

CEDETES

Centro para el Desarrollo y Evaluación de
Políticas y Tecnología en Salud Pública

Escuela de Salud Pública
Facultad de Salud



60 años
1945-2005
Universidad del Valle

Centro Colaborador de la OMS/OPS en
Evaluación, Entrenamiento y Abogacía en
Promoción de la Salud



Seminario Internacional Evaluación y Políticas Públicas: respondiendo a los determinantes de la salud

Santiago de Cali, Colombia, 14 de junio de 2005

Sesión de debate: Salud Pública, Promoción de la salud y Atención Primaria: ¿Espejismos o realidades? ¹

Coordinador del debate:

Oscar Echeverri

Consultor Internacional en Promoción de la salud
Colombia

Participantes:

Nhora Lucía Arias, Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca

Héctor Fabio Cortés, Secretario Municipal de Salud de Cali

Rubén Darío Gómez, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Inicio del Debate:

Intervención de Oscar Echeverry

El tema que vamos a debatir tiene tres partes, las cuales vamos a tratar de abordar en este corto tiempo: salud pública, atención primaria y promoción de salud. Propongo que empecemos con debatir promoción de salud.

Cada uno de los panelistas de este debate va a presentar su punto de vista, y a mi me corresponde iniciar el panel con una presentación muy breve de lo que yo veo en términos de la promoción de la salud, como un espejismo o una realidad, como es el título del panel.

Quiero entonces empezar con un problema que es muy frecuente en la salud pública, especialmente entre los salubristas, es el problema de las definiciones. Creo que el Dr. David McQueen habló un poquito de los significados de las palabras; yo también soy un poquito aficionado a eso; creo que yo sería una persona muy distinta si en vez de llamarme Oscar, me llamara Bonifacio o Telésforo; eso tendría algún impacto en mi personalidad seguramente. Lo mismo pasa con estos temas que nosotros manejamos en salud pública.

Atención primaria. Primario quiere decir o fundamental o esencial; pero también quiere decir primitivo o elemental; por ejemplo, la escuela primaria, es una escuela elemental;

¹ Este documento es una transcripción de las grabaciones del Debate realizado en el Seminario.



Entonces yo creo que por ahí empiezan los *vía crucis* de la atención primaria, con un problema de denominación.

Ahora revisemos las definiciones de promoción de salud y veremos que estamos metidos en un pequeño problema. Por ejemplo, Lalonde, el economista que básicamente hizo el lanzamiento del tema de promoción de la salud, define la salud como una estrategia dirigida a informar, influenciar y asistir a individuos y organizaciones para que acepten más responsabilidad y sean más activos en asuntos que afectan la salud mental y física.

Estas dos cosas las tengo subrayadas porque creo que son temas vitales y centrales de esta definición. Lo interesante es que habla de una estrategia. Luego viene Nutbeam, en 1985, que define la Promoción de la salud como un proceso. Dice que es un proceso que faculta a las personas para aumentar el control sobre los determinantes de la salud y así mejorar la salud. O'Donnell dice que la Promoción de la salud es una *ciencia y es un arte*, de ayudar a la gente a escoger sus estilos de vida para conducirla a un estado de salud óptima.

Esa primera parte de ayudar a la gente, está en contradicción con la propuesta que mencioné antes de darle responsabilidad a la gente. Hay otros que son Labonté & Little, quienes hablan de que Promoción de la salud es una *actividad o programa* para mejorar las condiciones de vida sociales y ambientales, de tal manera que la percepción de bienestar de la gente aumente; que la percepción de bienestar, no que el bienestar.

Son de resaltar las diferencias tan gigantescas que nos proponen estos autores con cuatro definiciones, de muchas que hay. Yo simplemente tomé estas como ejemplos de un problema de significado de las cosas. Cuando uno no tiene claro en su cabeza un tema, lo define inadecuadamente, y yo creo que eso es lo que pasa con el tema de promoción de la Salud.

Pero veamos por qué definir el tema de Promoción de la salud es tan complicado.

Para la operacionalización del concepto de Promoción de la salud en la Carta de Ottawa se plantearon una serie de puntos muy claros; cinco puntos centrales.

Se dice que es el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y mejorarla. Eso está en la Carta de Ottawa de 1986. A propósito, a la Carta de Ottawa le pasa como a la Biblia, todo el mundo habla de ella, pero pocos la leen.

Estos son los cinco elementos centrales que están en la Carta de Ottawa:

- Elaboración de Políticas Públicas Saludables
- Creación de Espacios y Entornos Saludables
- Reforzamiento de la Acción Comunitaria
- Desarrollo de habilidades y destrezas
- Reorientación de los Servicios de Salud

Se está trabajando en esos cinco campos fundamentales de la promoción de la Salud, en algunos con más éxito que en otros. Me llama mucho la atención, sobre todo en el



primero, en la Elaboración de Políticas Públicas, sobre las cuales hizo un énfasis fundamental la Doctora Helena Restrepo esta mañana, que entre otras cosas, hace una exposición que yo quisiera que muchos salubristas tuviéramos esa vocación y esa habilidad y esa destreza y, usar un poquito las ciencias políticas para poner los puntos de vista claros cuando hablamos de políticas.

Hay que aprender no solamente a hacer abogacía, sino también a hacer denuncia. Son dos cosas muy diferentes, pero las dos vitalmente importantes.

Pero miremos un ejemplo de por qué es tan compleja la promoción de la salud.

Este es un ejemplo de un plan de promoción de salud, que dice que debe tener:

- Casas con buena ventilación, drenajes, abundante luz solar, jardín interior, cuartos sin carpetas y baños con agua fría y caliente, y cocinas en el segundo piso.
- El agua del acueducto examinada diariamente y recolección diaria de basura.
- Calles pavimentadas espaciosas y limpias; un sistema de transporte subterráneo para eliminar ruido y accidentes.
- Re-localización de industrias ruidosas, y mataderos.
- Desaparición del uso de tabaco y alcohol.
- Los trabajadores no llevan trabajo a su casa.
- Trabajadores de salud capacitados para cuidar los niños y un sistema de hospitales modelo.

¿Ustedes saben cuánto hace que se propuso esta declaración? En 1875, por el señor Ward Richardson, cuando él soñaba con Hygeia: una ciudad de salud. Pero todo lo que está ahí, es realmente una serie de políticas de gobierno, políticas de Estado para construir una ciudad saludable; Nosotros aquí hablamos de municipios saludables, pero miren que eso fue en 1875.

Otro aspecto de la complejidad de promoción de la salud está relacionado con los determinantes que conocemos de la salud en este momento:

Estábamos acostumbrados a los determinantes biológicos como nuestros genes, la edad, el género, la nutrición, la inmunidad y aún el vigor del cuerpo, los cuales eran determinantes biológicos centrales y a los que dábamos toda la preeminencia. Pero, de algún tiempo atrás, hemos visto que esos determinantes son tan importantes como otros; como los determinantes de la conducta, los hábitos que tenemos, las costumbres, las creencias, las actitudes y los comportamientos.

Los determinantes ambientales fueron identificados a finales del siglo XIX; básicamente, los que tenían que ver con la contaminación del aire, la contaminación del agua, el uso de la tierra desde el punto de vista no solo agrícola, sino también de vivienda, la contaminación de la tierra y de cómo sale el combustible desde la casa, la fábrica, el transporte, etc.

Finalmente, tenemos los determinantes sociales, de los cuales hay un muy buen volumen de literatura científica sobre investigaciones que básicamente apuntan a las relaciones



familiares; la situación financiera; el trabajo; la comunidad y amigos; libertad personal y valores personales.

Yo quiero llamar la atención sobre varias cosas. Primero, la complejidad de los determinantes de la salud. Cada uno tiene una importancia relativa muy grande. Nosotros estamos acostumbrados a mirar básicamente los determinantes biológicos y los ambientales; hemos olvidado, y no hemos aprendido suficiente sobre los determinantes de la conducta y de los determinantes sociales.

Entonces, si uno ve esos determinantes, automáticamente tiene que pensar que la promoción de la salud es imposible, si no se hace con un grupo multidisciplinario y con gran interdisciplinaria. No solamente tener gente de distintas disciplinas, sino que entre ellos se entiendan, que se converse y lleguen a entender un lenguaje común y expresarlo; eso es la interdisciplinaria.

Quería decirles que estos determinantes sociales son los que ha identificado y medido el economista Richard Layard de Inglaterra. Él dice que los determinantes centrales de la felicidad son las relaciones familiares, la situación financiera, el trabajo, la comunidad y los amigos, la libertad personal, los valores personales y la salud. Pero para él los cuatro primeros determinantes más la salud, son los cinco determinantes claves de la felicidad y los mide.

Nosotros tenemos que poner el foco en la salud como un componente fundamental del bienestar o de la felicidad y superar el círculo vicioso del cual se ha hablado aquí: si soy salubrista, tengo que poner la enfermedad en el centro, donde está la pobreza; pero si soy un poquito más ecléctico, vería estas relaciones entre enfermedad, exclusión, inequidad y la pobreza de la cultura vital para el subdesarrollo.

Eso hay que transformarlo y para eso es la promoción de la salud, en un círculo virtuoso donde ponemos la salud en el centro; pero tenemos que abogar por un nivel digno de vida y denunciar las cosas que van en su contra; abogar por la inclusión y denunciar la exclusión; abogar por la equidad y, obviamente, ser un poquito más educados. Definitivamente saber vivir en comunidad es un elemento central del desarrollo; hay estudios muy sólidos que demuestran que de acuerdo con el grado de cultura ciudadana de un país, o de una región o de una comunidad, hay un grado de desarrollo importante. Esto es el determinante del desarrollo según Robert Putnam.

De todas maneras hasta ahora tenemos unos consensos y unas utopías sobre la promoción de la salud. Primero: la pobreza es tan dañina para la salud como el significado social de ser pobre, desempleado, excluido o estigmatizado. De nuevo miren la importancia de los significados. El significado social de ser pobre, de ser desempleado, excluido, estigmatizado; esos significados tienen una gran trascendencia.

Necesitamos sentirnos valorados y apreciados, necesitamos amigos y comunidades en donde nos sintamos útiles, tengamos más control sobre nuestro trabajo y nuestra vida. Sin esto, habrá más depresión, drogadicción, ansiedad, hostilidad y desesperanza, con todos sus pésimos efectos en la salud física. Hay que combinar economía, sociología,



medicina, psicología neurobiología, neurolingüística, -de nuevo para los significados- para entender la interacción entre las desventajas materiales y su significado social.

Es necesaria una sociedad más justa y compasiva económica y socialmente. Esto es prácticamente un plan de Estado; todos esos son los consensos y las utopías que maneja la promoción de la salud en este momento. Que estemos de acuerdo o no, es otra cosa, pero estos son los que se manejan.

Ahora, los instrumentos que está usando la promoción de salud son políticas, estrategias, planes, programas, proyectos e intervenciones y los usa de manera anual, cuatrienal, quinquenal, decenal, etcétera. Tal vez el único programa que tiene cierto grado de objetividad, de realismo en el tiempo, son las Metas del Milenio, que fueron programadas hace 15 años.

Sin embargo, yo creo que cualquier intervención de promoción de la salud debe tener un horizonte generacional. Podemos tener una serie de proyectos o de intervenciones a lo largo de una generación, pero tenemos que mirar primero que todo, el final de esa generación como la queremos ver. Si seguimos haciendo pequeñas intervenciones, y si no tenemos un norte claro, siquiera de una generación, considero que vamos a seguir perdiendo mucho tiempo.

Estas son las partes de mi escepticismo y por eso les digo: "Seamos realistas, pidamos lo imposible". Esta es la frase de un graffiti del año 1968, escrito en París.

Intervención de Nhora Lucia Arias

Por una parte, cuando se piensa en promoción de la salud, en atención primaria y salud pública, lo que hay de fondo tiene que ver con el tema de la visión que cada uno de nosotros tiene de salud. Yo traje una propuesta de promoción de salud que me ha parecido particularmente interesante y distinta a las que tradicionalmente hemos tenido.

En la región europea se plantea normal que una persona o un grupo sea capaz de alcanzar sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades, de enfrentarse adecuadamente al ambiente y por lo tanto, debe considerarse como un recurso más de la vida cotidiana y no como un objetivo en la vida. Es un concepto positivo que engloba tanto recursos personales y sociales como capacidades físicas.

Cuando uno mira el Plan Maestro del Departamento, una de las grandes preocupaciones es el tema de la inequidad. Cuando estamos pensando en salud, es muy importante tener las dos lentes: la visión de salud relacionada hacia dónde queremos ir, pero también la competencia sectorial que todo el tiempo nos amarra desde el marco normativo y desde la responsabilidad que tenemos cada uno de los actores.

En el caso de atención primaria pasa algo similar. Considero que nosotros trabajamos en el Valle del Cauca, particularmente, con una estrategia de filosofía de la atención de salud, pero también como una filosofía que impregna la atención. En 1978 cuando se habló sobre atención primaria, había dos grandes temas: uno era reorientar los servicios y



el otro era la gestión local de la salud para la salud. Cuando miro el tema de espejismos o realidades, estoy pensando en una atención primaria que dé cuenta de estos dos grandes aspectos que, particularmente en el caso nuestro, son evidentes en la reorientación de la política.

Realmente son complementarios el tema de atención primaria y el tema de promoción de la salud. Más que un enfrentamiento teórico, se debe buscar la forma de llevar eso a la práctica, a la cotidianidad, desde lo que cada uno de nosotros hace.

Este es un resumen ejecutivo de la Política de Salud del Departamento del Valle del Cauca. Consideramos que es muy necesario pensarse en la lógica del usuario, pensar en la lógica de la cotidianidad de las personas, con servicios de salud, pero no centrados en la parte intramural.

Estamos planteando que es necesario orientar nuestros expertos a reducir las exclusiones que tenemos en los entornos donde las personas viven y en la necesidad de articular esfuerzos con los otros sectores desde el gobierno, pero también desde lo que cada uno de nosotros tiene que hacer.

Entonces, desde esa perspectiva, estaría pensando que los espejismos se tienen que volver una realidad cuando son realmente pertinentes a una realidad que nos cobija.

En el caso del Valle del Cauca, nuestra apuesta es convertir esto en una realidad. El Departamento trabajó mucho tiempo en esto, pero en un momento determinado, por decisiones, se abandonó, se dejó de lado y solamente algunos valientes siguieron adelante tratando de hacer cosas. A mi me parece que en esencia puede ser una realidad, pero requiere del compromiso, la decisión y una actitud muy activa de todos para llevarla adelante.

Intervención de Héctor Fabio Cortés

En Cali trabajamos mucho tiempo en una concepción donde hablábamos de participación comunitaria, de tecnología; en ese sentido llegamos a organizar en la ciudad de Cali.

Aparece luego la Ley 100 donde nos cambia todo un esquema y donde nos normatiza unos planes de atención; donde nos dicen que tenemos un plan de atención básica y tenemos que esquematizarnos en ese plan.

Al principio llegamos a rechazar un poquito esa ley, hasta que al fin se hizo una descentralización de las Empresas Sociales del Estado, apenas hace un año.

La ciudad de Cali cuenta con un equipo y un recurso humano muy capacitado, que ha venido trabajando en este tipo de experiencias con el apoyo de la OPS y de la OMS. Pienso que en ese sentido, con el proceso de reestructuración que estamos llevando a cabo, donde estamos haciendo un direccionamiento estratégico, diferente a la sola prestación de servicios, ya lo estamos viendo como ciudad.



Inicialmente nos estábamos viendo como personas que solamente atendíamos a los pobres y solamente manejábamos al vinculado, y habíamos perdido esa visión de ciudad. Pienso que con esta nueva estructura que estamos planteando en la ciudad de Cali, estamos direccionando la atención de la salud como ciudad, y desde allí vemos temas muy complejos. Definitivamente la atención primaria en salud es una estrategia vital para poder atacar temas como los problemas de salud mental o los problemas de violencia.

Tomemos la experiencia de lo que ha pasado con la ESES en Colombia. En Cali apenas llevamos un año y podemos decir que las Empresas Sociales del Estado que existen en la ciudad no están en crisis, pero tenemos que reorientar sus servicios.

Intervención de Rubén Darío Gómez

Trataré de presentar algunas preguntas que den lugar a discusión en la próxima media hora. Inicio con tres ideas básicas:

La primera: En la atención primaria de la salud y en la promoción de la salud, se recogen aspiraciones muy viejas de la salud pública, cuya implantación fracasó en Colombia al poco tiempo de nacer, no por problemas técnicos sino por problemas políticos.

En segundo lugar: En Colombia es muy difícil hacer promoción de la salud y hacer atención primaria de la salud. Muchos de los principios que se asumen en estas dos estrategias y en estos dos lineamientos, que también son políticas a nivel nacional, y que a nivel internacional e inclusive nacional, tienen profundas contradicciones con la política sanitaria y con la política de desarrollo del país.

Tercera idea: A pesar de que en nuestra sociedad el modelo actual de sociedad, el modelo de desarrollo y la política sanitaria que nosotros los colombianos estamos aplicando, desde la década de los 80, han desacreditado la atención primaria y la Promoción de la salud y la han reducido simplemente a la reestructuración de los servicios de primer nivel. En estos dos mensajes existe tal vez, los componentes de la utopía que pudiera ayudarnos a salir de la crisis social y sanitaria.

Esas son las ideas, y argumentar un poquito sobre ellas:

Primero: ¿Por qué la atención primaria de salud fracasó en Colombia al poco tiempo de ser implementada?. Porque la atención primaria de salud no nació como una solución técnica para el sector de la salud.

Para nosotros hoy es difícil imaginar o recordar el contexto en el que surgió la estrategia y la política de atención primaria, porque ya en este momento el pensamiento es homogéneo; pero en la década de los 70 existía un mundo polarizado entre dos bloques: entre el bloque socialista y el bloque capitalista; dos ideologías diferentes, dos sociedades diferentes, dos utopías diferentes, dos modelos de organización diferentes. En ese bloque donde de alguna manera había dos formas de concebir el desarrollo, el desarrollo social y lo que pudiera ser el bienestar humano, se daban también debates y contradicciones. La política y la propuesta de atención primaria es producto de esas contradicciones.



En la década de los 70, los países más pobres aliados con el bloque socialista, lograron tres políticas muy importantes para el momento, un nuevo orden económico internacional, un nuevo orden en lo que se refería a la información y la comunicación y la meta de Salud para Todos en el Año 2000.

Estas tres políticas ayudan a la concepción del desarrollo social y en el fondo de estas políticas, más que propuestas técnicas para los países, había una concepción de fondo legitimando o cuestionando los modelos económicos en los que se soportaban las sociedades.

Al servicio de esa meta que era política, la meta de Salud para Todos en el Año 2000, que pretendía vincular la salud y el desarrollo, y que pretendía también reducir las desigualdades en salud, se diseñó la estrategia de atención primaria y en esa estrategia de atención primaria se plantea la declaración de Alma Ata que recoge pareceres contrarios en el mundo.

En Alma Ata confluyen expertos de diferentes regiones, de diferentes países; se reflejan también distintas concepciones sobre la sociedad, se recoge una declaración que es también un pensamiento político. Yo resaltaría que estos planteamientos son más de tipo político que planteamientos de tipo técnico.

Por lo mismo que son producto de un consenso político, el lenguaje de las declaraciones tanto de Alma Ata como la Carta de Ottawa se vuelve a veces amorfo y da lugar a palabras que a veces significan algo y que depende de cómo se entiendan, en qué contexto, quién las utiliza y para qué. Cuando las personas que en la década del 80 impulsaron en Colombia la atención primaria de la salud, hicieron una interpretación muy particular de la estrategia, que estaba profundamente ligada con el desarrollo y que reconocía que no era posible la salud sino como una expresión o una manifestación del desarrollo, se convirtió en una reorganización de los servicios de primer nivel.

Si ustedes miran la declaración de Alma Ata, los primeros artículos son planteamientos que aluden a cómo se organiza una sociedad y cual es el papel de la salud dentro del desarrollo; pero lo que en nuestro país se desarrolló como atención primaria, se refiere casi a los principios técnicos que se proponían para reorganizar los servicios: aumentar las coberturas para el primer nivel con servicios básicos, con personal delegado, con tecnología apropiada.

¿Por qué fracasaría la implementación de la atención primaria en nuestro país?. Tal vez porque se le dio un énfasis al componente técnico, olvidando que si ese componente técnico tenía algún sentido, era en un marco político.

Si se despolitiza la atención primaria de salud, se convierte en un mensaje anodino y pudiera ser que precisamente por eso la atención primaria de la salud no generó cambios importantes; comentario que también podría ser injusto. Hoy podemos ser muy exigentes y pedirle a la atención primaria de la salud que haya resuelto problemas que eran difíciles de superar, sin el cambio de un modelo económico que ha sido en América Latina excluyente desde un punto de vista de la economía. Pero el efecto de la atención primaria



generó la diferencia entre la vida y la muerte para muchas personas, lo cual se ve después de 1993, cuando lo poquito que quedaba de la atención primaria se acaba y se van reduciendo las acciones que adelantaban las comunidades, los promotores de salud y los servicios de primer nivel en función de la gente.

Hay dos momentos importantes en la política sanitaria Colombiana: como fue la aplicación de estas estrategias durante el Sistema Nacional de Salud, y la aplicación de estas estrategias desde el momento en que nuestro país asumió el modelo de mercado para enfrentar la salud. Yo creo que eso es todo lo que podríamos conversar ahora, si les parece.

Apertura del debate

Oscar Echeverry:

Quiero primero que todo mencionar que la Doctora Nhora Lucia Arias no nos puede acompañar en el panel porque fue llamada por el gobernador a una reunión urgente y pide excusas por no estar aquí con todos nosotros en el panel.

De una manera u otra, las dos Secretarías hacen una presentación de cómo aplican estos conceptos de promoción y atención primaria en la realidad y muestran las iniciativas que han tenido y las dificultades que han tenido. El Doctor Rubén Darío hace una serie de apuntes muy importantes y centrados en las relaciones entre salud y desarrollo, y cómo estas relaciones que fueron muy bien analizadas y elaboradas cuando se lanzó la atención primaria en Salud en Alma Ata, poco a poco se fueron disolviendo en el tiempo, y la atención primaria fue desapareciendo en el país.

La atención primaria fue la reforma del sector salud en Colombia. La Ley 100 ignoró casi por completo la atención primaria, aunque habla del PAB, pero el PAB es casi una excusa de la Ley 100, para soltarse de una gran responsabilidad que era la salud del país.

Entonces yo quisiera que ustedes dieran su punto de vista; primero que todo esa reforma prácticamente, a mi modo de ver, puso en estado comatoso definitivamente a la atención primaria y hace muy difícil hacer la promoción de salud en el país.

Su modelo mismo es un modelo que obviamente priorizó la eficiencia y las ganancias, convirtiendo la salud en una mercancía. Es muy difícil hacer atención primaria con ese modelo y mucho más promoción de la salud.

Héctor Fabio Cortés:

Yo creo que en esos tiempos donde aparece la Ley 100, había unas reflexiones bien interesantes y era la accesibilidad a los servicios de salud y el aseguramiento, que es lo que cambia este sistema. La población colombiana estaba asegurada sólo un 15% y la visión del aseguramiento es una visión donde la persona tiene potenciales riesgos y en el momento de sufrir un percance, fácilmente una persona que está en un nivel económico



6, con una enfermedad, rápidamente bajaba al nivel 3, y qué decimos de una persona de nivel 3, rápidamente bajaba al nivel 1.

El aseguramiento lo que buscaba era que, frente a este tipo de situaciones, la persona económicamente no se empobreciera más y lo que se encontraba era que la persona, aunque tenía algunos accesos en servicios de salud, definitivamente la parte económica afectaba más. En ese sentido creo que la Ley 100 avanzó en la parte del aseguramiento y buscó la accesibilidad de los servicios a través de su prestación. Definitivamente allí fue el primer choque donde tuvimos en la ciudad de Cali, donde vimos que la situación no era solamente la prestación de servicios y creo que el aseguramiento avanzó en Colombia y se quedó en la prestación de servicios. Nos quedamos en la Ley 100 en prestación de servicios; perdimos todo ese enfoque que veníamos avanzando.

Como Secretaria, en este momento estamos retomando la visión de la situación de ciudad; no solamente las EPS tienen responsabilidad sobre sus afiliados, la secretaria debe asumir ese nuevo papel de autoridad sanitaria y de cómo articular todo este engranaje.

Rubén Darío Gómez:

Yo no quiero de ninguna manera sembrar un mensaje de desesperanza, esa no es mi idea. Sí quiero poner en tela de juicio la forma de aplicar la atención primaria de la salud y la promoción de la salud; en lugar de convertirla en una alternativa, la convierte en un factor más de desesperanza para la gente.

En cambio sí habría una utopía que pudiera ser digna de apoyo, por parte no solamente del sector de la salud sino por parte de los gobernantes, donde asumiendo los principios tanto de Alma Ata como de las diferentes conferencias que han trabajado la Promoción de la salud, nos ayuden a promover la participación social hacia una sociedad que sea menos excluyente, una sociedad más justa, una sociedad más equitativa, una sociedad más tolerante, una sociedad donde los valores individuales de la ganancia personal o del beneficio personal vayan cediendo espacio a la cooperación y al trabajo colectivo por el interés público.

Eso no es sencillo pero, de alguna manera tenemos que convencernos de que solamente con buena voluntad no vamos a cambiar las cosas y, que necesitamos organizarnos de forma más exigente.

Hay un tópico que quisiera comentar especialmente: yo veo una gran contradicción entre la política sanitaria del país y los principios que propende Alma Ata y la promoción de la salud, que se refieren a los principios de autonomía, de autocontrol y de responsabilidad.

Es importante que asumamos responsabilidad sobre los daños; pero habría también una forma de tergiversar la responsabilidad que tienen las personas y las comunidades sobre esos daños, y utilizar ese argumento como una forma más de exponer a las personas al pago de los servicios que cubren sus gastos. Me refiero hasta dónde vamos a exigirle a de las personas que sean responsables por su salud, cuando los determinantes que afectan la salud son controlados no por ellos mismos sino por otros; sin exigirle al mismo



tiempo a los poderes económicos que tienen poderes sobre los determinantes de la salud, a que respondan por los daños que están generando sobre las sociedades.

No es la responsabilidad del sujeto solamente, es la responsabilidad de una sociedad y ese mensaje sí está muy claro, tanto en la atención primaria como en la promoción de la salud.

Oscar Echeverry:

Tengo un par de comentarios adicionales a estas dos propuestas o comentarios de los panelistas:

Definitivamente, yo creo que la responsabilidad, cuando se habla de promoción de la salud y la atención primaria, no va dirigida exclusivamente al individuo, sino a la responsabilidad de la sociedad. Cada uno también como persona, debe tener una responsabilidad y hay que tomar conciencia de que somos responsables de nuestra salud. La cuestión es qué bagaje tenemos para poder ser responsables de nuestra salud y este es el gran interrogante que hay que resolver.

También quisiera llamar la atención sobre dos puntos que se mencionaron hoy, sobre todo en la presentación que hizo la Doctora Helena Restrepo. Me daba la impresión de que si debemos salir a alguna parte con la promoción de la salud, tenemos que inventar u organizar algo así como la ecología de la salud y que la gente que trabaja, no solamente en servicios de salud, sino todo individuo que trabaje en el gobierno debía aprenderlo.

Una de las cosas que a mi me parece fundamental desde el lado de los que trabajamos en salud, es cómo entender las políticas de otros sectores, por ejemplo, aquí en Cali se está hablando de política de vivienda social y hay una regla que dice que debe ser de 60 metros cuadrados; yo me pregunto qué implicaciones tiene si la vivienda de interés social es de 60 metros cuadrados; es decir, vamos a multiplicar la tugurización de la ciudad con los pobres.

Cuando se dijo que se aumentaría a 72 metros cuadrados, hubo un gran revuelo de los señores de la construcción; obviamente ellos tienen que utilizar el suelo más eficientemente, pero a costa de qué. Mi pregunta como salubrista es: 60 metros cuadrados para una familia pobre, que usualmente no baja de cuatro miembros, ¿es eso una medida saludable? Creo que no; tenemos que decir entonces "miren señores, no tuguricen más la ciudad con estos planes de vivienda social. Tienen que hacer planes de vivienda social decentes, y no por ser pobres, tenemos que seguir siendo pobres". Es ese el círculo vicioso que tenemos que romper.

Helena Restrepo:

Yo creo que el punto que ha tocado Oscar es muy importante; por eso yo he insistido en que en las dependencias de salud debería existir un grupo multidisciplinario que permanentemente analice políticas públicas, no solamente del sector, sino de otros sectores. Creo que esto lo han aplicado en Sudáfrica, no estoy muy segura en qué forma, pero algo he leído en ese sentido. Pero aquí no ha sido posible; ni siquiera a nivel del



Ministerio hay la posibilidad de que un grupo interdisciplinario o multidisciplinario se dedique a analizar las políticas de todos los sectores y a evaluar cuál es el impacto que tienen en la salud de la población.

Intervención del público (no se identificó):

Me preocupa que en todas las charlas se ha definido el planteamiento de la inclusión y acabar la exclusión; pero hay un sector que definitivamente nadie nunca lo nombra, siempre se habla de las personas con necesidades básicas insatisfechas. Pero qué pasa con el desempleado, no existe política para el desempleado; se le deja por fuera de cualquier ayuda; esa persona pertenecía a una clase social, con un ingreso fijo, pero súbitamente está con necesidades básicas insatisfechas, no tiene con que comer, no tiene con que sostener el ritmo de vida que sostenía, y para él no hay políticas estatales, nadie piensa en ese grupo poblacional.

Desde el punto de vista de salud, tenemos que caer en cuenta sobre esto y liderar soluciones para ese grupo poblacional. Esa es la población que se está yendo al exterior a emplearse en trabajos básicos para los cuales no se capacitó; con esto se perdió todo un esfuerzo estatal enfocado a la educación.

Rubén Darío Gómez:

Puede ser que no tengamos gobernabilidad sobre algunos factores que escapan a nuestra capacidad de influencia; pero habría algunas cosas que sí están bajo nuestro control y que no son tampoco complicadas y que en algún momento permitieron que en el país se desarrollaran excelentes experiencias, algunas de ellas aisladas, pero excelentes experiencias de cómo se mejoran las condiciones de salud de las comunidades, aplicando los principio de la atención primaria y de la promoción de la salud.

Una recomendación es trabajar en equipo y romper el trabajo individualizado. Otra, trabajar con los otros sectores; eso también pudiera estar al alcance de nosotros. Una tercera recomendación es trabajar con las comunidades y una cuarta es trabajar con los políticos.

Un comentario sobre esto: puede ser que entre muchos de los técnicos, haya ido creciendo el prejuicio de que los técnicos y los políticos no tenemos nada que ver; puede ser que la sociedad esté perdiendo muchas oportunidades de avanzar en relación con su bienestar por esa ruptura que se da entre el nivel técnico y el político. Entonces extendiendo una invitación a las personas que estamos vinculadas al sector técnico de la salud, para que trabajemos tanto con las comunidades, con los políticos y con los tomadores de decisiones.

Oscar Echeverry:

Yo quisiera agregar a ese punto que veo en las Escuelas de Salud Pública una enorme posibilidad para hacer alguna innovación curricular y es introducir las ciencias políticas como obligatoria en la Salud Pública. Creo que esto hace que esa interrupción de la



comunicación de la que habla el Doctor Rubén Darío, disminuya cuando los salubristas y todo el personal de salud pero, me refiero a los salubristas especialmente, puedan entender el lenguaje de los políticos y de la política en general.

Intervención del público (José Luis Diago):

Yo tuve una vinculación con el Ministerio de Salud de Colombia por 10 años; uno va a todos los foros y le echan la culpa a la Ley 100; yo creo que es buscar la fiebre en las sábanas. El modelo de atención primaria en salud comenzó a colapsar a partir de la descentralización de salud en el año 90, cuando el sistema entró en crisis y los departamentos entraron en conflicto con los municipios.

Hablo también del tema de la responsabilidad en la academia a la cual estamos vinculados en este momento. Me pregunto qué responsabilidad tiene la academia en la formulación de la Ley 100; ¿qué ha hecho la academia como una voz contestataria en la defensa del acceso y de la salud pública?: nada.

Ahora con la Ley 24, que es el proyecto de talento humano, el gobierno nacional quiere meterle la mano a la academia, y ésta se está despertando; entonces ¿quién es el culpable para uno venir aquí a buscar? Nosotros!

José Luís Diago es culpable por haber trabajado en el equipo económico en la formulación de la Ley 100; asumo esa responsabilidad social y, en ese sentido, estamos trabajando, buscando nuevas propuestas de una salud colectiva, una salud incluyente.

La Escuela de Salud Pública tuvo un gran personaje: Héctor Abad Gómez, yo a mis estudiantes les pregunto ¿ustedes saben quién es Héctor Abad?. Tenemos que empezar a recuperar la historia y a recuperar lo que fue Colombia en el tema de salud pública. Dos Escuelas, la de la Universidad del Valle y la de la Universidad de Antioquia generaron política; en este momento tenemos que recorrer ese nuevo camino que creo va a ser exitoso.

Sobre el tema de la academia y los técnicos frente a los temas políticos, yo creo que hay dos posibilidades de por qué los técnicos o los académicos no llevan la política, uno por ignorancia y dos por miedo.

Para terminar les digo, yo lancé una propuesta de construcción de ciudadanía, una oferta a través de la promoción de la salud en Popayán; obviamente que me derrotaron, pero seguimos en ese tema. Los invito a ustedes que dejen ese miedo, esa ignorancia. No busquen culpables sino aprovechen para seguir ganándole al sistema lo que hemos perdido.

Intervención del público (Carlos Osorio):

Yo pienso que no debemos buscar culpables, porque si hay culpables son las políticas que nos imponen lo que está sucediendo en desarrollo en salud, en pobreza y en exclusión. No es fácil que un gobierno en su totalidad maneje los intereses y las necesidades de su gente; tiene imposiciones sumamente definidas, tiene imposiciones



supraorgánicas, supraestructurales definidas y drásticas que no lo dejan actuar fácilmente.

No busquemos los culpables en las escuelas, ni en las comunidades y es que definitivamente nos cambiaron la cultura, en un concepto de direccionamiento estratégico. Teníamos una cultura que por lo menos era embrionaria hacia el bienestar y hacia la promoción y prevención en salud; y drásticamente con los recursos ingentes que se han metido en estos últimos 15 años, diría yo, nos han cambiado la gerencia de la cultura, la manera cómo éramos directores de hospitales, la manera de cómo éramos directores y secretarios de salud, la manera cómo francamente intercambiábamos la academia y los gobernantes.

Fácilmente los profesores eran directores, eran secretarios de salud, eran ministros de salud y había una comunión embrionaria por lo menos hacia eso. Entonces, creo que el problema es político y todo lo que estamos haciendo aquí es político.

¿Qué intensidad de cambio político requerimos para reorientar realmente nuestra productividad, nuestro pueblo, nuestra salud?; acompañando un programa realmente político que reivindique las necesidades de nuestro pueblo, es que podemos salir realmente de esta encrucijada.

Oscar Echeverry:

Cuando hubo la reunión del Alma Ata, el Departamento del Valle, particularmente la ciudad de Cali, era líder mundial en atención primaria de salud; ya llevábamos quince años de haber descubierto la atención primaria.

Intervención del público (Néstor Hugo Millán):

Voy a apoyarme en la Escuela del Realismo para hacer algunas dos, tres, reflexiones: Una, ¿qué es la política?. La política es la ciencia del Estado y todos nosotros hacemos parte del primero y más importante elemento constitutivo del Estado, el pueblo. Desde esa perspectiva, somos políticos por naturaleza y por definición, como Aristóteles alguna vez lo indicaba. Así las cosas, no podemos seguir haciendo la separación entre técnicos y políticos. Yo les invito a que desde hoy, todos nos veamos a nosotros mismos y hacia la comunidad como políticos en el sentido científico del término y desde esa perspectiva adoptemos la política como ese eje direccionador de nuestro quehacer. Por más técnico que creamos nosotros que podamos ser en las instituciones del sector de la salud.

No le echemos más culpas a la Ley 100; esta es un simple instrumento jurídico a través del cual la clase dirigente gubernamental del Estado en 1993, enmarcó una forma de pensamiento determinada, con las consecuencias que ustedes conocen.

Culpar a la Ley 100, es un simple distractor, es casi estarle haciendo el juego a quienes desde esa perspectiva –yo no diría ni siquiera política- , diseñaron el modelo y lo impusieron.



Finalmente, yo propongo que al término, hoy de este Seminario, produzcamos una declaración política dirigida a las autoridades gubernamentales del Estado, de tal forma que la traduzcamos en términos de una propuesta de acuerdo político para la salud, dirigida en términos de acuerdo a los futuros gobernantes del nuevo periodo cuatrienal, que el próximo año serán elegidos.

Yo creo que es por ahí por donde debemos orientar todos estos esfuerzos académicos, científicos, importantes como los que en este escenario se han planteado, pero dentro de ese realismo al que yo hacia alusión inicialmente.

Intervenciones del público (sin identificación):

Quiero agregar, retomando ideas que han expresado anteriormente, que es necesario trabajar hacia la coherencia y la convergencia de las diferentes políticas y objetivos, desde los distintos sectores y aún dentro del mismo sector salud.

Muchas de las cosas que nos han pasado se deben justamente porque algunas políticas van en una dirección y otras van por el camino contrario. Tomando como ejemplo el proceso de descentralización que, teniendo unos objetivos interesantes, hay una legislación que va en contra de la calidad misma del proceso. Cuando no hay un recurso humano que acompañe técnicamente este mismo proceso, cuando hay un patronaje político que destruye las posibilidades de desarrollo técnico a niveles locales, etc.

El llamado es a que las políticas de macro y micro estén en una misma dirección, con el fin de poder aunar los esfuerzos.

Intervenciones del público (sin identificación):

Creo que ha habido momentos históricos diferentes y ha habido paradigmas diferentes. Cuando se lanzó la estrategia de atención primaria el paradigma era que la salud genera desarrollo de alguna manera. Hablando de evidencia y efectividad no sé si sea cierto, hoy en día me haría ese cuestionamiento.

Pero sí estoy de acuerdo con el enfoque que salud genera desarrollo, y “salud para todos” tenía ese gran valor de considerar la salud como un derecho al cual deben acceder todos los colombianos. Desde esa perspectiva tiene un valor agregado muy grande.

Por otro lado, cuando vienen las reformas y reorganizaciones de los sistemas de salud venía el ideologismo según el cual el Estado, sin el apoyo del sector privado, no puede dar respuesta a las necesidades de sus conciudadanos. El enfoque inicial era la salud integral y la comunidad. El segundo enfoque habla del individuo y el aseguramiento con un supuesto teórico que era el acceso. No sé que tan cierto era eso.

Se decía que la meta era que todos tuvieran acceso a la salud. Pero el acceso lo ven como el aseguramiento a nivel individual y no comunitario. Así se genera toda la estructura del modelo actual.

CEDETES

Centro para el Desarrollo y Evaluación de
Políticas y Tecnología en Salud Pública



años
1945-2005

Universidad del Valle

Centro Colaborador de la OMS/OPS en
Evaluación, Entrenamiento y Abogacía en
Promoción de la Salud



Escuela de Salud Pública
Facultad de Salud

Desde ese orden de ideas, es cierto que los recursos son escasos; pero también es cierto que el sistema actual está muy fragmentado y la preocupación es que los diferentes actores tienen intereses opuestos .

Un tema del que no se ha hablado es la desviación de recursos. Hoy en día todo es aseguramiento y esto raya con la promoción de la salud. La Promoción de la salud va más allá del aseguramiento y va al desarrollo de comunidades de una manera integral.

Rubén Darío Gómez:

La Ley 9 de 1979 o Código Sanitario Nacional no ha sido reformada desde esa época. En este momento hay comisiones en cinco ciudades del país estudiando una reforma que se pondrá en consideración del Ministerio de Protección Social.

Esta Ley toca los fundamentos de la salud pública. De modo que quiero hacerles una invitación muy cordial a que se vinculen a estas discusiones porque es muy fácil criticar, pero una cosa es criticar y otra cosa es marginarse de las decisiones.

Oscar Echeverri:

Este tema da para mucho tiempo de discusiones y debates. Fíjense como polarizó el debate la Ley 100 y sus implicaciones en Promoción de la salud y la atención primaria. Esto quiere decir que aquí en Cali tenemos que hacer todavía muchas más discusiones y debates sobre las implicaciones de la Ley 100 y sobre dónde estamos en relación a la promoción de la salud y la atención primaria, y también de la nueva salud pública.

Muchas gracias.