

3

Las visiones

del entorno

Equidad y determinantes sociales y económicos de la salud

ARMANDO DE NEGRI

Hay diferencias profundas según la interpretación que se pueda dar a la forma y a los objetivos que se plantean en este tipo de debates.

En los últimos años fuimos obligados a poner adjetivos a la democracia, porque todos son demócratas y unos son más autoritarios que otros y a la larga tenemos que decir que hay democracia participativa, y que hay otras que no son tanto y lo mismo pasa con la equidad, y por ende con los mismos determinantes

¿Cómo se han transformado las personas en nuestras vidas en números y economías?, es una pregunta pero también una especie de constatación vamos primero a proyectar qué tipo de calidad de vida se desea en un país como Colombia, Brasil, en América Latina, en el mundo, para entonces plantearnos qué economía necesitamos, es más razonable, más justo en términos de definir objetivo, pero en todo lo que hacemos está centrado primariamente una idea de economía. Este camino nos obliga a pensar qué queremos de nuestro futuro, o sea cómo imaginamos nuestra vida y la vida de las personas que nos suceden como generaciones, nuestros hijos, nietos, cómo va a ser su vida, nuestro futuro y qué apuestas podemos hacer y que eso empiece a beneficiarnos con otro tipo de perspectiva y además, si es posible hablar de salud sin hablar de la necesidad de las personas. Las personas frecuentemente desaparecen del debate de salud y hablamos de los mecanismos administrativos y la forma como se estructuran los paquetes de beneficios, pero a la larga no vemos

qué beneficios de verdad se generan para las personas, se distorsiona todo el proceso del debate y genera una dificultad para entender la esencia de lo que se está haciendo, el sector salud no es el sector de la producción de jabón, es el sector que trabaja con vida y la calidad de vida de la gente y nosotros no estamos autorizados para hacer errores del sector salud, el error en el sector salud resulta en la enfermedad, la pérdida de la autonomía y la muerte, entonces eso nos pone una carga de responsabilidad distinta, por eso al estar aquí en un foro de salud, vamos a hablar de necesidades sociales en salud, a partir de una lectura donde realmente vinculemos la idea de justicia social a un producto en salud donde los ciudadanos realmente puedan ejercer sus derechos, existe un conjunto de preocupaciones que se va a intentar desarrollar aquí.

Primero, que la relación de los derechos humanos y la equidad como concepto de justicia social, segundo los determinantes económicos sociales y la relación de eso con una interpretación de la macroeconomía y la microeconomía, o sea una tensión entre el ser y tener, tercero qué desarrollo humano deseamos, como pasamos de lo puramente económico a una dimensión ambiental antropológica en que rescatamos la presencia central de las personas y su bienestar, cómo miramos el crecimiento económico y relacionamos eso a los indicadores de salud social, como dos vertientes distintas, luego qué nuevos factores de riqueza podemos poner a este debate para alejarnos de esta visión clásica de la pobreza, esta visión no nos ayudó para nada, hoy tratamos de hacer la gestión de la po-

breza en lugar de erradicarla, queremos niveles aceptables de pobreza, en vez de generar niveles de riqueza y compartirla, eso hay que pensarlo en una manera radicalmente distinta a lo que pensamos hasta ahora y, por fin el tema del universalismo y de la focalización, planteándonos hacia donde vamos con una lógica en que excluimos personas por criterios de orden financiero y administrativo y miramos la dimensión universal de verdad que necesitamos para poder tener cohesión social.

Todos aparentemente estamos de acuerdo en que tenemos que respetar los derechos y que el esfuerzo en el campo de la salud y de protección social puede estructurarse a partir de los derechos, pero hay algo que se pierde muy rápidamente en este debate de los derechos y es considerar que exista un medio derecho, por eso les dije que los derechos o son derechos o no son derechos, necesitamos un derecho, hay derecho o no hay derecho, la mitad del derecho no sirve, si tomamos una perspectiva del derecho y lo tomamos en serio el derecho tiene que construirse en su totalidad y el esfuerzo social que vamos a hacer, político, económico, tiene que tener en cuenta esta dimensión y luego si tenemos la idea de un estado de derecho y tener ciudadanos y ciudadanas que sean sujetos de derecho, tenemos que entender que los derechos son interdependientes, no se puede hacer un canje de un derecho por otro, no se puede decir que avancemos un poco en educación pero en la salud no, es posible para todos que avancemos en vivienda y dejemos rezagado el tema del empleo o consideramos que hay un fundamento de orientación de derechos sociales y pasamos a trabajar por su materialidad respetando mutuamente la interconexión de los derechos o entonces olvidémonos del derecho, tenemos que hacer otra discusión muy en serio, luego al derecho de todos como ciudadanos y ciudadanas corresponde un deber del Estado, para eso sirve el Estado, si hay Estado es para garantizar los derechos y creo que de eso nos olvidamos y eso está en toda la tradición de la creación del Estado moderno, de cómo se plantearon los derechos parece que nosotros tenemos que volver a la revolución francesa y replantear los derechos universales del hombre y de la mujer, que están impuestos ahí y que se perdieron, hoy hablamos de

derecho pero no tenemos en cuenta que a los derechos corresponde un deber del Estado y una responsabilidad de la sociedad en un contrato social y la verdad que nosotros nos olvidamos de eso, tenemos que trabajar coherentemente con nuestra perspectiva y trabajar por los futuros, donde eso sea superable no simplemente mitigado, no simplemente gerenciado, porque eso es lo que nos proponen los planes a nivel mundial, mitigemos la pobreza, démosle un pedacito a los pobres para que no se revelen, para que no se armen revoluciones.

Porque hablamos mucho de la China, es un ejemplo, la China nos va a comer todos nuestros recursos naturales, nos va a acabar nuestros mercados y lo paradójico es que ni siquiera su población va a entender porque los últimos estudios realizados muestran que el llamado crecimiento económico chino resulta una tremenda inequidad en el tema de la China y el año pasado el gobierno chino reconoció que hubo 59.000 rebeliones contra los procesos en curso en el país, para poder tener una idea de las maravillas de la integración económica, esta lógica parece que no va en la perspectiva de lo que queremos, pero hay un cosa muy paradójica que en el mismo EE.UU. existan contradicciones profundas que son la prueba de que no nos sirven ciertas líneas de pensar que crecimiento económico puede resultar sin justicia social, hay una cosa interesante, que demuestra eso, las dos curvas que suben es cómo evolucionó el PIB de EE.UU. y cómo aumentó desde los años 59 hasta hoy multiplicando la capacidad económica del país, pero esta otra línea es un indicador llamado salud social que es la combinación de varios indicadores sociales y ¿qué pasó? Se abre eso de una forma tremenda y esa distancia que hay en los 60, casi no existía, hoy la mayor riqueza del país, se alejó completamente además hubo la decadencia de este indicador social, eso en la mayor economía del mundo, eso nos hace pensar, pues si nosotros vamos en esta dirección de acumular para eventualmente poder dividir, parece que hay una cosa que el futuro no nos garantiza y justamente es la perspectiva de poder tener equidad según estos datos.

Y paradójicamente una experiencia en EE.UU. nos habla de otra perspectiva, que es el caso de

Alaska, allá todo el ingreso de la producción petrolera se adoptó para un sistema de ingreso mínimo socializado, en lugar del Estado retener eso o permitir que eso fuera apropiado privadamente por algunos grupos, distribuyó estos recursos poniendo una renta mínima, un ingreso mínimo socializado, que tuvo un impacto en Alaska capaz de generar que fuera el único Estado de la federación norteamericana que no ha sufrido esta pérdida de calidad de vida en las últimas décadas. Hay una forma de trabajar eso, que es clave ponerla en nuestra agenda.

Si tomamos el enfoque desde los derechos, se haría una tríada indisociable y es universalidad, integralidad y equidad. Porque si estamos basados en el derecho, eso quiere decir que todos y todas tenemos derecho a determinado campo que queremos analizar. Si todos tienen derecho a la salud, eso significa que todos sin excepción deben tener el acceso a la atención de la salud, al acceso a los medios para promover su salud y el acceso a la condición de salud, de estar sano, pero además es necesario que se combine que no se pueda separar de la integralidad, no puedo decir: todos tenemos derecho y que algunos tienen derecho a una parte del paquete y otros a otra parte. O sea lo que hoy se pone en debate en Colombia es la diferencia de los beneficios del sistema que representa una no integralidad, lo que se quiere plantear es que si no hay integralidad para todos no hay universalidad, ese es el punto, entonces no hablemos más de que el sistema es universal, universal los subsidiados, no quiere decir garantizar el acceso integral universal a todos los asegurados. Es una diferencia que uno tiene que tener clara para poder avanzar, para no quedarse en la mitad del camino del proceso de construcción de la universalidad, pero además no podemos separar ésta de la integralidad y de la equidad.

Si de verdad queremos producir otra sociedad más justa, el acceso a los recursos, la calidad de la atención y el resultado en términos de calidad de vida, tienen que ser equitativos, porque puede haber un sistema universal muy malo y que nos resulta en buenas condiciones de salud para todos, resultado que van a la larga en algunos criterios socioeconómicos, a beneficiar a algunos más que a otros y las diferencias no aceptables van a persistir.

Entonces es muy importante plantear eso como concepto, no podemos hablar de equidad, integralidad, universalidad, como elementos disociados, son tres dimensiones que materializan la visión desde los derechos, este estudio que se publicó en junio de 2006 y que habla de la equidad en América Latina desde los años 90, es algo que amerita un examen por parte de ustedes, porque es un documento muy provocador y hecho por Pedro Sáenz, un hombre que trabajó en varios organismos internacionales y que antes de jubilarse estaba en la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y el documento hace una revisión muy importante desde los 80 hasta el año 2003.

Justamente para entender qué se hizo durante ese tiempo en nuestro continente y cuáles fueron las consecuencias, entonces él presenta las consecuencias para el bienestar de la estancación del crecimiento per cápita en América Latina y ese período dio una intervención de larga escala y con poder político, económico creciente de actores externos, mucha intervención de capital transnacional, mucha intervención de gobiernos de fuera del continente que generaron consecuencias negativas para las economías domésticas, en especial en las inequidades de ingreso y aumento de la pobreza, la tendencia nuestra hoy es una tendencia de aumento de la pobreza, y es importante entender cómo se construyó eso, porque las opciones de un sistema de salud como el colombiano se han hecho en este período de historia y hay que entender doctrinariamente cómo el sistema colombiano se construye en el contexto internacional con las características que tiene hoy o ustedes creen que la Ley 100 de 1993 es un invento puramente colombiano. Hay que hacer el examen genético de esta Ley ver cómo eso se pone en una etapa de mundialización del capital y que se ha impuesto una lógica para el conjunto de los países, con variedad en la forma de materializarlo, pero con unas orientaciones muy claras, donde la segmentación, donde los sistemas de aseguramiento parciales, cruzados, con subsidio público cruzado, con una pérdida de la capacidad de inversión del Estado.

La planeación del país, lo mostró muy rápido, pero el decline de la inversión pública es algo fatal

para el país y Colombia lo tiene acentuado en inversión pública, entonces ahí no se puede decir que queremos que la inversión privada participe, si ésta participa en un contexto de caída de la inversión pública, eso significa la pérdida del control del país desde el punto de vista del interés público. Eso significa la privatización, eso vale para todos los países, el problema no es sólo colombiano, es un problema estructural de este período, por eso les recomendaría mucho este estudio, para poder tener una visión del conjunto y este mismo artículo nos muestra la evolución, la pobreza y la indigencia en América Latina, miren lo que significa eso: los del 80 al 99 pasaron de 135 millones de 211 millones, del 40% al 43%, o sea el 37% de la población de la ciudad es de pobres y el 63% no. Una evolución que nos hace pensar en qué dirección estamos caminando y cuando vemos la indigencia es que no llega al 90% de la atención mínima material para el consumo, la evolución de médicos fue significativa, aunque en términos de proporción no muy grande por eso si queremos le podemos dar una vuelta a los numeritos y presentarlo de varias formas, pero el hecho que tengamos una explosión de condiciones sociales inadecuadas y que eso nos permita entender por qué en América Latina hay tanta corrupción y tantos cambios en muchos países.

Luego hay otro dato que parece clave, que es la proporción de jóvenes que no logra tener un capital educativo mejor que el de sus padres, este dato impacta profundamente, porque decimos todo el tiempo que la educación nos va a salvar y miren lo que pasa hoy; el 67% de los jóvenes hombres y mujeres urbanos van a tener un capital educativo inferior a sus padres y el medio rural en un 36%. Porque era tan malo en el medio rural que algunos pequeños cambios mejoraron. Pero cuando miramos la distribución entre mujeres también hay que interpretar lo que pasa ahí, ellas estaban tan rezagadas, que una pequeña mejora de acceso, aumentó su posibilidad de tener capital educativo. Pero el panorama general es dramático, si nosotros creemos de verdad que la educación nos va a salvar, estamos perdidos, porque este dato me deja preocupado con lo que se pueda hacer en este campo.

Como el tema de la capacidad económica y material de la vida impacta directamente y abre unas

brechas de una forma tremenda, no se puede manejar el tema de la salud si no se consideran los determinantes sociales económicos de la salud, sino el impacto en esos determinantes. En y como hago eso en este contexto de empobrecimiento latinoamericano, de exclusión social, estructural e histórico que tenemos, ¿qué se hace? Es la pregunta que hay que trabajar, darle vuelta para ubicar lo que hacemos en el sector salud alrededor de esta perspectiva de producir equidad y combatir los determinantes negativos de la economía sobre la salud, y es importante decirlo, la CDS de alguna forma le da secuencia a un trabajo con rupturas de otra comisión anterior que fue la Comisión de Macroeconomía y salud, la CMS de alguna manera lo que decía es que hay que tener salud si no, no logramos desarrollo económico, en síntesis planteaba eso, lo que dice ahora la CDS es que hay que hacer que el proceso de desarrollo económico social, permita producir salud; es un cambio importante de visión, no se sabe cuánto va a lograr impactar la Comisión.

En el cuadro de Suecia se ve una situación interesante, en Suecia, por ejemplo el tema de equidad es integral, acá según la clasificación por tipo de inserción de mercado laboral hay una diferencia de hasta seis veces en cuanto a que los trabajadores no calificados tienen algún tipo de impacto a partir de enfermedades laborales, accidentes y quedan muchas veces por fuera de la fuerza de trabajo, seis veces en relación con los empleados y los profesionales, eso es una percepción de inequidad profunda en la estructura social en Suecia, y por eso ellos se dedicaron a tratar de superar eso, pero lo importante es que es una agenda mundial, la diferencia es que algunos gobiernos están tomando en serio este asunto y otros simplemente meten este tema como parte del discurso. Hay que ver en profundidad lo que se hace en cada país, en esta perspectiva.

Inequidades son diferencias que son innecesarias, evitables e injustas, en la definición de abajo es interesante cuando habla de: "equidad es una forma superior de justicia", entonces se vuelve a insistir, es necesario que todos tengan la perspectiva de su necesidad y que eso genere oportunidades equivalentes para todos, por eso mismo en los sistema

universales, uno mismo tiene que tener focos por la equidad que va a proteger a algunos grupos para que ellos puedan alcanzar los mismos niveles deseables para todos. Y a la larga nos obliga a la llamada discriminación positiva en el marco de la universalidad, que es lo que hacemos para generar condiciones equivalentes para la justicia para todos.

Buenaventura Santos nos plantea esto: “la democracia sin justicia social es una mera formalidad” y nosotros tenemos que tener muy claro eso, si la democracia no sirve para la justicia social, podemos perder la fe en ella y eso sería sumamente peligroso desde el punto de vista político, y la otra cosa que dice es que hay como un fascismo social, nosotros nos acomodamos a la posible y esta posible nos captura el futuro, según el latino barómetro que es el sistema de encuestas que se hace en América Latina y eso confirma lo que hoy se presenta sobre el plan de desarrollo acerca del 2019, el 67% de población latinoamericana no tiene expectativas de mejora en la vida, de que la cosa vaya a mejorar, una población que no piensa mejorar es una población abierta a cualquier tipo de aventura, de ruptura democrática, de conflictos sociales, de impacto, de formas que atentan contra la paz social, porque no tienen perspectivas, y eso es en particular verdadero para la juventud de nuestros países, que no tienen perspectivas. Hay que tener mucha claridad en que es necesario crear otra idea del futuro.

Dentro del debate del campo de salud, de las políticas sociales y económicas, se debería empezar por ordenar jerárquicamente un compromiso, y éste es responder a las necesidades sociales derivadas de los derechos para que se pueda generar equidad social, esa es como la brújula del proceso y a partir de eso es que se debe optar por los modos de atención, pero dentro de un marco de modo de atención a la necesidad que produzca calidad de vida y luego eso lleve a tomar decisiones de modo de gestión, hoy lo que se hace es justamente lo contrario, hoy tenemos los modelos de gestión como los que nos impone una lógica, en Colombia están los ejemplos más completos de cómo el modelo de gestión define todo el funcionamiento del sistema, en un debate no se debería empezar por los criterios administrativos, la gente está encuadrada en la

visión desde lo financiero y administrativo, algo que llama la atención es que en Colombia se evalúan los hospitales por las preformas financieras y no porque impactan en la salud de la gente, por eso hay hospitales que cierran, no tienen viabilidad financiera, independiente de la importancia social que tengan, eso es una inversión dramática de valores.

Por eso es muy difícil hablar de necesidad social en un sistema que tiene como modelo de gestión y ese modelo de gestión es el que define toda la lógica de un inicio, y por eso es necesario abrir la puerta para que las necesidades sociales se manifiesten para que entonces se pueda mirar cuáles son las determinaciones sociales y económicas que hay que afectar para producir salud y para viabilizar sistemas de salud que abastezcan las necesidades, es una inversión clave dado que hay dificultad para saber cuáles son las necesidades sociales de la gente, porque el filtro de la oferta de los paquetes de las formas de acceso no permite ver lo que necesita la gente.

Hay que cambiar la perspectiva, que es justamente, si tenemos un imperativo ético a partir del concepto del derecho de equidad, de responder a necesidades sociales, eso debe ser lo que oriente la noción de modelos de atención a partir de un modo de atención colgado hacia la atención social de la salud. Con eso es que desnaturalizaremos el apartado social, la exclusión y pasaremos a trabajar con la lógica de orientarnos a las necesidades.

El sistema de salud colombiano de protección social genera territorialmente una exclusión importante. Este es un problema muy grave del Chocó, está excluido del país y así hay varios, Chocó llama la atención, porque casi toda la población está en esta situación, pero si vamos al sur de Bogotá encontramos la misma exclusión social, si vamos a las zonas periféricas de las grandes ciudades colombianas, buena parte de ellas es así. Entonces hay algo ahí que está mal en su forma de trabajo, y cuando hay un rol importante en la estructura del servicio del sistema, hay que poner en perspectiva este debate, por eso es abrir una reflexión radical sobre el tema, es ir a la raíz del mismo, a las causalidades y a los determinantes fundamentales,

con esta visión se puede plantear unas grandes líneas de política que deberían ser orientadoras de un debate sobre la salud, lo primero es garantizar la universalidad, la equidad y la garantía de los derechos, contabilizando no puede quedar nadie afuera, ni puede quedar nadie sin satisfacer sus necesidades y tienen que tener eso en el tiempo que les permita garantizar su calidad de vida.

El mal llamado “paseo de la muerte” es cuando la gente busca atención, que no logra tener a tiempo y tiene que imponer una acción de tutela, no debería existir, dado que en ese camino se van muriendo, por un criterio administrativo, no por un criterio ético, eso es grave, puesto que un sistema que preserva fuerte su viabilidad financiera independiente de lo que eso signifique es ilógico.

Dotar un enfoque por la equidad en la política pública, significa poner las lentes de la equidad, mirar sistemáticamente quién está quedando afuera, qué le falta y orientar a partir de ahí estrategias para evitar y atacar las diferencias injustas inequitativas, por la abogacía y por los derechos y por la respuesta a las necesidades sociales, esa es la orientación clave, no somos empresas para lucrar a la muerte, debe haber un compromiso de origen social y por lo tanto esta perspectiva de abogacía, de dialogar por las necesidades, de protagonismo social, defensa de los derechos, está bien ubicada en este escenario. Eso nos permitirá generar empoderamiento de los actores sociales, pero significa construir poderes autónomos, se llama “emancipación política”, no se participa porque alguien delegó la posibilidad de participar, se participa porque hay que ejercer los derechos de ciudadanía en la construcción de una realidad más justa en las relaciones de poder, y eso nos confundió mucho también, porque junto con el paquete de los 80 y 90 nos vendieron la idea de participación, que es una cosa consultiva, una cosa formal, pero la verdad es que no se pone en la agenda las necesidades, entonces para qué participar, volvemos a “democracia sin justicia social” una formalidad, entonces se hace una formalidad, nos reunimos, discutimos y después todo sigue tal cual.

Estas necesidades sociales en salud, hay que entenderlas desde una perspectiva que mira pobla-

ciones en sus territorios, por género, por edad, por condición de clase social y por las dimensiones de los problemas de salud pública y sociales que los afecta, la necesidad de calidad de vida y salud no es igual para todos, tenemos que hacer esta lectura distinta, o sino no vamos a lograr equidad, no vamos a dar la respuesta que cada uno necesita dentro de la orientación de las políticas sociales y económicas, por lo tanto, cuando se entre a discutir la equidad y los determinantes sociales hay que tomar el valor ético de la equidad y justicia social, eso permitirá mirar los determinantes sociales de otra manera. Las políticas públicas interactúan para producir equidad y por lo tanto cómo se reestructura y cómo los intereses públicos deben sobreponerse a los intereses privados. En América Latina se mezcla mucho eso, se habla de público como estatal y es preferible hablar de estatal, privado y una tercera esfera que es el público, que puede ser estatal o no estatal, pero que tenga una orientación por el interés público, acceso económico.

Esta lógica del sistema público hay que entenderla, o sino vamos distorsionando este debate y hay algunas necesidades que hay que entender que son necesidades que conceptualmente se llaman radicales, necesidades que para satisfacerlas hay que cambiar elementos organizativos de la realidad que tenemos hoy, uno tiene que preguntarse hasta qué límite podemos ir por ejemplo en el marco de la Ley 100 de 1993 y hasta qué punto deberíamos pasar mas allá de esta ley y generar otro sistema para dar un ejemplo concreto en la realidad colombiana o sea hay ciertas cosas que se pueden hacer en el marco de la ley y hay otras que no se pueden hacer porque la estructura del sistema que la Ley 100 de 1993 propone tiene unos límites y uno tiene que conocer eso y quizá en la primera etapa era el límite y una segunda etapa construir ya la superación de eso para poder responder a todas las necesidades que están puestas ahí.

La sociedad es una construcción entre realidad social y realidad política, nosotros podemos tener una realidad social muy dura pero si tenemos un proyecto político que nos permite superarlo, eso le dará una perspectiva diferente a la sociedad. Por otro lado se puede tener una sociedad muy rica sin

proyecto político social y ahí la cosa no andaría tampoco, la sociedad tendría un perfil que independiente de la riqueza no sería capaz de producir algo positivo para la estratificación social y eso nos conectaría con una dimensión del individuo que habla de la posición social de los otros. Los determinantes sociales a este nivel tienen que ver con la condición de clase social que tradicionalmente integra aspectos de patrimonio educativo y cultural, económico, educativo y de inserción política y social, cómo los distintos grupos sociales se integran y esta condición de posición social le genera entonces mejores o peores condiciones de vida materiales, políticas, sociales que impactan en las exposiciones específicas de este grupo, por ejemplo, si son trabajadores poco calificados que venden su fuerza de trabajo en condiciones muy precarias, lo que va a impactar ahí es la exposición en la que van a quedar, les puede acarrear alguna enfermedad profesional o un accidente con pérdida de calidad de vida con imposibilidad de estudiar y trabajar, con una serie de cosas, porque su inserción de clase social desde la condición de trabajo, origen educativo y cultural y condición material de vida, los expone a eso. A este nivel entre posición y exposición nosotros tenemos dos entradas posibles de políticas públicas:

- Intentar renovar la posición social por medio de mejoría de procesos de renta universal, de procesos de integración cultural y educativa de condiciones de trabajo, entre otros.
- Resguardar los grupos que están más desprotegidos aunque no logren cambiar la condición social, por ejemplo tener todo un sistema de protección de los trabajadores informales, independiente de la condición de la informalidad.

Y luego disminuir la fragilidad de los ciudadanos, teniendo la posibilidad de evitar la enfermedad y el daño, independiente de la exposición que tenga y ahí entra el tema de la atención, cómo se llega a la atención universal calificada integral y cómo se protegen los que están enfermos, que es otra dimensión, o sea hay que pensar los determinantes como algo que genera una visión jerarquizada de los procesos sociales.

Para que podamos concebir cómo estas cosas se articulan y logremos entender cómo las políticas públicas pueden intervenir en eso, hay que crear formas de políticas públicas claras de protección y rescate para una condición social distinta.

Mirar desde una visión sistemática los determinantes a partir de este valor ético de justicia que es lo que la equidad nos propone, nos da otra alternativa y nos obliga a preguntarnos sobre qué estamos creando y el alcance de lo que estamos haciendo y cómo eso se proyecta en el futuro.

Estas son algunas cosas importantes, que son para hacer pensar, nosotros frecuentemente decimos: "estoy de acuerdo contigo, pero es que no hay recursos" ¿será que no hay recursos? ¿Cómo gastamos el recurso de la riqueza, eso es una visión mundial primero, este dato parece siempre terrible, 225 fortunas personales más grandes del mundo representa el equivalente anual de todos los individuos de los 47 países más pobres de la población mundial, entendemos lo que es eso, lo que eso significa? Tanta concentración, luego las tres personas más ricas del mundo tienen una fortuna superior al PIB de los 48 países menos desarrollados y más pobres, cuánto poder económico concentrado que se ha puesto ahí.

Y el costo de implantar y mantener los servicios sociales básicos descritos está estimado en 40 billones de dólares al año y sólo en gasto de publicidad gastamos 400 billones de dólares, ¿será que no podemos aplicar esos recursos a otro lado?, esa es la pregunta a nivel mundial porque hay que hacerla en cada país, dónde gastamos el dinero del país.

Algunas comparaciones: ¿cuáles son las prioridades para el mundo? Gasto en billones de dólares, educación para todos, hoy se reciben seis billones de dólares; compra de cosméticos en EE.UU.: ocho billones de dólares; acceso al agua y alcantarillado para todos: nueve billones de dólares; compra de helados en Europa: once millones de dólares; asistencia ginecológica obstétrica para todas las mujeres: doce billones de dólares, lo mismo que sería el consumo de perfume en Europa y

EE.UU., o sea, dónde gastamos nuestros recursos, qué opciones podemos hacer en la estructura social, veamos el gasto militar mundial: 780 billones de dólares, consumo de drogas entorpecientes en el mundo: 400 billones de dólares, compras de bebidas alcohólicas en Europa: 105 billones dólares, ahí está la plata. En cada país se puede evaluar dónde se gasta la plata y de ahí se pueden generar políticas tributarias, de impuestos, de redistribución que permitan financiar eso que aparentemente no se puede sufragar, que permita pagar lo que aparentemente no se puede, porque no se tiene dinero para hacerlo, pero el dinero está aquí, en cada país.

Eso conlleva a discutir un nuevo concepto de riqueza, a cuestionar esta lógica que dice: 1. Crecimiento económico y 2. Distribución de la riqueza en la sociedad. no podemos aceptar esta división, porque para el 2019, todavía se habla demasiado de crecimiento económico y ya no se ve potencia de política redistributiva de país, aumenta la riqueza y no se distribuye, por lo tanto, el tema central para discutir en el 2019 para todos estos años es ¿cómo se distribuye la riqueza? Y cómo se habla en serio de los problemas estructurales que hay que enfrentar, hoy se habló del tema de la guerra, del narcotráfico, porque en todo lo anterior escasamente se tocó el tema y llama la atención que se dijo que el paramilitarismo se terminó, bueno uno se pregunta de qué Colombia se habla, la Colombia que conocemos no es así, y eso crea gran preocupación porque hay un problema de responsabilidad política, hay que ser responsable con la verdad y con la realidad del país.

Para tener un nuevo concepto de desarrollo social con equidad tenemos que discutir una orientación de la economía en esta perspectiva, hoy se habla de economía solidaria, desarrollo endógeno, sistemas de trueques de riqueza no monetarios, hay una tremenda discusión en el mundo sobre eso porque se cree que con la cantidad de gente subempleada en la informalidad que existe se va a poder llegar a un momento de pleno empleo formal. Eso no va a pasar, eso es del pasado, hoy hay otras discusiones, se habla por ejemplo de cómo generar en los países el ingreso universal básico a partir de un sistema de impuestos y tributaciones y

eso de hecho viene avanzando en algunos de ellos, nuestro espacio de trabajo debe ser el de la integración regional, latinoamericana, el mercado interno, es preocupante que vamos a poner todos nuestros recursos naturales para poder acceder a la globalización económica, y cuando se terminen los recursos, seguiremos pobres e inequitativos.

Por eso la opción es antropológica y ecológica-ambiental, tenemos que hacer otra opción de desarrollo y finalmente eso nos da como un cuadro general donde debemos discutir lo que significa la universalización, el universalismo y la focalización, es un tema muy difícil de discutir en Colombia, porque está puesto el imaginario de pensamiento hegemónico, que este es un sistema que tiene segmentaciones y paradójicamente con esta segmentación se plantea que sea universal. Eso no es posible, eso sería una magia, entonces hay que pensar que si vamos a hacer una universalización con equidad tendremos que ubicar de alguna manera que entre un extremo de universalidad y de focalización, exista un punto que produzca equidad, porque no se puede comprometer a garantizar un derecho de todos y para los grupos que están más fragilizados protegerlos de forma especial, pero yo se no puede abrir la mano de la universalidad hacia una focalización, porque eso significaría exclusión, paquetes de beneficios inequitativos, eso significa un famoso feudalismo estructurado que tiene Colombia por ejemplo, entonces uno tiene que ponerse a pensar en eso estratégicamente, donde estamos en esta línea entre universalismo y focalización y hacia donde queremos ir, eso se aplica también al debate de que es un sistema universal que podemos financiar desde el aseguramiento o debemos pensar progresivamente en una fiscalidad que permita financiar el conjunto de la atención, es decir que como se estructuró el sistema colombiano y otros del mundo, no es la única manera de pensar y no hay una forma absoluta, hay que repasar las complejidades que eso implica, porque la focalización como política general de organización de sistemas, excluye el entender como una política focalizada como política, no como acciones.

La focalización para ser efectiva exige un grado de profesionalización, un grado de capacidad téc-

nica que nuestros países no tienen porque justamente haciendo una desinversión pública, reduciendo los cuadros públicos, los sistemas de control y el resultado es que hoy no existen las condiciones técnicas de hacerlo y es muy costoso, sin embargo, es muy curioso que en Noruega, uno de los países más equitativos del mundo hoy con bienestar social muy elevado, los costos de transacción hacen el universalismo más barato, porque estos costos son muy altos y por eso prefieren la universalización, porque además eso permite una expresión cotidiana más transparente del sistema, no hay que estar administrando barreras: que le faltó el copago, que no tiene la fotocopia de la cartera, etc., un sistema universal es un sistema que todos entendemos y eso es mucho más fácil para construir una relación social de pertenencia y por lo tanto tiene una rendición de cuentas sociales mucho más transparente.

Los sistemas universales de las décadas de los 60 y 70 en América Latina nunca fueron sistemas universales y la crítica que se hace habla justamente de que el declive del pasado universalismo que hemos conocido en nuestro país tuvo que ver en

que este universalismo era estratificado, los trabajadores formales tenían otros estatus frente a este universalismo y eso generaba lo que él llamaba “la aristocracia laborista” o sea el trabajador formal del sistema de seguros sociales de nuestros países tenía privilegios y el universalismo no era para todos, o sea no era universalismo.

Por eso buscar una solución alterna a un cuadro de fragmentación de la atención a la focalización, no es buscar una solución del pasado, es buscar una solución hacia adelante, es pensando en sistemas que de verdad desde la universalidad puedan ser integrales y equitativos. Esto es plantear, digamos una provocación, que tomen eso como una llamada convocatoria para hacer un debate profundo, radical, estratégico sobre estos elementos, no tomar las cosas por lo que aparentemente son, de verdad la responsabilidad que eso implica y como organización que tiene raíces comunitarias, sociales, la responsabilidad que implica este debate exige profundizarlo y hacerlo de forma potente.

Acciones y formas de gobierno en el Sistema de Seguridad Social

JAIME RAMÍREZ

Si afectan la disponibilidad para los demás, las normas orientadas a excluir a alguien del consumo de ese bien no tienen ningún sentido. En ese sentido, los derechos de propiedad especifican el modo en que las personas pueden beneficiarse o perjudicarse y por tal razón quién debe pagar a quién para modificaciones llevadas a cabo por las personas, el reconocimiento de esto permite entender la estrecha relación que existe entre los derechos de propiedad y los factores externos o externalidades. Aquí la idea es la siguiente: hay acciones realizadas por un individuo que tienen efecto sobre los demás, sin embargo, el pago de las acciones sólo involucra a quienes la realizan directamente o la financiación de los prejuicios por lo general afecta a quienes no toman las decisiones de manera individual. El concepto de externalidades no sólo se aplica como la influencia sobre los demás sino la desigual atribución del pago de esas influencias; es un concepto muy complejo en el sentido de que es muy invisible porque los ciudadanos que reciben pasivamente esas externalidades no tienen conciencia del tema de los costos y los beneficios externos y la teoría de los derechos de propiedad lo que hace fundamentalmente, es decir es lo siguiente: dado que existen perjuicios y beneficios externos sobre los demás es necesario internalizar la financiación de la totalidad de los costos.

Esto es muy bueno para la salud en el siguiente sentido, un individuo decide comprar un seguro, entonces la acción de comprar el seguro y de usar los servicios tienen un defecto sobre los demás, es más práctico asociarse con otro individuo para comprar el seguro y asociarse con todos los que reciben

beneficios de la compra de ese seguro y esa asociación con los demás, para financiar socialmente los beneficios de las externalidades. Es lo que se llama la internalización de los derechos de propiedad, para poner un caso específico; en lugar de que un individuo pague sus propios seguros podría buscarse una forma en que todos los individuos a través de un grupo financien los costos sociales de la totalidad de los seguros y eso es lo que se llama la internalización de las externalidades. La función básica de este proceso de internalización es involucrar en la financiación de los costos sociales a la totalidad de personas que reciben externalidades por la acción de los demás y en esta teoría está basado un poco del esquema de la seguridad social.

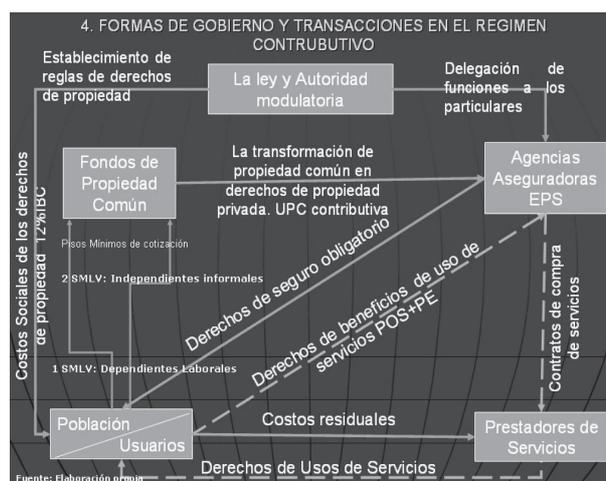
La segunda parte del marco conceptual ante las formas de gobierno, de las transacciones en los sistemas es la teoría de la agencia. La teoría de la agencia tiene un punto de partida muy especial, se asume que los mercados en la mayoría de las circunstancias son imperfectos y dado que son imperfectos, la información está distribuida de manera desigual entre los miembros de esos mercados para garantizar que las decisiones de los individuos menos informados, sean malas decisiones. Los individuos menos informados recurrirán a los más informados para que les ayuden a tomar esas decisiones. En ese sentido lo que se dice es que los individuos buscan a alguien informado que los represente y en ese esquema está basado el concepto de los aseguradores como una agencia que representa los intereses poco informados, en la mayoría de los casos de los afiliados.

Para probar si en el tiempo los intereses de las personas que han delegado sus decisiones en otros iban en el mismo sentido se creó la teoría de la agencia. Se llama la teoría del principal y del agente. Esos economistas han decidido probar qué tan cierto es esa idea de que yo le puedo delegar a otro mis intereses y el otro siempre me protege mis intereses y entonces se inventaron un modelo para probar estas circunstancias, el modelo consiste en que se simulan dos situaciones; los principales son los dueños de una empresa y la agencia son los gerentes y administrativos de la misma, entonces el principal por ser el titular de esa decisión tiene un poder de autoridad jerárquico sobre sus representantes de tal manera que se pueda hacerle un contrato para que actúe siempre en beneficio del dueño y casi nunca actúe en beneficio de su propio interés como gestor en la empresa. Probaron, a través del tiempo, que a medida que los gestores se apropian de la información privilegiada sobre el desarrollo de las empresas y los mercados, los gerentes empiezan a desarrollar sus propios intereses por fuera de los intereses de los dueños, y que existían unos costos especiales que le significaba a los propietarios observar el comportamiento de los gestores y de los administradores para saber si todas las decisiones de los gestores estaban en concordancia con las decisiones de los propietarios y encontraron. Fundamentalmente que si los gerentes maximizan y los propietarios quieren maximizar, los intereses en el tiempo se van volviendo divergentes en favor de los agentes, y en contra de los principales.

En el tiempo se vuelven más importantes los gestores que los mismos propietarios, eso es lo que dice la teoría de la agencia, esto es muy útil para entender cómo se comportan las relaciones entre la propiedad de las empresas solidarias y los gestores de las mismas. Lo que dice esta teoría es que allí donde la estructura de propiedad es un poco difusa y no está clara la participación de los propietarios, en el tiempo los gestores van adquiriendo más poder que los propietarios de esas empresas. A ese poder se denomina la captación de renta residual monetaria y no monetaria a través del tiempo y esas transferencias pueden ser dadas a través de salarios o beneficios extras salariales que van captando los gestores.

Como mecanismos para equilibrar esto se recomienda siempre generar estructuras de propiedad mucho más integradas a la gestión y no separar los ámbitos de la gestión de los ámbitos de la propiedad. La idea de aplicar este concepto es que tan cierto es el tiempo que las EPS sean los representantes de los usuarios, y si puedo aplicar el concepto del principal y del agente para interpretar si mientras los que ya estaban en el sistema ganaban dos salarios mínimos como egreso, y entonces sucede que si, los nuevos tienen que entrar en el sistema guardando la regla que no se desestabilice el sistema anterior. En ese momento se genera segunda exclusión, ya no de carácter legal sino de carácter normativo, hacia los independientes informales que para parecerse a los anteriores deberían pagar por el parecido que tienen y pagar sobre éstos.

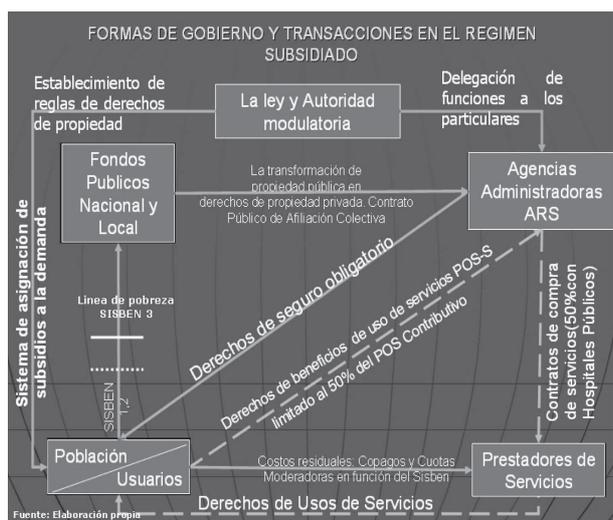
Gráfica 12. Formas de gobierno y transacciones en el régimen contributivo



En ese sentido este disponible per cápita es grande si hay menos población y será pequeño si abarca la totalidad de la misma. Es posible que el régimen contributivo no tenga un incentivo claro para ampliar la cobertura, ya que en la medida en que quiere ampliarla, la mayoría de las personas que agrega se asocian al salario mínimo y para asociarse con el salario mínimo y mantener la estructura de los beneficios deberán disminuir los beneficios para mantener las reglas de equilibrio. Entonces todos los agentes que se apropian del per cápita presionarán para que la población no crezca.

Entonces sólo entrarán los que se parecen a los que ya están, pero queremos un sistema que funcione para los que no están, una forma que tenga como objeto garantizar que los que no están entren.

Gráfica 13. Formas de gobierno y transacciones en el régimen subsidiado



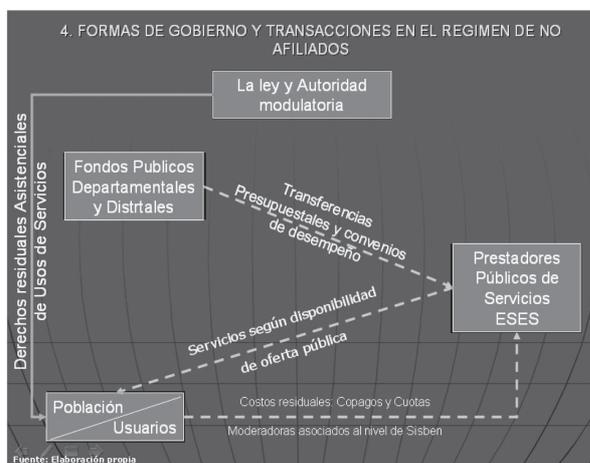
En el tema del régimen subsidiado no es clara la norma con la cual entran los individuos al sistema pagando costos sociales, porque la ley definió que los subsidios se establecían cuando la cotización se financiaba con recursos públicos, parcial o totalmente con recursos públicos. En tal sentido uno debería simular un ingreso base de cotización y establecer el subsidio como una proporción de la cotización, era la norma que relacionaba la proporción entre el individuo y el sistema que se daba a través de la variable ingreso base de cotización. Dado que son pobres debieron equilibrarse al mínimo establecido socialmente. Pero si se afiliaban cumpliendo con el mínimo no se podía sostener la regla de los beneficios y entonces para sostenerla se hizo un sistema aparte del régimen contributivo y se violentó la norma y la definición de la ley en el sentido de que el régimen subsidiado es cuando la cotización se hace con recursos públicos, pero está hablando de un subsidio a la cotización.

En ese sentido lo que se establece es un sistema que está en tránsito entre el esquema de seguros, que tiene una regla de costos sociales y un sistema asistencial, entonces se cambió la definición de subsidio. Entonces se dice el subsidio financiará el costo individual de un plan y no el subsidio financiará el costo social del plan. A la sazón, al financiar costos individuales la estructura del seguro del régimen subsidiado es distinta a la estructura del seguro en el régimen contributivo y si las reglas son distintas nunca habrá convergencia en los planes de beneficiarios. La única manera de integrarse a una estructura que comparte el mismo plan es pagando costos sociales y no costos individuales, en la medida que separan con sus individuales asociados a un plan de beneficios distintos, de mantenerse esa regla la llamada convergencia entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo no es posible si se mantiene la estructura de los derechos.

La otra característica de esto es que son fondos públicos, nacionales y locales y que estos fondos para volverse recursos privados se hace a través de lo que se llama contratos entre las entidades territoriales y las ARS. Y entonces hay un contrato que es muy complejo porque su ocurrencia en el tiempo es incierta, no es un contrato automático de pagos sucesivos automáticos de UPC, sino de pago de partes proporcionales en el tiempo que es difícil de seguir. Los costos de transacción de este contrato pueden expresarse en dos niveles, el costo de la interventoría que paga los municipios, el costo del recaudo que hacen las ARS y el costo de la renegociación de esos contratos en función de los niveles de cumplimiento y de los cambios de la población afiliada, entonces hay una estructura de costos muy grande.

En ese sentido parece que las reglas no son reglas convergentes, es decir las reglas no son reglas convergentes en términos de costos sociales, la convergencia de los planes de beneficio son imposibles porque la regla que marca la relación entre los individuos con el sistema no le permite a esta población entrar en la estructura de reglas del régimen contributivo.

Gráfica 14. Formas de gobierno y transacciones en el régimen de no afiliados



En los vinculados, lo que se propone es que los vinculados no tienen derechos de propiedad sobre el seguro sino que sus derechos son derechos residuales, los derechos residuales son la capacidad que tienen los individuos de gozar del residuo que le queda al sistema después de haber descontado los anteriores y dado que sobre eso no se puede establecer ninguna regla entre costos y beneficios sociales, los individuos así como no participan de la financiación de costos sociales de manera directa, tampoco pueden establecer unas reglas en los beneficios, entonces puede pasar cualquier cosa.

Por lo general lo que pasa es que están sujetos a la disponibilidad de la oferta y en donde los costos de pago de bolsillo tienden a ser grandes cuando no pueden participar de los beneficios residuales.

Con base en todo esto se hizo un modelo para mirar si estas son las reglas ¿qué pasa con la población en el sistema? Entonces qué es lo que dice el modelo, vamos a calcular la capacidad que tienen los individuos, dependiendo sus condiciones económicas y sociales, de apropiarse del seguro en el régimen contributivo, de apropiarse del seguro en el régimen subsidiado y cuál es la capacidad global de apropiarse del seguro en el sistema. En un lado están las variables socioeconómicas y en el otro lado está este indicador que mide la capacidad relativa de ese individuo en comparación con otro de apropiarse del seguro. Entonces esta relación es un

consciente que me está diciendo este individuo tiene tantas veces más posibilidad de estar en el sistema, o tuvo más veces de estar en el sistema que uno que no es urbano, o sea que uno que es rural y este individuo tiene tantas veces que uno que es urbano y que es rural.

Entonces los resultados en 1993 eran los siguientes: los urbanos se apropiaban del seguro cuatro veces más que los rurales, es decir 400% de posibilidades mejores de estar en el seguro que los rurales y el resto de urbanos 2.5 veces más. Llama la atención que en 1993 la mayor desigualdad en la estructura del seguro eran los niveles educativos. A medida que pasa el tiempo ¿qué ha ocurrido?, en primer lugar en 1993 no era tan fuerte la discriminación entre trabajadores dependientes y trabajadores independientes. En 1997 esa desigualdad se amplía, de ser algo poco importante como desigualdad, el régimen contributivo construye una desigualdad alrededor del concepto de dependencia laboral y en otro sentido, disminuye los niveles de desigualdad en los niveles educativos.

Cuando lo miramos con respecto a los deciles, a medida que pasa el tiempo el régimen contributivo sólo en lugar de disminuir las desigualdades en los deciles las profundiza, y hay muchas causas que explican eso, es que en la medida en que el trabajo informal se hace más grande los trabajadores que quedan en el sector del contrato laboral tienen ingresos más altos y al confrontarlo con la estructura general de ingresos el régimen subsidiado sólo ha venido aumentando las desigualdades entre los deciles de ingresos.

Entonces en 1993 era muy desigual, pero esas desigualdades se han venido incrementando a través del tiempo en el régimen contributivo. Algunos datos sobre el subsidiado, es que éste guarda en términos de capacidad de entrada al sistema, una relación inversa con el nivel de ingresos. O sea, a pesar de no tener una norma clara de cómo se integra hace que los individuos que tienen mayores niveles de ingresos, cuando el indicador es menor de uno quiere decir que los que tienen ventaja son los de más abajo; eso quiere decir que los deciles, 3, 4, 5 y 6 tienen 1, 2 y 3 tienen más ventajas que

4, 5 y 6, que de los deciles altos. Eso quiere decir que la focalización tiene elementos progresivos, quiere decir que esa focalización no siempre se mantiene sino que a través del tiempo vuelven a reproducirse desigualdades de asignación en el régimen subsidiado y que algo que aparecía como muy igualitario en términos de deciles de ingresos empieza a ser un poco menos igualitario en el 2003. Algo pasó entre el 97 y el 2003 con el SISBEN y hay muchas interpretaciones sobre la manera cómo se asignan subsidios y cómo se afilian las personas.

Al final se construye un modelo global, qué pasa si se asume régimen subsidiado y régimen contributivo y se aplican las mismas reglas, lo que dice es que se siguen manteniendo desigualdades asociadas a la dependencia laboral, si se mira por niveles de SISBEN quiere decir que el impacto del régimen contributivo sigue siendo fuerte sobre el régimen subsidiado y mantiene y reproduce desigualdades con respecto a un indicador como el SISBEN, empieza a aparecer algo muy importante cuando se asume régimen subsidiado y régimen contributivo y es que las desigualdades del nivel educativo se disminuyen profundamente y lo más importante, es que las desigualdades con respecto a los deciles de ingresos dejan de ser relevantes para los seis primeros deciles del ingreso de la población. Parece que este es uno de los logros más importantes en la estructura de apropiación de bienes y servicios en el sistema.

Además, ahí uno de lo que complementa a este y es qué tan asociado está si la persona tiene seguro o no tiene seguro con respecto al uso y en el sentido de los resultados que salen, se ve sólo el de consulta médica general, lo que dice es que en 1993 los seguros eran el factor que más establecía desigualdades a la hora de usar la consulta médica, quienes tenían seguro y posgrado, o sea 15 veces más, los que tienen seguro usan 14 veces más que los que no tienen.

Dado el crecimiento de la cobertura familiar esta desigualdad entre quienes tienen y no tienen el seguro se ve ampliamente desarrollada en 1997, pero dados los niveles de afiliación del régimen subsidiado esas desigualdades entre 97, que es donde se masifica el régimen subsidiado, y el 2003 empiezan a disminuir. Todo esto permite en cierta forma concluir que las reglas en primer lugar no son convergentes, en segundo lugar, que sí existe una asociación entre el derecho de propiedad de tener seguro y el derecho de uso de los servicios y que esa asociación también se sostiene en términos de hospitalización, éstos siempre marcan desigualdades en términos de los que tienen seguro de vs. los que no tienen seguro y fundamentalmente empiezan a expresar una idea que parece importante, los usos de los servicios en el régimen subsidiado empiezan a ser parecidos a los usos de los servicios en el régimen contributivo, aunque se mantengan ciertas diferencias. Como proceso los usos están orientados a que los factores que más determinan el uso son los de seguro, por encima de los niveles incluso educativos y de los niveles de ingreso de las personas lo cual muestra lo apropiado que puede ser una estrategia de seguros.

En ese sentido sólo algunas conclusiones. Es posible que si hay reglas difusas para los ciudadanos en función del régimen que tienen y complejas formas de asignación de derechos de propiedad con altos costos, o con costos de transacción positivos, los agentes del sistema se van integrando y al integrarse van a acabar con la configuración de un sistema de gobierno, que es el de la Ley 100 de 1993, que está basado en otro concepto que es el de la especialización y diferenciación de los agentes, y en ese sentido lo que está viendo es que esas formas de integración están generando condiciones conflictivas para que surjan nuevas formas de gobierno de las transacciones dentro del sistema y que esas formas de gobierno pueden ser un campanazo para el advenimiento de una nueva reforma social al sistema.

El sistema de salud como determinante social de la salud

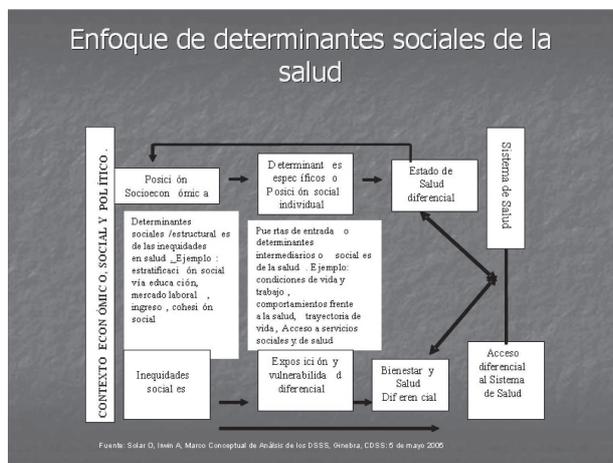
ROMÁN VEGA

Hay que entender cuál es el marco de referencia del trabajo de la red de conocimientos de sistemas de salud, de acuerdo con las definiciones acordadas hasta ahora en la CDS, se entiende que los determinantes sociales de la salud, se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos de bienestar y salud, ahora la pregunta que uno podría hacerse es ¿qué es problemático con los determinantes sociales de la salud? Es claro que los determinantes sociales influyen la salud de las personas, de las poblaciones, tanto en el sentido de resultados positivos en salud, como en el de las brechas, es decir, las diferencias entre los que están mejor en la sociedad y los que están peor en la misma

Ahora, qué entendemos por equidad en salud, si el centro de la discusión alrededor del papel de los sistemas de salud es el de las inequidades en la misma, en general pareciera haber un consenso en esta definición de que la equidad en salud es la ausencia de diferencias evitables, remediables o injustas entre grupos de población definidos económica y socialmente, por ejemplo clases sociales, etnias, diferencia de género, demográficamente los distintos grupos étnicos o geográficamente los grupos sociales según las diferencias geográficas según sean urbanos, rurales o como en el caso de las ciudades

tipo Bogotá con zonas y localidades. Ahora, si la anterior es la definición de equidad, ¿qué se entiende entonces por inequidad en salud? Es indudablemente la falla en evitar y erradicar las diferencias sistemáticas e injustas en salud, originadas en la estratificación social producida por los desequilibrios de riqueza, prestigio y relaciones de poder y saber entre los grupos o comunidades sociales. Entonces no es la situación ni los comportamientos de los más pobres lo que origina las inequidades en salud. Ahora, cuando se habla de determinantes sociales de la salud en concreto ¿a qué nos referimos?, miremos este esquema para ilustrar de alguna manera el tema: de acuerdo con uno de los documentos de discusión de la CDS, el estado de salud diferencial entre los grupos sociales y el bienestar y salud diferencial entre los mismos, está determinado por la estratificación social o posición social de las poblaciones o de los individuos en cualquier sentido, explicando esa estratificación por el contexto económico, social y político, por lo que antes definía como los desequilibrios en las relaciones de riqueza, poder, saber y prestigio en la sociedad, esta estructuración social es consecuencia del contexto social, económico y político de las sociedades, este es el enfoque y tal vez es el elemento al cual más se llama la atención en las discusiones de la CDS, de alguna manera Michael Mármol que coordina la CDS en Brasil, la semana pasada en el congreso de Abrasco, se refería a este aspecto como las causas de las causas de las inequidades en salud.

Gráfica 15. Enfoque de determinantes sociales de la salud



Hay entonces unos determinantes en el sentido de la oposición social que hacen que los grupos de población tengan cargas de riesgos diferenciales exposiciones diferenciales a riesgos y que tengan vulnerabilidad o susceptibilidades a esos riesgos bien diferenciales, vulnerabilidades que pueden ser de índole social o de índole biológicos. Éste junto con el sistema de salud, es lo que se viene considerando como determinantes intermedios, producto de la posición social, producto del contexto mundial y político, las consecuencias dadas de las inequidades sociales son las inequidades en salud, es este el tema que en su conjunto aborda la CDS, enfoque a partir del cual ha puesto en discusión entre otros el tema del papel de los sistemas de salud para reducir las inequidades en salud y para reducir las desigualdades sociales.

¿Qué relación hay entre equidad y determinantes sociales de la salud? Los determinantes y las desigualdades sociales injustas determinan tanto la salud como las inequidades en salud, por eso la equidad es la piedra angular del enfoque de la CDS, las causas de las causas de las inequidades como se señaló antes. Y ello requiere de acciones sobre los determinantes sociales de la salud, no simplemente sobre la enfermedad como estamos acostumbrados a hacer, o no simplemente sobre la discapacidad y requieren de un enfoque de política de salud que se extienda más allá de la atención en salud. Es decir que no es lo mismo sistema de atención en salud que sistema de salud.

Cómo se logra entonces evitar o erradicar las inequidades de salud desde el enfoque de determinación del CDS con políticas macroeconómicas, sociales, culturales e intermedias que operen a través del acuerdo con los investigadores, por ejemplo Direrechi. Se consideran los puntos de entrada para intervenir en el sentido de evitar o en el sentido de reducir o erradicar las inequidades en salud, esas puertas de entrada son las siguientes: 1. disminuir la estratificación social, 2. disminuir la exposición específica a los factores determinantes y de riesgo que dañan la salud de la población y de los individuos, el enfoque en este sentido no es sólo el de riesgos individuales, sino de riesgos sociales, son dos conceptos distintos que tienen implicación en políticas distintas. Disminuyendo la vulnerabilidad de la población en desventaja a las condiciones que dañan la salud, por ejemplo los niños o desde el punto de vista social, la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia e interviniendo a través del sistema de atención en salud para reducir las consecuencias desiguales de la enfermedad y prevenir una degradación social mayor de la población en desventaja, cuando ésta está enferma. Ese es en particular el rol atribuido al sistema de atención en salud, que no es el sistema de salud.

Ahora, ¿qué entendemos por sistema de salud? La OMS hace rato ha definido que cuando hablamos de sistema de salud, nos referimos a los actores, a las instituciones y a los recursos orientados a producir acciones en salud, se entiende como acción de salud, cualquier esfuerzo que tiene como fin primordial mejorar la salud y que se hace ya sea a través de la atención de la salud personal de los servicios de salud pública o mediante iniciativas inter o transectoriales, interviniendo sobre los determinantes sociales de la salud que son en la mayoría las raíces de las inequidades de salud.

¿Cuál es el lugar y el papel del sistema de salud como determinante social del sistema de salud? Lo hemos dicho antes, es un determinante social intermedio en esta visión, porque refleja y puede exacerbar los patrones existentes de estratificación social, generar acceso inequitativo a los servicios de salud y contribuir a las diferencias injustas o in-

evitables en la exposición, en la vulnerabilidad y en los resultados en salud.

Pero el sistema de salud al tiempo puede ser el espacio desde el cual se puede responder a los diferenciales de poder que fundamentan tales inequidades y servir para ayudar a reducirlas. Primero vía atención de la enfermedad y de la discapacidad y del desarrollo de programas de asistencia social que de alguna manera debe tener un impacto en la reducción de la estratificación social de la posición social diferencial de las personas. Segundo, vía los otros factores intermediarios como son la exposición y la vulnerabilidad diferencial aceptando por ejemplo las condiciones de vida y de trabajo de las personas, la disponibilidad y seguridad alimentaria, entre otras, mediante las intervenciones concretas que por supuesto deben tener impacto en salud, y la tercera vía a través del acceso de la entrega de servicios y el acceso a los servicios personales y no personales de salud. Por ejemplo se tiene claramente mapeado, ¿cuáles serían las formas mediante las cuales el sistema de salud influye?, y no se trata simplemente de atender la enfermedad, ese no es el énfasis cuando hablamos de sistemas de desarrollo.

¿Cómo lograr que un sistema de salud cumpla con el papel anteriormente señalado?, no hay duda de que hay que fortalecerlo para garantizar muchas cosas: 1. el derecho a la salud como derecho integral y como ha sido definido desde mediados del Siglo XX por la Asamblea Mundial de la Salud, que se trata no solamente del derecho a la asistencia alimentaria, sino también a aquellos hechos económicos, sociales y culturales que determinan la salud, por ejemplo el derecho a la vivienda, a la alimentación, a la educación entre otros. Logrando acceso universal pero de verdad, acceso completo y no inequitativo, garantizando protección integral. Creo que este es uno de los temas que seguramente es objeto de debate político en nuestro país, porque no hay un solo enfoque de protección social, por lo menos hay un enfoque de mercado y hay un enfoque fundamentado en los derechos sociales y ellos dos no dialogan en la práctica, desarrollando políticas de salud orientadas a la equidad en salud. Es decir, el centro aquí en este sentido es la equidad

y desarrollando políticas de atención que garanticen igual oportunidad de acceso y equidad en el uso de servicios de salud. Todas las investigaciones en este país primero dicen que no hay igualdad de oportunidad de acceso para todos los colombianos y segundo dicen que existen profundas inequidades en el uso de los servicios cuando se necesitan, tanto en las más grandes urbes de Colombia como en las zonas rurales, de tal manera que se trata de caminar en la vía de lograr sistemas de salud capaces de cumplir ese papel actuando en esa dirección.

¿Cómo fortalecer el sistema de salud? Por supuesto que esto no tiene decisiones últimas porque la red de conocimiento ni la CDS ha hecho ninguna definición final de alguno de estos aspectos, pero es claro que hay que hacer énfasis en los valores y principios que tienen que ver con el derecho a la salud, la solidaridad y la equidad, que si se quiere que por ejemplo el sistema de salud cumpla un papel en términos de afectar los determinantes sociales a través de la acción intersectorial convocando a otros actores se requiere de gran liderazgo, no marginación, gobernanza, entendido la gobernanza en sentido de movilización social, de la sociedad civil, fundamentalmente de las poblaciones y de sus movimientos sociales y organizaciones más vulnerables marginadas que sufren las peores consecuencias en materia de salud y trabajando en el sentido de la participación social. Se trata no simplemente de participación social, como hoy la conocemos. Se trata de tener una creación social de la salud, de afectar la posibilidad del Estado y del gobierno. Se trata de, por sí misma la sociedad civil, crear posibilidades de influenciar los determinantes sociales de la salud y de la participación efectiva en el sentido de participación en la toma de decisiones. Se trata de ganar cada día más autonomía y libertad de la sociedad civil, en particular de los grupos subalternos dentro de la sociedad civil. Se requiere entonces propiciar la rendición de cuentas. Hay que promover y apoyar la generación de conocimientos que hagan énfasis en la medición y explicación de las inequidades en salud. Eso no se logra con los esfuerzos de los investigadores aislados del Estado. Los gobiernos deben comprometerse a financiar, a apoyar, a promover el conocimiento de las

inequidades para poder actuar en el sentido de evitarlas, reducirlas y erradicarlas.

Se trata también de mejorar la capacidad para lograr políticas públicas saludables y el desarrollo de acciones intersectoriales por la salud, orientadas a los determinantes sociales. Este es uno de los puntos cruciales de un enfoque de determinantes sociales, retomar el tema de la acción intersectorial por la salud, que fue levantado con mucha fuerza cuando se lanzó el objetivo de salud para todos en el año 2000 y que dio experiencias fructíferas importantes en Costa Rica, en Cuba, incluso en nuestro país, a través de la estrategia de atención primaria en salud y el desarrollo de otras políticas públicas.

Se trata de fortalecer el enfoque promocional de la calidad de vida y salud para convocar a distintos sectores de la sociedad a afectar los determinantes sociales de la salud. Se trata de reconocer nuevas experiencias hoy en desarrollo en el mundo, mientras que los países en desarrollo como consecuencia de las políticas impositivas de organismos financieros dejaron de lado la acción intersectorial por la salud. Sin embargo, en los años 90 se acumuló una interesante experiencia en los países desarrollados que hoy está muy bien documentada y que muestra que mediante la acción intersectorial, el rediseño del trabajo de los distintos sectores en el gobierno se pueden lograr resultados positivos en salud, casos concretos son: las experiencias del Reino Unido, ya hace más o menos bastantes años, desde 1998 por lo menos. La experiencia de Suecia que tiene un marco de políticas orientado a afectar los determinantes sociales de la salud, tal vez de los más novedosos y de los más importantes en la experiencia mundial, igualmente de recoger la experiencia de Canadá y otras que incluso se desarrollan en países incluso en vía de desarrollo.

Se trata de hacer en este campo énfasis de la idea de que el sector salud por sí sola o mejor el sistema de atención en salud por sí solo no puede resolver el problema de las inequidades en salud. En sentido positivo hay ya demasiadas experiencias que están indicando por donde hay que caminar. Se trata también de formular e implementar estrategias probadas y desarrollar nuevas que mejoren

la posibilidad del logro de la equidad. En este sentido hay un enorme esfuerzo en estudiar que es lo que ha aportado la atención primaria de salud.

El tema de atención en salud en Colombia es el tema de la segmentación y fragmentación de la atención. Creo que lo que está buscando es con base en las evidencias que se están recogiendo, es ver qué es lo que pasa con los sistemas de atención en salud en términos de la integralidad e integridad vs. la segmentación y fragmentación de la atención. Se trata de estudiar el tema del financiamiento y del impacto en la protección financiera de los hogares, de las formas de financiamiento de los sistemas de salud, vamos a trabajar, o qué implicaciones tiene mejor trabajar en la dirección de sistemas de financiamiento progresivo vs. sistemas de financiamiento no progresivos, de tal manera que hay aspectos muy interesantes. Se trata de estudiar temas relacionados con la equidad en la asignación geográfica de los recursos según la necesidad de las poblaciones en los distintos territorios y se trata de estudiar la calidad de la atención y la coordinación de la misma, lo mejor de los mecanismos de referencia y contrarreferencia, una de las cosas interesantes es que como los servicios. Por ejemplo, los hospitales de alto nivel de complejidad dialogan en términos de integridad de la atención en coordinación con los servicios de atención primaria en salud, eso ha sido un reto y es un reto puesto en la discusión no solo desde la OMS. Incluso desde posturas con enfoques de mercado, como la sostenida por Michael Porter de la Escuela de Negocios de la Universidad de Harvard, que llama a una red de definición de la atención en salud fundamentándola en la búsqueda de resultados en salud y sobre todo, de la necesidad de integrar los ciclos de atención en salud, incluso en los centros de excelencia más sofisticados. Además y por último se trata de ver la fortaleza de la acción intersectorial por la salud en los distintos sistemas de salud. Este es un punto clave en el debate del papel de los sistemas de salud como determinantes sociales. Ver la fortaleza de la gobernanza y del liderazgo estratégico de los sistemas, la fortaleza de la capacidad de rectoría, gestión o gerencia y confiabilidad. Se trata del desarrollo de los recursos humanos y sus capacidades y se trata de ver qué factores limitan la cons-

trucción de sistemas de salud que impacten los determinantes sociales de la salud. Por ejemplo: se trata de ver qué implicaciones tiene la globalización respecto de la construcción de estos tipos de sistemas de salud, qué importancia tiene el papel y las orientaciones de los gobiernos entre otros, en fin estos

son los temas, los enfoques, los desafíos, las tareas que de cara al Siglo XXI se está planteando en términos del repensar, del redefinir con base en evidencias, en conocimientos, en experiencias, los sistemas de salud, para resolver el problema de la inequidad en salud.

La situación de violencia y su impacto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

ALFREDO RANGEL

La relación entre el problema de la violencia, el conflicto armado y la salud es obvio, pues la lógica indica que es una relación muy intrínseca, digamos para empezar que la guerra es muy mala para la salud, ésta es una verdad de a puño, son muchos los costos que el país ha tenido que pagar y está pagando como consecuencia del conflicto armado interno, en Colombia en los últimos doce años, han muerto 19.000 guerrilleros y miembros de grupos paramilitares y 8.600 miembros de la fuerza pública, en total son unos 27.600 con un promedio de unos 2.300 bajas de ciudadanos colombianos muertos como consecuencia directa del conflicto, algunos no están relacionados con el conflicto han muerto de manera directa en homicidios cerca de 268.000 colombianos.

Esto en términos económicos, hay una metodología para calcular cuál es el costo económico como una pérdida de capital humano, los militares que han muerto en combate le han costado durante estos años, 2.5 billones de pesos, o sea 2 millones de millones de pesos.

Con los miembros de los grupos irregulares muertos, igualmente el país, la nación ha perdido 5 millones de millones de pesos y por cuenta de los civiles que han muerto de una manera violenta se han perdido 70 millones de millones de pesos, colombianos que han dejado de producir, los costos al Estado, costos de salud etc., esto equivale cerca de 76 billones de pesos, lo que quiere decir que el 28% del PIB, lo que significa 9 años del presupuesto nacional de salud es la pérdida inme-

diata costando solamente los muertos en el conflicto armado.

En relación con las minas antipersona, el 40% de los municipios del país, ha tenido algún tipo de incidente sobre minas quiebra patas, esto quiere decir 420 ó 430 municipios en Colombia tienen o han tenido este problema y en los últimos 15 años han sido víctimas de estas minas cerca de 5'300.000 colombianos, al hacer un estimativo podríamos deducir que la sociedad, el Estado, tiene un costo de 280 millones de pesos por personas que han sido afectadas por minas quiebra patas, esto significa no sólo el gasto en salud, lo que deja de producir, la invalidez, la afectación de los terrenos agrícolas, esto significa 1 billón y medio de pesos.

Si en Colombia no existiera el conflicto armado interno y suponiendo que tuviéramos un gasto militar similar al que tienen en promedio nuestros países vecinos, Colombia estaría gastando por lo menos un 0.7% del PIB menos en gasto militar, si se acaba el conflicto y hacemos gasto militar similar al de nuestros vecinos, esto nos significaría un ahorro de 16 billones de pesos, es decir, si no hubiéramos gastado en los últimos 10 años ese dinero extra para enfrentar el conflicto armado, nos hubiéramos ahorrado 16 billones de pesos, eso equivale al 7.5% del PIB, lo que quiere decir dos años completos del presupuesto nacional de salud.

En términos de afectación de infraestructura, de costos del secuestro, del desplazamiento forzoso, de las drogas, más o menos estamos gastando cer-

ca de un millón de millones de pesos al año, lo que significa que para hacer un cálculo global, todas las sumatorias de estos costos, cerca del 4% del PIB, pues es mucho más que el presupuesto nacional en salud. Es urgente obviamente dar por terminado el conflicto armado, la Visión 2019, tiene un capítulo muy pertinente sobre el tema de la paz donde dice “la paz a través de la consolidación de la seguridad democrática”, pues esto parece que está un poco desactualizado y lo ha hecho el mismo gobierno nacional, porque el gobierno a abierto la posibilidad de hacer una negociación política del conflicto armado en Colombia, es decir, además del fortalecimiento de la ciudad que hay que seguirla haciendo, se abre la posibilidad muy tangible de que haya una negociación política también con los grupos guerrilleros.

Es posible que durante este segundo mandato del presidente Uribe, va a haber diálogos de paz con los grupos guerrilleros, en especial las FARC, con el ELN ya hay pre diálogo en La Habana y con las FARC, muy probablemente se van a abrir esas conversaciones de paz, haciendo una proyección futurística que durante el segundo mandato del presidente Uribe se van a iniciar unas negociaciones de paz con la guerrilla y las FARC, igualmente con el ELN y se va a dejar andando un proceso consolidado serio de conversaciones políticas con los grupos guerrilleros para dar por terminado el conflicto armado y me parece que quizás haciendo un estimativo en un segundo período presidencial se podría tener un acuerdo de paz con los grupos guerrilleros hacia el 2014 y tal vez estemos dando por terminado el conflicto armado interno, en el escenario más optimista que nos puede llegar a suceder que efectivamente la meta que se ha establecido en el documento 2019 de tener un país en paz en el año 2019 y obviamente es una fecha de una carga simbólica inmensa, dado que se cumplen 200 años como país independiente.

Esta meta es perfectamente cumplible, ya que el gobierno nacional afortunadamente ha flexibilizado su política de diálogo con grupos guerrilleros en las condiciones tan duras que imponía al comienzo de su primer mandato, tregua unilateral por parte de estos grupos, el no despeje de ni un solo centímetro

de territorio nacional para conversar de paz, limitarse exclusivamente a hablar de temas de desmovilización y reinserción, y todos estos asuntos han sido modificados en la política de paz y ahora el gobierno está hablando con el ELN sin que se le exija una tregua unilateral e incondicional, el gobierno ha aceptado despejar una zona del territorio nacional para dialogar con la guerrilla y las FARC, en parte de los municipios de Florida y Pradera, y lo más importante y significativo que no ha tenido una atención suficiente de los medios de comunicación que están concentrados en otras cosas, el presidente Uribe propuso en diciembre de año pasado a las FARC, realizar una asamblea nacional constituyente al final de unas conversaciones de paz con las FARC.

Esto significa el reconocimiento del carácter político de la contraparte y de que es necesario incorporar temas políticos y sociales en una discusión de paz con la guerrilla, esto modifica en gran medida lo que pueden ser los anticipos o proyecciones del proyecto 2019, porque los procesos de paz negociados implican una aceleración de las agendas políticas y sociales de cualquier país, es lo que sucedió en El Salvador y en otros países que han tenido negociaciones políticas del conflicto armado. Lo que se esperaba realizar en 20 años, quizás se tenga que realizar en cinco años, son temas tan complicados como el de la reforma agraria que muy probablemente este país no va a tener más si no se soluciona el problema agrario con el país, si no hace un vuelco de su atención, de su presupuesto de sus recursos en la población rural y todo esto obviamente para acelerar el logro de las metas del proyecto 2019.

Hay unas metas sobre el tema del narcotráfico, pero este tema no se puede desligar del conflicto armado, mientras exista, no va a haber solución importante y significativa al narcotráfico, la solución a éste necesita como prerrequisito que haya paz en Colombia y hoy lo que podría ser impensable es lo que tendremos en unos años, una alianza, una triple alianza, entre le Estado colombiano, la guerrilla de las FARC y los EE.UU., todos unidos como socios en la lucha contra el narcotráfico. No se ha tenido éxito a pesar de todos los esfuerzos, se pro-

duce la misma cantidad de coca que hace cinco, seis u ocho a pesar de las miles de hectáreas fumigadas, de los centenares de colombianos deportados, de las centenares de toneladas de insumos y coca pura que se ha incautado, a pesar de todo ese esfuerzo, de todos los muertos

Parece que otro de los temas significativos que afecta en particular a las empresas de salud, es que en este momento están funcionando en muchas zonas de conflicto armado y esas zonas están bajo la presión de los grupos armados, los paramilitares, los grupos guerrilleros; se ha calculado que cerca de entre el 5% y 10% del presupuesto de inversión de muchos municipios del país están siendo captados como rentas ilegales por parte de los grupos armados y esto toca a las empresas de salud. Se sabe, que es actuar bajo la presión de estos grupos y saben como hay parte de esos dineros que se drenan hacia las arcas de los grupos ilegales. Esta disminución del número de grupos armados, que ya va en un número muy significativo gracias a la política del gobierno actual que ha desmovilizado a 15.000 hombres de los grupos paramilitares, gracias a la cual se puede disminuir esa presión sobre los gobiernos locales, nos ha evitado por lo menos 10.000 asesinatos en los últimos cuatro años. Si

las cosas hubieran seguido como iban, probablemente hubiéramos evitado toda esa cantidad de muertos, centenares de secuestros, desplazamientos forzosos. Buena parte de la recuperación de la seguridad se debe precisamente a que estos grupos hicieron una tregua en el marco de unas conversaciones y acuerdos de paz.

Subsisten muchos interrogantes sobre este proceso y creo que hay que ser muy optimistas, nunca Colombia volverá a tener un problema de paramilitarismo igual al que teníamos antes del comienzo del primer mandato del presidente Uribe, jamás volverá Colombia a tener 15.000 paramilitares en armas, tendremos 1.500 como los que existen ahora, máximo se podría duplicar en el peor de los casos otros 3.000 paramilitares, pero nunca se volverá a tener en Colombia el fenómeno de este tamaño.

No puede existir en el país una seguridad plenamente consolidada y estable, mientras no haya un acuerdo de paz que dé por terminado el conflicto armado, solamente así se puede llegar a tener esta inmensa cantidad de ahorros, estos réditos de paz que permitirían dejar de dedicar esos recursos al tema de la guerra y al tema de la seguridad.

La infancia como población objetivo en un pacto social por la salud y el bienestar general

BEATRIZ LONDOÑO

Aquí empieza el tema de la intersectorialidad porque la discusión de poder construir sobre lo que debe ser la salud de la sociedad no puede ser solamente en escenarios cerrados a partir de personas que pertenecen a un solo sector. Enriquecer los argumentos de quienes trabajan en el sector salud para hacer mucho más rica esa interlocución es absolutamente necesario, para que produzcan efectos en el bienestar y en la salud de la sociedad.

Aquí se ha hablado de distintas poblaciones en general, de la salud como un aspecto que debe cubrir a todos y en el ciclo vital. A diferencia de otros sectores, en este tema se debe poner particular énfasis. El sector educativo se centraba solamente en el referente legal, a partir de qué edad debe arrancar la educación preescolar en Colombia. Las políticas son públicas y conciernen a toda la población, esa fue una enseñanza de hace muchos años de Antanas Mockus: “hablar de política pública es redundante, porque la política debe ser pública, ahí va en la orientación de que prevalezca el bien público y el bien general y por supuesto esa redundancia puede ser inútil”. ¿Y por qué hablar de infancia? Porque es el punto de partida y se habla del embarazo para propiciar unas mejores condiciones de salud. Cuando hablamos de salud, ¿qué queremos de un sistema de salud? ¿qué quiere decir eso de Gestarsalud, eso puede ser absolutamente irrelevante, puede ser un nombre más con que venderse o puede ser la expresión de lo que en la filosofía del día a día. En la práctica, en el ejercicio profesional de todos significa estar centrados en construir salud y bienestar y no solamente en atender a enfermos.

El bienestar mucho más integral, cada día cobra vigencia, pero ya no simplemente desde una postura ideológica, sino desde postura asociada a evidencia empírica y de cuando lo concebimos solamente para la atención y no para la promoción del bienestar y de los seres humanos. La salud nos posibilita el aprendizaje del goce, de la reproducción, del tránsito por la vida de las diferentes etapas, solamente cuando entendemos que la salud es un insumo básico y que es un fin también, pero que no es un fin de sí mismo, porque gozar de salud sin poder gozar de otros bienes, ya sean públicos o algunos que se consideran “más privados” no tendría sentido. La salud, entonces, se convierte en vehículo fundamental para eso. Pablo Neruda en un libro publicado por Editorial Lozada en 1974, que se llama *El libro de las preguntas*, publicado, hay una pregunta que dice: ¿el cuatro es cuatro para todos, son todos los siete iguales? Tienen discapacidad, tienen enfermedad, tienen una situación socioeconómica que aporrea, que golpea, que excluye, subir unas escaleras, o disfrutar de alimentos de alto valor nutricional es absolutamente distinto para cualquier otra persona. ¿El cuatro es cuatro para todos, son todos los siete iguales? Cuando yo vivo en Calamar, Guaviare y necesito acceder a un servicio de salud especializado, que me den la cita dentro de dos meses, me parece una maravilla porque allá nadie me está planteando el servicio de salud, escasamente me están planteando el tema de servicio por la atención frente a la enfermedad y en condiciones restringidas. Pero si vivo en Bogotá, mi concepto de salud es atención especializada inmediata, de ahí que por eso se tie-

ne clara percepción es cuando se pierde, cuando le duele el codo y usted difícilmente puede hacer un ejercicio, tiene percepción de que el codo existe y esa percepción sólo se hace evidente frente a la pérdida o frente al menoscabo de la misma. Tiene un sentido muy importante trabajar la protección de la misma desde temprana edad.

Es posible que hayamos perdido el norte, y se perdió cuando dejamos de un lado a la persona y que la ganancia en salud es el propósito de un sistema. Para toda la contribución que puede darse de manera interrelacionada sin que sea una primero que la otra, pero perder el norte significa además tener un problema bien serio y es que no hacer ese trabajo de manera integrada, de manera sistemática, de manera ordenada en la primera infancia y entiéndase este período entre los cero y seis años. Ahora en una comisión consultiva de la OMS se plantea hasta ocho años. Pero hay un acuerdo internacional con bastante resonancia que sea hasta los seis años: lo que no se haga en este período repercutirá en el futuro. Las sociedades en general y Colombia sin duda tratarán de repararlo el resto de la vida a un costo muy alto y muy seguramente sin éxito. ¿Qué se está haciendo con ese niño que nace con 2.100 gramos? ¿Qué estamos haciendo como país? El bajo peso determina en el largo plazo comportamientos desde el punto de vista de salud que ponen en mayor vulnerabilidad a ese niño, porque hay trastornos de aprendizaje.

Qué estamos haciendo cuando encontramos un niño y eso desde bienestar familiar, desde salud, desde las alcaldías, desde las organizaciones solidarias, desde todo, qué estamos haciendo cuando tenemos mayores núcleos de desnutrición dentro de comunidades específicas, cuya vulnerabilidad se dispara en términos de enfermedad y si lo que estamos haciendo es suficiente y si además estamos evaluándolo, porque no se trata de desarrollar alternativas y programas, porque los programas han logrado sustituir la política pública en muchos casos, sino porque es necesario evaluar y en algunos casos será evaluación de procesos, de resultados, pero en lo posible de impacto.

Gráfica 16. Distribución del riesgo a lo largo de la vida



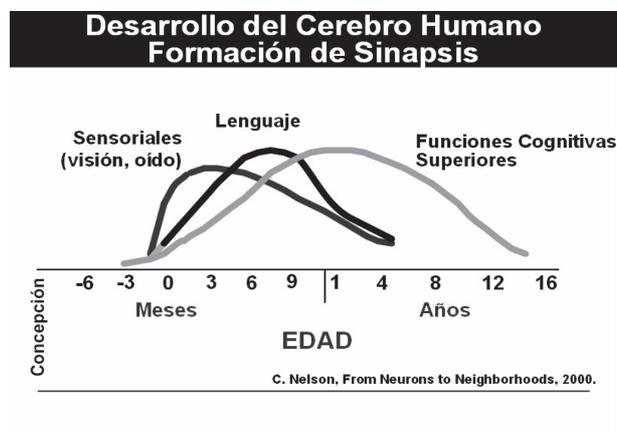
En esta gráfica se aprecia que sobre el lado izquierdo en la franja oscura hay mayor concentración de riesgo, ésta fue trabajada por un grupo de primera infancia del Banco Mundial y tenemos mucho que aprender también de la banca multilateral y de otras organizaciones en cuanto a la mala nutrición, el cuidado inadecuado, el entorno seguro, ambiente no saludable, la violencia doméstica, la exclusión, el desempleo, la falta de atención de salud, de calidad, etc., se concentra en particular en los primeros años de vida. Las cuatro primeras columnas van hasta la primera infancia, es decir hasta los seis años, en Colombia las familias más pobres son justo las que más tienen y a pesar de que hoy las cifras oficiales nos hablan de un 49% de pobreza en la población en general, la concentración entre los niños menores de seis años está alrededor del 60%, es decir más de 10 puntos porcentuales de diferencia, los niños hasta cinco años son los más vulnerables en términos de poder, que está en este grupo de mayor vulnerabilidad.

En cuanto al tema de neurociencias ¿Qué se está haciendo en el tema de crecimiento y desarrollo? parece que el tema de desarrollo pasó derecho y se concentraron los esfuerzos quizás en el tema antropométrico, pero no en el tema de desarrollo de la persona, hablaba del bajo peso al nacer y ahora lo de creciendo y desarrollo, en niños de edad pre-

escolar hasta los seis años, ¿cuántos niños tienen problemas de desarrollo de lenguaje, de desarrollo emocional, de desarrollo cognitivo y por qué?, porque esos son determinantes fundamentales en el tema de salud, pero de comportamiento social hacia delante y el desarrollo cognitivo que algunos le dan la máxima expresión al ser humano, está alimentado por el desarrollo social y emocional, la capacidad de aprendizaje de nuestros niños en Colombia, en China, en Brasil o en Canadá, está en gran medida determinado no sólo por el estímulo que se le dé a un niño desde el punto de vista estrictamente académico, sino por lo que significa el vínculo, el afecto, el cuidado y esto no es una cuestión nuestra, esto es de grupos tan respetables como el Centro de Investigación Avanzada de la Ciencia en Primera Infancia en Canadá dirigido por Freiser Mostor, del grupo de Vancouver de la Universidad de British Columbia en cabeza de Clay Hertzman y hay que referirse a Canadá, porque probablemente en EE.UU. sea diferente, pero vayanse a Australia y Nueva Zelanda, porque estos mismos temas son los que hoy están trazando el derrotero de hacia a dónde hay que trabajar en el tema de bienes y salud en primera infancia.

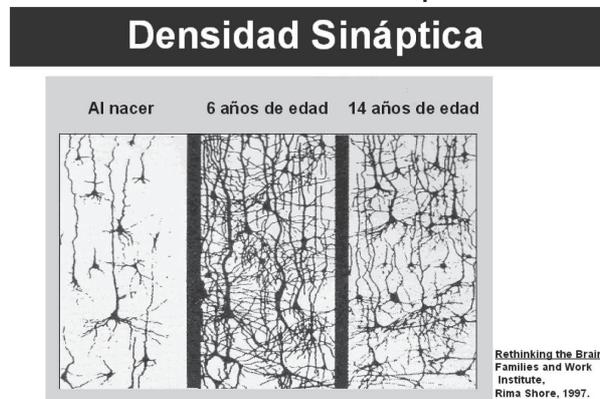
Y la razón de ello, porque tal vez de manera intuitiva y natural creemos que los niños van aprendiendo a oír, a hacer diferenciación, que aprenden a tener control de su cuerpo, de su especialidad, de su corporalidad, del olfato y de la vista, pero resulta que el tema como lo dice Heckman, Premio Nobel de Economía año 2000, “no nos podemos dar el gusto y lujo de posponer la inversión en los niños hasta que se hicieran adultos, ni podemos esperar a que lleguen a la escuela, momento que puede ser muy tarde” y la razón es la forma cómo se desarrollan las conexiones entre las neuronas que van a determinar patrones de comportamiento, de consumo, de actuaciones violentas, de la secreción de hormonas a nivel suprarrenal, y esto está claramente comprobado, por un estudio elaborado en Rumania, son niños que tienen unos niveles de estrés mucho más altos y un comportamiento en el largo plazo desde el punto de vista de enfermedad que compromete más su estado en general.

Gráfica 17. Desarrollo del cerebro humano formación de sinapsis



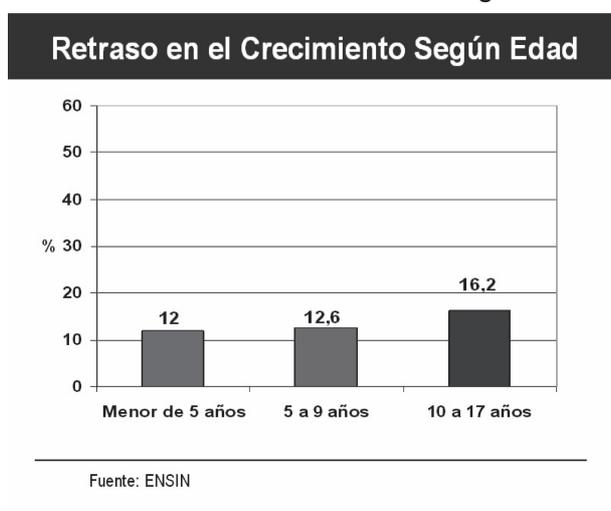
¿Cómo se organiza esta sinapsis y cuáles son los picos? La Academia Nacional de Ciencia de los EE.UU. y el Instituto Nacional de Medicina convocaron y publicaron después de un período de tres años para establecer el estado del arte sobre lo que podía ser el desarrollo infantil durante esos años, es una publicación que se llama “de las neuronas al vecindario” y allí participaron profesionales de todas las áreas de diferentes organizaciones y universidades, está publicado esto. Donde muestra por ejemplo que el componente sensorial de visión y oído se desarrolla fundamentalmente, ya viene desde el período prenatal, pero es justo después de nacer, en el primer trimestre donde está el pico. El lenguaje a los seis meses de edad y de ahí la importancia de la presencia de la madre en esos primeros meses. Veamos entre otros una reflexión al tema y las funciones cognitivas superiores con un pico que viene alrededor del primer año.

Gráfica 18. Densidad sináptica



¿Qué les pasa a las mujeres colombianas que no tienen seguridad social del régimen contributivo cuando nace su hijo y, si son trabajadoras informales qué les pasa? Cuando no tienen tiempo, ni tienen un subsidio llámese una prestación económica o una licencia de maternidad, y esas son las mujeres que tienen hijos con mayores riesgos. El 50% de embarazos no deseados, casi un cuarto de millón de niños, no solamente en el embarazo, sino al nacer no son deseados, ¿qué significa? Significa en otras, que son niños con mayores riesgos de violencia intrafamiliar, de violencia extrema, de no generar el vínculo, son niños sin afecto, lo cual determina mucha parte de su comportamiento como individuos y como seres sociales, esto es la densidad sináptica, que quiere decir en otras palabras el número de conexiones que hay entre una neurona y otra, miren el pico a los seis años de edad. Porque esa densidad va correlacionada entonces con otros problemas, esto desde el punto de vista internacional y a nivel nacional existe alguna información, de bonanza de datos en Colombia en el año 2006 entre el censo, los estudios que hay de diferentes tipos todos con restricciones, con dificultades, pero tenemos un poco más de información que por lo menos permite objetivizar y poder entender mejor nuestra problemática para plantear abordajes y allí lo vemos muchas veces como una estadística y nada más, y verlo como una estadística significa perder de vista cuántos niños nominalmente hablando, están en estas condiciones.

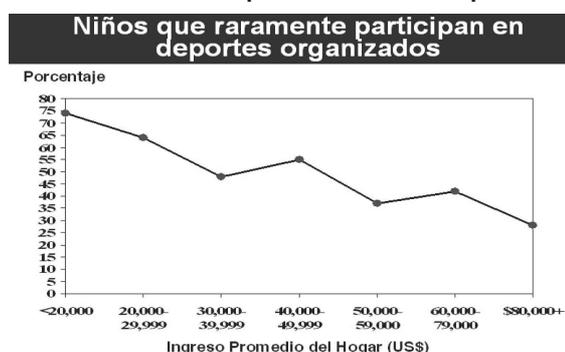
Gráfica 19. Retraso en el crecimiento según edad



Y si estamos planteando que entre cinco y nueve años hay una tasa del 12.6% de desnutrición crónica, nunca en Colombia se había encontrado, porque nunca se había medido la desnutrición crónica en los hogares. La desnutrición igual frente al aprendizaje y frente a las funciones de mayor complejidad tiene efectos negativos, como lo tiene la anemia, como lo tiene evidentemente entre grupos de edad o lo de vitamina A que no tiene punto de comparación porque las técnicas fueron distintas respecto al estudio de 1995 o las que cumplen con un mínimo de actividad física global.

Desaparecieron prácticamente del pensum curricular los contenidos curriculares en estos colegios, establecimientos educativos, la cultura del deporte y la cultura del ejercicio físico y esto conlleva a unas serias consecuencias y si esto no se replantea, cuánto le cuesta al país y cuánto puede haber de esparcimiento para personas que sin tener acceso a otros bienes y servicios pueden hacer uso de escenarios deportivos y pueden hacer uso de la actividad física como un medio para ellos y sus familias y poder disfrutar, ustedes saben cuáles son los menos activos en Colombia, los adolescentes y los más activos de Colombia son los viejos, los mayores de edad, los que están por encima de 50 años, probablemente es una conciencia de síntoma, cuando ya se empiezan a ver hay unos perfiles de obesidad, de trastornos cardiovasculares, etc., que alteran o modifican el comportamiento, por un lado se tiene el dato, pero por el otro la decisión no se toma y ahí la intersectorialidad se rompe. Seguiremos creando más brechas y las brechas son irrecuperables, la brecha que se crea por las dificultades en ese grupo de primera infancia tiene efectos posteriores.

Gráfica 20. Participación infantil en deporte



De acuerdo con el ingreso, el porcentaje de niños que se interesa en actividades deportivas es mucho más pequeño, el título es “raramente participan” entonces la participación es inversamente proporcional al ingreso de las familias, ¿qué está pasando?, ¿cuál es la condición de las familias?, ¿cuál es su grado de actividad física de los afiliados? o sólo observamos. Al mirar si la UPC nos alcanza, si el trámite de orden administrativo y todo eso hay que verlo y hay que documentar y verificar, pero no nos podemos quedar únicamente en eso, hay que atender los 5.8 millones de afiliados que tienen las empresas solidarias de salud. La cifra es bastante alta, es muy significativa, y debe tener una injerencia directa en las condiciones de salud.

El 3% de las familias colombianas tiene un miembro migrante, en Dos Quebradas, la Virginia y Pereira el 18%. En un estudio de Luis Jorge Garay con un grupo de psicología de la Universidad de Los Andes, se encontró que había un porcentaje muy importante de niños con estado clínico, desde el punto de vista de salud mental, que necesitaba atención inmediata, no subclínico. Familias con rupturas, familias disfuncionales y la tipología de familia parece ser que la desconocemos desde la norma, pero peor aún en el momento de proveer para esa familia toda la información y acompañamiento para el mantenimiento de su salud o para la atención en términos de servicios, se pierde eso, y el tema de salud mental se vuelve algo absolutamente esencial. En tanto, sigue siendo cenicienta del sistema pero determinante del comportamiento de los colombianos y se nos olvidó y consideramos que es costoso y que la permanencia de servicios hospitalarios de salud mental es extraordinariamente costoso y que eso dispararía sin duda y pondría en problemas la sostenibilidad del sistema, pero como Estado nos sacamos la plata de un bolsillo y la pagamos por el otro.

El ICBF como ustedes bien saben atiende a millones de niños y muchos de ellos con problemas muy serios de familia, una atención adecuada no sólo a los niños sino a la familia, podría cambiar el curso de la demanda de los servicios de salud, de los costos que hoy nos mostraba Alfredo Rangel en términos de violencia, puede cambiar el curso de

que también no sigamos apareciendo en las estadísticas como un país feliz cuando tenemos tantos motivos, sin duda de esperanza pero también de reflexión sobre lo que podemos y debemos hacer y por eso el tema de salud mental amerita una revisión serena, académica, cuidadosa, no sólo de cómo propiciamos en esto de la construcción de la salud, sino también cuando se da la evidencia de la atención médica o atención de salud en términos de servicios para asegurar que no sea insuficiente y que no haya conductas lesivas contra sí mismo o contra la sociedad en forma consuetudinaria

De la misma manera que hay transmisión intergeneracional de la pobreza también hay transmisión intergeneracional de la violencia y el costo para una sociedad, no sólo en términos económicos es irreconciliable frente a lo que debería hacerse.

Los niños de estratos altos tienen un lenguaje mucho más rico y aprenden a más temprana edad, esos niños que tienen desarrollo del lenguaje, tienen condiciones de comprensión de lectura diferentes y los problemas de salud se disparan en la medida en que la comprensión es más baja y esto disminuye gradualmente en la medida en que la comprensión es más alta. Pero no sólo eso, cuando se hace un estudio de países, y eso es hace una década, desafortunadamente no hay uno más reciente que compare estos mismos países, miren dónde están Cuba y Suecia, y están al mismo nivel, miren dónde está Colombia y nosotros qué estamos haciendo frente a esto, cómo estamos capacitando a la gente, el lenguaje determina comportamientos violentos y criminales y el porcentaje de población carcelaria es mayor a menor nivel de desarrollo del lenguaje.

¿Por qué tantas diferencias?, debe ser porque invertimos las prioridades, pero sobre todo hemos estado teniendo una dificultad grande al conciliar lo que es la evidencia científica con la práctica política y con lo que debería ser sin duda un derrotero del país en el tema de desarrollo infantil integral como punto de partida para una población más sana, para que disfrute más de bienestar, para que sea más productiva, para que sea más competitiva, para que pueda tener movilidad social efectivamente,

se aduce entonces que el costo de los programas es muy alto, pero necesitamos que mientras más temprano se inicie esa estimulación y esa forma de aproximación adecuada, tendremos sin duda mayores niveles de aprendizaje y cambios en los perfiles de las áreas. Se exige una redefinición de enfoque y la propuesta está trabajándose desde hace cuatro años cuando empezamos con el tema de primera infancia como el gran desafío en política pública de infancia, participan 17 universidades, varios ministerios, el DNP y está coordinado y liderado desde el ICBF, esta política de primera infancia debería orientar para que no se hable de salud simplemente como un fin, sino como un básico y un presupuesto de partida en términos de bienestar con la correspondiente nutrición y entendiendo las variables que sin duda son muchas de ellas exógenas pero que se debe buscar favorecer.

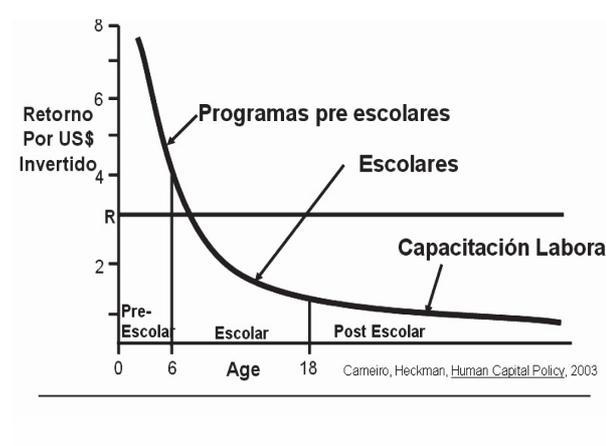
En la reforma tributaria que cursa actualmente en el Congreso y que tanto debate ha merecido por parte de los medios y de grupos políticos, el debate del IVA para alimentos de la canasta básica ha estado centrado en qué se le quita al uno y se le pone al otro. Pero dónde está la discusión de cuáles son los alimentos que con IVA podrían tener mayor impacto en el acceso de las familias más vulnerables y los efectos de orden nutricional, ese debate es inexistente. Qué pasa cuando frente a una reforma tributaria se le pone IVA, parecería razonable y muchos economistas inclusive muy serios dicen que es probablemente más positivo que otras cargas impositivas, sin embargo, ese análisis de llenarse de argumentos en lo económico en lo sociológico, en lo antropológico y también sin duda desde la salud propiamente dicha, y en los aspectos de orden biológico, es fundamental para que el diálogo sea más fértil. No convenceremos a los economistas a los ministros de Hacienda o a los departamentos equivalentes de Planeación en Colombia, si los argumentos nuestros no son argumentos mucho más sólidos y si además nuestro convencimiento y la evidencia científica va acompañado de argumentos económicos.

Cuáles son los efectos que han demostrado los estudios longitudinales de más de 30 años, Colombia no cuenta con un estudio longitudinal que ni

siquiera supere una década, un quinquenio, para mostrar cuáles son los efectos de lo que hacemos o de lo que no hacemos en el tema de infancia. Estudios longitudinales de más de tres décadas hechos algunos de ellos en países como los mencionados: Australia, EE.UU., Canadá, entre otros, muestra que los niños además de que no logran tener un mejor desempeño escolar, una mayor escolaridad, un mejor desempeño desde el punto de vista de productividad, una disminución en la tasa de embarazos en adolescentes y una mayor cohesión social. El capital social, las reglas, la solidaridad, la cohesión se incrementan, hay mayor número de personas que no se ven involucradas en la actividad criminal y tienen a su vez menor necesidad de la asistencia social.

¿En qué año en Colombia se da mayor repitencia? En el grado uno de primaria probablemente, y los datos ahí varían y no son muy precisos los que el Ministerio ofrece o el DNP, pero de 1'122.000 niños en primero de primaria, la repitencia puede estar alrededor del 7% y del 10%, esa repitencia conduce en gran medida a deserción y ésta deja rezagada la formación del capital humano y posibilita que niños con extra edad a veces no regresen a la escuela.

Gráfica 21. Tasas de retorno de la inversión en capital humano



Buscar la integración entonces de sectores como educación, salud, vivienda, medio ambiente, etc., es fundamental y esta gráfica construida en el año

2003 por Heckman Premio Nóbel de Economía, muestra qué pasa cuando se concentran los programas integrales preescolares en la edad preescolar vs. lo que pasa cuando la capacitación se hace ya en la edad laboral, la tasa de retorno, para los que gustan de los argumentos económicos no puede ser más evidente, pero tal vez lo que más nos interesa es buscar que el 4 probablemente sigue siendo diferente para muchos, pero es cerrar cada vez más las brechas existentes y construir el concepto de salud, centrándolo en la persona, más no en las instituciones, en los sistemas y fundamentándolo en la capacidad del goce de una buena salud para el disfrute pleno que todos los seres humanos buscan o anhela y que cada uno para sus hijos desearía.

Cuando un servicio de salud ofrece inversión inteligente, ordenada, sistemática y debidamente evaluada, es el mejor reto para asegurar unos mejores resultados en salud.

El doctor De Negri decía que siempre que hubiera universalidad e integralidad eran condicionantes para la equidad, nosotros en Colombia no tenemos cobertura universal, nuestro plan obligatorio de salud o nuestros planes no son integrales los diferentes regímenes que abarcan grupos poblacionales son muy diferentes desde el punto de vista de financiamiento y desde el punto de vista de contenidos, entonces diríamos que sería muy irreal pensar que hay una fórmula para conseguir equidad y todo esto viendo que es muy necesario intervenir en ese tipo de situaciones, pero qué sería lo que habría que priorizar en un país como Colombia con recursos limitados o mal distribuidos, qué sería lo que habría que lograr primero en un país con pocos recursos con un esquema de aseguramiento que es lo que ha venido el gobierno trabajando y priorizando y planteando, hacia dónde debemos apuntar, cuál sería la prioridad en términos de logro de la equidad para poder lograr esas dos grandes premisas, universalidad e integralidad.

Llama mucho la atención que el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud hace unos años, cuando definió la primera población prioritaria, definió a la mujer, los niños más pequeños y no a la

mujer gestante por ejemplo. De entrada está en segunda línea de mujeres embarazadas, ni siquiera desde el sector del punto de partida para lograr equidad en atención porque la equidad no se basa solamente en salud, la equidad se da de manera transversal, porque la equidad en salud es un imposible metafísico porque usted no lo puede separar de otros sectores, o ¿cómo se logra equidad en salud teniendo inequidad en el tema educativo, en el tema de acceso a recreación y cultura, en el tema de acceso al espacio público, en el tema de acceso a crédito o a la bancarización, o a vivienda? Entonces al hablar de equidad en salud es muy rico porque es muy profundo, pero tiene las restricciones de que no se puede lograr en sí mismo, definitivamente lo primero que un país con las restricciones que ya se han planteado pero con la mala distribución que posee, tiene que avanzar hacia un sistema impositivo mucho más progresivo y creo que las oportunidades pasan por el lado de la reforma tributaria, de nuevo sin que se logre de fondo establecer claramente una mirada mucho más de contribuciones en función de lo que se posee.

El pasaporte a la equidad está en la educación en gran medida, pero un pasaporte también enriquecido por los otros aspectos mencionados y en los centros de infancia como un determinante del desempeño y del logro en escolaridad, si se invierte adecuadamente allí.

¿Por qué la gente más pobre no es la que tiene el paquete más amplio? Tenemos problemas muy serios que ameritan nuestra reflexión crítica y la revisión sin molestias, sin pasiones inapropiadas para decir porque a la gente más pobre no le damos más en el tema de salud, por qué a una mujer pobre e informal con un hijo en Colombia no tiene ni tiempo ni licencia de maternidad y es un hijo que queda en manos de una vecina, de un tercero de un hijo de 12 años. Este es un tema muy delicado que seguramente cuesta mucho, pero cuánto nos cuesta como sociedad no ofrecer desde la primera infancia un cuidado adecuado e integral que tenga unos efectos demostrados a nivel internacional de largo plazo que confirman el argumento económico de competitividad y productividad que tanto énfasis se hace ahora en muchos escenarios.

