripciones, pero pobre y limitada en el análisis, careciendo todas ellas de una explicación analítica. «Así, en el análisis, estudio y aplicación de la planificación para distribuir los recursos humanos del sector salud la mayor importancia se le ha dado a los aspectos metodológicos, sin analizar y poner en duda (sino más bien dándolas por sentadas) las estructuras sociales, económicas y políticas que determinaban y condicionaban aquel subdesarrollo. El análisis del costo en relación con los beneficios y la efectividad, el PPBS\* y el método CENDES de basto alcance para la planificación de la salud fueron los frutos de la ideología «apologista» que sostenía a las estructuras responsables de la mala distribución de los recursos.»<sup>18</sup> La práctica investigativa realizada demuestra la limitación conceptual - teórica de la llamada propuesta CENDES-OPS,<sup>19</sup> en cuanto que solamente busca evaluar el nivel y estructura de la salud a partir de indicadores como: morbilidad, mortalidad, determinación de factores condicionantes del nivel de salud: susceptibilidad, estado nutricional, el ambiente y políticas de salud; con esta alternativa se ha buscado por un lado mantener o aumentar cobertura para atender las demandas poblacionales y por otra disminuir los costos dentro de la lógica de una mayor racionalización de los gastos financieros.

El resumen de las más importantes investigaciones realizadas en el país, demuestra no sólo su número limitado, sino también evidencian que la naturaleza de tales estudios no supera el enfoque que se ha venido analizando. Es claro y la realidad lo demuestra que un diagnóstico, con base en los indicadores de morbimortalidad y

\* Abreviatura del Programme Budgetin Systems, es decir sistemas de planificación-programación, presupuestación (N. del T.).

características del ambiente es un diagnóstico incompleto, con el cual es imposible, poder valorar en toda su dimensión las condiciones de salud-enfermedad de la población.

Por lo tanto las limitaciones conceptuales, metodológicas e históricas que caracterizan la investigación y los diagnósticos realizados a nivel del sector salud en Colombia y en Latinoamérica, inciden y condicionan de manera determinante la formulación de políticas, la definición de programas, y el proceso de ejecución y evaluación de los resultados, los cuales generalmente son valorados en términos cuantitativos.

En estas condiciones la revalorización conceptual y metodológica por la que propugnamos, ha de considerar la enfermedad y sobre todo la salud en el sistema de las determinaciones sociales que operan en el proceso global desde la etiología hasta la curación, lo cual constituye la posibilidad inicial de definir una política para la salud. Hasta ahora las políticas de salud han sido definidas explícita o implícitamente por los estados, estas políticas como sabemos han sido más que políticas para la salud, políticas en contra de la enfermedad. Nuestro Ministerio y Secretarías de Salud son realmentes Ministerios y Secretarías de Enfermedad. Esto significa que las estrategias investigativas en salud deben ser redefinidas, lo primero que debemos entender es que es necesario hacer investigación en salud en tres dimensiones: Investigación básica, clínica y social.

Pero para muchos investigadores en salud, postular una causalidad social de la enfermedad no es sino añadir una pieza más de conocimiento, no aprecian que significa revisar a fondo las condiciones básicas del enfoque clínico-biológico, para poder distinguir en que sentido y cómo el reconocimiento del carácter social de la salud-enfermedad, puede impulsar la generación de un conocimiento nuevo. La revisión debe abarcar, por lo menos, el concepto de salud y enfermedad, las categorías utilizadas y la forma de generación del conocimiento.\*Finalmente es importante que resaltemos los problemas encontrados en el contexto Nacional, en relación al estado actual de la

\*Inicios de revisión en esta línea se viene realizando por parte de estudiosos y equipos de investigación en América Latina. Algunos trabajos aparecen

investigación en salud, los cuales se enumeran así:

- La investigación en salud es escasa y poco relevante, según se deduce por la concentración de los recursos financieros y el aporte que esta hace a la solución de los problemas del sector.
- La asignación de recursos financieros para la investigación en salud en el país presenta una tendencia decreciente, a saber:
  - En el período 1972-1977, la concentración de recursos financieros mostró una tasa de crecimiento negativo de -4.5%
  - En el período 1977-1983, la participación de la investigación en salud en el gasto global (a precios constantes) se redujo del 16% del total del gasto al 9.3%. Lo cual refleja la poca prioridad que a nivel de políticas tiene el desarrollo de esta área.
- Los temas, los problemas y la población objetivo de la investigación en salud guardan poca relación con los programas y los grupos poblacionales definidos como prioritarios de acuerdo con el perfil de la morbilidad y los factores condicionantes del estado de salud de la población. Al respecto se observa que:
  - La información producida por la investigación no constituye base para la formulación de los programas sectoriales. La investigación tampoco ha contribuido a la definición de los grupos poblacionales de carácter prioritario para la atención de salud.
  - La mayor parte de los recursos financieros están concentrados en el estudio de enfermedades específicas, tales como: la desnutrición, los tumores, las zoonosis tropicales y la del aparato digestivo, las que en conjunto constituyen el 30.7% del total del gasto. Igualmente se destacan estudios hechos en población general sobre magnitud y distribución espacial de la morbi-mortalidad las cuales concentran el 19.4% del total del gasto, la investigación básica en salud representa el 8.2% a pesar de su constante descenso.

publicados en Revista *salud-problema*, Revista *Centroamericana de ciencias de la salud*, y cuaderno *médico-sociales*.

- Como se puede observar los temas destacados guardan poca relación con los problemas de salud prioritarios a saber: las enfermedades cardiovasculares, las derivadas de la violencia, las perinatales, las complicaciones de la gestación, del parto y del puerperio. El estudio de estos problemas constituyen el 7.0% del total del gasto. En este sentido:
  - Existe un gran vacío en la realización de estudios sobre los aspectos condicionantes del proceso salud-enfermedad, como son entre otros: los factores biológicos, los riesgos ambientales (físicos, socioeconómicos, y culturales), los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, la demanda, utilización, calidad y oferta de los principales servicios de salud.
  - La financiación de los proyectos de investigación responden a solicitud de investigadores y no responden a la identificación de respuestas a problemas sanitarios o necesidades de la población.
  - Aunque a partir de 1977 se observa un ligero avance de la investigación en cuanto al incremento del número de proyectos y al número de investigadores, la tendencia fundamental gira sobre investigaciones orientadas hacia el campo de aplicación de la ciencia.<sup>39</sup>

Los elementos señalados anteriormente permiten concluir que se impone como condición necesaria el replanteamiento de las estrategias de investigación en salud, ya que un diagnóstico individual o colectivo sobre las condiciones de salud-enfermedad, debe partir de explicar y valorar adecuadamente las dimensiones: biológica, social, cultural y psicológica. En consecuencia un tipo de investigación que prescindiera de los determinantes, sociales, culturales y psicológicos llevará inevitablemente a valoraciones limitadas y por tanto incompletas.

TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LA INVESTIGACIÓN  
EN CIENCIAS SOCIALES EN SALUD

A partir de 1950, se inicia en los Estados Unidos una mayor preocupación por parte de las llamadas Ciencias del Comportamiento», sobre el conocimiento de aspectos relacionados indirectamente con las condiciones de salud-enfermedad. La llamada Sociología Médica como especialidad de la sociología no nació de un intento de explorar las condiciones de salud-enfermedad en si mismas, en gran parte el origen y desarrollo de esta disciplina se debió a la situación generada por la llamada crisis de la Medicina o del modelo de «Medicina de punta». En efecto, si bien algunas iniciativas correspondieron al interés por parte de sociólogos que se abocaron a estudiar la profesión médica como parte de la sociología de las ocupaciones, la estructura social de los Hospitales, como parte de la sociología de las organizaciones formales etc., el posterior desarrollo de esta disciplina obedeció en cierta medida a la «situación crítica» engendrada como consecuencia de una serie de cambios habidos en la organización de la asistencia médica, y a las demandas efectuadas por personal médico administrativo de investigaciones al respecto.<sup>21</sup> Esta crisis en la medicina Norteamericana se evidencia en los siguientes hechos:

- El incremento de las especialidades médicas que ha provocado una «fragmentación» del paciente.
- El incremento de los programas de seguridad médica que altera la naturaleza de la relación médico-paciente.
- El incremento de la práctica en equipo que hace que el médico se convierta en un «burócrata asalariado».
- El crecimiento del personal paramédico conduce a confusión en el paciente, incrementa los costos de atención médica y a veces trae competencia entre los grupos de especialistas.<sup>21</sup>

En esta dimensión es importante resaltar los trabajos pioneros de Talcott Parsons y de algunos otros sociólogos y antropólogos orientados a ubicar a la institución y la práctica médica en el contexto estructural de la sociedad. Los desarrollos alcanzados por la llamada sociología médica en Norteamérica ha llevado a que aparezcan como

campos de preocupación temática en la actualidad los siguientes:

- Distribución y Etiología de la Enfermedad.
- Aspectos socio-culturales de la atención médica.
- Organización social del Hospital.
- Respuesta socio-cultural frente a la enfermedad.
- Sociología de la educación médica.<sup>21</sup>

En esta línea las contribuciones de la sociología a la medicina, se han venido dando en varios niveles:

*Nivel Descriptivo:* Se expresa como una función de índole esclarecedora básicamente. El aporte de esta disciplina y de las Ciencias Sociales, consiste en alcanzar una comprensión más integral de ciertos aspectos de los problemas de salud, así como del «hombre enfermo».

*Nivel Predictivo:* A medida que la descripción de algún problema se torna más rica en detalles y abarca un mayor número de factores es claro que el poder predictivo se incrementa. En este sentido el aporte predictivo de la sociología médica se ha orientado sobre varios tipos de problemas: mejorando la descripción de la epidemiología de las enfermedades hace predecible qué probabilidad tiene un individuo perteneciente a un determinado grupo ocupacional, por ejemplo, de contraer cierta enfermedad. O cuál será la tasa de morbilidad de una categoría nosológica en determinada clase social: paralelamente se ha preocupado por estudiar un aspecto específico de la conducta social: aquella que exhiben los individuos y grupos, frente a los problemas de salud y a través de las diversas fases de la enfermedad.

*Nivel de aplicación prácticas de conocimientos:* Busca ante todo la modificación de la práctica médica, los estudios realizados han permitido desechar el tradicional postulado de que «si la gente no adopta determinadas pautas de conducta preventiva ello obedece a un factor de ignorancia», y su corolario de que por lo tanto «el factor que puede erradicar las prácticas insalubres y promover formas de conducta preventivas consiste en impartir conocimientos al respecto». Generalmente se pensaba que existía un vacío cognoscitivo en relación a la etiología de la enfermedad, a partir de estudios antropológicos y sociológicos más o menos recientes se ha descartado la idea del «vacío cognoscitivo», sacando a la luz en cambio, la existencia de sistemas de

medicina popular que forman parte del bagaje cultural tradicional de grandes sectores de población, existiendo un apego de tipo emocional hacia ciertas creencias y compitiendo de manera clara con los sistemas de Medicina Científica.<sup>21</sup>

Este tipo de desarrollo en Norteamérica llevará a desatar una serie de críticas y cuestionamientos en dos direcciones:

- Primero, en cuanto a los resultados aportados por la sociología médica en la perspectiva funcionalista, las críticas a esta corriente se concentrarían en «las limitaciones explicativas, los sesgos ideológicos y la parcialización de la realidad estudiada.»
- Segundo, crítica a la reducción de las llamadas ciencias sociales a «Ciencias del comportamiento» o «ciencias de la conducta.»

Al respecto Mercer 1986 señala que quienes optaron por esta alternativa explicaban así su elección.

«El término Ciencia de la Conducta fue acuñado con la intención de que la aparente connotación neutral fuera aceptable para los científicos sociales y para los científicos del cambio biológico. Reemplazando el concepto alternativo de Ciencias Sociales, que algunos podrían confundir con socialismo.

...El término Ciencias Sociales fue sustituido por el de Ciencias de la Conducta en el estudio de la salud y la enfermedad por que a las ciencias sociales se les visualizaba como excesivamente genéricas, al incluir no sólo a la sociología, antropología, sino también a la economía, ciencias políticas e historia.»<sup>22</sup>

La intencionalidad era bien clara en el sentido de que las ciencias de la conducta como lo anota Juan César García «tenía como finalidad integrar la Antropología, la Sociología y la Psicología Social bajo una concepción en que la conducta del enfermo y el desempeño de las instituciones deberían explicarse al nivel individual: motivación, actitudes, grupos pequeños.» Sin embargo pienso que esta denominación como «ciencias de la conducta», no puede reducirse simplemente a un problema de forma para evitar el rechazo y el resquemor de un contexto reactivo a la innovación. Es por el contrario una concepción que aplicada

al análisis de la salud-enfermedad, solo admite la posibilidad de abordar el estudio de estos problemas en términos de motivaciones, hábitos y actitudes, negando cualquier posibilidad de análisis sobre la relación estructura social y salud-enfermedad. Es también una concepción que pretende domesticar las ciencias sociales limitando las dimensiones de sus objetos y sobre todo reduciendo el conocimiento de lo social a comportamientos, es decir, a conductas. sin embargo debemos tener presente que esta dimensión no es más que una cara de las múltiples aristas que tiene lo social.

«Pero la consecuencia de ese desplazamiento era significativa en cuanto al objeto de estudio, ya que neutralizaba a la sociología, al orientarla hacia la conducta individual, en lugar de indagar sobre las relaciones sociales, las instituciones, la ideología.»<sup>22</sup>

En el contexto latinoamericano la introducción de las «Ciencias de la Conducta» aplicadas a Medicina se inicia en la década de los 50, influenciado por la tendencia Norteamericana cuando se introduce en los currículos las cátedras de Medicina Preventiva y Salud Pública. Sin embargo «a pesar de los propósitos de rápida incorporación al ámbito médico, los científicos sociales cubiertos con la bata de las ciencias de la conducta lograron escaso éxito. Las ciencias básicas y las clínicas cuidaron celosamente sus espacios y tiempos curriculares y sólo permitieron una participación marginal de estas nuevas disciplinas.»<sup>22</sup>

Posteriormente bajo los auspicios de la OPS-OMS se realizaron una serie de seminarios, sobre el tema «Ciencias de la Conducta aplicadas a Medicina», que cumplieron la importante función de legitimar esfuerzos hasta entonces aislados, surgiendo reflexiones comunes en casi todos los países en el análisis de la relación salud-sociedad. A partir de la década del 70 y cuando se realizó la reunión de Cuenca Ecuador estas disciplinas enfrentaron un problema común, que se reducía a adoptar la denominación neutral de las Ciencias de la Conducta, en este sentido se señala que «la inviabilidad de las ciencias de la conducta aplicadas a salud en nuestra región, no fue resultado entonces de un apriorístico rechazo teórico, sino que las mismas condiciones sociales invalidaban el enfoque conductual. El obstáculo que se opone a la aplicación del enfoque merece ser analizado, ya que se dan en el

concepción de la totalidad bajo estudio. Se abren así nuevas líneas de investigación asumiendo los procesos sociales como objeto de estudio en los siguientes campos: salud y trabajo, servicio de salud, gestión estatal y popular los cuales son abordados en tanto procesos donde el investigador indaga sobre sus determinaciones y también sobre las posibilidades de intervención, realizándose incluso un tipo de investigación que incluye la participación de los propios sujetos.

En la actualidad las investigaciones suelen dirigirse a la caracterización de procesos sociales que se reflejan en el campo sanitario. El investigador acompaña estos procesos en su dinámica, para lo cual se hace frecuente el uso de una variada gama de técnicas de investigación, las cuales buscan superar restricciones atomísticas de la encuesta o las distorsiones propias de la confianza en lo verbalizado por los informantes.<sup>22</sup>

Con el fin de contribuir a precisar cuales han sido las tendencias investigativas en las ciencias sociales aplicadas a salud y las áreas de preocupación temática, es conveniente que referenciamos tal vez la recopilación más importante llevada a cabo bajo el título Ciencias Sociales y Salud en América Latina.

Lo primero que podemos destacar es que la preocupación de las ciencias sociales por los problemas de salud en el continente toma otros rumbos diferentes a la tendencia norteamericana. En efecto el trabajo de revisión bibliográfica y sistematización adelantado en el período 1950-1979 sobre cuatro categorías de temas nos muestra el estado de la producción sobre: prácticas médicas tradicionales, servicios de salud, proceso salud-enfermedad y formación de recursos humanos (Véase anexo N°5).

«Así la medicina tradicional, que tiene una expresiva superioridad en relación a las otras categorías en las dos primeras décadas, será sustituida, en los años 70 por los servicios de salud con un 36% de la producción. El proceso salud-enfermedad conserva el segundo lugar durante todo el período, pero en el año 70 con un expresivo porcentaje de 30%. En la categoría formación de recursos humanos ocurrió una disminución en los años 70; la cifra de 21%, de 1960-1969, baja al 13,3%»<sup>23</sup>

En segundo lugar al tomar los temas secundarios de la categoría servicios de salud en período (Véase anexo N<sup>o</sup>5), se observa que la producción está centrada en los siguientes subtemas: medicina estatal, medicina y sociedad, análisis histórico y medicina primaria.

En tercer lugar al observar los temas secundarios clasificados en la categoría proceso, salud enfermedad (Véase anexo N<sup>o</sup>6), se destaca que la producción está centrada en los siguientes subtemas: aspectos sociales de la salud mental, aspectos sociales de la nutrición, el desarrollo y el crecimiento, salud-enfermedad, la sociedad, factores determinantes de la morbilidad y mortalidad y la relación entre el trabajo y la salud-enfermedad.

En cuarto lugar al observar los temas secundarios clasificados en la categoría formación de recursos humanos (Véase anexo N<sup>o</sup> 6), se destaca que la producción está centrada en los siguientes subtemas: análisis de planes de estudio, introducción de nuevas disciplinas, enseñanza de salud pública odontológica, enfermería, seguida de formación médica, formación de recursos humanos y planificación, y temas diversos.

En quinto lugar es importante señalar que este trabajo de recopilación presenta un balance sobre las contribuciones de las ciencias sociales en Brasil, Ecuador, México y Venezuela. No existe ni se presenta un balance sobre las contribuciones de las ciencias sociales en Colombia, aunque se menciona que fue Colombia uno de los únicos países que realizó un estudio, lo más completo sobre las relaciones entre la situación económico-social, la producción de la enfermedad y la utilización de los servicios de salud, en 1965-66; a pesar de ello considero que sería muy importante hacer un balance en el país, sobre las contribuciones de las ciencias sociales al estudio de la salud, incluido por supuesto el trabajo social, si se tiene en cuenta que es la salud, a nivel de atención primaria y participación comunitaria en salud, como también a nivel hospitalario, la que mayor ocupación profesional viene generando.

En sexto lugar el trabajo de recopilación también presenta un balance sobre las disciplinas de lo social, incluyendo la antropología, economía social y sociología, señalando tendencias y perspectivas de

la investigación social aplicada a salud.

Por último y a manera de conclusión podríamos señalar, que de la manera como se construya teórica y metodológicamente el paradigma, sobre la relación entre lo social y lo natural en el proceso salud-enfermedad, dependerá en gran parte el futuro de la investigación en este campo y las contribuciones que las ciencias sociales puedan hacer a la solución de la compleja problemática de salud existente en nuestras sociedades.

#### LAS POLÍTICAS DE SALUD EN LA DÉCADA DE LOS 90:

##### AVANCES E INCONSISTENCIAS

Para la formulación del nuevo enfoque de la salud en Colombia, se tomó como base de estudio sectorial de salud y los diferentes documentos que sirvieron de base como explicación de motivos para dos disposiciones esenciales: la ley 10 de 1990 y el decreto 1416 de 1990.<sup>21</sup>

Es indudable que la ley 10 recoge una serie de formulaciones generales y enunciados que constituyen un importante punto de partida para la reformulación de las políticas de salud y para la reorganización del Sistema Nacional de Salud en el futuro. Se inicia esta década con los siguientes planteamientos:

- La cobertura de los servicios de salud se ampliará al 90% de los colombianos: el seguro cubrirá el 15% de la población, la medicina privada el 5% y el sistema hospitalario financiado con recursos públicos atenderá el 60%. Queda un 10% sin cubrir, constituido por población dispersa y de difícil acceso.
- Los servicios básicos de salud serán prestados por el estado en forma completamente gratuita a la generalidad de los habitantes.
- Todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligados a dar atención de urgencias con independencia de la capacidad socioeconómica de quienes demanden estos servicios.

- La ciudadanía tendrá derecho a participar en el manejo y control de los servicios oficiales de salud.<sup>25</sup>

Los más importantes avances de la ley 10 quedan recogidos en los siguientes aspectos:

*Define la salud como un servicio público.* En virtud de este poder de intervención la ley enuncia los siguientes puntos: servicios básicos gratuitos, asistencia pública, servicio de urgencias obligatorio y participación comunitaria.

*Descentralización administrativa.* Descentraliza el servicio de salud hacia las entidades territoriales: transfiriendo a los municipios la administración de los servicios de salud del primer nivel (Centros, Puesto de Salud y Hospitales locales); por otro lado transfiere a los Deptos., Intendencias y comisarías la administración de los servicios del segundo y tercer nivel (Hospitales Regionales y Hospitales Universitarios).

*Reorganización financiera.* La ley reorganiza las finanzas de la salud partiendo del principio de que a la nación corresponde aportar el grueso de los recursos necesarios para costearla. En este sentido la ley establece nuevos mecanismos para: calcular el nuevo situado fiscal, garantizar el monopolio sobre los nuevos juegos, garantizar la distribución de los recursos de acuerdo a tres fuentes de financiación en el plano nacional, y define prioridades para el gasto en salud.

*Manejo técnico del personal.* La nueva ley reorganiza la administración del personal de los hospitales y de los servicios en salud incorporándose a la carrera administrativa.

*Modernización de la gestión hospitalaria.* La ley moderniza la administración hospitalaria a través de varios mecanismos: implantando contabilidad de costos y sistemas de control de gestión, exigiendo calificación profesional a los directores de servicios de salud, impulsando la integración funcional de servicios.

Muchas de las recomendaciones formuladas en el estudio sectorial de salud, ya hacen parte de la ley 10 de 1990, otras sin duda alguna se irán incorporando en el futuro. En este sentido además de lo reseñado anteriormente me parece importante subrayar los siguientes elementos que se plantean con relación a lo que debe ser el enfoque de la salud en el país y que representan un importante avance:

- Conceptualizar la salud como un derecho.
- Conceptualizar la salud-enfermedad como un proceso, resultante de la interacción de cuatro grandes vectores; la población con sus elementos biológicos, el medio ambiente en todos sus aspectos (intra-extrauterino, físico, químico, socioeconómico etc.), el comportamiento humano individual y social y los servicios de salud, que se enfatice además en la necesidad de dar pesos relativos a cada uno de ellos, en cuanto a su real contribución al resultado final de salud. Esto conduce a la necesidad de reestimar la visión hasta hoy dominante en Colombia, del papel casi omnipotente del cuidado médico reparativo y enfatizar las acciones sobre el ambiente y el comportamiento social e individual, así como dar prioridad al mantenimiento de la salud sobre la recuperación de la misma.<sup>4</sup> Por primera vez a nivel oficial del sector salud se plantea la necesidad de desarrollar un enfoque de multicausal tanto en la forma de abordar los problemas en la perspectiva del conocimiento como en el terreno de las soluciones prácticas.
- Es sin duda también un avance que frente a la ausencia de la participación comunitaria en salud, se plantee que es deber de todos los ciudadanos propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y contribuir con la planeación y gestión de los respectivos servicios de salud. La comunidad tiene derecho a participar en los procesos de diagnóstico, formulación, y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión relacionados con los servicios de salud.
- Otro avance notable en términos de enfoque de la salud tiene que ver con el planteamiento de que las políticas de salud y el sistema nacional de salud debe tener como prioridad la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, ello implica que la prioridad del gasto del situado fiscal debe solucionar entre otros problemas las dificultades que se venían presentando con la financiación del primer nivel de

atención que para atender el 80% de las consultas y casos, recibía el presupuesto más bajo entre los tres niveles de atención.

- Posibilidad de desarrollar los sistemas locales de salud a nivel municipal. Reseñado los avances que se han venido dando en la formulación del enfoque de la salud en Colombia, veamos ahora cuales son las principales inconsistencias:
- Aunque la ley 10 plantea la necesidad de la descentralización y municipalización de los servicios de salud, desarrollando una serie de enunciados que empezaron a perfilarse a partir de la reforma política de 1986, este proceso todavía es puntual y limitado en algunos sentidos, dándose una limitada autonomía en los niveles regional y local, tanto en la toma de decisiones políticas como a nivel administrativo y fiscal.
- Hay que estar alerta contra la posibilidad de que la descentralización y la municipalización de los servicios de salud se convierta en un mecanismo de abandono de la responsabilidad pública en relación con la población. Hay realmente un riesgo abierto cuando en la llamada descentralización administrativa pensando en alternativas para prestar el servicio se plantea, que las entidades territoriales podrán escoger entre prestar servicios de salud con establecimientos públicos o mediante contratos con fundaciones en instituciones privadas. Acá se puede estar abriendo el camino para la privatización gradual de los servicios de salud.
- Al definir la salud como un servicio público se plantea que debe regirse por los principios de: Universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiariedad y complementariedad, pero deja de lado los principios de equidad y solidaridad que es lo que garantiza que la sociedad y el estado asuman la justicia social a través de medidas distributivas y redistributivas.
- La formulación del enfoque del sistema nacional de salud no conduce a un sistema único descentralizado, que integre los servicios de salud, la seguridad social, las cajas de previsión

social y las cajas de compensación familiar controladas por el sector privado. No se trata de descentralizar la salud a nivel municipal dejando por fuera los demás sectores. Se debe tratar de establecer un sistema único que integre a todos los sectores pero que al mismo tiempo descentralice. Esta es una de las grandes debilidades que puede hacer naufragar el proceso de la reforma y sobre todo la intencionalidad de establecer un sistema que tenga como prioridad la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

- La ley 10 en el terreno de la participación comunitaria lo que hace fundamentalmente formalizar y legalizar la participación a través de los llamados comités de participación comunitaria. No puede hablarse de que consolide procesos de participación comunitaria precedentes por que lo que ha predominado hasta ahora es la ausencia de participación comunitaria en salud. Ni la ley 10 ni el decreto 1416 la articulan a los procesos de planificación local y regional, al reglamentar los CPC y definir las funciones no se define el papel de la participación comunitaria en la conservación de la salud, es decir, en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, etc.: lo que se legaliza es la participación en la administración y gestión relacionados con los servicios de salud pensados, diseñados y formulados por los funcionarios de las instituciones. Tampoco define cómo articular la participación comunitaria en salud en los procesos de participación social y de democratización de la sociedad.
- Otra de las inconsistencias del nuevo enfoque de la salud en Colombia tiene que ver con el tipo de multicausalidad que se propone para abordar el estudio del proceso salud-enfermedad tanto en la perspectiva del conocimiento, como en el terreno de las soluciones prácticas. Lo social es reducido fundamentalmente «al comportamiento individual y social», este enfoque limita las posibilidades explicativas en términos de causalidad, ya que no permite establecer las necesarias

relaciones entre salud y determinantes económicos, sociales, culturales y políticos.

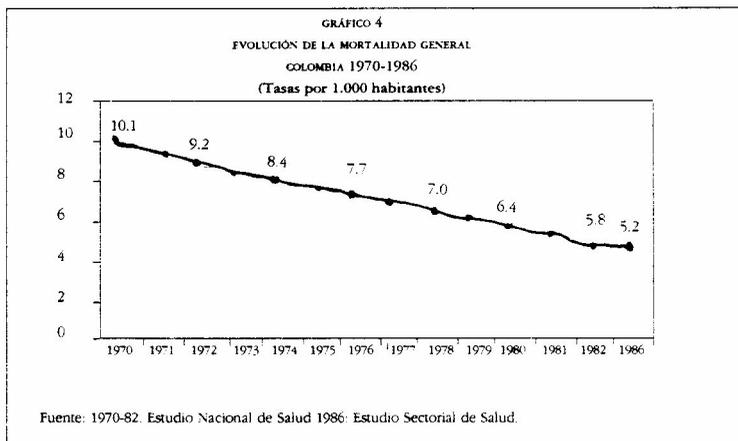
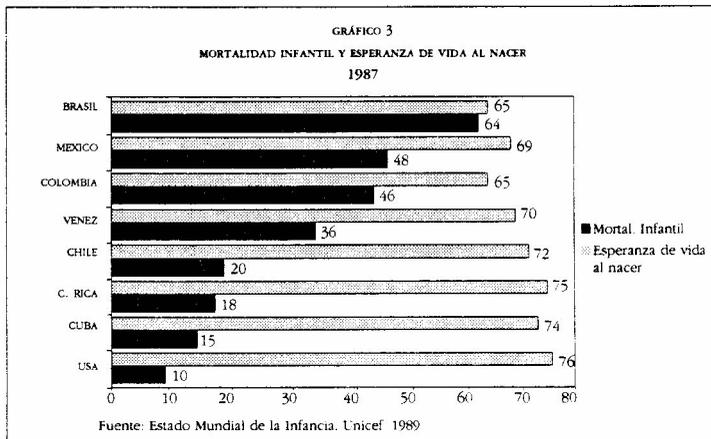
#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ESTRADA OSPINA, VICTOR MARIO. "Las Políticas en Salud en Colombia: Políticas para la Salud o políticas en contra de la enfermedad". ponencia presentada al 5o. Congreso Mundial de Medicina Social, Medellín, 1987
2. *Revista Coyuntura Social*. "Programas Sociales y situación del medio ambiente", Fedesarrollo, Instituto SER de Investigación, No. 2. Bogotá. 1990.
3. MINISTERIO SECTORIAL DE SALUD. *Diagnóstico de la Situación de Salud*. Bogotá, 1975.
4. ESTUDIO SECTORIAL DE SALUD. La salud en Colombia, Documento general, Tomo 1, Ministerio de salud, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, 1990.
5. *Revista Coyuntura social*. "Situación social en Colombia". Fedesarrollo. Instituto SER de Investigación, Nº1, Bogotá 1989.
6. PETTIGIANI CARLOS, "Salud y Políticas Sociales", mimeografiado, Quito, 1988.
7. Naciones Unidas. Comisión económica para América Latina UNECLA o CEPAL. Economic Sociales of Latin América, 1968 Part I. Some aspects of the Latin América Economy Towards the end of the 1960.
8. FRANCO AGUDELO SAÚL, "Crisis y Salud: Una relación por explorar en Colombia", mimeografiado, Medellín, 1981.
9. ESTUDIO SECTORIAL DE SALUD, *La salud en Colombia*, Documento General. Tomo II, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, 1990.
10. UGALDE ANTONIO. "Las dimensiones ideológicas de la participación comunitarias en los programas de salud en Latinoamérica", *Revista Cuadernos Medico-Sociales*, Nº41, Centro de Estudios Sanitarios Sociales, Rosario Argentina, 1987.
11. ANDER-EGG EZEQUIEL, *Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad*, Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1977.
12. TIMIO MARIO, *Clases Sociales y Enfermedad: Introducción a una Epidemiología diferencial*, Editorial Nueva Imagen, México 1979.
13. OMS-UNICEF, "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud", reunión en ALMA-ATA en el Kazakhstan Soviético, URSS, Septiembre 1978.
14. BLOCH CARLOS. VARIOS AUTORES. "Evaluación del programa de Atención Primaria en el área I de Rosario", *Revista Cuadernos Medico-Sociales*, Nº41, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario Argentina, 1987.
15. FOUCAULT MICHEL, "Historia de la medicalización", Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brazil, mimeografiado, 1974.
16. VASCO URIBE ALBERTO. *Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad*, Memorias. Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín 1987.
17. ROJAS G/ DANUTA, MERCER HUGO. "Notas sobre el manejo de la información Cuantitativa en la investigación social aplicada a la salud." mimeografiado, México.

18. NAVARRO VICENTE. "Los orígenes económicos y políticos del subdesarrollo de la salud en América Latina", tomado de la *Medicina bajo el capitalismo*, mimeografiado.
19. Ver propuesta CENDES-OPS, Aspectos Conceptuales y Metodológicos de la planificación de la salud. Depto. de Medicina Social, Magister en Salud Pública, Universidad del Valle, mimeografiada.
20. AGUDELO C. CARLOS A. "Participación Comunitaria en Salud, Conceptos y criterios de valoración", publicado en el bulletin of the Pan American Health Organization 1983.
21. MACHADO YOLANDA. "¿Qué es la Sociología Médica?", mimeografiado, Caracas Venezuela.
22. MERCER HUGO. *Las Contribuciones de la Sociología a la investigación en Salud, Ciencias Sociales y Salud en América: Tendencias y perspectivas*, O.P.S., CIESU. 1986.
23. DUARTE NUÑEZ EVERARDO. *Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Tendencias y Perspectivas*, OPS. CIESU, 1986.
24. Ley. 10 del 10 de Enero de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. mimeografiado. Decreto 1416 de 1990 por el cual se crean los Comités de Participación Comunitaria, mimeografiado. Ver además, Jaramillo Pérez Iván. A reforzar la salud como servicio público. los principios de la reestructuración (Criterios técnicos y políticos). mimeografiado.
25. JARAMILLO PÉREZ IVÁN. "Guía para leer la ley 10 de 1990", mimeografiado.

ANEXO N°1

COYUNTURA SOCIAL



ANEXO N°2

GRÁFICO 3.0 - INEQUIDADES EN SALUD:  
MORTALIDAD INFANTIL Y NECESIDADES  
FINALES NO ATENDIDAS  
COLOMBIA, 1981

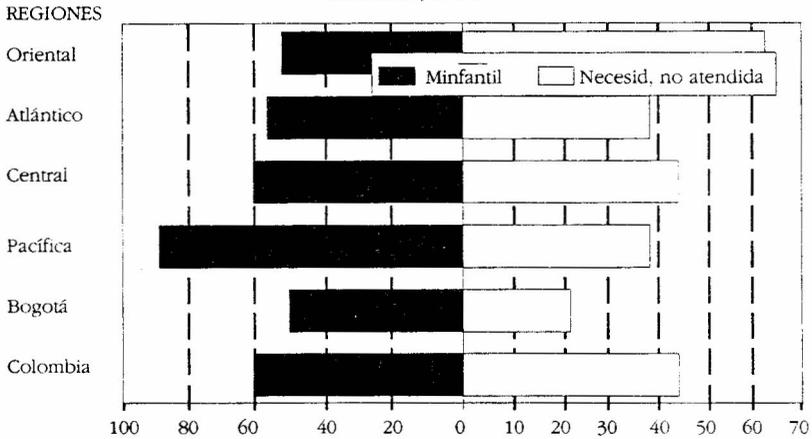
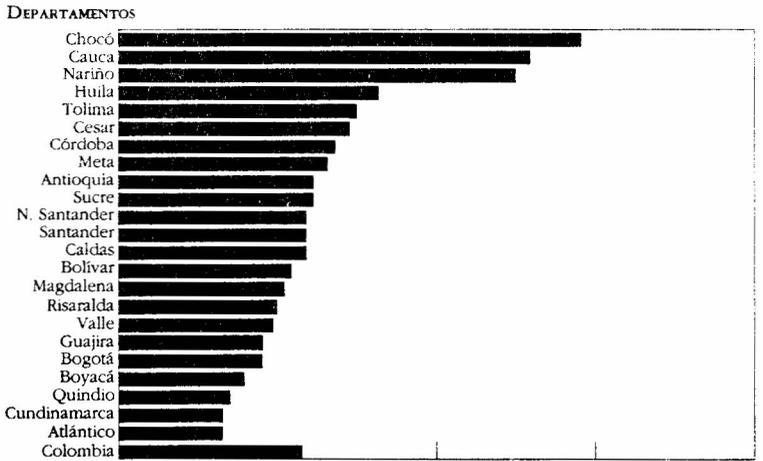


GRÁFICO 3.1 - MORTALIDAD INFANTIL POR  
DEPARTAMENTOS DEL PAÍS, 1981



FUENTES: OCHOA LH Y COLS (1983) (28).

ANEXO N°2  
 GRÁFICO N° 3.1  
 ESTUDIO SECTORIAL DE SALUD  
 MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN NECESIDADES  
 BÁSICAS EN LAS CABECERAS DEL PAÍS  
 COLOMBIA, 1985

Viviendas según Necesidades Básicas (NB)	Mortalidad infantil x 1.000 nacidos vivos
TOTAL PAIS	45.9
Viviendas con NB satisfechas	35.9
Viviendas con NB insatisfechas	60.9
Viviendas en miseria	75.9
FUENTES: DANE (1988) (23).	

GRÁFICO N° 3.2  
 ESTUDIO SECTORIAL DE SALUD  
 PORCENTAJE DE DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA  
 RECHAZADA SEGÚN TIPO DE ATENCIÓN Y LUGAR  
 COLOMBIA, 1977-1980

	Embarazo o parto	Enfermedad	Enfermería	Control embarazo	Otros	Total
I.S.S.	22.1	18.6	9.4	42.8	19.0	22.5
Institución Oficial	62.8	59.6	64.1	42.0	63.0	57.2
Caja de Previsión	7.0	3.5	6.6	3.6	-	3.7
Caja de Compensación	-	1.5	-	0.7	-	1.2
Consultorio Privado	7.7	10.4	11.2	8.5	15.3	10.1
Otras Instituciones	0.4	6.3	0.8	2.4	2.8	5.3
TOTAL	5.2	74.2	2.0	15.7	2.9	100

FUENTE: PABON, A y Cols (1984) (24).

ANEXO N°3  
 CUADRO N° 15  
 ESTUDIO SECTORIAL DE SALUD  
 EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD  
 SECTOR CENTRAL NACIONAL  
 PARTICIPACIÓN EN EL PRESUPUESTO NACIONAL TOTAL  
 (Miles de pesos)  
 COLOMBIA, 1966-1987  
 Precios corrientes

AÑO	GASTO EN SALUD TOTAL/1	PRESUPUESTO NACIONAL/2	PARTICIPACION (%)	INDICES DE CRECIMIENTO (1966=100) GASTO TOTAL EN SALUD	PRESUPUESTO NACIONAL
1966	386.909,0	7.719.000,0	5,01	100,0	100,0
1967	422.696,0	7.952.000,0	5,32	109,2	103,0
1968	536.576,7	11.009.000,0	4,87	138,7	142,6
1969	878.216,0	14.664.000,0	5,99	227,0	289,9
1970	1.332.310,0	18.437.000,0	7,23	334,3	238,8
1971	1.700.503,0	22.292.000,0	7,63	439,5	288,8
1972	1.728.371,0	24.064.000,0	7,18	446,7	311,7
1973	2.185.960,0	29.803.000,0	7,33	565,0	386,1
1974	3.218.194,0	36.018.000,0	8,93	831,7	466,6
1975	3.711.673,0	49.846.000,0	7,45	959,3	645,7
1976	5.137.841,0	52.796.000,0	9,73	1.27,9	684,0
1977	7.194.636,0	71.838.000,0	10,02	1.859,5	930,6
1978	8.747.438,0	100.520.000,0	8,70	2.260,8	1.302,2
1979	12.330.500,1	150.159.000,0	8,21	3.186,9	1.945,3
1980	16.780.833,0	193.745.000,0	8,66	4.337,1	2.510,0
1981	20.811.957,0	262.072.000,0	7,94	5.379,0	3.395,1
1982	25.141.641,0	329.155.000,0	7,64	6.498,1	4.264,1
1983	29.460.485,0	398.883.000,0	7,39	7.614,3	5.167,5
1984	32.307.262,0	537.087.000,0	6,02	8.350,1	6.958,0
1985	38.705.349,0	677.434.000,0	5,71	10.003,7	8.776,2
1986	55.199.732,0	934.660.197,0	5,91	14.266,8	12.108,6
1987	77.645.165,0	1.187.606.031,0	6,54	20.068,0	15.385,5

Fuente: 1/ informes Financieros de la contraloría General de la República, anexo Financiero tomo II

2/ Finanzas Intergubernamentales en Colombia, DNP.

ANEXO N°4  
 CUADRO N° 1  
 GASTO PUBLICO TOTAL, GASTO PUBLICO , PIB  
 (Miles de pesos corrientes)

AÑO	EDUCACION (1)	SALUD (2)	SEGURIDAD SOCIAL (3)	VIVIENDA (4)	GASTO SOCIAL	GASTO TOTAL	PIB
1980	43.850	18.044	44.923	10.807	117.624	344c.623	1579130
1981	59.882	22.002	63.021	15.248	160.153	475.343	1982.773
1982	78.649	28.404	80.826	15.489	203.368	589.114	2497.298
1983	99.862	34.038	101.644	31.571	267.115	747.045	3036.661
1984	139.000	44.773	126.043	52.867	362.683	958.881	3856.584
1985	156.909	53.236	152.515	36.821	399.481	1187.925	4965.883
1986	199.338	71.337	205.094	43.430	519.199	1572.127	6701.425
1987	249.094	88.696	267.246	47.512	652.548	2051.742	8779.383
1988	311.160	118.264	356.508	57.198	843.130	286.570	11694.607

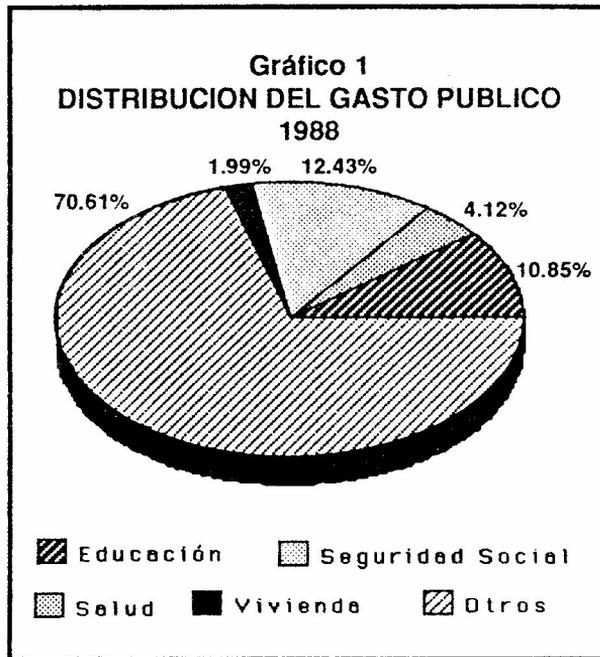
(1) Sector Central, Universidades y SENA.  
 (2) Sector Central, ICBF, Instituto de Cancerología, Instopal, INAS.  
 (3) Sector Central, ISS, Cajamal.  
 (4) Sector Central, Incredial.  
 FUENTES: Contraloría General de la República. Informes financieros  
 Departamento Nacional de Planeación, U. P. G.  
 DANE.

**CUADRO N° 3**  
**COMPOSICION DEL GASTO PUBLICO SOCIAL**

coyuntura social

AÑO	EDUCACION	SALUD SOCIAL	SEGURIDAD	VIVIENDA
	%	%	%	%
1980	37.28	15.34	38.19	9.19
1981	37.39	13.74	39.35	9.52
1982	38.67	13.97	39.74	7.62
1983	37.39	12.74	38.05	11.82
1984	38.33	12.34	34.75	14.58
1985	39.28	13.33	38.18	9.22
1986	38.39	13.74	39.50	8.36
1987	38.17	13.59	40.95	7.28
1988	36.91	14.03	42.28	6.78

FUENTE: Cuadro 1



ANEXO N°5

TABLA 1- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DE LA "BIBLIOGRAFIA LATINOAMERICANA SOBRE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A SALUD", SEGUN CUATRO CATEGORIAS DE TEMAS Y FECHA DE PUBLICACION PERIODO: 1950-1979

CATEGORIAS	1950-59		1960-69		1970-79		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Medicina Tradicional	74	44,0	158	33,5	213	20,8	445	26,8
Servicios de Salud	41	24,4	101	21,4	365	35,7	507	30,5
Proceso Salud-Enfermedad	46	27,4	114	24,1	309	30,2	469	28,2
Formación Recursos Humanos	07	4,2	99	21,0	136	13,3	242	14,5
Total	168	100,0	472	100,0	1023	100,0	1663*	100,0

FUENTE: Bibliografía Latinoamericana de Ciencias Sociales aplicada a Salud.  
OPAS/OMS, sf.  
\* Excluidas 11 referencias: 7 s.f. y 4 fechadas en 1980.

CUADRO 1- TEMAS SECUNDARIOS DE LA CATEGORIA SERVICIOS DE SALUD. REFERENCIAS DE LA "BIBLIOGRAFIA LATINOAMERICANA SOBRE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A SALUD"

TEMAS SECUNDARIOS	
Medicina y sociedad	94 18,5
Análisis Histórico	90 17,7
Medicina Estatal	98 19,2
Medicina Privada	01 0,2
Medicina Primaria	69 13,6
Atención Secundaria y Terciaria	50 9,8
Insumos para Servicios de Salud	12 2,4
Programas de Salud	55 10,8
Mercado de trabajo y Profesiones de la Salud	21 4,1
Conducta de la Población frente a los Servicios de Salud	19 3,7
TOTAL	509* 100,0

\* Incluye dos referencias fechadas en 1980.

CUADRO 2- TEMAS SECUNDARIOS DE LA CATEGORIA PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. REFERENCIAS DE LA "BIBLIOGRAFIA LATINOAMERICANA SOBRE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A SALUD"

SUBTEMAS		
Salud-Enfermedad y la Sociedad	73	15,4
Factores Sociales Determinantes de la Morbilidad y Mortalidad	69	14,6
Aspectos Sociales de la Nutrición, el Desarrollo y el crecimiento	112	23,3
Aspectos Sociales de la Salud Mental	132	27,8
La Relación entre el Trabajo y la Salud-Enfermedad	36	7,5
Aspectos Sociales de las Enfermedades Infecciosas	14	3,0
Aspectos Sociales de las Enfermedades Tropicales	06	1,2
Aspectos Sociales de las Enfermedades Crónicas	05	1,1
Aspectos Sociales de las Enfermedades Genéticas	01	0,3
Aspectos Sociales de los Accidentes de Tránsito	04	1,0
Método y Técnicas Aplicados a la Salud	22	4,8
TOTAL	474*	100,0
* Incluyen 5 referencias : 3 s. f. y 2 fechadas en 1980.		

CUADRO 3- TEMAS SECUNDARIOS DE LA CATEGORIA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS. REFERENCIAS DE LA "BIBLIOGRAFIA LATINOAMERICANA SOBRE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A SALUD"

SUBTEMAS		
Análisis de Planes de Estudio, Introducción de nuevas Disciplinas, Enseñanza de Salud Pública Odontológica, Enfermería.	117	47,7
Formación Médica	39	16,0
Formación de Recursos Humanos y Planificación	29	12,0
Estudiantes de Medicina	17	7,0
Función del Hospital y Otras Instituciones	13	5,3
Diversos Temas	28	12,0
TOTAL	243*	100,0
*Incluye 1 referencia s. f.		