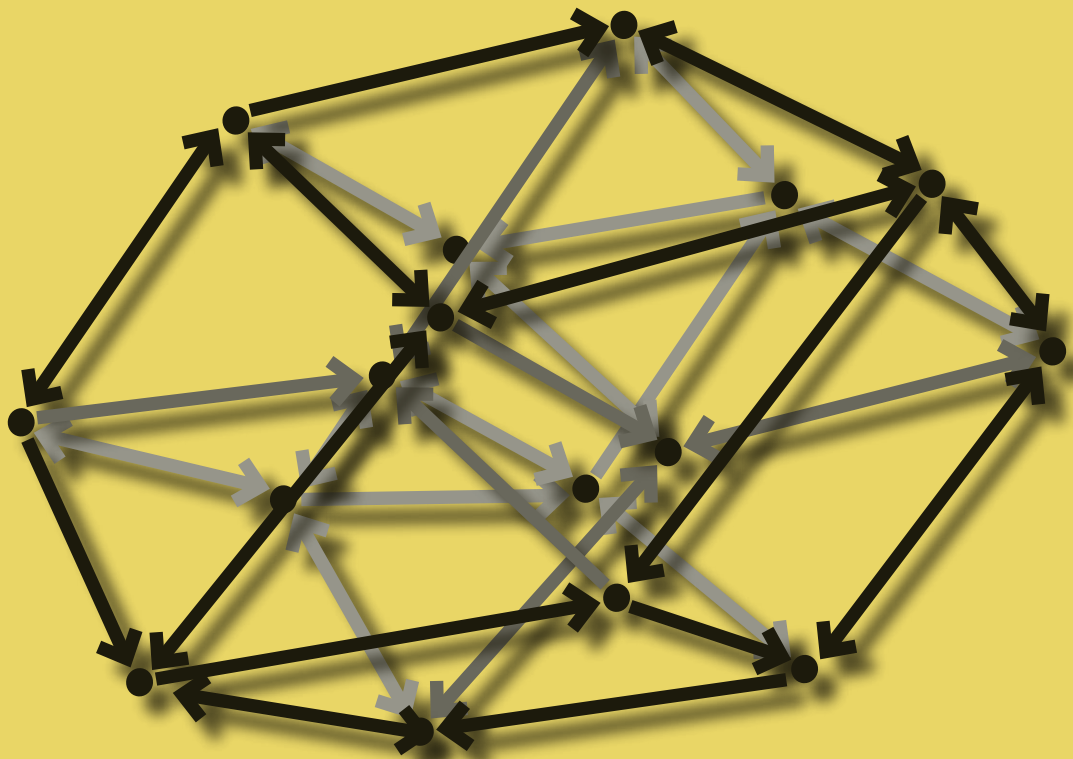


Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis

Grupo de investigación en gestión
y políticas en salud



Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Universidad de Antioquia

Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis

Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis

Grupo de investigación en gestión
y políticas en salud

Gloria Molina Marín
Gustavo Alonso Cabrera Arana
—compiladores—

Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”
Universidad de Antioquia

©Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”,
Universidad de Antioquia
ISBN: 978 958 714 109 - 2

Primera edición: agosto de 2008
Coordinación editorial: Esther Fleisacher C.
Diseño y diagramación: Marcela Mejía Escobar

Impreso y hecho en Colombia / Printed and made in Colombia

Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio o con cualquier propósito, sin autorización escrita de la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, Universidad de Antioquia.

Los contenidos son de responsabilidad de los autores y no comprometen el nombre de la Universidad de Antioquia.

Grupo de investigación en gestión y políticas en salud
Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”
Universidad de Antioquia
Coordinadora: Gloria Molina Marín
Tel: (574) 219 68 30
Fax: (574) 219 68 31
e-mail: molinag@guajiros.udea.edu.co

Contenido

Presentación.....	ix
Parte I	
Introducción.....	3
<i>Capítulo 1.</i> Marco para el análisis de políticas públicas en salud	7
Parte II	
<i>Capítulo 2.</i> Derecho a la atención en salud.....	21
<i>Capítulo 3.</i> Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud: políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen a su logro, 2006.....	28
<i>Capítulo 4.</i> Política pública de primera infancia.....	34
<i>Capítulo 5.</i> Políticas de lactancia, 1990-2006. Evidencias del fracaso	42
<i>Capítulo 6.</i> Ideales sin sustrato: políticas públicas para la accesibilidad a los servicios de salud en la niñez en situación de calle.....	49
<i>Capítulo 7.</i> Revisión de la política pública de desplazados.....	58
<i>Capítulo 8.</i> Políticas públicas en Insuficiencia Renal Crónica Terminal	65
Parte III	
<i>Capítulo 9.</i> El rol de los actores decisores, corporativos y académicos en la formulación de políticas públicas de salud en Colombia	75
Autores	89

Presentación

Las reformas del sector salud dadas en las últimas dos décadas, en el ámbito nacional e internacional, han generado cambios sustanciales en las políticas y los sistemas de salud. Tanto sus bases conceptuales como las estrategias de formulación, implementación y evaluación de los resultados e impacto son complejas y su estudio requiere perspectivas teóricas y metodológicas amplias, que permitan visualizar todos los aspectos que se involucran en las políticas públicas.

A partir de las propuestas teóricas de varios autores sobre análisis de políticas públicas, las cuales se amplían en el capítulo 1, se propone construir modelos de análisis que permitan estudiar las políticas públicas en salud en particular. Esta iniciativa surge de la necesidad de desarrollar una línea de investigación que pueda generar conocimiento acerca de la dinámica de las políticas de salud en Colombia, aspecto que ha estado ausente en las agendas de investigación del país. En este sentido, el Grupo de investigación en gestión y políticas en salud, de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, ha desarrollado un proyecto de investigación durante el período 2005-2007, denominado “Modelos de análisis de políticas públicas en salud”, con el cual se pretende contribuir a la construcción y consolidación de una línea de investigación que genere aportes teóricos y metodológicos, así como resultados de análisis de políticas de salud en Colombia. Este proyecto se ha desarrollado con la participación de docentes del Grupo de investigación en gestión y políticas en salud y estudiantes de la Maestría en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y un docente de la Universidad Nacional de Colombia. El proyecto fue financiado con recursos asignados por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia, como parte de su política institucional para la sostenibilidad de los grupos de investigación.

El libro está estructurado en tres partes. La primera, marco teórico-metodológico para el análisis de las políticas de salud, incluye la introducción al tema y el primer capítulo que discute los elementos conceptuales centrales de las políticas públicas y propone los elementos necesarios para su análisis.

La segunda parte, se centra en el análisis de políticas de salud en áreas temáticas de interés en salud pública. Comprende los capítulos del 2 al 8, los cuales presentan un ejercicio de análisis de las políticas públicas en salud a partir de fuentes secundarias. En estos análisis se hace aplicación de algunos aspectos del marco metodológico propuesto en el capítulo 1.

En el capítulo 9, que conforma la tercera parte del libro, se presenta un análisis de actores involucrados en la formulación y desarrollo de las políticas de salud en Colombia, a partir de información de fuentes primarias, recolectadas por el profesor Álvaro Franco Giraldo, mediante entrevistas en profundidad hechas a expertos del ámbito académico, involucrados en la investigación de políticas de salud, y del nivel estratégico de instituciones de salud, vinculados con la toma de decisiones.

Finalmente, este libro está dirigido a aquellas personas involucradas o interesadas en la gestión y análisis de políticas públicas, particularmente en las políticas de salud. Es un aporte que contribuye a mejorar el acercamiento y el conocimiento del tema a investigadores, tomadores de decisiones y a quienes ponen en marcha políticas de salud en campos y ámbitos específicos.

Parte I

Introducción

André-Noël Roth Deubel

Gloria Molina Marín

En español se pueden diferenciar tres significados diferentes de la palabra política. Primero, la política entendida como el ámbito de gobierno y de la sociedad humana (*polity*, en inglés); en la segunda acepción, la política se entiende como la actividad de organización y lucha por el control del poder (*politics*, en inglés); y, en la tercera, la política como propósito y acción de un gobierno expresada en políticas y programas (*policy*, en inglés).¹

Tanto la política como las políticas públicas tienen que ver con el poder social. Pero, mientras la política es un concepto amplio, relativo al poder en general, las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos o situaciones socialmente problemáticas.² En este contexto, las políticas públicas se soportan en determinadas posturas políticas y, estas últimas, son factores de viabilidad y factibilidad de la política pública en cuestión.

Se considera que las políticas públicas no son un fin en sí mismas; son, más bien, un medio para dar respuesta a una problemática social específica.³ De ahí se desprende que en el núcleo del concepto de las políticas públicas se encuentra anclado el asunto que se quiere resolver, al que se le quiere dar respuesta, o sea, la presencia de un problema público. Es perentorio, entonces, iniciar el acercamiento a las políticas públicas desde la conceptualización de lo público y de un problema público.

El concepto de lo público ha sido ligado antagónicamente al de lo privado, considerándose lo

primero como lo que no corresponde a lo segundo, o inversamente. Ya desde el siglo XIX, John Stuart Mill, definía lo privado como lo que no perjudica a otros.¹ Acogiéndose al antagonismo entre lo público y lo privado, podríamos definir lo público como lo que afecta a los demás, lo que es de interés común o colectivo, diferenciándose de lo privado, donde el interés individual es lo que prima. Así, se podría definir un problema público como una situación que afecta negativamente el bienestar de la población. Dentro de la concepción de los problemas públicos se contempla la imposibilidad del individuo o los conglomerados para resolver este por sus propios medios, siendo necesaria la intervención del Estado para su resolución.⁴

Para que cualquier situación problemática asuma la categoría de problema público requiere, como primer paso, ser socialmente reconocida, haber sido sometida a un proceso de problematización colectiva.⁵ En otras palabras, el problema público es una construcción y reconocimiento social, marcado por el contexto donde se presenta, ya que se ve afectado por intereses sociales, económicos, políticos, ideológicos, tecnológicos, administrativos, sociales, ambientales, entre otros.¹ En este sentido, se observa que los problemas públicos varían entre países, e incluso, de un gobierno a otro. En este aspecto los medios de comunicación juegan un papel importante en el reconocimiento, o no, de las problemáticas sociales.⁶

El reconocimiento del problema también está determinado por su magnitud (cantidad de población afectada), severidad, letalidad y grado de impacto que genera.

Ante la presencia de un problema público, cuya resolución es el objetivo de las políticas públicas, se desencadena un abanico de posibilidades de acción para hacerle frente.² Una política implica una postura, la cual, una vez articulada, contribuye a constituir o entender un contexto en el cual se toma una sucesión de decisiones, las cuales a su vez reflejan y asignan valores.^{7,8} Al encontrarse con una multiplicidad de asuntos de interés colectivo, y con diversas miradas a cada uno, se requiere, adicionalmente a la postura, una serie de decisiones relacionadas con la selección de metas y medios en una situación o contexto específico.⁹ Estas decisiones configuran las intenciones u objetivos que conforman la agenda pública e implican, adicionalmente, las no-decisiones. Es importante resaltar que las políticas no resultan de una sola decisión, sino que entrañan una red de decisiones.¹⁰ Estas decisiones pueden ser explícitas o implícitas, encarnadas en normas¹¹ o en un conjunto de éstas.¹² Una decisión implica considerar los medios y recursos para darle solidez, viabilidad y factibilidad a la política.

Autores como Vargas,¹³ Anderson,¹⁴ Jenkins,⁹ Wildasky¹⁵ y Hill⁷ coinciden en que, más allá de las intenciones, una política pública es una secuencia de decisiones y acciones puestas en marcha con la intención de solucionar un problema en un contexto específico. Aunque, idealmente, las políticas públicas deberían ser acciones para mejorar la condición humana y el ambiente,¹⁶ transformando el entorno y mejorando la distribución de los recursos y la riqueza, no siempre encarnan este propósito, siendo mas bien acciones simbólicas (hacer creer que se actúa o que se va a actuar), inflexiones (no aptas para el contexto), programas rutinarios (repetición de acciones sin evaluación ni debate) o la no-acción, que un gobierno asume para mantener el status quo.^{17,18}

Recogiendo lo anterior, Vargas define las políticas públicas como el conjunto de iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a

situaciones socialmente problemáticas, que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables.¹³ Estas son clasificadas en cuatro grupos, de acuerdo a la forma en que se ejerce la coerción, a saber: a. distributivas, que conceden un permiso o una autorización; b. redistributivas, dan ciertas ventajas y beneficios a grupos; c. constitutivas, definen medidas sobre las leyes y el poder; y d. reglamentarias, restringen las libertades individuales en beneficio del interés común.¹¹

Frente a la responsabilidad de la formulación y ejecución de las políticas públicas, muchos autores coinciden en que el Estado, como garante del poder político o representante del bien común y del servicio a la sociedad, es el encargado de dar respuesta a los problemas públicos a través de las políticas.^{1,17} Estas políticas implican sucesivas tomas de posición del Estado frente a cuestiones socialmente problematizadas.⁵ Por tanto, el Estado se legitima a través de las políticas públicas y es, a su vez, el instrumento de éstas para su desarrollo.² Esta interrelación lleva a Dye a enfatizar “la política pública como una acción de gobierno, es lo que un gobierno escoge hacer o no hacer”.¹⁹ Sin embargo, a pesar del papel protagónico del Estado, se deben articular otros actores para mejorar la efectividad de las políticas públicas,¹⁶ convirtiéndose estas en una red de decisiones tomadas por numerosos actores: individuos, instituciones, partidos políticos y grupos comunitarios.¹⁰ Vista de esta manera, la política pública se constituye en un proceso de construcción y mediación social entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad.²⁰

En el análisis de las políticas públicas se toman en cuenta cinco grupos de actores relacionados con ellas, a los que se denomina agentes críticos, los cuales son:²¹

- Patrocinadores, formuladores de políticas y responsables políticos.
- Directores de programas, gestores y profesionales.
- Destinatarios directos e indirectos.
- Otros que actúan como referentes: profesionales y responsables de políticas similares, científicos sociales y expertos.

— Las instituciones internacionales y transnacionales que intervienen en el diseño y aplicación de políticas públicas nacionales.

La presencia de una variada gama de actores en el desarrollo de una política pública introduce el necesario reconocimiento de que se trata de un proceso de interacción, debate y fabricación colectiva, una construcción sociopolítica.²⁰ Las políticas públicas implican un acto de poder de quienes lo detentan, materializando sus intereses sobre los del colectivo; sin embargo, la situación ideal es que esta construcción parta desde la base, que sea la comunidad misma la que priorice sus problemas de forma democrática y participe en la elaboración e implementación de soluciones.² En esta vía, las actividades, iniciativas y conocimiento científico de actores no gubernamentales pueden influir, dar soporte técnico-científico y social, aunque esto no constituye, en sí mismo, una política pública. Por ejemplo, las soluciones propuestas por el sector salud para reducir la incidencia del cáncer no se pueden llamar política pública, pero sí son la base para que el gobierno ponga en marcha una política pública de prevención del cáncer.¹⁰

Otro aspecto, que se debe resaltar, es que los objetivos de la política pública dependen del entorno donde es formulada.⁹ El carácter fundamental del entorno es expresado por Parsons quien afirma que las políticas públicas no son más que la consecuencia del momento histórico y del entorno cultural, sociopolítico y económico.⁴

Toda política incorpora una teoría de causa y efecto, es decir, una teoría del cambio social que guía su contenido junto con las estrategias para su implementación.²² Sin embargo, se requiere considerar que los problemas sociales son multicausales y una relación simple de causa-efecto podría dejar de lado factores importantes a tener en cuenta, como la red de actores, acciones e interacciones que involucra, y la multiplicidad de factores que la influyen. A su

vez, implican un proceso dinámico que requiere constantes ajustes, de acuerdo con los cambios del contexto y del problema que se aborda, que por su complejidad es difícil de aprehender, analizar y comprender. Adicionalmente, la política pública conlleva el proceso mediante el cual el gobierno y la sociedad establecen actividades y asignan recursos.²³

Tomando en cuenta los conceptos de diferentes autores y discusiones antes mencionadas, se asume que

las políticas públicas son procesos de construcción colectiva de iniciativas, decisiones y acciones, respaldadas y legitimadas por el estado, para dar respuesta a problemas socialmente reconocidos, en un contexto económico, político, social y cultural particular.¹

El estudio científico-social de la política pública tiene ya una larga historia, se ha buscado aplicar el conocimiento de las ciencias sociales a los problemas de gobierno, e influir, de muchas maneras, en las actividades y decisiones de este. En la actualidad podemos considerar que existen dos tendencias principales. Por un lado, se asume que el análisis de la política pública debe estar basado en los conceptos y la metodología derivados de la economía neoclásica y de las técnicas administrativas, haciendo hincapié en una concepción neopositivista y en la racionalidad instrumental. Por otro lado, ante una creciente desilusión de los intentos de desarrollar un enfoque científico tradicional y racional del análisis de la política pública, debido a su complejidad por la variedad de factores, en particular los cognitivos, se desarrolló una corriente más cercana a la perspectiva epistemológica constructivista. Varios autores intentan integrar estas perspectivas diferentes. Por ejemplo, un autor como Paul Sabatier²⁴ propone el modelo *Advocacy Coalitions Framework* para explicar los cambios en las políticas públicas. Muller²⁰ propo-

¹ Esta definición es producto de una serie de reuniones del Grupo de investigación en gestión y políticas en salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, con la presencia de profesores de la Facultad, estudiantes de la Maestría en Salud Pública y el apoyo de docentes especializados de otras universidades.

ne el uso del concepto “referencial” para marcar la importancia de los factores cognitivos en los procesos de ajustes de las políticas públicas. De manera muy pertinente, Bruno Palier y Yves Surel,²⁵ aunque no son los únicos, proponen que se analicen las políticas públicas a partir de tres perspectivas diferentes: los intereses, las instituciones y las ideas (modelo de las tres “I”), para estimar el peso de cada una de estas variables de manera *expost* y no a priori.

El próximo capítulo amplía los conceptos expuestos en esta Introducción y presenta un marco para el análisis de políticas públicas en salud, con base en los elementos teóricos propuestos por diferentes autores.

Referencias bibliográficas

1. Roth Deubel A. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ed. Aurora; 2002: 25.
2. Lahera PE. Política y políticas públicas. Naciones Unidas CEPAL. División de Desarrollo Social. Serie políticas sociales 2004; 95: 7.
3. Roth Deubel A. Discurso sin compromiso. La política pública de derechos humanos en Colombia. Bogotá: Ed. Aurora; 2006.
4. Parson W. Public Policy. Eduard Elgar, Aldershot-UK; 1995.
5. Oszlak O. Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. Buenos Aires: Documento de Estudio CEDES 1980; 3 (2): 2-3.
6. Subirats J. El análisis de las políticas públicas. Gaceta Sanitaria 2001; 15 (3): 259-264.
7. Hill M. The Policy Process in the Modern State. New York: Prentice Hall; 1997.
8. Brooks S. Public Policy in Canada: An Introduction. Toronto: McClelland and Stewart, 1989.
9. Jenkins WI. Policy Analysis: A political and Organisational Perspective. Government and Administration Series. London: Martin Robertson; 1978.
10. Howlett M, Ramesh M. Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems. Ontario: Oxford University Press; 1995.
11. Thoenig JC. El análisis de políticas públicas. Universitas 1997; 93: 61-109.
12. Torres L, Pina V. Construcción de indicadores para la evaluación de políticas públicas. En: Bañón Martínez RI. La evaluación de la acción de las políticas públicas. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003: 61-75.
13. Vargas A. Notas sobre el Estado y las políticas públicas. Bogotá: Almudena Editores; 2000.
14. Anderson JE. Public Policy Making: an Introduction. Boston. Mifflin Company. En: Howlett M, Ramesh M. Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems. Ontario: Oxford University Press; 1995.
15. Pressman J, Wildavsky A. Implementation: How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland. London: Berkeley-University of California Press; 1973.
16. Muñoz MA. Políticas públicas y modelos de gestión de organizaciones. En: Bañón Martínez, RI. La evaluación de la acción de las políticas públicas. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003: 89-100.
17. Bañón Martínez RI. Evaluación de la acción pública como responsabilidad democrática. En: Bañón Martínez RI. La evaluación de la acción de las políticas públicas. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003: xv-xxvi.
18. Milio N. Glossary: Healthy Public Policy. Journal of Epidemiology and Community Health 2001; 55: 622-623.
19. Dye TR. Understanding Public Policy. New Jersey: Prentice-Hall; 1972.
20. Muller P. Las Políticas Públicas. 2ª ed. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2006.
21. Bustelo Ruesta M. ¿Qué tiene de específico la metodología de evaluación? En: Bañón Martínez RI. La evaluación de la acción de las políticas públicas. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003: 13-33.
22. Hogwood B, Gunn L. Why ‘Perfect Implementation’ is Unattainable. In Hill, M. The Policy Process. London: Michael Hill Publisher; 1997: 217-225.
23. Janovsky K. Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research. Geneva: World Health Organisation; 1996.
24. Sabatier, P. Theories of the Policy Process. Boulder: Westview Press; 1999.
25. Palier B, Surel Y. Les “trois I” et l’analyse de l’Etat en action. Revue Française de Science Politique 2005; 1: 7-32.

Capítulo 1

Marco para el análisis de políticas públicas en salud

*Gloria Molina Marín
André-Noël Roth Deubel
Iván Felipe Muñoz Echeverry
Javier de Jesús Araque Acevedo*

La investigación en políticas públicas en salud es complicada no sólo por lo que implica la investigación en sí misma sino también por la complejidad de las políticas públicas, dados los múltiples factores que las influyen, sus componentes y actores que involucra.

Se propone este texto como herramienta de discusión, que permita a los interesados en el análisis de políticas públicas en salud disponer de un marco conceptual y metodológico, para el desarrollo de proyectos de investigación en este campo.

La construcción de esta herramienta es producto de una revisión bibliográfica, la cual recoge conceptos generales sobre política pública en sus diferentes etapas: formulación, implementación y evaluación. Finalmente, se presenta una propuesta metodológica como marco de referencia para el análisis de las políticas públicas en salud, que combina tres modelos de análisis: las fases de las políticas, el modelo de estructura-proceso-resultados y los actores involucrados.

Aspectos para el análisis de las políticas públicas

La lógica del trabajo científico busca la elaboración de teorías y marcos de análisis para explicar

la realidad o, por lo menos, parte de ella, a través de la selección de los factores o variables considerados determinantes. Las políticas públicas, como cualquier otro objeto de conocimiento, han estado sometidas a múltiples intentos teóricos para su abordaje. Es común que en las ciencias sociales existan diversas teorías para explicar el nacimiento, el cambio o el desarrollo de las políticas públicas. El trabajo científico consiste, en gran parte, en proponer teorías para explicar fenómenos e intentar mediante demostraciones, evidencias y pruebas empíricas, comprobarlas o refutarlas. Esta concepción empiricista de la ciencia corresponde a la corriente principal de investigación en políticas públicas. Sin embargo, en los últimos años, una corriente crítica a esta perspectiva tradicional de la actividad científica, conocida bajo el nombre de posempiricismo, ha emergido también en el campo del análisis de las políticas públicas. Esta nueva perspectiva refuta la utilidad de pruebas empíricas, propone para las políticas públicas el modelo de construcciones discursivas —hechas de argumentos y de elementos retóricos—, que se constituyen en narraciones o relatos, lo que permite para su análisis el uso de teorías literarias. Esta perspectiva subraya el papel de las ideas o de

los factores cognitivos, y minimiza el papel de los intereses o de la racionalidad instrumental en el análisis de las políticas públicas.

De esta manera, la reflexión de la filosofía de las ciencias, la epistemología, el debate entre empiricismo y posempiricismo, se invitaron al campo del análisis de las políticas públicas. Se ha mostrado que las teorías científicas no son neutrales y que se encuentran “enmarcadas” o “adosadas” a una cierta visión del mundo, es decir, a un paradigma.

La investigación en ciencias sociales se desarrolla con un respaldo en los siguientes cuatro paradigmas que se diferencian por su ontología (define la naturaleza de la realidad), su epistemología (define la relación que existe entre saber e investigador) y su metodología (precisa la manera cómo se descubre el conocimiento):¹ el positivismo (y neopositivismo), el pospositivismo, la teoría crítica y el constructivismo. Por lo tanto, dependiendo de la visión del mundo del investigador, este abogará por teorías diferentes, que frecuentemente no son comparables.

La teoría es como un mapa con el cual se pretende simplificar la realidad para hacerla entendible: es una reducción de la complejidad del mundo. Es, como diría Jean Baudrillard,² una trampa alistada para intentar capturar (ingenuamente) la realidad. Sin embargo, ninguna teoría, por sí sola, es capaz de dar cuenta de esta complejidad. En un mapa conceptual sólo aparecen los puntos que tienen sentido en relación al paradigma y a la teoría escogidos. Pero en un mundo plural va a existir, por lo tanto, una diversidad de teorías explicativas para los mismos fenómenos. En efecto, dada la complejidad del objeto de estudio, *política pública*, estamos abocados a considerar que ni una teoría ni un enfoque metodológico están, por sí solos, en condiciones de dar un abordaje satisfactorio. Por lo tanto, y como se menciona antes, el campo del análisis de políticas públicas ha desarrollado diferentes marcos de análisis que intentan, en diferente grado, combinar varias perspectivas paradigmáticas y teóricas.

Para el análisis de políticas públicas se requiere asumir una perspectiva teórica y metodológica amplia que permita el estudio de sus múltiples aspectos e interrelaciones. Este análisis debe incluir todo lo que está en juego a nivel social y político a la hora de desarrollarlas, lo que requiere relacionar *polity*, *politics* con *policy*; debe involucrar su complejidad, entendiéndolas como una creación artificiosa del hombre. Por lo tanto, el primer paso consiste en la definición del objeto de estudio, de manera subjetiva, por parte del investigador.³ También es necesario señalar que existen diferencias entre realizar un análisis *de* la política o *para* la política.

Globalmente, el análisis de las políticas públicas se puede enfocar en cuatro dimensiones:⁴

— El estudio del contenido *de* la política, el cual describe y explica el origen y desarrollo de políticas particulares, implica indagar cómo emerge, se desarrolla y qué resultados genera.

— El estudio del proceso de la política, se centra en las diferentes etapas por las cuales pasa la política y se intenta evaluar la influencia de los diferentes factores en su desarrollo. Generalmente tiene que ver con políticas de una sola área, una organización o una comunidad.

— Los estudios de evaluación *de* o *para* las políticas, que pueden ser de tipo descriptivo o prospectivo, buscan explicar los resultados e impacto generados con la puesta en marcha *de* una política y las razones de ello, lo que Dye⁵ denomina determinantes de las políticas. Pueden enfocarse en dos aspectos centrales. Por un lado, el análisis de la política en sí misma en cuanto a sus contenidos, procesos y efectos. Por el otro lado, centrarse en generar información sobre un problema *para* sustentar una política.

— El estudio del soporte de la política, el cual puede analizarse en dos dimensiones. Una en la que el analista busca mejorar la naturaleza del sistema de información de la política y la maquinaria gubernamental que la soporta, lo cual implica la reubicación de funciones y tareas, y el

mejoramiento de procesos clave como planeación, organización y evaluación. En la otra dimensión, el analista presiona opciones específicas e influye en el proceso de la política. Esto lo hace de manera individual y colectiva, por medio de grupos de presión.

El análisis del proceso involucra el conjunto de métodos, estrategias y técnicas por medio de las cuales la política es formulada, implementada y evaluada. Esto implica tomar en cuenta el sistema político, sus cambios y medio ambiente, el cual posee una estructura donde muchos de sus componentes están interrelacionados.⁶ Por ello, no se puede pretender estudiar el proceso de la política pública mediante un modelo lineal y a partir de causalidades simples. Se requiere involucrar las interacciones dentro y a través del sistema político y la perspectiva de los actores políticos.

Etapas del proceso de la política pública

Algunos autores proponen diferentes etapas del proceso de las políticas. Para autores como Parsons⁷ el proceso de las políticas tiene tres grandes etapas: formulación, implementación y evaluación. Howlett y Ramesh⁸ dividen este proceso en cuatro fases: formulación, toma de decisiones, implementación y evaluación; Jones,⁹ por su parte, presenta el proceso de las políticas públicas como un ciclo de cinco fases interrelacionadas: identificación del problema, formulación de soluciones, toma de decisiones, implementación y evaluación; Gonzalez-Rossetti¹⁰ considera seis etapas: definición del problema, formulación,

legislación, implementación, cambio institucional y consolidación. Schouwstra y Ellman¹¹ presentan un modelo del proceso basado en la metodología del marco lógico, donde diferencian también seis momentos interrelacionados en las políticas públicas que ocurren con cierta simultaneidad: propósito, objetivos, estrategias, actividades, indicadores de desempeño y evaluación.

Tomando la taxonomía propuesta por Howlett y Ramesh,⁸ la formulación de una política se da cuando un problema que afecta la comunidad llega a ser percibido por la sociedad como una situación socialmente problemática y, para la cual, el Estado debe generar la solución. La toma de decisiones supone la selección entre varias opciones, lo cual conlleva procesos de negociación y consenso entre instituciones y actores. Tanto la formulación como la toma de decisiones deben estar basadas en la racionalidad técnica, sin embargo, en la realidad puede no haber relación entre la racionalidad técnica y la racionalidad política y predominar esta última. Con frecuencia en los sistemas políticos dominados por una élite la racionalidad política y el clientelismo son dominantes, y las políticas públicas se formulan obedeciendo a los intereses de los grupos en el poder. La implementación implica una red compleja de acciones y actores interrelacionados para poner en marcha una política. Este proceso puede generar conflictos entre actores que se benefician y aquellos que son afectados y cada uno busca ejercer poder sobre el Estado y las instituciones con el fin de influir las decisiones y asegurar la obtención de resultados a su favor. La evaluación¹ permite el análisis de los resultados e

I Hay tres tipos de evaluación: 1. enfocada en el desempeño administrativo, gerencial y del sistema de presupuesto; 2. evaluación legal y administrativa; 3. evaluación política y de consulta con los subsistemas de políticas con el público. La evaluación administrativa puede darse de varias formas: a. medición de la cantidad de recursos asignados y esfuerzo del gobierno para lograr las metas; b. evaluación del desempeño en cuanto a los resultados que la política está produciendo; c. evaluación de efectividad que compara las metas establecidas y determina si se están logrando y si deben ajustarse a la luz de los logros del programa; d. evaluación de eficiencia, evalúa los costos de un programa y juzga si con la misma cantidad de insumos se lograría más y a más bajo costo; e. evaluación del proceso, examina los métodos organizacionales, incluyendo normas y procesos operativos utilizados para desarrollar el programa. El objetivo es ver si los procesos pueden hacerse más eficientemente.⁷

impacto de las políticas, lo cual es también una actividad política. Howlett y Ramesh⁸ señalan que es inocente creer que la evaluación está siempre orientada a revelar los efectos de la política en un sentido puro, más bien hay que admitir que la evaluación también es utilizada en un sentido político para favorecer o criticar el gobierno o el grupo político en el poder.

La evaluación de políticas públicas incluye los resultados, los medios dispuestos para el objetivo logrado y la solución del problema público, la efectividad en el logro del valor final propuesto, la eficiencia para alcanzar ese logro, la equidad en la distribución de los beneficios y los costos, y la satisfacción de los beneficiarios. Esta permite la elaboración de reflexiones sobre lo deseable o lo posible de las políticas públicas, permitiendo valorar lo que se encuentra detrás de sus objetivos, es decir, la solución de problemáticas sociales relevantes para una comunidad determinada. Además, permite establecer prioridades en la atención de los problemas y facilita la formulación de acciones para resolverlos.

Con el propósito de plantear un modelo de análisis de las políticas públicas en salud, y con base en los diferentes autores antes mencionados, se presentan a continuación las tres grandes fases con sus principales características, las cuales deben ser tenidas en cuenta para cualquier análisis de políticas.

Formulación

La formulación de una política está encaminada a la solución de problemas que afectan la comunidad, lo cual implica la toma de decisiones en las que un conjunto de actores están involucrados. Los actores políticos, administrativos, sociales, económicos y científicos van a influir sobre el proceso de decisión a partir de sus intereses y recursos, tanto materiales como ideológicos. La intervención de los múltiples actores puede llevar a decisiones no suficientemente racionales y coherentes dada la confrontación de intereses.

Entendido así, la decisión es el fruto de un largo y complejo proceso que poco tiene que ver con el esquema clásico de la decisión concebida como un acto lineal, basado en los postulados de libertad y racionalidad de quien decide. En el proceso de decisión se dan dos etapas: la formulación de soluciones y la legitimación de la solución. Cuando se reconoce la existencia de un problema que debe ser resuelto políticamente las propuestas de solución van a entrar a competir entre ellas, incluyendo la propuesta del statu quo, es decir, la decisión de mantener las cosas como están. En medio de las luchas entre actores políticos por defender sus intereses materiales e ideológicos, surgen soluciones y se perfila una que predomina sobre las demás. Esta etapa debe estar nutrida por el análisis del problema tomando argumentos en pro y en contra, así como de la indagación de las consecuencias posibles de cada solución (estudios de factibilidad y viabilidad). Los diferentes actores involucrados y afectados positiva o negativamente, entran en competencia y movilizan todos sus recursos políticos, sociales, económicos e institucionales e incluso los medios de comunicación. Así mismo, hacen presión política buscando aliados y soporte en las diferentes esferas del gobierno y grupos de poder, con el fin de lograr sus objetivos. Como producto de esta lucha de actores, finalmente una autoridad gubernamental del ámbito nacional, regional o local toma la decisión y la legitima por medio de un acto administrativo, un ritual o una firma, que le da a la decisión una fuerza particular. Esta decisión se convierte en una norma oficial, revestida de autoridad y fuerza reales y simbólicas de Estado. Con ello, las autoridades legítimas, las administraciones, los diferentes actores involucrados y la comunidad podrán valerse de esta decisión expresada en política pública, para exigir a las entidades encargadas hacerla efectiva.¹²

En el proceso de toma de decisiones también se puede dar el caso de la no-decisión, aplazamiento, estancamiento o entierro de proyectos, lo cual tendría un significado político igual o hasta más importante que el de tomar una decisión.^{6,13} En este sentido,

decidir no decidir, es también una decisión. La no-decisión es un medio por el cual las demandas de cambio, a la forma como los recursos y los privilegios son asignados en una comunidad, son bloqueadas antes de que sean escuchadas y ganen acceso en la agenda pública y en la toma de decisiones.¹⁴

El proceso de formulación de una política pública también involucra la planificación, la definición de objetivos y metas que se pretenden lograr, así como los mecanismos para medir los logros y la puesta en marcha de la decisión tomada.

Implementación

Hasta comienzos de la década de los años 70, la implementación de una política era tomada como no problemática. Se asumía que una vez formulada la política se llevaba a cabo casi naturalmente, se consideraba esta fase como un mero problema técnico-administrativo. Pressman y Wildavsky¹⁵ proponen un nuevo enfoque basado en el estudio de un proceso de implementación en Oakland (EEUU), en el cual estos autores definen la implementación como la habilidad para forjar nexos sucesivos en una cadena causal de acciones para obtener los resultados deseados. Para Goggin, Bowman y Lester¹⁶ la implementación es la puesta en marcha de programas para llevar a cabo políticas públicas, es a través de estos que se logra concretar y generar las transformaciones deseadas. El análisis de la implementación requiere entender que una secuencia simple de eventos depende de una cadena compleja de interacciones, donde cualquier aspecto interno o externo al ámbito de la política que está siendo desarrollada puede afectarla.

Con la implementación de la política se pueden generar verdaderas transformaciones en el campo social, político y económico en una sociedad o comunidad específica. Esto supone que el poder es utilizado dentro de procesos políticos y técnicos, junto con la promulgación y fortalecimiento de valores específicos y distribución de recursos.¹⁷ Como proceso complejo, la implementación implica poner en marcha múltiples acciones políticas

y administrativas que se soporten mutuamente;^{17,18,19,20} a mayor número de acciones y actores involucrados más compleja es la implementación. También Grindle y Thomas²¹ la asumen como un proceso interactivo de toma de decisiones de una élite política y de administradores, como respuesta a iniciativas de reforma; para lo cual son indispensables recursos políticos, administrativos y financieros. Hogwood y Gunn⁴ señalan varias condiciones necesarias para implementar una política y lograr su sostenibilidad:

- Conocimiento de los objetivos.
- Ausencia de restricciones provenientes del entorno.
- Disponibilidad de tiempo y recursos políticos, administrativos y financieros.
- Una buena teoría de causa efecto que soporte la política.
- Comprensión y consenso en los objetivos, así como dependencia mínima entre las instituciones involucradas en la implementación de la política.
- Definición clara de tareas en la secuencia correcta.
- Comunicación clara y coordinación de acciones.
- Acuerdo entre los subordinados y aquellos en posición de autoridad.

Para Grindle y Thomas²¹ los recursos políticos se relacionan con tres asuntos: a. la legitimidad del gobierno; b. la autonomía del gobierno. Si el gobierno depende de uno o dos grupos élites extremadamente poderosos, el asunto de cómo la nueva política los afecta, toma mucha relevancia; y c. el soporte a la política pública por el grupo élite y el consenso entre los diferentes actores tales como la comunidad, el sector privado, líderes religiosos y militares, entre otros. La movilización de dichos recursos es parte del desafío de quienes formulan y gestionan las políticas públicas. Además, es importante evaluar el potencial real de los seguidores y de los opositores con su capacidad para movilizar recursos; así mismo, quienes formulan la política deben estar involucrados en ponerla en marcha

para asegurar mayor éxito. Cuando la implementación se deja en manos de quienes no participaron en la formulación, los resultados son más bajos y pueden ser muy diferentes a los esperados.^{15,21} La implementación de las políticas públicas enfrenta diversos tipos de problemas, tales como:

- Limitaciones tecnológicas.
- Diversidad y cantidad de problemas a resolver simultáneamente.
- Tamaño inapropiado de la población objeto de la política pública.
- Falta de recurso humano apropiado.
- Falta de soporte político, económico y social.
- Conflictos interinstitucionales.

Cuando hay varias instituciones involucradas en la implementación de una política pública y no se ha logrado el consenso en los objetivos y metas, cada una intenta lograr sus propios intereses, lo cual obstaculiza el proceso y condiciona los resultados e impacto de la política.²¹ Varios autores han analizado los diferentes modelos de implementación de una política lo cual se resume en tres enfoques cuyas principales características se presentan a continuación:

- Modelo jerárquico: de arriba hacia abajo (*Top-down*)²²
 - Las políticas se formulan en el gobierno central, son implementadas por entes gubernamentales a nivel periférico.
 - Se niega el rol que juegan los diferentes actores en el proceso.
 - Se asume que el proceso de la política pública es lineal.
- Modelo participativo: de abajo hacia arriba (*Bottom-up*)^{19,20}
 - Enfatiza la importancia de los actores en la implementación, especialmente, aquellos de nivel local.
 - Quienes están involucrados en la implementación pueden redefinir la metodología y los objetivos de acuerdo con la situación local.
 - Se concibe la implementación como un proceso interactivo y no lineal.

- Este enfoque supone permanentes acciones de negociación y consenso para solucionar los conflictos.

— Modelo evolucionista /incrementalista:

- Combina el modelo jerárquico y el participativo superando las limitaciones de ambos enfoques y aprovecha las ventajas de cada uno.
- La implementación se entiende mejor como una acción política continua, que involucra la negociación que toma lugar en el tiempo, entre quienes buscan poner la política en marcha y aquellos de quienes depende. Se reconoce que la formulación y la implementación no están separados. Según Parsons,⁷ el poder está en el centro de la dinámica de la relación. La implementación es entonces un proceso de negociación interactivo entre los responsables de poner en marcha la política pública y aquellos que controlan los recursos.
- La implementación está afectada por el mundo externo y las restricciones del contexto institucional.²³

En la práctica, el proceso de las políticas públicas no es lineal. Si bien es cierto que en la etapa de formulación surge una decisión que, una vez legitimada, es la base para la definición de programas y proyectos para ponerla en práctica, esta etapa se entremezcla o sobrepone con la implementación; toda vez que en esta segunda fase se requerirán nuevos consensos y ajustes a la política inicial. En algún sentido, la implementación se constituye en una reformulación complementaria de la política.

Evaluación

El Consejo Científico de Evaluación francés definía, en 1991, la evaluación como

la actividad de recolección, análisis e interpretación de información relacionada a la implementación y el impacto de medidas que apuntan a actuar sobre una situación social así como en la preparación de medidas nuevas.¹²

Sin embargo, es importante destacar que la evaluación es un proceso que va más allá de contrastar los objetivos y finalidades de una política pública con los resultados obtenidos y la realidad en la cual se desarrolla la misma. Esta implica, también, la determinación sistemática de la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades desarrolladas, los recursos asignados, así como el fundamento teórico y metodológico de la política pública objeto de evaluación.

En el análisis de las políticas, la evaluación es considerada como la fase final del proceso de una política pública. Sin embargo, en la práctica este proceso no presenta un comportamiento lineal, dado que la evaluación está implícita en las diferentes fases de la política. Así, cuando se considera etapa final se busca determinar si fue exitosa o no en la solución del problema para el cual fue creada, y si se lograron los objetivos planteados. También se analizan los aspectos que influyeron positiva o negativamente en la política en cuestión, sus consecuencias, costos, actores involucrados, los beneficiarios reales y afectados. La evaluación, basada en información pertinente, permite generar juicios más acertados, con menos subjetividad, acerca de los efectos de las acciones públicas. Su importancia es aún mayor cuando las instituciones y los gobiernos contemporáneos tienden a fundamentar su legitimidad no sólo en la legalidad de sus decisiones, sino en lo que hacen y en sus resultados.¹²

La evaluación es entendida, también, como una actividad administrativa habitual, surge y toma mayor relevancia en el contexto de las reformas del Estado, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo. Por este medio se busca mejorar la eficiencia y eficacia del Estado en sus acciones para el desarrollo social, económico y político de la sociedad. Así, la corriente internacional de la “Nueva administración pública” asume la evaluación como parte importante de la acción del Estado a través de la medición de los resultados de las políticas públicas, planes, programas y proyectos.^{24,25,26,27,28} Estos cambios en la gestión pública

tocan con las bases de la legitimidad de la acción del Estado, la cual estaba centrada en la legitimidad sustentada en las normas, haciendo un giro hacia una legitimidad basada en los resultados.

Es importante tomar en cuenta que la evaluación de políticas públicas no apunta a evaluar las capacidades individuales de la gente, sino los recursos y las capacidades sociales aprendidas, organizadas, coordinadas y adquiridas por el conjunto de los actores para la realización de un proyecto colectivo.¹² Las prácticas de evaluación pueden desarrollarse tanto en la gestión institucional, en programas y proyectos, como para favorecer procesos sociales de democratización. Su utilidad social no depende sólo del rigor metodológico empleado, sino de la credibilidad y legitimidad del enfoque utilizado por los actores sociales involucrados. La evaluación, por su utilidad práctica en la toma de decisiones, se diferencia del análisis tradicional que busca prioritariamente aumentar el conocimiento científico. De manera que una evaluación tiende a tener efectos prácticos en un proceso de decisión, mientras que el análisis responde a preocupaciones de tipo científico.

Existen diferentes concepciones, propósitos, ámbitos de aplicación y metodologías de evaluación. Su realización implica definir cuándo evaluar, qué y para qué evaluar, quién y a quién evaluar, además, cómo evaluar. Los métodos elegidos para evaluar una política pública en particular deben ajustarse principalmente al propósito de dicha evaluación. Estos han evolucionado desde el enfoque positivista y de medición de relaciones unidireccionales de causa efecto, hacia una visión más plural de factores interrelacionados que involucra información cualitativa y cuantitativa, recolectada desde la perspectiva de diferentes disciplinas y actores involucrados.

Tanto en la teoría como en la práctica la evaluación puede darse en tres momentos (véase Cuadro 1):

La evaluación puede darse en distintas dimensiones tales como: evaluación de medios, puestos a disposición para implementar la política en cuestión; de resultados, respecto a los objetivos

Cuadro 1. Momentos de la evaluación		
Evaluación ex – ante o a priori	Evaluación concomitante o continua	Evaluación ex – post retrospectiva
– Se da antes de poner en marcha una política – Análisis de factibilidad o prospectiva para visualizar los efectos futuros de una política pública – Analiza opciones en función de la eficacia, impacto previsible y relación con otras políticas	– Se da durante la puesta en marcha de la política – Controla el desarrollo de los procedimientos – Detecta problemas para hacer ajustes oportunamente – Seguimiento y monitoreo de los recursos del programa – Puede ser continuo o periódico – Realizado por personal interno o externo	– Se da posterior a la ejecución de la política, es de tipo retrospectiva – Su objeto es generar conocimientos y enseñanzas para decisiones futuras – Requiere un protocolo o proyecto de evaluación

Fuente: Roth,¹⁰ Patton,²⁹ Vargas³⁰

propuestos; de impacto, en términos de los efectos previstos y no previstos generados por la política puesta en marcha; de eficiencia, en cuanto a la valoración de los efectos frente a los medios utilizados; y, finalmente, de satisfacción de las necesidades de la comunidad. Igualmente, se ha dicho que la evaluación de una política pública también es útil para confrontar la validez de todo su proceso.^{31,32}

Torres y Pina³³ presentan dos tipos de efectos que pueden ser evaluados: los operativos (*outputs*), o sea las acciones realizadas; y los impactos (*outcomes*) en la sociedad. El impacto de una política pública varía de acuerdo al tipo de actor que es analizado y al espacio físico y temporal observado.

La evaluación se diferencia también por los diferentes tipos de personal que participan en ella, tales como:³⁰

- Expertos externos a la institución que implementó la política: evaluación externa.
- Especialistas de la misma institución que implementó la política: evaluación interna.
- Equipos mixtos conformados por miembros del equipo ejecutor de la política, expertos externos y comunidad afectada: evaluación pluralista o mixta.
- Equipo ejecutor de la política pública con el

objeto de integrar la acción y la reflexión en el proceso de transformar la realidad: evaluación interna o autoevaluación.

Los destinatarios de la evaluación son de diferentes tipos:

- Las instituciones ejecutoras de la política pública.
- Los organismos que asignan el presupuesto.
- Los organismos de vigilancia y control.
- La sociedad y el público en general.
- Los centros de formación universitaria.

Marco de referencia metodológico para el análisis de las políticas de salud

Aunque el análisis de una política pública puede hacerse centrado en cualquiera de sus etapas, un enfoque integral de análisis debe involucrar todas las fases del proceso y las características de cada una con sus especificaciones, debido a que en la práctica ninguna se deslinda de las demás y muchos aspectos están interrelacionados. Por ejemplo, los resultados obtenidos pueden estar relacionados con la base teórica de la política y/o con el diseño metodológico, así como con aspectos específicos del personal involucrado en su implementación y/o

los recursos asignados. Los elementos presentados en el Cuadro 2 se constituyen en un marco que guía el diseño del análisis de una política pública en particular, de los cuales se deben adoptar y adaptar los que estén en concordancia con los objetivos específicos del análisis.

Es importante observar que los componentes involucrados en la implementación se relacionan con la formulación. Igualmente los componentes de la evaluación, como los medios, están muy relacionados con los aspectos involucrados en la formulación e implementación. Estos señalan la

Cuadro 2. Marco general para el análisis de políticas públicas en salud	
Fases	Aspectos a analizar
1. Formulación	– Problemas (sociales, culturales, económicos, políticos, epidemiológicos, ambientales, de salud en particular, etc.) que dieron origen a la política – Propósito de la política – Foco de la política – Alternativas presentadas – Métodos de análisis de alternativas utilizados – Actores involucrados: rol, intereses, recursos de que disponen, formas de participación, alianzas, etc. – Contexto económico, político (postura, corriente política), social (movimientos sociales de presión), epidemiológico – Directrices internacionales y nacionales – Desarrollo tecnológico – Estilo administrativo-político utilizado: <i>top-down</i>, <i>bottom-up</i>. Nivel de participación de los actores y de la comunidad – Estudios de viabilidad y factibilidad – Sistema de información, fuentes de información y documentación
2. Implementación	– Objetivos y metas de la política – Planes, programas y proyectos generados – Estilo administrativo-político: <i>top-down</i>, <i>bottom-up</i>, mixto – Actores involucrados: rol, intereses, recursos de que disponen, formas de participación, alianzas, etc. – Nivel jerárquico que direcciona y estilo de direccionamiento – Recursos políticos, económicos y sociales – Contexto económico, político (postura, corriente política), social (movimientos sociales de presión) – Procesos puestos en marcha para la implementación – Soporte institucional – Sistema de información – Obstáculos – Aspectos facilitadores

3. Evaluación	Medios	Resultados	Impacto	Eficiencia	Satisfacción
	– Objetivos – Recursos disponibles: políticos, económicos, tecnológicos, institucionales, comunitarios y humanos – Capacidad institucional – Actores: sus intereses y recursos aportados – Sistema de información	– Cobertura – Capital social desarrollado – Porcentaje de metas logrado – Nivel de ejecución de los programas y proyectos – Costos finales – Recursos perdidos o desviados a otras actividades – Desarrollo tecnológico generado – Sistema de información	– Cambios epidemiológicos – Cambios de la situación problemática que se abordó con la política pública – Capital social generado – Desarrollo tecnológico generado – Cambios culturales promovidos – Nivel de conocimiento de la comunidad	– Recursos asignados – Productos obtenidos – Beneficios – Costo de las acciones puestas en marcha	– Nivel de satisfacción con las soluciones dadas al problema en el que se enfocó la política pública implementada – Medida en la cual la población considera satisfecha la necesidad, desde la perspectiva de los sujetos afectados – Satisfacción con los beneficios sociales generados – Satisfacción de los actores – Sistema de información

interrelación de las diferentes fases y elementos que constituyen la política pública. En este marco, para el análisis de las políticas públicas en salud, según sus fases, se entrecruza una visión sistémica desde la perspectiva de estructura, proceso y resultado,^{34,35} y en cada fase y dimensión hay actores involucrados (véase Cuadro 3).

En todas las fases y dimensiones de las políticas públicas los actores involucrados tienen un papel fundamental, dado que estas son creadas, puestas en marcha, evaluadas y afectadas por actores interesados, cuyo análisis, en sí mismo, conlleva particularidades (véase Cuadro 3). Los actores pueden ser individuos o entes políticos, sociales, económicos, administrativos, comunitarios, públicos y privados, diferentes en cada fase de la política pública, así como cambiantes en sus intereses.

Para el estudio de las políticas públicas en salud se hace uso de las diferentes metodologías de investigación cualitativas y/o cuantitativas existentes, con sus respectivas técnicas de recolección, procesamiento y análisis de información. La perspectiva epistemológica del investigador, los objetivos y contenidos del análisis de la política pública en salud, los destinatarios de los resultados, son aspectos que influyen la decisión del diseño metodológico del análisis. Las habilidades investigativas, en este caso, dan soporte al análisis de políticas de salud, que encierra en sí mismo un proceso investigativo riguroso, cualquiera sea el diseño metodológico propuesto.

Los siguientes capítulos se centran en hacer un ejercicio de aplicación de esta propuesta metodológica, tomando algunos aspectos para analizar

Cuadro 3. Marco de análisis de políticas públicas en salud combinando perspectivas				
Fases del análisis	Dimensiones de análisis			Análisis de actores sociales involucrados
	Estructura	Proceso	Resultados	
Formulación				
Implementación				
Evaluación				
Análisis de actores sociales involucrados				

políticas de salud en Colombia. Así, los capítulos del 2 al 8 presentan el análisis de las políticas de salud en algunas áreas específicas, con base en información de fuentes secundarias tales como: derecho a la salud, políticas de infancia, políticas de acceso a servicios de salud de poblaciones vulnerables como niños y niñas en situación de calle, población en situación de desplazamiento, entre otros.

Referencias bibliográficas

- Guba EG. The Paradigm Dialog, London: Sage; 1990.
- Baudrillard J, citado por Maggiori R. Jean Baudrillard au-delà du réel. 7ª ed. Paris: Libération; 2007.
- Thoenig JC. El análisis de políticas públicas. Universitas 1997; 93: 61.
- Hogwood B, Gunn L. Policy Analysis for the Real World. Oxford: Oxford University Press; 1984.
- Dye TR. Understanding Public Policy. New Jersey: Prentice-Hall; 1972.
- Hill M. The Policy Process in the Modern State. New York: Prentice Hall; 1997.
- Parson W. Public Policy. Aldershot: Eduard Elgar; 1995.
- Howlett M, Ramesh M. Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems. Ontario: Oxford University Press; 1995.
- Jones CO. An Introduction to the Study of Public Policy. Belmont: Wadsworth; 1970.
- González-Rossetti A, Bossert TJ. Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Mexico. Health Sector Reform, LAC-HSR 2000; 36: 1-60.
- Schouwstra M, Ellman M. A New Explanatory Model for Policy Analysis and Evaluation. Amsterdam: Universiteit Van Amsterdam and Timbergen Institute; 2006.
- Roth Deubel A. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ed. Aurora; 2002.
- Dahl RA. Modern Political Analysis. 4ª ed. New Jersey: Prentice Hall; 1984.
- Bachrach P, Baratz MS. Decisions and Nondecisions: an Analytical Framework. En: Hill M. The Policy Process in the Modern State. New York: Prentice Hall; 1997.
- Pressman J, Wildavsky A. Implementation: How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland. London: Berkeley-University of California Press; 1973.
- Goggin M, Bowman P, Lester LJ. O'Toole. Implementation Theory and Practice: Toward a Third Generation. In Larbi, G.A. Implementing New Public Management Reforms in Ghana. Institutional Constraints and Capacity Issues: Cases from Public Health and Water Services. Thesis of Ph.D. Birmingham: The University of Birmingham; 1998.
- Webb A, Wistow G. Whither State Welfare? Policy and Implementation in the Personal Social Services. London: Royal Institute of Public Administration; 1982.
- Ayee JRA. An Anatomy of Public Policy Implementation. The case of decentralisation policies in Ghana. Aldershot: Avebury; 1994.
- Walt G. Health Policy: an Introduction to Process and Power. London: Zed; 1994.
- Powell M. An Analysis of Policy Implementation in the Third World. Aldershot: Ashgate; 1999.
- Grindle M, Thomas J. Public Choices and Policy Change. The political and economic Reform en Developing Countries. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1991.

22. Sabatier P. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy* 1986, 6: 21-48.
23. Lewis J, Flynn C. The Implementation of Urban and Regional Planning Policies. Policy and Politics. En Parson W. *Public Policy*. Aldershot: Eduard Elgar; 1995: 123-142.
24. Batley R. Policy Arena: The New Public Management in Developing Countries: Implications for Policy and Organisational Reform. *Journal of International Development* 1999; 11 :61-765.
25. Felie E. *New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
26. Nickson A. Does the New Public Management Work in Less Developed Countries? The UK. Case of the Urban Water Supply Sector. *Journal of International Development*, 1999; 11:777-783.
27. Walsh K. *Public Services and Market Mechanisms, Competition, Contracting and New Public Management*. Basingstoke: Macmillan Press Ltd.; 1995.
28. Dunleavy P, Hood C. *From Old Public Management to New Public Management*. Public Money and Management. Oxford: CIPFA; 1994.
29. Patton MQ. *Utilisation-focused Evaluation: the New Century Text*. 3ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
30. Vargas A. *Notas sobre el Estado y las políticas públicas*. Bogotá: Almudena Editores, 2000.
31. Vargas A. *El Estado y las Políticas Públicas*. Bogotá: Almudena Editores; 1999.
32. Fundación Kellogg. *Manual de Evaluación*. s. c.: Fundación W.K. Kellogg; 1998.
33. Torres L, Pina V. Construcción de indicadores para la evaluación de políticas públicas. En: Bañón Martínez RI. *La evaluación de la acción de las políticas públicas*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003: 61-75.
34. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume II: The Criteria and Standards of Quality*. Michigan: Health Administration Press; 1982.
35. Donabedian, A. *The methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring*. Michigan: Health Administration Press; 1985.

Parte II

Capítulo 2

Derecho a la atención en salud

Claudia Milena Rodríguez Tejada

Presentación

El derecho a la salud ha sido definido a partir del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Culturales y Sociales (PIDECES) como de segunda generación.¹ Dicho Pacto, sin ser explícitamente parte de las cartas constitucionales de los países, se ha convertido en marco de referencia y a su vez marco de control, que permite identificar cuáles países participan en los tratados internacionales e incluyen la temática de los mismos en su legislación.^{2,3} En el caso colombiano los pactos han sido integrados a la Constitución Política de 1991, en el Artículo 93.

Siguiendo los lineamientos y consideraciones del PIDECES, Colombia ha definido la salud como servicio público a cargo del Estado² y sólo como derecho fundamental en los niños. En ese sentido, le queda la responsabilidad de organizar sus funciones para garantizarlos.

La atención en salud hace parte del derecho a la salud. Algunos estudios^{4,5} han identificado la vulneración de este derecho mediante la negación del acceso al servicio; por lo cual, a través del mecanismo de conexidad con los derechos fundamentales, las personas han hecho uso de la acción de tutela para exigir la atención a la salud, a la cual

tienen derecho.⁶ Es así como la acción de tutela, consagrada por el Artículo 86 de la Constitución Política de Colombia de 1991,¹ se define como un mecanismo judicial que todos los ciudadanos pueden utilizar con el fin de exigir, en cualquier momento o lugar, ante un juez de la República un pronunciamiento que proteja el derecho constitucional fundamental, que por cualquier razón o circunstancia haya sido vulnerado o esté amenazado por la acción o la omisión de autoridades públicas o de particulares, a los cuales esté subordinado.² La acción de tutela se ha convertido en un mecanismo efectivo de protección de derechos, operando de acuerdo a lo estipulado en la norma.

Con la Ley 100 de 1993, la función del Estado quedó limitada a la regulación, vigilancia, control del sistema, asignación de subsidios a la demanda para la población pobre y vulnerable;⁷ promoviendo mecanismos de mercado, donde empiezan a participar otros actores privados con intereses particulares. En algunos casos, en el sistema de salud inmerso en un sistema de mercado, los pacientes pasaron a ser tratados como clientes,⁸ dejando de lado el estatus pasivo, que los había caracterizado, pero a su vez perdiendo dimensiones humanas encaminadas al bienestar social.

I Se incorporó en la Constitución en el Artículo 86 por voluntad de la constituyente de 1991 como medio de protección y aplicación de los derechos fundamentales.

Este texto pretende identificar las políticas públicas relacionadas con el derecho a la salud, así como el marco legal colombiano en este campo.

Descripción de la problemática

Varios modelos de desarrollo se han aplicado en América Latina y en Colombia. Como dice Echeverri,⁹ el Estado Benefactor, por ejemplo, surge a finales de los años 40, después de la Segunda Guerra Mundial como respuesta a la depresión de los años 30 y a las necesidades sociales generadas a partir de la misma. Este se prolongó hasta los años 70 cuando se retoman principios neoclásicos y liberales. Del modelo benefactor se puede destacar la presencia y el intervencionismo del Estado, el cual asumió como responsabilidad la prestación de los servicios de salud;¹⁰ igualmente, se creó el sistema de prestación de servicios sociales. Sin embargo, de acuerdo con Sarmiento, citado por Echeverri,⁹ no se lograron superar las inequidades étnicas, geográficas y sociales en la distribución del gasto social; se dio un proceso de burocratización y falta de coordinación integral; y de no participación de la población en la gestión pública. Se creó el Sistema Nacional de Salud, por medio del Decreto 056 de 1975, constituido por una red de instituciones públicas respaldadas por el Gobierno. En Colombia, en ese momento, la población objeto de la asistencia pública era cerca del 70% y cubría a las personas no afiliadas al Seguro Social. Sus principales actividades de protección de la población, en cuanto a salud, eran las relacionadas con la prevención de enfermedades, intervención, recuperación y rehabilitación; así mismo, educación en salud, lucha contra la malaria y eventos de salud pública que, al parecer, eran en cierta medida efectivas, pues se tenía más control sobre los eventos de salud pública y se hacía más seguimiento a estos.¹¹

En América Latina, entre los años 80 y 90, la privatización de servicios, las políticas de reducción del gasto público, el desmonte de controles que impiden el libre mercado, la flexibilización laboral,

entre otras, han sido reflejo de la implementación de políticas del modelo neoliberal. Las políticas sociales basadas en este modelo tienen como eje la privatización, descentralización y focalización, ejes que han llevado a problemas relativos a la racionalidad y la equidad.¹²

A raíz de los cambios económicos y políticos de los años 80, Colombia asumió una nueva constitución en 1991, y un nuevo sistema de salud por medio de la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); el cual, como expresa Hernández,

Es una mezcla, sin duda, porque existen esbozos de la ampliación de derechos ciudadanos propios de la socialdemocracia con criterios y mecanismos para un modelo neoliberal de desarrollo del Estado.⁷

Se considera que el SGSS fue producto de un arreglo entre algunas fuerzas existentes en el campo de la salud y el sistema político, con las élites económicas del sector financiero. Colombia no ha sido ajena a la oleada de políticas internacionales enmarcadas en el neoliberalismo, creando y modificando políticas que en el orden social reduzcan la inversión del Estado y privatizando progresivamente las entidades estatales, como la forma de lograr mejor eficiencia y eficacia institucional. La reforma a la salud realizada en Colombia fue recomendada por el Banco Mundial¹³ como modelo para países en desarrollo, en especial para América Latina.⁷ Por los efectos negativos de los mecanismos de mercado en el acceso a los servicios de salud, se acude a la tutela creada por la Constitución Nacional de 1991, para garantizar el respeto y cumplimiento de los derechos fundamentales y los vinculados por conexidad, como el derecho a la salud.

El estudio de la Defensoría del Pueblo en el 2004,⁴ evidenció la vulneración al derecho a la salud expresado mediante tutelas relacionadas con la negación a exámenes, cirugías, tratamientos de alto costo y medicamentos. Por ejemplo, para 1999 se presentaron 21.301 tutelas en salud; en el 2000, 24.843; en

el 2001, 34.319 y en el 2002, 42.734. De manera particular, el estudio encontró que el 70% de estas tutelas solicitaban servicios incluidos en los planes de beneficios. En otro estudio, Arango⁵ argumenta que las sentencias respecto al derecho a la salud aumentaron de 5.8% en 1992 a 33.4% en el 2003. Se considera necesario realizar investigaciones sobre el tema que permitan evidenciar la vulneración al derecho e instar a las autoridades competentes a tomar las medidas necesarias.

Directrices internacionales

Los derechos humanos se consideran como universales, en el sentido de que corresponden a todo hombre y en todo lugar; tienen su fundamento en la dignidad humana, la cual puede sustentarse desde la perspectiva religiosa (el hombre se parece al creador) y la secular o civil (el hombre es inintercambiable y no manipulable).¹⁴ Estos derechos también son llamados de primera generación.

En 1967 el PIDESC, define los derechos de primera generación como norma internacional requerida para la realización del ser humano, adicionando al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y cumplir la garantía del derecho. Se ratifica que la salud es más que un buen estado biológico, relacionándolo con el orden social, cultural y político.^{15,16}

La Observación General 14 del año 2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del PIDESC, en su Párrafo 12, establece que el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.^{17,3} Dicho documento, ubica la salud más allá de la atención a la enfermedad, debe ser integral y relacionada con los demás derechos.¹⁶ El derecho a la salud incluye: la no discriminación por raza, sexo, color, idioma, religión; el carácter individual y social; la equidad; la participación auténtica; el acceso a recursos efectivos para obtener su recuperación. De igual manera, tiene en cuenta factores determinantes básicos de la salud como el acceso a alimentos sanos, nutrición y vivienda adecuada, agua limpia y potable, condiciones sanitarias, condiciones

de trabajo, medio ambiente sano, acceso y educación e información en salud y la participación social en salud.^{16,3} Posee una dimensión individual relacionada con la asistencia sanitaria, y una dimensión colectiva que contiene elementos de carácter asistencial, promoción y prevención y las demás intervenciones en relación con la salud pública.³ El “contenido mínimo esencial” de un derecho es la base mínima intangible de cada derecho, que todas las personas en todos los contextos deben tener garantizado. Indica un tope mínimo debajo del cual no debe actuar ningún gobierno, aun en condiciones desfavorables. En ese sentido, se establecen tres tipos de obligaciones estatales: respeto, protección y satisfacción, definiendo el contenido del Mínimo Esencial que, en el caso de salud, se refiere al acceso universal a bienes y servicios de salud, medicamentos esenciales, asistencia médica y sanitaria preventiva y curativa, a un plan nacional de salud pública, entre otros.¹⁸

Se considera pertinente identificar tratados internacionales que incluyen apartes relacionados con el derecho a la salud y que, además, han contribuido a la definición e implementación del derecho a la atención en salud en nuestro país por medio de algún acto normativo (véase Tabla 1.).

Directrices y normatividad colombiana

Colombia, con sus diferentes gobernantes, durante los últimos 20 años, ha realizado intentos por incluir una política social en la agenda del gobierno introduciendo el tema del derecho a la atención en salud, promoviendo la afiliación a un sistema de salud. Esto ha ido de la mano con la implementación del nuevo modelo de desarrollo económico en el país en la década del 90 y la inclusión, en los diferentes planes de gobierno, de los temas de la pobreza, la provisión de agua potable, la vivienda, entre otros.¹⁹

Con la implementación de normas como la Ley 10 de 1990, la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001, que modifica la Ley 60 de 1993, se abre paso a la descentralización del sector salud y educación, donde se definen responsabilidades específicas a cada ente territorial en estos temas, pero se dificulta

Tabla 1. Tratados internacionales relacionados con el derecho a la salud.		
Carta o declaración internacional	Año de creación	Norma colombiana
Mujeres antes y después del parto	Noviembre de 1919	Ley 29 de 1931
Carta de San Francisco de Naciones Unidas	Junio de 1945	
Declaración Universal de los Derechos Humanos	Diciembre de 1948	
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	1948	
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Diciembre de 1966	Ley 74 de 1968
Convención Americana sobre Derechos Humanos (Costa Rica)	Noviembre de 1969	
Convenios de Ginebra y Protocolos Adicionales	Junio de 1977	Ley 171 de 1994
Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria en Salud	Septiembre de 1978	
Convenios de la OIT en relación con la Salud en el Trabajo. Convenio 161	1985	Ley 378 de 1997
Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud	Noviembre de 1986	
Declaración sobre el Derecho al Desarrollo. Artículo 8	Diciembre de 1986	
Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador"	Noviembre de 1988	Ley 319 de 1996
Convención sobre los Derechos del Niño	Noviembre de 1989.	Ley 12 de 1991 y Decreto 94 de 1992
Declaración y Programa de Acción de Viena	Junio de 1993	
Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos	Noviembre de 1997	
Observación General No. 14	Abril - Mayo de 2000	

garantizar el cumplimiento de algunas funciones debido a la alta rotación de funcionarios, falta de conocimientos técnicos de algunos y la compleja y variada legislación que normatiza dichas leyes.²⁰

Según la Constitución Política de 1991, Colombia se proclama como “Estado social de derecho”,² lo cual significa históricamente el intento de adaptación del Estado liberal a las condiciones sociales de la civilización postindustrial, las cuales conllevan a un Estado benefactor, que se caracteriza por garantizar a los ciudadanos un nivel mínimo de calidad de vida independiente de su capacidad económica, para lo cual el Gobierno debe intervenir de manera significativa en la economía del país. El Estado social de derecho, en su figura de Estado de derecho clásico y liberal, se caracteriza por un régimen en donde se han de respetar los derechos políticos y las libertades básicas; también innova con la prestación de una multiplicidad amplia de servicios públicos que tiene por finalidad garantizar estándares mínimos de alimentación, educación, salud y cultura (Sentencia T-406/92).

La Constitución de 1991 en su segundo Título, también incluye artículos para la protección de grupos específicos de población, entre los cuales se encuentra el Artículo 43 sobre la protección de la maternidad, el Artículo 44 relativo a los derechos fundamentales del niño, del adolescente en el 45, protección del adulto mayor en el 46, atención especializada a las personas con discapacidad y atención gratuita a los menores de un año en los Artículos 47 y 49. Según la Constitución, los derechos de primera generación, son los que se requieren para llevar una vida digna, entre los cuales se encuentra la libertad, igualdad, el debido proceso, la propiedad, entre otros. Una segunda generación, son los Derechos Económicos, Culturales y Sociales (DECS) que permiten el pleno ejercicio de los de primera generación. La diferencia entre estas dos generaciones radica en el hecho de que los de primera generación tienen mayor injerencia en la Constitución, los cuales se encuentran consignados en la Carta Magna en el Título 2, Capítulo Primero y son de aplicabilidad inmediata.²

La Ley 100 de 1993 presenta al Estado como ente regulador del mercado, a diferencia de la Constitución Política que lo define como Estado Social de Derecho, donde

el derecho a la vida es inviolable, la seguridad social es un servicio público y garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.²

La Ley 100 incluye principios tales como la eficiencia y la equidad, que son difíciles de conseguir; aunque autores defensores del modelo afirman que si el mercado se desenvuelve en óptimas condiciones se encargará de la distribución equitativa de los bienes.²¹ Con estos principios y los decretos reglamentarios derivados de la norma la atención se centra en un enfoque individual de la salud para quienes pueden acceder al Plan de Atención Básica; con un efecto negativo en la implementación de programas de salud pública, quedando limitados a problemáticas como la contaminación ambiental, el control de enfermedades infectocontagiosas, fármacodependencia, enfermedades de transmisión sexual, etc.; pues con el sistema de aseguramiento para ninguna EPS es rentable trabajar estos temas para la población en general.

Entre los objetivos del SGSSS se encuentra “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención”.²² El Artículo 156 establece que el Estado debe dirigir, orientar, regular controlar y vigilar el servicio público esencial de salud, que constituye el SGSSS.²²

Así la Ley 100 crea planes de beneficios diferenciales para las personas afiliadas a los dos regímenes, proyectaba el equiparamiento de los mismos para el año 2001; incluye servicios para la protección integral a la familia, maternidad, enfermedad general, entre otros. Esta protección, en el caso del régimen contributivo, incluye la cobertura familiar. Igualmente, el requerimiento a cada Entidad Administradora de Beneficios de reasegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) como de alto costo.²²

El Artículo 168, en relación a la atención inicial de urgencias, establece que debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que procuren servicios de salud, a todas las personas, independiente de la capacidad de pago.²²

Así mismo, la Ley 1122 de enero de 2007, que modifica algunos aspectos de la Ley 100, incluye la posibilidad de solicitar los medicamentos para enfermedades de alto costo no incluidos en el Plan de Beneficios por medio de la tutela, en caso de que la EPS no haya estudiado la solicitud oportunamente en el Comité Técnico Científico.²³

El Artículo 88 de la Constitución Nacional establece los mecanismos de participación ciudadana como la iniciativa legislativa, el referendo, el plebiscito, la consulta popular y el cabildo abierto, los cuales son reglamentados en la Ley 134 de 1994. La acción popular constituye el mecanismo a utilizar para la protección de los derechos e intereses colectivos.²⁴ Igualmente, la acción de tutela busca proteger y hacer justiciable la norma constitucional para la protección inmediata de los derechos de primera generación, los derechos fundamentales de carácter individual.²⁵ La acción de tutela, reglamentada por el Decreto 2591 de 1991,² puede ser invocada por cualquier persona que considere vulnerados sus derechos fundamentales constitucionales y por ello tendrá un fallo de obligatorio cumplimiento.¹⁴

La jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana, ha considerado tres criterios por los cuales el derecho a la salud es amparable por las Acciones de Tutela en Salud (ATS): en razón de su conexidad con otros derechos fundamentales; por su importancia frente a sujetos de protección especial constitucional y como derecho fundamental autónomo en relación con su contenido mínimo.²⁶

Vulneración del derecho a la atención en salud

Como la salud es un derecho de segunda generación, el cual no tiene aplicabilidad inmediata, la Corte Constitucional, por medio de sentencias, ha ido creando jurisprudencia, respecto a la exigibi-

lidad del derecho a la salud. La Sentencia 484 de 1992 establece que el Derecho a la Salud incluye dos grandes bloques: el primero, ubicándolo como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida, por lo que se vuelve derecho fundamental. El segundo, le confiere un carácter asistencial ubicado en las referencias funcionales del Estado Social de Derecho.¹⁴

Otras Sentencias de la Corte Constitucional como la 076 de 1994, 192 de 1994, 304 de 1998, T489-98, 010 de 1999, incluyen el componente de la conexidad del derecho a la salud con el derecho a la vida.¹⁴ En algunos casos el derecho a la salud es conexo con el de la dignidad humana.¹⁴ Otras sentencias, tales como la T471-92, le da carácter de derecho fundamental a la seguridad social; la T571-92, C027-93 destaca el derecho a la salud dentro de la Constitución; la T140-94 da prevalencia a los tratados internacionales en cuanto al derecho a la salud se trata; y otras, como la SU225/98, dan mayor alcance al derecho a la salud como fundamental a los niños.

Conclusión

Se puede decir, a pesar de la reforma al sistema de salud y la normatividad existente, que en Colombia no se han garantizado efectivamente el derecho ni la atención a la salud. Los estudios de las tutelas en salud muestran falencias en calidad, accesibilidad y oportunidad para algunos grupos poblacionales; por lo tanto, no se cumple a cabalidad con el contenido de tratados internacionales que parametrizan la prestación y acceso a los servicios de salud. La fragmentación de los servicios ha estado presente de acuerdo a las condiciones de las personas, aumentando las inequidades entre grupos de pobres y ricos, zona urbana y rural.⁷

La evidencia de la no garantía se refleja en la jurisprudencia que ha ido generando la Corte Constitucional para explicar el derecho y garantizarlo a las personas que les ha sido vulnerado.

Se ve la necesidad, entonces, de realizar investigaciones y estudios relacionados con el derecho a la salud, el acceso a los servicios y el gasto en el que tienen que incurrir las personas para acceder al derecho, aun estando afiliadas al SGSSS, para identificar la situación del derecho a la salud en el país y contribuir con información confiable para la elaboración de propuestas, promoción de políticas en salud y toma de decisiones.

Referencias Bibliográficas

- Colombia. Defensoría del Pueblo. Derechos económicos, sociales y culturales. Derecho a la salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2004.
- Colombia. Congreso de la República. Constitución Política de Colombia. Bogotá: El Congreso; 1991.
- Colombia. Defensoría del Pueblo. El derecho a la salud: en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Bogotá: Defensoría; 2003.
- Colombia. Defensoría del Pueblo. La Tutela y el derecho a la salud. Causas de tutelas en salud. Bogotá: Defensoría; 2004.
- Antioquia. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. La acción de tutela en el Departamento de Antioquia. Documento de trabajo. Gobernación; 2004.
- Álvarez LE. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005; 18 (2): 129-135.
- Hernández M. Universalización por la vía de lo público para garantizar el derecho a la salud en Colombia. Propuesta elaborada para el proyecto agenda para un Nuevo País de la Fundación Articular. Bogotá: s.e.; 2000.
- Corsi C. La reforma de la reforma en salud. Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud. parte II. Bogotá: Academia Nacional de Medicina; 2002.
- Echeverri E. Neoliberalismo y políticas de salud. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 1994.
- Gómez R. Políticas públicas y salud. Santiago de Cali: FUNDAPS; 1999.
- Guzmán F, *et al.* La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia. Medellín: Biblioteca Jurídica Dike; 1999.
- Accorinti S. Neoliberalismo y políticas sociales. El ingreso ciudadano [en línea] [consulta: 20 de abril de 2004]. Disponible en: www.educacao.pro.br/espanol/accorinti_neoliberalismo.htm
- The World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press; 1993.
- Montoya M y Gaviria C. El derecho a la salud en Colombia. Relatoría. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.
- Yépez A. Fundamentos Jurídicos y Pactos Internacionales frente a los derechos sociales. Pensamiento en Salud pública: el Derecho a la Salud. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001: 135-141.
- Torres M. Derecho a la salud. La Salud al derecho. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004: 8-15.
- Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra: ONU; 2000.
- Echeverri E. Derecho a la salud, Estado y Globalización. *Revista Facultad Nacional de Salud pública*. Medellín: Universidad de Antioquia 2006; 24(Especial): 89-96.
- Echeverri ME. El derecho a la salud: Balance a 10 años de la constitución de 1991. En: Echeverri E, *et al.* La salud al derecho. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004: 50-63.
- Molina G, *et al.* Caracterización de la descentralización del sector salud en tres municipios: Itagüí, La Ceja y Balboa. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2002; 20(2): 7-21.
- Fernández SY. La perspectiva de género y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. En: Echeverri E, *et al.* La salud al derecho. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004: 123-133.
- Colombia. Congreso. Ley 100 de 1993. 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de enero de 2007. Bogotá: El Congreso; 2007.
- Colombia. Congreso. Ley 472 de 1998. Por la cual se desarrolla el artículo 88 de la Constitución Política de Colombia en relación con el ejercicio de las acciones populares y de grupo y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1998.
- Pérez B. La acción de tutela. Bogotá: Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla; 2003.
- Vargas CI. La Corte Constitucional de Colombia y la protección efectiva del derecho a la salud. *Revista de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social* 2004; 10: 71-94.

Capítulo 3

Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud: políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen a su logro, 2006

*Lina María Grisales Franco
Libardo Antonio Giraldo Gaviria*

Introducción

En septiembre de 2000, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, 189 países (entre ellos Colombia) se comprometieron a implementar las políticas necesarias para alcanzar los que allí se denominaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el primer paso para alcanzarlos fue su incorporación en las agendas de acción de los países.

El objetivo de este capítulo es reconocer las políticas públicas, programas y normas vigentes en Colombia y en Antioquia a nivel local, que conducen hacia el logro de los ODM, específicamente las relacionadas con la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años, con el mejoramiento de la salud materna y con la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y el dengue.

La revisión de estas políticas es un insumo para el desarrollo de la investigación “Planes, Programas y Proyectos para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud en los municipios de Antioquia, 2007”, el cual busca evaluar el impacto que estas directrices han tenido en la situación de salud en el departamento.

Política pública

Una política pública es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental frente a un problema o en un sector relevante de su competencia.¹ Según Lahera,² tanto la política como las políticas públicas tienen que ver con el poder social. Si la política es un concepto amplio, relativo al poder en general, la política pública corresponde a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos. De acuerdo con Meny y Thoenig, en un momento dado, en un contexto dado, una autoridad pública adopta prácticas de determinado género, actúa o no actúa. Una política pública se presenta bajo la forma de un conjunto de prácticas y de normas que emanan de uno o varios actores públicos; se le atribuyen generalmente las siguientes características:¹ contenido, programa, orientación normativa, factor de coerción y competencia social.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

En la Declaración del Milenio,³ aprobada por los líderes del mundo en la Cumbre del Milenio cele-

brada por las Naciones Unidas en el año 2000 en Nueva York, se plasmaron las aspiraciones de la comunidad internacional para el nuevo siglo: un mundo unido por valores comunes que se esfuerza por lograr la paz y condiciones de vida dignas para todos los hombres, mujeres y niños. En el informe A/59/282 del Secretario General de la Organización de Naciones Unidas (ONU), se expresan las razones por las que los jefes de los Estados Miembros se comprometieron con los ODM.

Los ODM se orientan a la búsqueda del desarrollo, basados en la equidad, la seguridad y los derechos humanos; se estructuran en 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores, a ser alcanzados en el año 2015. Los objetivos están sustentados en el gran número de muertes y desplazamientos a causa de violaciones masivas de los derechos humanos, el aumento de la malnutrición, de las enfermedades prevenibles —falta de acceso a alimentos, agua y servicios básicos de saneamiento— y de los casos de infección por VIH/SIDA que afectan negativamente las perspectivas de desarrollo de regiones donde viven millones de personas.

El Secretario General de la ONU, Kofi A. Annan, en el prólogo del informe de 2005,⁴ acerca de los ODM, expone cuatro razones por las cuales estos Objetivos son importantes:

- Los ODM se centran en el ser humano, sus logros son en plazos definidos y medibles.
- Están basados en una alianza mundial: es responsabilidad de los países en desarrollo poner orden en sus propios asuntos y de los países desarrollados de apoyarlos.
- Cuentan con el suficiente apoyo político de los países desarrollados y en desarrollo, de la sociedad civil y de las principales instituciones de desarrollo.
- Son objetivos alcanzables.

Principios orientadores de las políticas públicas para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los ODM deben ser componentes esenciales y fuerzas propulsoras del desarrollo y de las metas

nacionales intersectoriales sobre salud establecidas por los países. Los principales desafíos pendientes en cuanto a las políticas necesarias para cumplir con ellos, son:⁵

- Promover la intersectorialidad e interinstitucionalidad. La salud es un fenómeno multidimensional que requiere de estrategias intersectoriales.
- Mejorar la equidad y extender la protección social en materia de salud. Las estrategias de protección social en salud deben orientarse a garantizar el acceso a una atención digna y eficaz, y a reducir los efectos negativos económicos y sociales.
- Incrementar y hacer más progresivo el gasto corriente y de inversión en salud. Replantear los temas de financiamiento y de eficiencia y efecto distributivo del gasto.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. Implementar programas específicos, entre otros de salud sexual y reproductiva, de control de las enfermedades infecciosas, así como el desarrollo de los sistemas y servicios de salud.

Políticas públicas vigentes en Colombia y en Antioquia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud, 2006

La base para la política pública en salud en Colombia es la Constitución Nacional,⁶ la cual en el Artículo 2 del Título II: De los derechos, las garantías y los deberes, consagra la vida como un derecho inviolable, de aplicación inmediata. En ese orden de ideas la Corte Constitucional en sus Sentencias 076 de 1994, 192 de 1994, 304 de 1998 y 010 de 1999, asimiló la salud a un derecho por su conexidad con la vida. En el Capítulo 2: De los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, el Artículo 48 establece que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del

Estado y se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a ella. Igualmente, el Artículo 49 garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, correspondiéndole al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

La Ley 100 de 1993,⁷ crea el Sistema de Seguridad Social Integral del país y hace referencia en el Libro II al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con los siguientes objetivos: regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población en todos los niveles de atención. El Artículo 162 define el Plan Obligatorio de Salud (POS), a través del cual se pretende la protección integral de las familias, la maternidad y la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías. El Artículo 165, define que el Plan de Atención Básica (PAB), complementa las acciones previstas en el POS y las acciones de saneamiento ambiental. El PAB está constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas individuales pero con altas externalidades: información pública, educación y fomento de la salud, control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, complementación nutricional y planificación familiar, desparasitación escolar, control de vectores y campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.

De otro lado, las líneas de acción que establece el Plan de Desarrollo de Colombia⁸ en materia de salud son las siguientes:

- Fortalecer el aseguramiento, posibilitando un mayor acceso y uso de los servicios.
- Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS.

- Mejorar el acceso y la prestación de servicios de salud en el SGSSS.
- Implementar acciones prioritarias en salud pública: el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), la política de salud sexual y reproductiva y la vigilancia epidemiológica de Enfermedades Transmitidas Sexualmente (ETS) y por vectores.

Las políticas públicas anteriores marcan líneas generales de acción que contribuyen al logro de los ODM, particularmente en lo relacionado con disminuir la mortalidad materna e infantil y el control del VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades. Para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos, el gobierno colombiano emitió el Documento CONPES 91 de 2005,⁹ “Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015”, en el que se señalan las metas nacionales y estrategias para lograrlos. Este documento expresa la responsabilidad del Estado, la corresponsabilidad del sector empresarial y el aporte de la sociedad civil. Se entiende que los ODM le permiten a Colombia definir los retos y avances en la senda del desarrollo: el desafío del siglo XXI es un desarrollo social más acelerado, internacionalmente competitivo, nacionalmente equilibrado, incluyente y en paz.

Mediante la Resolución 412 de 2000,¹⁰ se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento, las cuales establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada al sistema para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana. Conforme lo establece el Artículo 6 de esta Resolución, las actividades de protección específica son el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados al Sistema frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad. Dentro de estas actividades se incluyen: 1. vacunación según el esquema del PAI; 2. atención preventiva en salud bucal; 3. atención

del parto; 4. atención al recién nacido y 5. atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Las acciones de detección temprana, definidas en el Artículo 7,¹¹ son el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. Estas actividades incluyen: a. detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años); b. detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años); c. detección temprana de las alteraciones del embarazo; d. detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años); e. detección temprana del cáncer de cuello uterino; f. detección temprana del cáncer de seno y g. detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

La Resolución 4288 de 1996¹² define el Plan de Atención Básica (PAB) del SGSSS como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad a cargo de los entes territoriales. La Circular 18, de febrero 18 de 2004,¹³ establece cómo formular y ejecutar los Planes Estratégicos y Operativos del PAB 2004–2007 y de los recursos asignados para salud pública. Con base en el Numeral 12 del Artículo 42 de la Ley 715 de 2001, la Circular 18 define como prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública, las siguientes:

- Reducir las enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y la mortalidad infantil.
- Implementar la Política de Salud Sexual y Reproductiva.
- Prevenir y controlar las enfermedades transmitidas por vectores.
- Promover estilos de vida saludables para la prevención y control de las enfermedades crónicas.

- Fortalecer el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e implementar la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

- Reducir el impacto en salud de la violencia e implementar las Políticas de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

El logro de los ODM se soporta en las actividades de promoción y prevención definidas en la Resolución 412 de 2000, en las de salud pública definidas en la Resolución 4288 de 1996 y en la Circular 18 de 2004.

Un programa orientado específicamente a disminuir la mortalidad infantil en Antioquia es el Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia (MANA),¹⁴ dadas las condiciones de inseguridad alimentaria y nutricional de la población menor de 14 años. Los ejes de acción de este programa son:

- Desarrollo de alternativas comunitarias de complementación alimentaria.
- Inducción a los servicios de salud.
- Promulgación de pactos por la infancia.
- Sistema de Vigilancia Alimentaria (SISVAN).
- Desarrollo de proyectos productivos generadores de seguridad alimentaria.
- Promoción de proyectos pedagógicos.

En el mismo sentido, el Proyecto Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH,¹⁵ contribuye a disminuir la mortalidad infantil. Este proyecto tiene como propósito principal implementar un programa nacional de reducción de la transmisión vertical del VIH, basado en una intervención integrada a todos los programas de atención y control prenatal y perinatal existentes en el país. Los objetivos específicos incluyen promover entre las mujeres colombianas el reconocimiento y la conciencia de la importancia de practicarse la prueba diagnóstica para VIH; ofrecer estas pruebas en forma gratuita y oportuna, como parte de la atención prenatal; proveer atención integral a las mujeres embarazadas infectadas,

incluyendo tratamiento antiretroviral; brindar apoyo psicosocial a las mujeres embarazadas infectadas y a sus familias; promover y obtener que las entidades aseguradoras del SGSSS se involucren y comprometan con el proyecto; y promover y apoyar la implementación de una política específica de salud pública dirigida a mantener en el nivel mínimo el riesgo de la transmisión madre-hijo del VIH en el país.

En Colombia, en lo relacionado con la salud materna, para el período 2002 a 2006 se tiene la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR),¹⁶ la cual presenta un análisis de la situación de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y la relación entre la SSR, los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) y el desarrollo. Igualmente, precisa los principales problemas en torno a los cuales gira la política (maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual). Como parte de la PNSSR, el Gobierno Nacional implementó el Plan de Choque contra la Mortalidad Materna,¹⁷ un programa cuya meta es lograr la reducción del 50% de las muertes maternas evitables en cuatro años.

De otro lado, con el proyecto Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: Un Enfoque Comunitario,¹⁸ se espera reducir la incidencia de la enfermedad en 50% y la mortalidad en al menos 70% en las zonas fronterizas. De este proyecto además hacen parte Ecuador, Perú y Venezuela, y busca la integración en las áreas fronterizas para incrementar el acceso a los servicios de salud, mejorar la calidad y la recolección de información para la toma de decisiones y diseño de intervenciones.

Finalmente, se tiene el sistema de vigilancia epidemiológica, el cual se establece para

la recolección sistemática de información sobre problemas específicos de salud en poblaciones, su procesamiento y análisis y su oportuna utilización por quienes deben tomar decisiones

de intervención para la prevención y control de los riesgos o daños correspondientes.¹⁹

Particularmente, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA) elabora periódicamente los Protocolos de Vigilancia Epidemiológica para el Departamento,²⁰ que establecen las pautas de acción y orientación para los equipos de salud sobre el qué hacer frente a una determinada patología, factor de riesgo o evento de importancia en salud pública.

Conclusión

El propósito planteado en los ODM, ha sido en Colombia una aspiración largamente anhelada que ha sido incluso motivo de acciones desde el anterior Sistema Nacional de Salud, como propósito no surge sólo a partir de septiembre de 2000. El tema del desarrollo ha sido una preocupación y motivo de debate constante del ser humano, especialmente si se entiende como el logro de mejores condiciones de vida para todos. Colombia no es ajena a estas discusiones y prueba de esto es que el país ha generado políticas públicas, programas y normas que de alguna manera vienen contribuyendo al logro de los ahora llamados ODM, aunque estas no fueran formuladas para tal fin. Sólo el Documento CONPES Social 91 de 2005 se refiere explícitamente al logro de los Objetivos, estableciendo metas, estrategias e indicadores. El logro de estos Objetivos se soporta primordialmente en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, razón por la cual una adecuada implementación de las Resoluciones 4288 de 1996 y 412 de 2000 y de la Circular 18 de 2004 y el acuerdo 3039 de 2007, contribuirían en mayor medida al logro de ellos. Adicionalmente, un buen sistema de vigilancia epidemiológica permitiría consolidar la información para verificar el cumplimiento de las metas propuestas por el CONPES 91 y tomar decisiones que realmente contribuyan a mejorar el nivel de salud de la población colombiana.

Por lo anterior, quedan los siguientes interrogantes: ¿Será necesario formular políticas públicas

adicionales para el logro de los ODM? ¿Bastará con implementar adecuadamente las políticas vigentes? ¿Tal vez los ODM son una manera de hacer explícita las aspiraciones anteriores en relación a la meta “Salud para Todos en el 2000”?

Referencias bibliográficas

1. Meny I, Thoenig J. El marco conceptual. En: Meny I y Thoenig J. Las políticas públicas. Barcelona: Ariel; 1992: 89-107.
2. Lahera PE. Política y políticas públicas. Santiago de Chile: Naciones Unidas CEPAL. División de Desarrollo Social; 2004: 7. (Serie políticas sociales No. 95). Citado por Molina G. Análisis de políticas públicas de salud. Documento de trabajo. Grupo de investigación en gestión y políticas de salud. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2005.
3. Naciones Unidas. Asamblea General. Aplicación de la declaración del milenio: informe del Secretario General. Nueva York: Naciones Unidas; 2004. (Informe A/59/282).
4. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: Naciones Unidas; 2005. (Informe de 2005).
5. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2005. (Informe LC/G.2331).
6. Colombia. Corte Constitucional. Constitución Política de Colombia. Bogotá, s.e.; 1991.
7. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 100 de diciembre 23 de 1993. Crea el Sistema de Seguridad Social Integral y dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
8. Departamento Nacional de Planeación. Plan de Desarrollo, 2002-2006: hacia un Estado comunitario. [en línea] 2006 [consulta: 18 de junio de 2006]. Disponible en: URL: <http://www.dnp.gov.co>
9. Colombia. Departamento de Planeación Nacional. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2005. (Documento CONPES Social No 91).
10. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de febrero 25 de 2000. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
11. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 3384 de 2000 (modifica parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000). Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
12. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 4288 de noviembre 20 de 1996. Plan de Atención Básica (PAB) del SGSSS y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Salud; 1996.
13. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Circular n° 18 de febrero 18 de 2004. Lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del Plan de Atención Básica (PAB) 2004 – 2007 y de los recursos asignados para salud pública. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.
14. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia – MANA. [en línea] 2006 [consulta: 18 de junio de 2006]. Disponible en: URL: <http://www.dssa.gov.co>
15. García Bernal R. VIH/SIDA en las Américas: situación y perspectivas. Reducción de la transmisión vertical del VIH en Colombia. [en línea] 2006 [consulta: 18 de junio de 2006]. Disponible en: URL: <http://medicina.udea.edu.co/Publicaciones/iatreia/Vol17%20No3%20-%20Sep%202004/simposiopres.pdf>
16. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá: Dirección General de Salud Pública; 2003.
17. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.
18. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Comunidad Andina refuerza lucha contra la malaria. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006. (Boletín de Prensa n° 038 de 2006).
19. Castellanós PL. La práctica de la vigilancia epidemiológica en la salud pública contemporánea. En: Martínez Navarro F. Vigilancia epidemiológica. Madrid: Mc GrawHill Interamericana; 2004:16.
20. Antioquia. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Protocolos de vigilancia epidemiológica. 5ª ed. Medellín: Dirección de Salud Pública; 2001.

Capítulo 4

Política pública de primera infancia

Francy Nelly Pérez Becerra

*Cada niño debería tener el mejor comienzo posible en la vida;
cada niño debería recibir una educación básica de buena calidad
y cada niño debería tener la oportunidad de desarrollar cabalmente
su potencial y contribuir significativamente a la sociedad.*
Kofi Annan

Introducción

La primera infancia es definida como la etapa del ciclo vital que comprende el desarrollo de los niños desde su gestación hasta los 6 años de vida,

un momento crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social. Además, de ser decisiva para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social.¹

En la literatura está ampliamente ilustrado que las bases del desarrollo humano se cimientan en los primeros años y que la adecuada atención de los niños y niñas en la primera infancia, por parte de la familia, las instituciones y la sociedad,

se convierte, no sólo en una estrategia esencial de lucha contra la pobreza, ya que contribuye a superar el círculo vicioso que la reproduce, la diversifica y la hace más compleja, sino que es al mismo tiempo, una estrategia para el desarrollo humano y social de un país y una

estrategia para luchar contra los factores que niegan los derechos sociales y políticos.^{2,3}

Las políticas públicas en general son definidas, por Andre Roth,⁴ como las acciones decididas llevadas a cabo y autorizadas por el Estado, para el caso de los niños y niñas menores de 6 años se constituyen en la herramienta que garantiza el cumplimiento y el respeto de sus derechos, considerados como bienes públicos fundamentales constitutivos de una sociedad democrática. Estos empiezan desde su nacimiento, y continúan con el derecho a crecer y desarrollar cabalmente su potencial cognoscitivo, emocional, social y físico, y se deben cumplir ahora y no en el futuro.^{4,5,6,7} Al respecto, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) tiene como primera meta: “el mejor comienzo posible en la vida para todos los niños y niñas sin excepción”,⁸ y concibe un enfoque integral de las políticas y los programas para los niños y niñas, para sus padres y madres y para quienes los cuidan.

El tema de la primera infancia está dando un viraje en la familia, la sociedad y el estado, que parte de una nueva concepción del niño o niña

como un ser humano completo y competente para cada etapa, un ser social con un papel activo en su proceso de desarrollo e, igualmente, un sujeto de derechos y deberes, los cuales deben estar orientados a la supervivencia, el desarrollo, la protección y la participación.^{1,9,10,11,12} El cumplimiento de los derechos de la primera infancia, si bien es un asunto que no sólo le atañe al Estado, sino también a la familia y la sociedad, en la perspectiva planteada es el Estado el directamente responsable de garantizar las condiciones materiales, jurídicas e institucionales para respetar, promover, cumplir y proteger los derechos de los niños y niñas en su conjunto, como prevalentes sobre los derechos de los demás.¹³ De esta manera, el presente documento realiza un análisis de la respuesta estatal encarnada en las políticas públicas y de la sociedad frente a la primera infancia, como población que continúa siendo invisible.

Descripción de la problemática

Históricamente la sociedad no ha otorgado valor a la primera infancia, esto quizá se explica desde la concepción misma del niño o niña, como un objeto pasivo, como un ser incompleto, en construcción, que sólo en el futuro será persona. Esta postura no ha permitido el respeto por la dignidad y el valor del niño como persona humana. El no pensarlos desde su nacimiento como personas se traduce en una vulneración de sus derechos.^{10,13,14} A pesar de los esfuerzos legales, técnicos y políticos se presentan, no pocas ocasiones, en las que se quebrantan los derechos de los niños y niñas, a través de los malos tratos, el abandono, la enfermedad infantil, la desnutrición, las barreras de acceso a una educación inicial de calidad, las inequidades y la exclusión; así como las carencias de cuidado, afecto, protección. Todo esto justifica, por tanto, el desarrollo de una política orientada a los menores de 6 años.^{13,15}

Derecho a la salud y a la supervivencia

En términos generales, más de la mitad de todos los niños y niñas a nivel mundial viven en condicio-

nes de pobreza, y forman parte de los más de 600 millones nacidos en los países del mundo en vía de desarrollo.¹¹ Según la UNICEF, muchos niños y niñas están creciendo sin la nutrición básica, sin cuidados en salud, sin estimulación e interacción, aspectos necesarios para promover un crecimiento y un desarrollo saludables.¹⁶ La literatura mundial argumenta que la pobreza, la exclusión social y la inequidad, producen una mayor afectación en los niños y niñas, pues ponen en peligro su derecho a la supervivencia, al crecimiento y desarrollo, valorados no sólo como el daño presente, sino el causado al ser potencial del futuro.^{5,17} Al respecto, Robert Myers dice:

muchas de las condiciones de pobreza y estrés que antes ponían a los niños y niñas en riesgo de morir, ahora los expone al riesgo de dañar su desarrollo físico, mental, social y emocional en los primeros meses y años de vida.¹⁰

La situación de pobreza en la niñez colombiana es alarmante. Para una población total del país que se estimó en unas 43.608.000 personas para el 2005, un 12,7%, es decir 5.524.000, son menores de 6 años. Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el 2005, cuando el 50,3% de la población total del país percibía un ingreso por debajo de la línea de pobreza, la proporción de menores de 6 años en estas condiciones alcanzó un 65,1%, es decir, 6 de cada 10 niños o niñas están privados de un entorno protector, situación que pone en riesgo su desarrollo.⁹

En Colombia la tasa de mortalidad de menores de un año, por mil nacidos vivos, pasó de 37 en 1990, a 28,1 para el año 2000 y a 19 en el 2005. A pesar de estos avances, persisten grandes diferencias entre las regiones del país. La tasa de mortalidad de menores de 5 años, ha disminuido desde 35 en 1990, 26 para el año 2000 y 21 por mil nacidos vivos para el año 2005, siendo de 17 por mil en la zona urbana y 24 por mil en la rural.¹⁸ Entre las causas de morbilidad y mortalidad de los

niños y niñas menores de 5 años predominan las relacionadas con el período perinatal, la Infección Respiratoria Aguda (IRA), las deficiencias nutricionales, accidentes e infecciosas intestinales.¹⁹ Con cifras de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e IRA para el 2005, del 15 y 32.5 por cien mil nacidos vivos respectivamente.¹⁸ Las coberturas nacionales de vacunación han variado, en 1997 con un 88%, en 1999 descendieron a 75%, para el año 2000 aumentaron al 92%¹⁸ y en el 2005 disminuyeron al 87%.²⁰ En cuanto a la prevalencia de la discapacidad no es conocida con precisión; el Ministerio de Protección Social, para el 2001, aseguró que el 12% de la población colombiana presenta alguna discapacidad física, mental o sensorial, de los cuales el 60% son menores de edad,²¹ y en otra proyección se estima que la cifra alcanzaría los 2.500.000 de niños o niñas con discapacidad,²² dato que también cita la UNICEF.²³

Derecho al buen trato

En los últimos años, y actualmente en Colombia, la infancia se viene relacionando con maltrato, trabajo, explotación sexual y desplazamiento. En el censo del 2005 no se estableció cuántos niños y niñas hay en el país, es una cifra de la cual nadie da respuesta y eso engrandece el problema.²⁴ El Ministerio de Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) detectaron, durante la última década, un aumento del número de niños y niñas menores de 10 años inducidos a la prostitución.²⁴ Según el Instituto de Medicina Legal, para el año 2004, la tasa de abuso sexual alcanzó un valor de 62,9 por cien mil niños y niñas menores de 4 años y se registraron 1.687 casos de maltrato infantil para una tasa de 33 por cien mil menores de 4 años.⁹ La UNICEF afirma que en Colombia dos millones de niñas y niños son maltratados al año y cerca de la mitad sufren maltrato severo; el 70% de casos de abuso sexual reportados tienen a una niña o niño como víctima, se estima que 50.000 mujeres, niñas y niños colombianos

han sido víctimas del tráfico de personas hacia el exterior, al igual que la prostitución infantil ha crecido tres veces en los últimos tres años, con cerca de 30.000 niñas y niños vinculados al mercado sexual.¹⁶

Derecho a protección contra la violencia

Según la UNICEF, más de la mitad de la población que ha sido desplazada en Colombia durante los últimos seis años, son niñas o niños (1.100.000). Cerca de 10 de cada 100 víctimas de minas antipersonales son niñas o niños. La Red de Solidaridad Social asevera que para el 2004 unos 138.787 niños o niñas menores de 4 años, es decir, cerca del 3% del total de este rango de edad, han sido víctimas del desplazamiento forzado, y para el 2006 ascendió a 205.450 menores de 4 años, que representan el 4% de los niños o niñas de ese rango de edad.⁹ El enfrentamiento armado tiene reclutados cerca de diez mil niñas o niños. La privación de la libertad a los niños o niñas en conflicto con la ley, es una medida común por el Estado colombiano, contrariando su carácter excepcional, y además tienen que vivir en centros de reclusión que presentan un hacinamiento del 330%.¹⁶

Educación inicial y desarrollo como derecho

Aunque la responsabilidad directa de la crianza y el desarrollo de los niños y niñas es de las madres y padres, en Colombia el contexto para su desempeño es complejo y difícil para muchos de ellos, sumado esto a la carencia de redes de apoyo a las familias.²⁵

Con respecto a la cobertura en educación inicial, los niños de 5 y 6 años son atendidos en su mayoría por el sector educativo con tasas de cobertura bruta del 90% en transición y superiores al 100% en primero. Por su parte, el 52% de los niños menores de 5 años, según datos del DANE para el 2003, se quedaron en casa con su padre o madre; y los que son atendidos, lo están en

un 44%, por los hogares comunitarios del ICBF, según datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2003.⁹

Antecedentes y directrices internacionales de la política

La sociedad de todas las naciones “otorgó al niño o niña la condición de sujeto de pleno derecho, a través de la Convención de los Derechos de los Niños en 1989”. Esta estuvo precedida por la Primera Declaración de los Derechos del Niño, en 1924, tras las graves consecuencias de la primera guerra mundial, la cual no tuvo mucho influjo en la sociedad. Y por la Segunda Declaración de los Derechos del Niño en 1959, promulgada por la ONU, que no vincula de forma directa a los Estados, “sólo es entendida como la expresión de unos principios que obligan moralmente a las sociedades, que recoge derechos elementales derivados de la Ley Natural”.¹⁴ La Convención de 1989, ha logrado una amplia aceptación en la comunidad internacional (más de 180 Estados miembros la han refrendado), aunque su aplicación está condicionada a la desigualdad e insolidaridad que caracteriza a la sociedad de la globalización.¹⁴

Además de esta memorable Convención, hubo distintas acciones internacionales a favor de la infancia: El Año Internacional del Niño en 1979: durante todo el año se llevaron a cabo celebraciones en todo el mundo, y los pueblos y las organizaciones reiteraron su compromiso con los derechos de los niños y niñas. La Conferencia Mundial sobre “Educación para todos” en 1990: en un marco de acción para orientar a los gobiernos y a la sociedad civil en la creación de planes nacionales de acción, con objetivos que debían conseguirse antes del final del decenio, como lo es:

La ampliación de las actividades relativas al cuidado y desarrollo de la primera infancia, incluyendo intervenciones con la familia y la comunidad, especialmente para niños pobres, desfavorecidos y discapacitados (Artículo 5, Párrafo 8).²⁶

Un año después, se llevó a cabo La Cumbre Mundial a favor de la Infancia en 1991, en Nueva York, en la que participaron Jefes de Estado y Gobierno de todo el mundo, y establecieron metas para el decenio en materia de salud, nutrición y educación de los niños y niñas. Luego, la Declaración de Beijing de 1995, de las Naciones Unidas, sobre las reglas mínimas para la administración de la Justicia de Menores. Finalmente, se celebra la Asamblea General de Naciones Unidas en mayo de 2002, donde revisan los acuerdos contraídos por la comunidad internacional con la niñez en los años 90, y se hace seguimiento a los compromisos establecidos por la comunidad internacional en la cumbre mundial de Educación para Todos en Dakar, en el 2000.

Antecedentes y directrices nacionales de la política

Por su parte, Colombia ratifica la Convención Internacional sobre los derechos del niño de 1989, por medio de la Ley 12 de 1991, y siguiendo los lineamientos de esta Convención la Asamblea Nacional Constituyente que reformó la Carta Magna, introdujo un cambio en la concepción social de la infancia: los niños deben ser reconocidos como sujetos sociales y como ciudadanos con derechos en contextos democráticos, e incluyó el criterio y los principios de protección integral a la niñez, en su doble dimensión: garantía de los derechos de los niños y protección en condiciones especialmente difíciles. Establece los derechos de los niños como fundamentales, que prevalecen sobre los de los demás, y enfatiza la responsabilidad del Estado, la sociedad y la familia, en la obligación de asistir y proteger a los niños y las niñas para asegurar su desarrollo integral en ejercicio pleno de sus derechos.²⁷

En 1994, se realizó en Bogotá la segunda reunión americana sobre infancia y política social, cuyo producto se publicó en la Agenda 2000: “Ahora los niños”, donde se adquiere un compromiso político que entiende al niño o niña en tres

dimensiones: sujeto de derecho, agente de desarrollo y constructor de democracia.²⁸ Desde entonces, y en el marco de los compromisos mundiales, Colombia adopta el Plan De Acción Nacional: “Plan País” o Plan Decenal de la Infancia (2004-2015), que parte de los intereses superiores de los niños en cuanto a la promoción de una vida sana, el acceso a una educación de calidad, la protección contra los malos tratos y plantea la necesidad de construir un sistema integrado de información sobre la niñez, que permita la formulación y evaluación conjuntas de acciones, como una estrategia básica para la construcción de política pública.²⁹ Adicionalmente como respuesta legislativa a los postulados de la Convención sobre los Derechos del Niño, el Congreso de la República expide la Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006 Código de la Infancia y la Adolescencia. Específicamente, el Artículo 29 establece:

derecho al desarrollo integral en la primera infancia, como la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero a los seis años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.

Política de primera infancia

La movilización por la política de primera infancia en Colombia tuvo origen en el 2002, en la Alianza por la Política Pública de Infancia y Adolescencia, a través de un grupo de trabajo integrado por el ICBF, el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), el Centro Internacional de Educación y Desarrollo (CINDE), Save the Children y la UNICEF. En el 2004 este grupo de trabajo se amplía a otras instituciones¹ bajo la coordinación del ICBF.

La preocupación por la orientación de la política para la primera infancia impulsó la realización en 2003 de un Primer Foro Internacional: Primera Infancia y Desarrollo, el Desafío de la Década. Dos años más tarde se da inicio al Programa de Apoyo para la Formulación de la Política de Primera Infancia en Colombia, con el objetivo de definir un marco institucional y un sistema de gestión local, regional y nacional, que permitiera garantizar los derechos de la primera infancia, ampliar coberturas, mejorar la calidad del programa y buscar estrategias para empoderar a las familias y a la comunidad. En 2005, en el marco del mencionado Programa, se realizó el Segundo Foro Internacional: Movilización por la Primera Infancia. Y en la fase posforo se implementaron las acciones regionales, con la movilización de los diferentes sectores del nivel local, con una amplia participación de los actores que trabajan directamente con los niños y niñas menores de 6 años. Finalmente, en junio de 2006, se culminó la formulación de la política pública con la aprobación del documento de Política Pública de Primera Infancia en el Congreso de la República. Tal vez lo más difícil, pero indispensable, sea implementar

I Las instituciones que conforman el comité técnico del Programa para la Política de Primera Infancia son: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), CINDE, DABS, Departamento Nacional de Planeación (DNP), Fondo para la Acción Ambiental y la Niñez, ICBF, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Protección Social, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Plan Internacional, Pontificia Universidad Javeriana, Save the Children, Universidad de Manizales, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Pedagógica Nacional, UNICEF, Visión Mundial.

la política a través del plan de acción, proyectado hasta el 2015.

El propósito de esta política es “Garantizar el ejercicio de los derechos de los niños y niñas menores de 6 años, relevante para el desarrollo de la primera infancia e indispensable para elevar su calidad de vida”, en coherencia con las directrices y principios que proponen un desarrollo integral de los niños y niñas como un derecho universal. Esta política concibe al niño o niña desde sus primeros años como “ser social, sujeto pleno de derechos, activo y en proceso de construcción”; y propone una perspectiva de derechos y protección integral a partir de la convención internacional de los derechos del niño como marco ético de las políticas, acciones, programas y decisiones. Incluye la equidad, inclusión social, corresponsabilidad e integralidad como principios fundamentales para el ejercicio de los derechos y su aplicabilidad desde la primera infancia, y a la vez como principios que orientan la política pública para esta población.¹³

Desde el 2007 se están desarrollando la definición del financiamiento de la política y la adopción de un sistema de evaluación y monitoreo de la misma, bajo el liderazgo del ICBF. Se espera que el documento de la política sea un instrumento que soporte la toma de decisiones, que se adopte como marco orientador de los programas y proyectos dirigidos a la primera infancia, que incentive el compromiso de las entidades territoriales para el desarrollo de políticas y planes locales, y que institucionalice el proceso de construcción de la política. El reto fundamental de la política pública de primera infancia es hacer de ella, no sólo uno de los ejes centrales de las políticas sociales, sino también de las políticas de desarrollo del país. Para terminar será preparado un Plan de Acción Nacional a favor de la primera infancia, denominado “Colombia por la Infancia”, que adoptará las orientaciones del Documento Marco de Política, y luego será sometido al Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) para su consideración por parte el gobierno nacional, en

alianza con los entes territoriales, organizaciones de la sociedad civil, universidades y organismos internacionales.¹³

Finalmente, en un marco más amplio, se aprobó el Decreto número 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. En su Capítulo V, entre las prioridades nacionales en salud, está la Salud Infantil, con unas metas nacionales de reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año, lograr mantener la cobertura de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), por encima de 95%, en niños y niñas menores de 1 año y reducir a 24 por cien mil la tasa de mortalidad en menores de 5 años; con estrategias de promoción de la salud y calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento. Este plan es de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes territoriales y en los planes operativos de las entidades Promotoras de Salud (EPS), en coherencia con los perfiles de salud territorial.

Conclusiones

Frente a los derechos de los niños y las niñas, las personas adultas y las instituciones públicas y privadas se constituyen en portadoras de deberes, con obligaciones de respetar y proteger el ejercicio de los derechos, así como de facilitar las medidas de orden legal, técnico y presupuestal para la realización plena de los mismos. Se cumple de alguna manera el planteamiento de Amartya Sen,³⁰ sobre los metaderechos, para indicar que es legítima la exigencia de los ciudadanos de políticas que aseguren que los derechos sean realizables. Esto cobra enorme importancia estratégica, ya que, si bien existen circunstancias en que un derecho no puede ser inmediatamente alcanzado por todas las personas, hay situaciones en las que se debe exigir políticas que conduzcan a ese cumplimiento. El metaderecho de los niños y las niñas menores de seis años es su derecho a que exista una política

de primera infancia que los haga realizables en el futuro cercano.

El Estado, la sociedad y las familias en Colombia, han otorgado valor a la primera infancia, lo cual se ve reflejado desde la misma Constitución Nacional, el Plan Decenal de la Infancia (2004-2015), la Ley 1098 de 2006: de Infancia y Adolescencia, el Plan Nacional de Salud Pública (2007-2010), que toma como prioridad número uno la Salud Infantil, hasta la movilización nacional por la Política de Primera Infancia, con el único propósito de garantizar el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas menores de 6 años, indispensable para su desarrollo y fundamental para elevar su calidad de vida. Igualmente, se vislumbra un cambio en la concepción del niño y niña como un “ser social”, que no es objeto sino “sujeto” activo y pleno de derechos, que propende por el respeto de la dignidad y el valor del niño y niña como persona humana. En este sentido, y a pesar de estos logros, en Colombia se continúan vulnerando los derechos de los niños y niñas, ampliamente demostrado en la descripción de la problemática, con manifestaciones de pobreza e inequidad, mortalidad y morbilidad infantil, desnutrición, trabajo infantil, maltrato físico y psicológico, explotación sexual, violencia, desplazamiento, privación de la libertad, barreras para el acceso a una educación inicial de calidad y carencia de redes de apoyo familiar. Es de esperar que este panorama cambie con la implementación de la política de primera infancia.

La política de primera infancia parte de reconocer que uno de sus ejes fundamentales es la familia como la unidad básica de la sociedad, a la cual se le ha delegado la responsabilidad directa de satisfacer los derechos básicos de los niños y niñas. A pesar de que el Estado y la sociedad admiten su corresponsabilidad en la garantía de tales derechos, no muestran un compromiso real y directo hacia las familias en riesgo de vulnerar los de sus hijos, por sus problemas de pobreza, exclusión social y violencia, que le atañen a gran cantidad de familias en Colombia, y es ésta una gran limitación para la

implementación de dicha política. Es importante señalar que no se ha realizado una indagación con profundidad sobre la situación real de las madres, sobre quienes recae la responsabilidad última del cuidado y la formación de estos niños y niñas,³¹ y quienes carecen del apoyo necesario de las redes sociales y del Estado. Esto constituye una gran limitación para la implementación de dicha política.

Referencias bibliográficas

1. Ramírez H. ¿Quién es el niño? En: Posada A, Gómez JF y Ramírez H. El niño sano. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1998.
2. República de Colombia. Colombia por la primera infancia. 1er Foro Internacional: Primera Infancia y Desarrollo. Desafío de la Década. [en línea] 2006 [consulta: 01 de agosto de 2006]. Disponible en: URL: <http://www.primerainfancia.org.co>
3. CINDE, UNICEF. Experiencias significativas de desarrollo infantil temprano en América Latina y el Caribe. Estudios de caso. Coord. Notebook 2005; 27: 30-62.
4. Roth AN. Discurso sin compromiso. La política pública de derechos humanos en Colombia. Bogotá: Editorial Aurora; 2006.
5. Alianza por la niñez colombiana. Acciones para seguir posicionando el tema de primera infancia. [en línea] 2006 [consulta: 01 de agosto de 2006] Disponible en: URL: <http://www.alianzapornianiezcolombiana.org>
6. Arnold C. Posicionando el cuidado y desarrollo de la primera infancia en el siglo XXI. Derechos desde el principio. Coord. Notebook 2005; 28: 2-43.
7. UNESCO. Colombia: Programas de atención y educación de la primera infancia (AEPI). [en línea] 2006 [consulta: 25 de abril de 2007]. Disponible en: URL: <http://unesdoc.unesco.org>
8. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2001. Primera infancia. Nueva York: UNICEF; 2001.
9. República de Colombia. Política de primera infancia. [en línea] 2006 [consulta: 25 de abril de 2007]. Disponible en: URL: <http://www.primerainfancia.org.co>
10. Myers R. Los doce que sobreviven. Fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el tercer mundo. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 1993; 545: 61-99.

11. Bautista F. Hacemos un llamado a la aldea global: Incidencia, comunicaciones y movilización social a favor de la primera infancia. Coord. Notebook 2005; 27: 1-26.
12. Dyer W. La felicidad de nuestros hijos. Familia y educación. Barcelona: Editorial Mondadori; 1986.
13. República de Colombia. Colombia por la primera infancia: Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. [en línea] 2006 [consulta: 25 de abril de 2007]. Disponible en: URL: <http://www.primerainfancia.org.co>
14. Trujillo R. Derechos del niño: evolución y perspectivas desde la pediatría social en el xxv aniversario de la sociedad de pediatría social de la AEP, y x de la convención de los derechos del niño. Islas Canarias. [en línea] 2000 [consulta: 25 de abril de 2007]. Disponible en: URL: <http://www.comtf.es>
15. Dolto F. La causa de los niños. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1986.
16. UNICEF. Situación de la infancia en Colombia. Niños y niñas que necesitan protección especial. [en línea] 2006 [consulta: 25 de abril de 2007]. Disponible en: URL: <http://www.unicef.org.co>
17. Myers R. Indicadores para la primera infancia. En: Búsqueda de indicadores de primera infancia. Coord. Notebook 2005; 25: 3-33.
18. Ministerio de Protección Social. Módulo - Análisis de situación de salud de la infancia 2006: Indicadores Trazadores. [en línea] 2006 [consulta: 26 abril de 2007] Disponible en: URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co>
19. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de enfermedades. Atención Integrada Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). [en línea] 2003 [consulta: 26 abril de 2007]. Disponible en: URL: <http://www.ops.org.co>
20. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2007. La mujer y la infancia. [en línea] 2007 [consulta: 1 agosto de 2006]. Disponible en: URL: <http://www.unicef.org.co>
21. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. Dirección de Salud Pública. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad en Bogotá DC. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2001.
22. Save the Children Suecia. Diagnóstico sobre la situación de niñas, niños y adolescentes en 21 países de América Latina. Informe de Noticias Aliadas para Save the Children – Suecia. Lima: s.e.; 2003.
23. UNICEF. Estado de la infancia en Colombia. UNICEF – Colombia. [en línea] 2002 [consulta: 01 de junio de 2006]. Disponible en: URL: <http://www.unicef.org.co>
24. Rodríguez C. Situación de la infancia: esto no es un ‘juego de niños’. [en línea] 2007 [consulta: 25 de abril de 2007]. Disponible en: URL: <http://www.abc.senado.gov.co>
25. Kliksberg B. La situación social de América Latina y sus impactos sobre la familia y la educación: interrogantes y búsquedas. Educación Hoy 2001; 145: 9-47.
26. UNESCO. Marco de Acción de Dakar: Educación para todos: cumplir nuestros compromisos comunes. [en línea] 2000 [consulta: 06 de febrero de 2007]. Disponible en: URL: <http://www.unesco.org>.
27. UNICEF. Convención sobre los derechos de los niños y las niñas. [en línea] 2005 [consulta: 01 de agosto de 2006]. Disponible en: URL: <http://www.unicef.org.co>
28. Ramírez H. Situación actual de la infancia en Colombia En: Posada A, Gómez JF y Ramírez H. El niño sano. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1998.
29. República de Colombia. Plan Decenal de Infancia (2004-2015) para Colombia: Plan País. [en línea] 2004 [consulta: 11 de diciembre de 2006]. Disponible en: URL: <http://www.alianzaporlaniñez.gov.co>
30. Amartya S. El derecho a no tener hambre. Bogotá: Editorial Universidad Externado de Colombia; 2002.
31. Stern D. La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Barcelona: Paidós Ibérica; 1997.

Capítulo 5

Políticas de lactancia, 1990-2006.

Evidencias del fracaso

Gustavo Alonso Cabrera Arana

Presentación

En Colombia, como consecuencia entre otras variables de la profunda reforma del Estado experimentada en las décadas finales del siglo xx, el seguimiento y análisis de las Políticas Públicas en Salud (PPS) ha ganado interés académico y visibilidad social. En términos generales los académicos estudian y algunos actores sociales, con rasgos técnico-políticos, acompañan el proceso y los resultados de la reforma sectorial en salud, pero pocos toman en cuenta otras formas de abordar las PPS y su efecto en la salud individual y poblacional. Muchos analistas, incluso, aceptan y diseminan en el conjunto de la sociedad colombiana la idea de que la reforma de la salud es en sí misma la política pública sectorial del país.¹ Según Franco y colaboradores, hipotéticamente y en adición a determinantes supranacionales, dos problemas podrían estar incidiendo en esta dinámica: de un lado los referentes, dado que los enfoques teóricos y métodos para el análisis de las PPS no siempre son explícitos ni existe un modelo consensuado para la investigación, análisis y desarrollo de la política; hasta el presente han predominado los enfoques racionalistas y los abordajes empíricos analíticos. Por el otro lado, está la complejidad de los problemas de salud, ya que la interacción

de los diferentes interesados y actores como las intervenciones sectoriales surgen y ocurren en ambientes turbulentos e inciertos. Hoy, si algo se acepta, es el reconocimiento de la complejidad del sector salud colombiano, en particular después de la creación y desarrollo del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).¹

Este texto se desarrolla en el marco de un proyecto realizado por el Grupo de investigación en gestión y políticas en salud de la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, de la Universidad de Antioquia, para diseñar un modelo teórico-fáctico para el análisis de PPS y aplicarlo a subproyectos específicos de los integrantes del grupo de investigación responsables de la iniciativa. Un modelo de análisis de las PPS es la respuesta del grupo a la necesidad de un conocimiento y una metodología que facilite la comunicación investigativa o social entre los interesados en el tema y, en últimas, se convierta en instrumento para la evaluación sistemática y estandarizada de las PPS en Colombia. La aplicación de dicho modelo a subproyectos y asuntos específicos como el VIH/SIDA, lactancia, tercera edad, salud sexual y reproductiva, entre otros, es la oportunidad de generar evidencias de su plausibilidad, de la capacidad del modelo para adelantar análisis sobre la formulación, implementación y evaluación de las PPS.

El subproyecto “Políticas de lactancia, 1990-2006. Evidencias del fracaso”, se propuso abordar esta práctica y sus implicaciones sociales, con el propósito de rastrear elementos de la formulación, implementación y evaluación de la política pública en los años descritos. El énfasis es contrastar las metas de los Planes Nacionales de Alimentación y Nutrición 1996-2005 y del de Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008 con los resultados observados; ambos planes incorporaron las recomendaciones internacionales para el logro de una Lactancia Natural Feliz (LNF). La LNF propone amamantar en la primera hora siguiente al nacimiento; hacerlo en forma exclusiva según demanda del neonato hasta los seis meses de su vida y continuar lactando con alimentación complementaria hasta que el infante cumpla 24 meses de edad.

El problema y la respuesta global

Mejorar la nutrición de la población, especialmente la de comunidades en ciertas zonas geográficas del planeta, la mayoría en países en desarrollo, o que vive en zonas particularmente marginadas de países con una marcada desigualdad, es un imperativo humanitario, social y económico.² Para optimizar la cantidad y la calidad de los alimentos disponibles que son efectivamente consumidos, los gobiernos y actores sociales involucrados en asuntos de seguridad alimentaria deben prestar atención especial a dos grupos poblacionales: infantes y gestantes. La desnutrición, por lo general, empieza *in utero* y puede extenderse a todo lo largo del ciclo vital de ciertas personas e, incluso, dentro del ciclo generacional de familias, comunidades, naciones y zonas del planeta. Una nutrición deficitaria en la vida prenatal o postnatal aumenta en los infantes el riesgo de enfermar y morir; compromete negativamente el desarrollo y bienestar de los futuros adolescentes y adultos.³

La práctica de amamantar es una expresión biopsicológica con registro a todo lo largo de la historia evolutiva de la especie humana; las

diversas e innúmeras ventajas de la lactancia, especialmente las de los binomios niño-madre y familia-sociedad han sido ampliamente documentadas.⁴ La leche humana es el alimento ideal tanto para el crecimiento y desarrollo del bebé, que la recibe de modo exclusivo hasta los seis meses, como para complementar la alimentación del sexto mes a los dos años de vida. Además, en este lapso, protege al infante de la desnutrición, la diarrea, las infecciones respiratorias, reduce la morbilidad y severidad de cualquier evento y las estadísticas de mortalidad en este grupo etario trazador del nivel de vida y salud de las comunidades.

Sin embargo, a partir del final del siglo XIX, con la llegada de la revolución industrial, la urbanización y los cambios sociales, como la inclusión de la mujer al mercado de trabajo, el declive de la práctica de lactar fue un fenómeno observado en todo el mundo con la consecuente aparición de efectos negativos, especialmente en países en desarrollo. Esto provocó el surgimiento, en los años 70 del siglo XX, de un movimiento global por el retorno al amamantamiento y, desde entonces, múltiples iniciativas han sido propuestas a favor de la lactancia natural.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y algunas agencias internacionales como la Alianza Mundial para la Lactancia (WABA, en inglés), promueven hace décadas el amamantamiento natural como la práctica fundamental para la alimentación infantil y la sobrevivencia de ciertos grupos humanos en particular.⁵ Las políticas sociales o de salud que se orientan a la población infantil frecuentemente han reconocido o enfatizado el papel de las mujeres como responsables primarias de la nutrición y crianza. Sin embargo, en el caso particular de lactar, aunque es obvio que son ellas las dotadas fisiológicamente para practicarla, las acciones de promoción, protección y apoyo conciernen a esposos y compañeros, a familiares y comunidades, a empleadores y patronos, así como a funcionarios y personal de la salud, en fin, a toda la sociedad

en perspectiva de género, población y desarrollo sostenible.^{6,7}

La asamblea anual de la OMS promulgó en 1981 el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, para controlar la agresiva publicidad de diversos productos industriales y, así, reducir su introducción precoz de los mismos en la nutrición del recién nacido.⁸ Más tarde, a fines de la misma década de los 80, y luego de un trabajo de varios años de grupos de expertos internacionales y varias organizaciones lideradas por la OMS en conjunto con la UNICEF, se desarrolló la iniciativa denominada: Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMÍ). Esta iniciativa promueve la lactancia natural mediante la oferta eficaz a toda mujer gestante de información relevante sobre las opciones alimentarias que tiene para dar a su bebé, y a aquellas mujeres que eligen amamantar a sus hijos les ofrece una sólida orientación, junto a consejería prenatal para prepararlas sobre el cuidado del neonato y el inicio de la lactancia exitosa en el posparto inmediato.⁹ Así, la iniciativa está basada en diez postulados o pasos de política institucional y de procesos organizacionales necesarios en una institución hospitalaria para proteger, promover y apoyar la lactancia natural en sus servicios de maternidad y neonatología que se reconocen por evidencia de:

1. Una política escrita sobre lactancia, socializada permanentemente a los funcionarios.
2. Capacitación y entrenamiento a los funcionarios en conocimientos y habilidades necesarias para la puesta en marcha de la política institucional sobre lactancia.
3. Información estructurada dada a toda gestante sobre los beneficios y aspectos relevantes de cómo amamantar, preparándola específicamente para hacerlo.
4. Ayuda a la madre para iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Demostración específica sobre cómo dar el seno al recién nacido y cómo mantener la lactancia aún si la madre, por alguna

razón médica, debe separarse de su recién nacido.

6. Prohibición de ofrecer al recién nacido alimentos o bebidas diferentes a la leche materna, a menos que sea por una indicación clínica y médicamente justificada.
7. Alojamiento conjunto para que madres y bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Estímulos y soporte para que la madre lacte a demanda, cada que el bebé lo pida.
9. Prohibición de publicidad y uso de chupos, teteros o similares en la institución.
10. Promoción para la conformación de grupos de apoyo a la lactancia, a los que se remite a las madres con bebés lactantes una vez salen del hospital o clínica.

En agosto de 1990 la UNICEF y la OMS, con el soporte de la Agencia Norteamericana y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, auspiciaron en Florencia, Italia, un encuentro de formuladores de políticas de alto nivel oriundos de 40 países. El encuentro, globalmente reconocido como *Declaración Innocenti*, concluyó con una declaración sobre la importancia y las responsabilidades de los gobernantes para apropiarse de iniciativas que promueven, protegen y apoyan el amamantamiento.¹⁰ En este sentido, la *Declaración Innocenti* incorporó centralmente los diez pasos socializados. Así, los años 90 del siglo xx y lo corrido del siglo xxi han sido prolijos tanto en la intencionalidad política como en la generación y disseminación de evidencias respecto del valor humano y social de esta práctica.^{11,12,13,14}

Situación en Colombia

En relación a los antecedentes en Colombia, en 1978 el Instituto SER de investigación —entonces una organización muy reconocida en el país— levantó la primera línea de base sobre actitudes y hábitos en lactancia de las mujeres colombianas, grupo objetivo del Plan Nacional de Alimentación

y Nutrición. El propósito era tener un referente para evaluar los efectos de una campaña a ser implementada en áreas geográficas cubiertas por las iniciativas del Plan.¹⁵ A partir de esta línea de base, un hito para rastrear evidencias en el país, Paredes y colaboradores,¹⁶ Ruiz¹⁷ y Navarro y Acosta¹⁸ generaron, durante los años 80 del siglo XX, información relevante sobre la situación de esta práctica que, de cierto modo, fue utilizada para preparar e implementar acciones puntuales pero dispersas de intervención en pro del amamantamiento. A fines de los años 80, los datos ya señalaban que las prácticas no eran consistentes con los beneficios conocidos en aspectos como el momento de la iniciación, la duración de la exclusividad y su mantenimiento como lactancia complementaria entre los 6 y los 24 meses de vida de los infantes. Además, la práctica cotidiana en los servicios de salud demostraba que la lactancia exclusiva era bastante menor a las cifras sugeridas en los estudios previos, advirtiendo desde entonces la diferencia entre los hallazgos sobre estas variables, según la metodología empleada por los diversos equipos de investigación.

Entre mayo y agosto de 1990, la entidad privada sin ánimo de lucro Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA) lideró la primera Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud de Colombia (EPDS-I) siguiendo los estándares del programa Demographic and Health Surveys (DHS), del Institute for Resource Development, subsidiario de Macro International Incorporated.¹⁹ El DHS suministraba asistencia financiera y técnica a instituciones gubernamentales y privadas para la ejecución de encuestas en países en vías de desarrollo; los recursos principalmente provenían de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (USAID, en inglés). Los objetivos del programa de encuestas DHS eran en 1990: a. proporcionar a organismos ejecutivos una base de datos y de análisis para facilitar la selección de alternativas y decisiones informadas; b. expandir la base de datos

internacional en población y salud; c. avanzar en la metodología de encuestas por muestreo; d. consolidar la capacidad técnica y los recursos para la implementación de encuestas demográficas en los países participantes. El programa DHS es la fuente de, por ejemplo, publicación de perfiles de las prácticas de lactancia materna en el mundo.¹²

La EPDS-I reveló que el 93% de las informantes con hijos menores de cinco años reportaron haber iniciado y suministrado leche materna; las proporciones más altas se dieron en la zona rural, seguidas por las regiones Atlántica y Oriental y en Bogotá, entre mujeres con parto hospitalario y con algunos años de educación formal. Las subregiones con mayor proporción de niños que iniciaron y recibieron alguna vez seno fueron Chocó-Cauca-Nariño con 97%; Atlántico y Boyacá-Cundinamarca-Meta con 96%; Santanderes y Bolívar-Sucre-Córdoba con 95%. La práctica de iniciación fue menos extendida en el Valle del Cauca y Viejo Caldas con un 89%.

Del total de niños que iniciaron lactancia el 34% lo hicieron en la primera hora y el 53% durante el primer día. La información de las prácticas de amamantamiento con niños menores de 3 años al momento de la encuesta reveló que sólo el 25% de los menores de 2 meses y no más del 12% de niños entre 2 y 3 meses recibían exclusivamente seno. El 84% de niños de 2 a 3 meses recibían alimentación suplementaria; el 66% con 12 meses cumplidos no recibían lactancia complementaria. La duración de la lactancia exclusiva y la total fue estimada en informantes que al momento de la encuesta tenían hijos menores de 3 años. La mediana de lactancia exclusiva fue de 1.5 meses y la total de 12.7 meses; la duración fue mayor con hijos varones de la zona rural (11.4 meses) que en la urbana (7.9), así como en las regiones Atlántica (11.5) y Pacífica (10.2) y en la subregión Chocó-Cauca y Nariño (13.1), y mayor en mujeres de menor educación atendidas por parteras.

Carrasquilla y colaboradores realizaron, entre mayo y septiembre de 1991, un estudio transversal

multicéntrico sobre conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia en colombianas mayores de 14 años en áreas urbanas marginadas de cinco grandes ciudades del país.²⁰ Dicho estudio estableció una línea de base para el diseño, desarrollo y evaluación de un programa del Plan Nacional de Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Materna en Colombia 1991-1994. Este equipo encontró que el 97% de las madres iniciaron el amamantamiento, corroborando el paulatino aumento de esta práctica frente al 90% de 1976, 94% de 1984 y 95% de 1985. En duración total, corroborando datos de 1986,¹⁷ se encontró una mediana de 5 meses, 2 meses menos que lo registrado en 1981 por Paredes.¹⁶ La lactancia complementaria en menores de 3 meses fue del 93%. Este equipo de investigación también estudió las prácticas institucionales de lactancia en grandes ciudades del país; revelaron que en las instituciones se realizan prácticas que a la vez estimulan y desestimulan la LNF.²¹

En los años 1995 y 2000 se adelantaron, respectivamente, la II y la III Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS II y III). En ambas, las madres informantes, con hijos menores de 5 años al momento de la encuesta, fueron interrogadas sobre el inicio y frecuencia de la lactancia y su uso como complementación alimentaria. La ENDS II de 1995 señaló que el 95% de los hijos fueron iniciados en la lactancia; que el 49% de los iniciados lactaron en la primera hora posparto y que el 9% fueron amamantados exclusivamente hasta los 6 meses de vida. Los dos meses fue la mediana de introducción de alimentos complementarios en la dieta; la lactancia total tuvo mediana de 11 meses.²² La ENDS III del 2000²³ ratificó que el 96% de niños menores de 5 años al momento de la encuesta fueron amamantados en las primeras 24 horas de vida, pero sólo 61% lo hizo en la primera hora posnatal como es recomendado. La iniciación en la primera hora fue más frecuente en nacidos por comadrona (74%), en la subregión Tolima-Huila-Caquetá (72%), en zona rural

(66%) y en la región Atlántica (66%). Iniciaron más tarde mujeres con parto atendido por médicos en clínica privada (60%), de Bogotá o con educación universitaria (50%). Según recordatorio de 24 horas preencuesta, el 2% de niños menores de 2 meses no lactaban; un 50% de los lactados lo hacían de modo exclusivo y el 43% restante recibían suplementos. En niños de 2 a 3 meses no lactaba el 7%; con niños de 6 a 7 meses sólo el 2% lactaba de modo exclusivo. La lactancia total promedió 16 meses; la mediana del país se estimó en 13 meses, la de la zona rural en 16, en Boyacá-Cundinamarca-Meta en 17 y en Cauca-Nariño en 18. En ciudades la mediana fue de 10 meses aproximadamente: 10 en Medellín, 9 en Bogotá, 8 en Cali y en capitales de la subregión Caldas-Risaralda-Quindío. La duración total disminuyó a medida que la madre era más educada, de 17 meses de lactancia mediana en niños con madres con educación básica primaria hasta apenas 6 meses en madres con universidad.²³

Los trabajos de Cabrera y colaboradores en el Valle del Cauca en 2001^{24,25} y, en particular, el trabajo del mismo grupo realizado en Cali en el 2003,^{26,27,28} corroboraron las evidencias negativas respecto de la práctica de lactar en forma natural, y de una manera crítica discutieron los sesgos, principalmente el de memoria, hasta entonces poco señalados y nunca suficientemente discutidos en los resultados aparentemente favorables de las encuestas nacionales. En el Valle del Cauca, en una muestra de diez hospitales públicos, se identificó el bajo grado de implementación de los diez pasos previstos en la iniciativa IAMI, excepto la oferta de la lactancia exclusiva a demanda del neonato y el alojamiento conjunto.²⁴ En Cali, siguiendo una cohorte prospectiva de 438 primigestantes, algo nunca hecho en Colombia, se registró que al día 8 de vida postnatal lactaban exclusivamente 53% de los infantes involucrados, al día 30 el 27%, al 60 el 15%, al 90 el 9%, al 120 el 5%, al 150 un 2% y al 180 sólo el 1%, una décima del reporte histórico de todos los estudios que midieron, hasta

entonces, esta práctica con base en información retrospectiva.²⁷ La ENDS IV, efectuada a mediados del 2005, reveló que el 97% de las madres iniciaron la lactancia de su último hijo, un poco más frecuente en zona rural y en las subregiones de la costa Atlántica junto a San Andrés, Bogotá, Cauca y Nariño sin litoral y Santanderes, con mayor iniciación en nacidos en casa y no en hospital o clínica. Un 49% reportó haber ofrecido el seno durante la primera hora, 22% más en 24 horas y el 100% acumulado al tercer día de nacimiento. La lactancia exclusiva tuvo para 2005 una mediana nacional de 2.2 meses: Boyacá con el mayor valor (5.3 meses) y Santanderes, Bolívar y Cesar con el menor (0.6 meses). La total para Colombia tuvo una mediana de 14.9 meses, fue mayor en el eje Cauca-Nariño, en zona rural, en niñas, entre mujeres sin educación formal y más pobres. La duración total fue menor en el Valle del Cauca, sin Cali ni el litoral.²⁹

Conclusión

En el marco de las evidencias presentadas, particularmente las prácticas de lactancia materna exclusiva y su duración total en Colombia entre los años 1990 y 2005, tienen una frecuencia significativamente inferior a las metas de los Planes Nacionales de Alimentación y Nutrición y los específicos para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia 1991-1994 y a los planes siguientes vigentes hasta el año 2008. En el contexto de la reforma sectorial iniciada en Colombia desde los años 90 del siglo xx y de los referentes legales de implementación de la Ley 100 de 1993, por la cual se creó el actual SGSSS, el Estado y la sociedad colombiana no estructuraron recursos normativos o educativos coherentes con las metas de los planes para lograr la LNF en el país.

Referencias bibliográficas

1. Franco A, Molina G, Cabrera G. Lo estratégico para el desarrollo del Grupo de investigación en gestión

- y políticas de salud. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública UdeA; 2005. (Documento interno).
2. Allen L, Gillespie S. What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions. Manila: Banco de Desarrollo de Asia y Subcomité de Nutrición de Naciones Unidas; 2001.
3. World Health Assembly. Infant and Young Child Nutrition. Geneva: WHO; 2001.
4. Schanler R, ed. Breastfeeding Part I: the Evidence. *Pediatric Clin North Am* 2001; 48: 1-26.
5. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and use of Human Milk. *Pediatrics* 1997; 100: 1035.
6. Departamento Nacional de Planeación y Consejería para la Política Social. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005. Bogotá: DNP/CPS; 1996.
7. Valdes A, Coord. Plan decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna 1998-2008. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia; 1998.
8. Venancio S, Monteiro C. A tendencia da pratica da amamentacao no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1 (1): 40-9.
9. World Health Organization/United Nations Infant Fund. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: the Special Role of Maternity Services. Geneva: WHO/UNICEF; 1989.
10. WHO, UNICEF, USAID & SAID. Innocenti Declaration on Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Firenze Italy; 1990.
11. Population Reference Bureau. Perfil de la lactancia materna en el mundo en desarrollo. Washington DC: PRB / Measure Communication; 1999.
12. World Alliance for Breastfeeding Action. Breastfeeding-the best Investment: A Report of World Breastfeeding Week 1998 Activities. Penang Malaysia: WABA; 2000.
13. Allen L, Gillespie S. What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions. Manila: Banco de Desarrollo de Asia y Subcomité de Nutrición de Naciones Unidas; 2001.
14. World Health Organization. Report of experts on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva: WHO; 2002.
15. Aldana E, Durán F, Becerra C, Varela J, Vélez E. Línea de base de la encuesta sobre lactancia materna 1978. Bogotá: Instituto SER de investigación; 1979.
16. Paredes B, Rodríguez E, Escobar I. La lactancia materna en Colombia: capítulo especial de la encuesta nacional de alimentación y vivienda. Bogotá: DRI-PAN / UNICEF; 1984.

17. Ruiz M. Salud materno infantil y factores asociados: encuesta de prevalencia, demografía y salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1988.
18. Navarro L, Acosta F. Situación nutricional y patrones de alimentación en menores de 5 años: encuesta nacional de conocimientos, actitudes y prácticas en salud 1986-1989. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 1990.
19. PROFAMILIA. I Encuesta Colombia de Prevalencia, Demografía y Salud 1990. Bogotá: PROFAMILIA/DHS-IRD-Macro Internacional Inc.; 1991.
20. Carrasquilla G, Osorno J, Samper B, Soto A, Vásquez C. Lactancia materna en zonas marginadas de grandes ciudades colombianas: encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas. Bogotá: Fundación FES Social y Fundación Santa Fé de Bogotá; 1992.
21. Carrasquilla G, Osorno J, Samper B, Soto A, Vásquez C. Lactancia materna en instituciones de salud de grandes ciudades colombianas. Cali: Fundación FES Social; 1994.
22. PROFAMILIA. II Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995. Bogotá: PROFAMILIA/DHS-IRD-Macro Internacional Inc.; 1995.
23. PROFAMILIA. Lactancia y nutrición de niños y madres. En III Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva: Resultados. Bogotá: PROFAMILIA; 2000: 134-54.
24. Cabrera G. La iniciativa IAMI en hospitales del Valle del Cauca-Colombia, 2001. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2002; 20 (1): 75-88.
25. Cabrera G, Mateus J, Carvajal R. Conocimientos de lactancia en el Valle del Cauca, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2003; 21 (1): 27-41.
26. Díaz C, Cabrera G, Mateus J. Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali. Colombia Médica 2003; 34 (3): 120-124.
27. Cabrera G, Mateus J, Girón S. Duración de lactancia exclusiva en Cali, Colombia 2003. Colombia Médica 2004; 35 (3): 131-137.
28. Girón S, Mateus J, Cabrera G. Costos del abandono precoz de lactancia materna en Cali. Sometido a Cadernos de Saúde Pública en marzo de 2007; código manuscrito en revisión de editores 300/07.
29. Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa L. IV Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: PROFAMILIA/Macro Internacional Inc.; 2005.

Capítulo 6

Ideales sin sustrato: políticas públicas para la accesibilidad a los servicios de salud en la niñez en situación de calle

*Iván Felipe Muñoz Echeverri
Javier de Jesús Araque Acevedo*

Introducción

En la literatura internacional está ampliamente identificado que los niños y niñas en situación de calle son una población con múltiples y severos riesgos para la salud y la supervivencia.^{1,2,3} Lo cual, sumado a la existencia de algunos estudios que exponen barreras y limitaciones para el acceso a los servicios de salud,^{4,5,6,7} y la condición de exclusión social e invisibilización a la que se ven sometidos, que en ocasiones ellos mismos inducen, hacen necesaria una reflexión profunda sobre la vigencia del derecho a la salud en este grupo etario.

El derecho a la salud en la niñez colombiana está amparado como derecho fundamental en la Constitución Nacional de 1991, obligando, de esta manera, al Estado Colombiano a establecer los mecanismos necesarios para la promoción y defensa de este, y dotándolo del poder suficiente para actuar en

función de su garantía. Así, es el Estado el garante del derecho a la salud de toda la niñez del país.

El papel estatal en la garantía de los derechos de la población es ejercido por medio de las políticas públicas, las cuales son definidas, por Thoenig, como la expresión del actuar de un Estado⁸ y, por Dye, como la concreción de las prioridades políticas de un gobierno.⁹ De este modo, se puede decir que las políticas públicas son el mecanismo que el Estado usa para promover los derechos de la población, en este caso particular, es el derecho a la salud de la niñez en situación de calle.

Dada la amplitud de significantes que incluye la concepción del derecho a la salud, se abordará, en este texto, una de sus facetas más tangibles, la accesibilidad a los servicios sanitarios,¹ la cual, como explica la Defensoría del Pueblo,¹⁰ es una de las partes o, “calidades”, de la promoción de este derecho.¹¹

-
- I Entendidos desde la mirada amplia, o sea, aquellos que van dirigidos a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención y rehabilitación en salud, y no sólo aquellos encargados de la curación de la enfermedad.
 - II Para la Defensoría del Pueblo, el derecho a la salud se entiende desde tres calidades: a. como derecho fundamental (por conexidad con la vida o por mandato constitucional expreso como en el caso de los niños y niñas), b. como derecho de carácter asistencial (al que nos referimos en el texto), y c. como derecho de índole colectivo, “salubridad pública”.

Con base en los argumentos expuestos, el presente documento intenta analizar la respuesta estatal, encarnada en las políticas públicas, frente al fenómeno de la niñez en situación de calle, particularmente en el tema del derecho a la salud y específicamente relacionado con la accesibilidad a los servicios de salud.

Se parte de la no existencia de una política pública explícita y específica para garantizar el derecho a la salud en este grupo poblacional, por lo tanto, se realiza un rastreo en la normatividad vigente para descubrir los lineamientos de política existentes al respecto, los cuales serán nuestro objeto de análisis.

Descripción de la problemática: la niñez en situación de calle

La población de niños y niñas en situación de calle es definida por las Naciones Unidas como

un niño o niña para quien la calle, en el amplio sentido de la palabra, se ha tornado en su residencia y/o fuente de sobrevivencia, y quien no está protegido adecuadamente o no se encuentra bajo responsabilidad de adultos.¹¹

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), existen 100 millones de niños y niñas abandonados en todo el mundo, de los cuales, cerca de la mitad (40 Millones) habitan en América Latina.¹² En Colombia, para la década del 90, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) estima en cerca de 30.000 los niños y niñas que pasan en la calle la gran mayoría de su tiempo¹² y, de estos, se calcula unos 12.000 niños y niñas en situación de calle propiamente dicho.¹³ Para la ciudad de Medellín los datos más recientes son aportados por el Censo Sectorial de Habitantes de y en la Calle, realizado por el DANE y la Secretaría de Solidaridad —ahora Secretaría de Bienestar

Social— en el 2002,¹⁴ que, en ese entonces, reportó un número total de 6.913 habitantes en la calle, de los cuales 4.048 eran niños y niñas en situación de calle.

Las causas de este fenómeno han sido analizadas por muchos autores que convienen en la multicausalidad y complejidad de esta situación, destacando la pobreza económica familiar como el principal detonante;^{15,16} se resaltan, además, otras situaciones causales como el desplazamiento y migración a las ciudades,¹⁷ la disfunción o desintegración familiar,^{15,16} el fracaso y la deserción escolar,¹⁸ el consumo o adicción a sustancias psicoactivas,¹⁶ el deseo de libertad y la atracción por “las emociones de la subcultura callejera”,^{16,17} entre otras. Las principales actividades que estos niños y niñas realizan son en función de suplir las necesidades básicas prioritarias, especialmente alimentación, refugio y consumo de sustancias psicoactivas,¹⁹ desempeñándose principalmente como mendigos,²⁰ o realizando pequeños trabajos como lustrar botas, vender confites o flores, cuidar y limpiar carros; o, incluso, ejerciendo actividades delincuenciales como robo o distribución de estupefacientes.^{4,19,20} Debido a la exclusión y estigmatización social y a la aparición de grupos armados con el fin de exterminarlos, llamados “grupos de limpieza social”, estos niños y niñas se ven obligados a una gran movilidad a través de la ciudad y entre ciudades,¹¹ a “camuflarse” en las calles para no ser vistos o pasar inadvertidos,¹⁹ al uso de seudónimos y al desecho de los documentos de identidad para esconder su nombre y edad reales.

Dadas las características y dinámica propia de esta población, un niño o niña en situación de calle está expuesto a una incontable cadena de riesgos y peligros para la salud,^{1,2,3,4,5} destacándose dentro de estos: mala nutrición,^{11,16,21} uso y abuso de psicoactivos;^{20,22,23,24} maltrato físico y abuso sexual,^{12,16,20,25} conductas sexuales de riesgo e infecciones de transmisión sexual,^{4,16} otras enfermedades

III Concepto conocido como transhumancia.¹⁹

físicas^{11,17} o mentales^{6,25} y diferentes grados y tipos de discapacidad. Todos los anteriores, eslabones de una gran cadena de vulneración, que pueden llegar con regular frecuencia a la muerte, especialmente en condiciones violentas.^{16,18,20} La situación de calle, de esta manera, además de ser una categoría insalubre, es un espacio de violación constante de los derechos y una de las problemáticas más graves a las que se pueda enfrentar un niño o niña. Asunto denunciado por organizaciones internacionales como la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos,¹⁸ el Instituto Interamericano del Niño (IIN)^{22,IV} y la UNICEF.²⁶

Dadas estas características especiales de riesgo, se expone a continuación la respuesta que el Estado Colombiano ha planteado frente al derecho a la salud y, específicamente, la accesibilidad a los servicios de salud como una de sus expresiones principales.

Antecedentes y directrices para el acceso a los servicios de salud en la niñez en situación de calle

Política internacional: fundamentación filosófica del derecho a la salud en la niñez

La aceptación de la salud y la atención sanitaria como derecho de los hombres inicia su recorrido histórico con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1945, siendo ratificados como derechos de la niñez por las Naciones Unidas en 1959, en el Principio 4 de la Declaración Internacional de los Derechos del Niño.

Más adelante, en 1989, las Naciones Unidas adoptan la Convención Sobre los Derechos del Niño, la cual entra en vigor el 2 de septiembre de

1990, reiterando, en el Artículo 24, el derecho a la salud como derecho fundamental de la niñez. La primera parte de este Artículo establece también la relación entre el derecho a la salud y la accesibilidad a los servicios de salud, y la segunda parte del mismo, resalta la concepción no sólo curativa de los servicios sanitarios, sino, en su sentido amplio.

Adicionalmente, los Artículos 2, 3 y 4 de esta Convención, comprometen a los países firmantes al respeto, promoción y defensa de todos los derechos, incluso la salud, contemplados en el documento, instando a los Estados a la toma de las medidas administrativas y legislativas que aseguren estas condiciones. Es así como la Convención Sobre los Derechos del Niño, se ubica como el marco filosófico y la base de sustentación normativa para las políticas públicas dirigidas hacia el bienestar de la infancia.

Directrices nacionales: el derecho a la salud en la niñez en Colombia y la niñez en situación de calle

En Colombia el derecho a la salud en la niñez aparece explícito en el Artículo 9 del Decreto 2737 de 1989, o Código del Menor, siendo posteriormente ratificado con la aprobación para Colombia de la Convención Sobre los Derechos del Niño por medio de la Ley 12 de 1991, y la promulgación posterior de esta con el Decreto Presidencial 0094 de 1992.

La intencionalidad del Estado para la protección de la infancia está plasmada en la Constitución Nacional de 1991, donde se reconoce el derecho a la salud en la niñez con el carácter de prioridad y responsabilidad estatal, como se observa en el Artículo 44.

IV El IIN, en el documento “Niñez en Situación de Calle: Un modelo de prevención de las Farmacodependencias basado en los Derechos Humanos” presenta un análisis de la realidad de los niños y niñas en situación de calle, afirmando que cerca de 27 de los 35 derechos contemplados en la Convención de Derechos del Niño son vulnerados.

Más recientemente, en la Ley 1098 de 2006, o Código de Infancia y Adolescencia, la salud y la accesibilidad a los servicios de salud son asumidos como derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, bajo la responsabilidad del Estado. Tal es el caso del Artículo 27, donde se toca explícitamente el derecho a la salud, desde la visión amplia de la Organización Mundial de la Salud (OMS),^{27,V} que establece, además, sanciones para las instituciones de salud que no realicen la atención necesaria, y presenta algunos mecanismos para garantizar el aseguramiento en salud a toda la población infantil. Así mismo, en los Artículos 17 y 24 de la misma Ley, la accesibilidad a los servicios de salud es considerada como aspecto fundamental para el logro de un adecuado nivel de calidad de vida y como insumo para la promoción del desarrollo humano.

Respecto a la responsabilidad estatal para con los niños y niñas en situación de calle, desde 1989, el Código del Menor considera a esta población como prioridad nacional, como está consignado en el Artículo 8: “El menor de la calle o en la calle será sujeto prioritario de la especial atención del Estado, con el fin de brindarle una protección adecuada a su situación”. Posteriormente, la Ley 1098 de 2006, en el Numeral 9 del Artículo 9, reitera el carácter de este grupo poblacional como sujetos de protección especial.

Retomando este panorama nacional e internacional, se puede afirmar que el derecho a la salud en la niñez está plenamente sustentado a través de los tratados adoptados por Colombia, el cual tiene el carácter de fundamental y universal para todos los niños y niñas, y es responsabilidad del Estado. Igualmente, es posible decir que el acceso a los servicios de salud es una manifestación tangible de la vigencia de este derecho en la realidad nacional. Y, finalmente, que la niñez en

situación de calle es una población prioritaria ante la legislación del país.

Reglamentación en Colombia: la Ley 100 de 1993, política pública para accesibilidad a los servicios de salud

La Ley 100 de 1991, transforma el antiguo Sistema Nacional de Salud y cimenta la Seguridad Social en Colombia, planteando el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este cambio paradigmático da un énfasis especial al aseguramiento como mecanismo para la accesibilidad a los servicios de salud, y se fundamenta filosóficamente en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación; los cuales, propenden por la garantía del derecho a la seguridad social y al servicio público de la salud, así como pretende generar las condiciones de acceso a los servicios de salud para todos los colombianos, como está expreso en el Artículo 152.

Se presentarán a continuación algunos aspectos clave de la Ley 100 y sus normas regulatorias, relevantes para el tema de la accesibilidad a los servicios de salud en la población de niños y niñas en situación de calle.

Participación y estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud

En el Artículo 157 de la Ley 100, se contemplan las vías para ingresar al SGSSS, o regímenes, a saber:

— Los afiliados mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

— Los afiliados mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir

V La definición de salud para la OMS hace parte de la constitución de esta organización que, en 1946, manifestó: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.²⁷

el monto total de la cotización, se trata de la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana y son subsidiadas por el Sistema.

Sin embargo, existe un tercer grupo de participantes que no cuentan con los recursos para pertenecer al régimen contributivo y tampoco logran acceder a los beneficios del subsidiado, es la población denominada con el título de “vinculados” por esta Ley y que más tarde serán denominados “pobres no cubiertos con subsidios a la demanda”, por la Ley 715 del 2001. Según el mismo Artículo 157 de la Ley 100, este grupo es de carácter transitorio, ya que el objetivo final del SGSSS es lograr que la totalidad de la población se encuentre en uno de los dos regímenes expuestos.^{VI} Para cada régimen existe un paquete de servicios de salud diferente, llamado Plan Obligatorio de Salud (POS) para el Contributivo, y Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSs), para el Subsidiado. Para la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda, no existe plan de beneficios, quedando bajo responsabilidad del ente territorial la atención de estos, como lo determina la Ley 715 en los Artículos 44 y 45. Para las acciones de protección específica, detección temprana y las enfermedades de interés en salud pública, la Resolución 0412 de 2000, establece los lineamientos para los regímenes Contributivo y Subsidiado, quedando, una vez más, la población pobre no cubierta sin parámetros nacionales para la prestación de estos servicios. Las acciones en Salud Pública dirigidas a

la colectividad son enmarcadas en el llamado Plan de Atención Básica (PAB), definido en la Resolución 4288 de 1996, la cual junto con la Ley 715 distribuyen las responsabilidades en este campo a los entes territoriales nacional, departamental, distrital y municipal.

Dentro de los sectores prioritarios, candidatos para el régimen subsidiado, que son contemplados en el Artículo 157 de la Ley 100, aparece la niñez en situación de calle como parte de la categoría “niñez en situación irregular”.^{VII}

Financiación y competencias territoriales

La Ley 715 modifica el régimen de transferencias e instaura el Sistema General de Participaciones (SGP), distribuyendo los recursos para salud (24.5% de los recursos del SGP) de acuerdo al siguiente orden de prioridades: a. financiación y cofinanciación de subsidios a la demanda; b. prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda; y c. acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país.

La misma Ley 715, en los Artículos 42 a 45, establece las competencias y responsabilidades frente a la atención en salud para los diferentes entes territoriales. La responsabilidad de la Nación recae en la definición, implementación y evaluación de las políticas de prestación de los servicios de atención y, adicionalmente, en el cumplimiento de labores de dirección, vigilancia y control. A los

VI Para la Ley 100 la meta era lograr el aseguramiento universal en el año 2000, sin embargo, este propósito no se ha logrado a la fecha, algunas razones de esta situación son expresadas por la Presidencia de la República en el Planteamiento del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006: “a) la caída en el número de afiliados cotizantes por efecto de la crisis económica; b) la caída del recaudo real del régimen contributivo que a su vez afectó los recursos de solidaridad del régimen subsidiado; c) la no inclusión en el Presupuesto General de la Nación de la totalidad de los recursos disponibles en la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga); d) la transformación, aún insuficiente, de los subsidios de oferta a demanda, ocasionada, en parte, por un gasto hospitalario creciente e ineficiente; y e) la evasión y elusión de aportes al sistema”.

VII Para el Código del Menor, vigente en el momento de la promulgación de la Ley 100, la categoría “situación irregular”, engloba una serie de situaciones en las que los niños o niñas deben ser sujetos de medidas de protección, una de estas es la “situación de abandono o peligro”, dentro de la cual la niñez en situación de calle está considerada (Artículos 29, 30 y 31).

departamentos, municipios y distritos, además de las acciones de dirección, vigilancia y control, les corresponde financiar la prestación de los servicios de salud a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda y actividades no contempladas en el POSs para los afiliados al régimen subsidiado. Estas responsabilidades se distribuyen según el nivel de atención, correspondiendo el primer nivel a los municipios y distritos, y el segundo y tercer nivel a los departamentos.

Ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud y focalización

La selección de los beneficiarios del régimen subsidiado se sustenta en la focalización, concepto definido por primera vez en el Artículo 30 de la Ley 60 de 1993 como “proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables”.

La determinación de los criterios de focalización está a cargo del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), el cual, emite los documentos con su mismo nombre, y de los cuales, los número 22 del año 1994, 40 del 1997, 55 del 2001 y, el reciente, 100 del 2006²⁸ ratifican la encuesta Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Subsidios (SISBEN), como el “instrumento de focalización individual por excelencia para la asignación de subsidios de los programas sociales”. De esta manera, toda la población pobre se debe identificar por medio de la encuesta SISBEN.

El proceso para ingresar al régimen subsidiado una vez se pertenece al SISBEN es determinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), quien, a través del Acuerdo 77

de 1997 y posteriormente el Acuerdo 244 de 2003, determina los criterios y requisitos para la afiliación. También en el Artículo 4 del Acuerdo 244, el CNSSS define una serie de grupos poblacionales como “vulnerables”,^{VIII} que deben ser identificados por medio de un mecanismo alternativo al SISBEN llamado “listados censales”. Dentro de estas poblaciones sujetas a los listados censales se encuentra la población indigente,^{IX} encargando de la elaboración de este listado a la alcaldía municipal.^X

Como síntesis de este apartado, se aprecia que la estructura del SGSSS gira en torno del aseguramiento como el mecanismo de ingreso al Sistema y, de los planes de beneficios, como los servicios que las aseguradoras deben prestar a la población que tiene bajo su responsabilidad. Así, la provisión adecuada del POS o el POSs se convierte en el vehículo para la accesibilidad a los servicios de salud o, dicho en otras palabras como lo hacen Ramírez y colaboradores,²⁹ el actual SGSSS busca garantizar la accesibilidad a los servicios de salud a través del aseguramiento.

Por otro lado, la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda no cuenta con estas prerrogativas, quedando a discreción del ente territorial la promoción del acceso a los servicios sanitarios vía financiación directa.

Aplicación de la normatividad a nivel local

Para la ciudad de Medellín, el proceso de la “Certificación de Indigencia” se convierte en la herramienta fundamental para la garantía del acceso a los servicios de salud para esta población. Este proceso incluye:

- La construcción del listado censal en las instituciones que asisten el fenómeno.

VIII Término que se equipara con situación de calle.

IX Término que se equipara con situación de calle

X Para la Ciudad de Medellín, según el Decreto 1404 de 2003, esta responsabilidad es delegada a la Secretaría de Solidaridad (Actualmente llamada, Secretaría de Bienestar Social). Esta oficina expide un documento llamado “Certificado de Indigencia”, que avala la presencia de la persona en este listado censal.

- Depuración de la base de datos en la Secretaría de Bienestar social.
- Envío posterior a la Secretaría de Salud Municipal, a la Red Pública de Atención en Salud y a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA) para actualizar las bases de datos.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el momento de la atención de esta población, cuentan con estas bases de datos como el soporte para garantizar el pago posterior de las atenciones prestadas.

En caso de no aparecer en esta base de datos, las instituciones solicitan a la Secretaría de Bienestar Social el “Certificado de Indigencia”, como constancia para el cobro de la atención.

Lamentablemente, este proceso no se encuentra normatizado para la ciudad, lo que genera, en ocasiones, problemas en su operación. Sumado a lo anterior, se desconoce la repercusión que puede tener en la dignidad y autovaloración de estos sujetos el hecho de reafirmar su condición de indigencia, lo que podría favorecer la cadena de exclusión y autoexclusión en esta población.

Por otro lado, el Decreto 2427 de 2005 de la Alcaldía de Medellín, en el Artículo 4, establece los requisitos para la afiliación al SISBEN de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda y que es candidata para el régimen subsidiado:

Estar residiendo en el municipio con una antigüedad mínima de tres meses, con la debida certificación que bajo la gravedad de juramento haga el interesado.

Presentar fotocopia del documento de identidad.

Inscribirse en uno de los puntos de atención SISBEN.

Presentar desvinculación de la base de datos del SISBEN del municipio de donde proviene o presentar desvinculación de cualquier entidad donde estuviese afiliado (contributivo o subsidiado).

Presentar declaración sobre parentesco, dirección de residencia y autorización de ingreso.

Contrastando lo anterior con las características propias de movilidad, trashumancia, no identificación, no demanda de servicios, entre otras, de la población en situación de calle,¹⁹ se aprecian serias limitaciones para la aplicación de esta norma y, por tanto, para el ingreso al SGSSS y la accesibilidad a los servicios de salud previstos en los planes de beneficios.

Conclusiones

La Ley 100 de 1993, con su principio de universalidad, pretende la cobertura a toda la población en uno de los dos regímenes de aseguramiento (Artículo 6 y 157) y, como se mencionó anteriormente, por medio de estos regímenes, garantizar el acceso a los servicios de salud y disminuir las inequidades entre las poblaciones.³⁰ Este aspecto concuerda con el carácter fundamental y universal del derecho a la salud y a la atención en salud de la niñez. Sin embargo, la existencia de planes de beneficios diferenciales y el mecanismo de la focalización, entre otros aspectos, van en contra de tal universalidad, como el mismo documento CONPES número 100 arguye:

la focalización implica un ejercicio de exclusión de un segmento de la población que se postula al programa pero que no es incluido como beneficiario por no hacer parte del grupo focal objetivo.

Actualmente, y de acuerdo a la Ley 715, la responsabilidad de la población no cubierta con subsidios a la demanda (no asegurada) recae en los entes territoriales, quienes deben subsidiar la oferta de servicios. Con el logro de la universalidad en la cobertura, como pretende el espíritu del sistema, se cambiaría completamente la modalidad de subsidio a la oferta hacia el subsidio a la demanda. Esta concepción, hacia la demanda de servicios, se convierte en aspecto crítico para la población de niños y niñas en situación de calle, quienes, y de acuerdo a la literatura, no suelen

demandar atención en salud, salvo en casos de urgencia vital.^{5,6,7}

Pertenecer al grupo de población pobre no cubierta con subsidios a la demanda, hace que la niñez en situación de calle no cuente con un plan de beneficios para la atención y rehabilitación en salud, ni para actividades de protección específica o detección temprana. Esto, acompañado de las limitaciones para el acceso al régimen subsidiado debido, principalmente, a la movilidad y la falta de identificación, nos ofrece un sombrío panorama para la garantía del derecho a la salud en esta población específica. De esta manera, a pesar de la intención de garantizar la accesibilidad a los servicios de salud, por medio de la universalidad en la cobertura en aseguramiento que el actual SGSSS plantea, sectores sociales vulnerables, como la población de niños y niñas en situación de calle, encuentran una serie de barreras que limitan el acceso al Sistema, y por tanto, queda vulnerado el derecho a la salud en lo referente a la accesibilidad a los servicios de salud. Lo anterior configura un sistema de salud excluyente e inequitativo frente a sectores específicos de la población.

Lo expuesto se agrava por la carencia de lineamientos gubernamentales dirigidos a esta población (en lo concerniente a prestación de servicios de salud, prevención y mitigación de factores de riesgo o promoción de la salud), basados en los factores de riesgo y características propias. Poniendo en entredicho el carácter de prioridad nacional de la población de niños y niñas en situación de calle.

Surge, entonces, la necesidad de buscar las herramientas para la construcción de una política pública dirigida especialmente a la población en situación de calle, de carácter integral y que busque la promoción de los derechos, donde la búsqueda de oportunidades reales para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud sea uno de los instrumentos para la defensa del derecho a la salud y a la vida. En este mismo orden de ideas, la formulación y aplicación de un programa modelo de atención en salud integral, que adopte la visión

amplia de la salud, ajustado a las características propias y factores de riesgo de esta población, es base fundamental para la promoción de esta política pública.

Referencias bibliográficas

1. Ferguson C, McIntyre L, Kaminsky DC. Opiniones de los adultos hondureños respecto a los niños callejeros. Bol Oficina Sanit Panam 1993; 111(2):105-113.
2. Spencer RJ. All Our Children: Human Rights and Children of Streets. The Lancet 2002; 360: 1506.
3. Akman M *et al.* Modalidades de abordaje médico a chicos de la calle en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. Arch Argent Pediatr 1999; 97(4): 241-248.
4. Olley BO. Social and Health Behaviors in Youth of the Streets of Ibadan, Nigeria. Child Abuse Negl 2006; 30(3): 271-282.
5. Ali M, de Muynck A. Illness Incidence and Health Seeking Behaviour among Street Children in Rawalpindi and Islamabad, Pakistan – A Qualitative Study. Child Care Health Dev 2005; 31(5): 525-532.
6. Berdahl TA, Hoyt DR, Whitbeck LB. Predictors of First Mental Health Service Utilization among Homeless and Runaway Adolescents. J Adolesc Health 2005; 37(2):145-154.
7. Altamirano F *et al.* La atención en salud de un niño o niña en situación de calle: un constante desafío. Arch Argent Pediatr 2002; 100(5):398-401.
8. Thoenig JC. El análisis de “políticas públicas”. Traducción del francés por Carlos Salazar Vargas. Universitas 1997; 93:61-109.
9. Dye TR. Understanding Public Policy. New Jersey: Prentice-Hall; 1972.
10. Defensoría del Pueblo. Derecho a la salud. Serie Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2004.
11. Panter-Brick C. Street Children, Human Rights, and Public Health: A Critique and Future Directions. Annu Rev Anthropol 2002; 31: 147-171.
12. UNICEF. Niños y Niñas en la Calle. Situación de la infancia. Niños y niñas que necesitan protección especial. [en línea] [consulta: 20 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://www.unicef.org/co/08-calle.htm>
13. UNICEF. Niños y Niñas en la calle. Situación de la infancia. Niños y niñas que necesitan protección

- especial. [en línea] [consulta: 20 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://www.unicef.org.co/08-calle.htm>
14. DANE-Alcaldía de Medellín, Secretaría de Solidaridad. Censo Sectorial de Habitantes De y En la Calle. Informe Final. Medellín: DANE-Alcaldía de Medellín; 2003.
 15. DANE-Alcaldía de Medellín, Secretaría de Solidaridad. Censo Sectorial de Habitantes De y En la Calle. Informe Final. Medellín: DANE-Alcaldía de Medellín; 2003.
 16. Rizzini I, Lusk MW. Children in the Streets: Latin America's Lost Generation. *Child Youth Serv Rev* 1995; 17(3): 391-410.
 17. Bond LS. La dolorosa realidad de los niños de la calle. *Bol Oficina Sanit Panam* 1993; 111(2): 97-104.
 18. Organización de Estados Americanos. Capítulo XIII: Los derechos del Niño. En: Organización de Estados Americanos. Tercer Informe sobre la situación de derechos humanos en Colombia. Capítulo XIII: Los derechos del Niño. [en línea] [consulta: 15 de mayo de 2006]. Disponible en: <http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/informes/osi/cidh/CIDH%203er%20Informe%20Colombia%20capitulo-13.html>
 19. Galeano E, Vélez OL. La calle como forma de sobrevivencia: gaminismo, prostitución infantil y menor trabajador en el centro de Medellín. Medellín: Cámara de Comercio de Medellín; 1996.
 20. Huang CC, Barreda P, Mendoza V, Guzman L, Gilbert P. A Comparative Analysis of Abandoned Street Children and Formerly Abandoned Street Children in La Paz, Bolivia. *Arch Dis Child* 2004; 89(9): 821-826.
 21. Rainer G, Britta L, Suslowati H. Height and Weight as a Reflection of the Nutritional Situation of School-aged Children Working and Living in the Streets of Jakarta. *Soc Sci Med* 1996; 43(4): 453-458.
 22. Instituto Interamericano del Niño. Niñez en Situación de Calle: Un modelo de prevención de las farmacodependencias basado en los Derechos Humanos. 2ª ed. Montevideo (Uruguay): IIN; 2002.
 23. Intervención sicosocial: La esperanza de los niños de la calle. *La Nación* [en línea] mayo 6 de 2006 [consulta: mayo 8 de 2006]. Disponible en: http://www.lanacion.cl/prontus_noticias/site/edic/2006_05_06_1/home/home.html
 24. Intervención sicosocial: La esperanza de los niños de la calle. *La Nación* [en línea] 6 de mayo de 2006 [consulta: 8 de mayo de 2006]. Disponible en: http://www.lanacion.cl/prontus_noticias/site/edic/2006_05_06_1/home/home.html
 25. Intervención sicosocial: La esperanza de los niños de la calle. *La Nación* [en línea] 6 de mayo de 2006 [consulta: 8 de mayo de 2006]. Disponible en: http://www.lanacion.cl/prontus_noticias/site/edic/2006_05_06_1/home/home.html
 26. UNICEF. La niñez Colombiana en Cifras. Bogotá: UNICEF-Oficina de Área para Colombia y Venezuela; 2002.
 27. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [en línea] octubre de 2006 [consulta: 5 de febrero de 2007]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
 28. Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Conpes 100. Lineamientos para la focalización del gasto público social. Bogotá: República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Consejo Nacional de Política Económica y Social; 2006.
 29. Ramírez H *et al.* Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el Municipio de Medellín. *Colombia Médica* 2001;32:10-13.
 30. Colombia. Presidencia de la República. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. Capítulo 3: Construir equidad social. Numeral 2: Ampliación y mejoramiento de la protección y la seguridad social. [en línea] 29 de abril de 2002 [consulta: 5 de febrero de 2007]. Disponible en: <http://www.presidencia.gov.co/planacio/cap3/cap2.htm#1>

Capítulo 7

Revisión de la política pública de desplazados

Diana Elizabeth Escudero Cardona

Antecedentes generales

La problemática del desplazamiento forzado por la violencia en Colombia ha generado diversas reacciones de las entidades nacionales e internacionales en defensa de los derechos humanos vulnerados a esta población.

Con el reconocimiento de esta problemática por parte del Estado, la persistencia de la situación y su prolongación en el tiempo, se hace necesario garantizar la atención y protección a esta población por medio de la promulgación de leyes que favorezcan sus derechos en medio de su condición.

Por tanto, el gobierno nacional decretó la política pública de prevención, atención y protección a la población desplazada. En su implementación se han visualizado las falencias que muestran la resolución de las necesidades de los desplazados en Colombia, y se ha hecho necesario recurrir a leyes o sentencias modificatorias para esta legislación, con el fin de garantizar unas condiciones de vida dignas a esta población mientras dure su situación.

Desde entonces, han sido varios los esfuerzos, aunque insuficientes, para hacerle seguimiento y análisis a la política pública dictada en materia de desplazamiento, con el fin de garantizar los beneficios que por ley tiene esta población.

Breve descripción de la problemática

Debido a la violencia generada en Colombia desde hace más de 40 años, donde la población civil es la más afectada, muchos ciudadanos para salvar su integridad se ven forzados a desplazarse de sus lugares de origen a otras zonas del país, en condiciones de precariedad y de violación de sus derechos fundamentales.¹ Este fenómeno, por lo general, afecta a campesinos y diferentes grupos de todo el país, obligándolos a abandonar sus pertenencias y llegar a la cabecera de los municipios o a las grandes ciudades a engrosar los cordones de miseria² en condiciones infrahumanas.

Surgimiento y desarrollo de la política pública de desplazados en Colombia

El aumento indiscriminado de desplazados por el conflicto interno, los diferentes informes, casos y denuncias interpuestas ante organismos como la Organización de Estados Americanos (OEA), las presiones de entidades supranacionales como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), la Comisión Internacional de Derechos Humanos (CIDH), de organizaciones como Human Right Watch y Amnistía Internacional,³ y la intensifi-

cación del conflicto en los años ochenta, hacen que el gobierno reconozca el fenómeno del desplazamiento como problema e inicie, en los años noventa, acciones concretas para atender esta situación.

En 1993 se conformó el Comité Distrital del Desplazado con el propósito de hacer pública la existencia de personas desplazadas en la ciudad;⁴ con el Plan Nacional de Desarrollo Salto Social 1994-1998, del presidente Ernesto Samper Pizano, se hacen las primeras formulaciones de política sobre el desplazamiento,³ como la oferta estatal para la atención de la población desplazada en 1995 con el documento expedido por el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES 2804 de 1995, mediante el cual el Estado reconoce por primera vez el problema y estructura una política para la atención integral de la población con el fin de mitigar los graves efectos sobre su integridad.⁵

En la implementación de estas acciones el enfoque de la política se centraba en la asistencia humanitaria, la atención a la población en situación de emergencia, y no en el tratamiento integral de la problemática de estas personas. Debido a las deficiencias presentadas, en 1997, se modificó la estructura creada y se esbozó lo que sería la Ley marco por medio del documento CONPES 2924 de 1997. A partir de allí, se crea una política más de Estado que de Gobierno para el tratamiento del problema.⁴

En ese mismo año se instituye la Ley 387 de 1997,

Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.⁶

Esta Ley define al desplazado y las responsabilidades del Estado; también reglamenta la creación, constitución y objetivos del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, define el Plan que incluye la preven-

ción del desplazamiento, la atención humanitaria de emergencia, el retorno, la consolidación y estabilización socioeconómica y la cesación de la condición de desplazado forzado.⁶

A pesar de la existencia de la Ley, las acciones sobre la problemática son dispersas y poco planificadas,³ debido a esto en 1998 con el Decreto 173 se adopta el Plan Nacional para La Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia en Colombia, donde se pretende que el Gobierno centre sus esfuerzos en la prevención y consolidación socioeconómica y deje a las organizaciones sociales la fase de asistencia humanitaria y de emergencias.³

Partiendo de una evaluación de la política, en 1999 se aprueba el nuevo documento CONPES 3057, el cual incentivaría la participación local y redefiniría la capacidad de los diferentes entes territoriales con competencias concretas sobre el enfoque existente; y a partir del Plan Nacional de Desarrollo Cambio para Construir la Paz 1998-2002, del presidente Andrés Pastrana Borrero, los planes departamentales y municipales se ven afectados por la problemática, ya que las administraciones municipales en su calidad de expulsores o receptores deben propiciar soluciones concretas a esta población.³

En el año 2001 se aprueba el documento CONPES 3115, el cual crea un mecanismo de distribución presupuestal sectorial, y recomienda el ajuste de los mecanismos y procedimientos que faciliten el acceso de la población desplazada a los programas e instituciones que hacen parte del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada (SNAIPD).

La formulación e implementación de la política ha traído consigo otro sinnúmero de reglamentaciones con el fin de volver más efectivos y eficientes la inversión de los recursos y la atención a los desplazados, entre los cuales están: los Decretos 173 de 1998, 489 de 1999, 2569 de 2000, 951 de 2001, buscando el retorno voluntario o el reasentamiento de la población desplazada, la re-

cuperación de una base económica para las familias y el desarrollo de las zonas expulsoras y receptoras.² Adicionalmente están las sentencias T-327, T-098, T-602 de la Corte Constitucional producidas en el período 2000-2004, estas se refieren especialmente al deber del Estado de asignar recursos y crear las instituciones necesarias para una atención adecuada de la población desplazada, y también hacen mención a los derechos de estas personas para acceder a: atención psicosocial, educación, salud, vivienda, trabajo, atención diferencial y acceso a proyectos productivos.⁷

Hasta el 2003 la política no había logrado canalizar el esfuerzo de diferentes actores a través de una gestión coordinada, que consolidara la atención integral a la población desplazada; por ende, en el año 2004, debido a la falta de aplicabilidad de la política para atención integral al desplazado, en el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, Hacia un Estado Comunitario, la Corte Constitucional dicta la Sentencia T-025, la cual se fundamenta en la declaratoria de un “estado de cosas inconstitucional”, es decir, la aceptación de que existe una situación en la que se evidencia la vulneración repetida y constante de derechos fundamentales, cuya solución requiere la intervención de distintas entidades para atender los problemas de orden estructural.⁸

A pesar del marco jurídico creado, el Estado no ha logrado consolidar una atención integral a la población desplazada, y sus acciones se han concentrado en la atención inmediata.²

La legislación es cambiante, así, al igual que en años anteriores, se promulga el Decreto 250 de 2005, por medio del cual se aprueba el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada, el cual incluye los objetivos de la política, las estrategias y actividades que el Estado colombiano desarrollará para prevenir el desplazamiento forzado por la violencia y para atender integralmente a esta población.

El Decreto 250 se desarrolla con la definición de metas e indicadores, así como con la programación de los recursos presupuestales que las entidades

que hacen parte del SNAIPD orientan para la vigencia fiscal 2006, y un cronograma indicativo para el período 2007–2010;⁹ además, es considerado como uno de los referentes jurídicos y de política más desarrollados a nivel internacional en materia de desplazamiento interno.¹⁰ El propio gobierno lo señala como la herramienta más importante para la coordinación del SNAIPD y es utilizado, cada vez más, como instrumento orientador de la política.¹⁰

También en el año 2005 se aprueba un nuevo documento CONPES 3400 como respuesta estructural al problema del desplazamiento, este documento reconoce la deuda social del Estado y garantiza la asignación presupuestal para el problema en varias vigencias.¹⁰ Pese a todos estos esfuerzos jurídicos, los resultados no son percibidos por los desplazados como mejoramiento de su bienestar.¹⁰ Lo que podría indicar que existe distancia entre la formulación, el debate jurídico de política pública y la implementación efectiva de las acciones.¹⁰ Todo esto deja ver que aún falta mucho por hacer en materia de formulación e implementación de la política pública para protección y atención a la población desplazada en Colombia.

Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), si bien el Estado ha cumplido con el desarrollo progresivo de programas de asistencia a la población internamente desplazada, no se ha logrado aún garantizar la atención integral, entendida como: a. la articulación de las distintas dimensiones de los derechos económicos, sociales, culturales, políticos y civiles vulnerados por el desplazamiento; b. soluciones duraderas (integración local, reubicación y retorno) y reparación material y moral de las personas; c. el acceso en igualdad de condiciones a los programas de asistencia y soluciones de integración voluntarias, seguras, dignas y sostenibles que les permitan superar en forma definitiva su situación de desplazamiento; d. el reconocimiento de los derechos y necesidades específicos de los niños, las mujeres y los grupos étnicos; y e. la oportunidad de la atención.¹¹

Desplazados y salud

La Constitución Política de Colombia, en su Artículo 49 expresa:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Dada la problemática que presentan las personas desplazadas y su repercusión en el acceso y utilización de los servicios de salud, el Gobierno Nacional como responsable de este derecho promulga una serie de leyes que garanticen a esta población el acceso a los servicios de salud, entre las cuales están: La Ley 241 de 1995, la cual promueve la “Obligatoriedad de la atención en salud a las víctimas de atentados terroristas”. Por medio del Acuerdo 044 de 1997, fija los criterios de distribución de los recursos provenientes del Impuesto Social Municiones y Explosivos para Poblaciones en Condiciones de Violencia, en zonas de conflicto armado.

Al reconocerse el desplazamiento como un problema social, el Gobierno por medio del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), expide el Acuerdo 59 de 1997

Por el cual se declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia y se adoptan otras medidas relacionadas;

adicional en su Artículo 2, referente a la atención en salud a los desplazados, ratifica que

Los desplazados por la violencia tendrán derecho a recibir los servicios de salud necesarios para la atención oportuna de la enfermedad derivada de la exposición de riesgos inherentes al desplazamiento con sujeción a lo establecido en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.

Con los recursos a que se refiere el Numeral 4 del Artículo 33 del Decreto 1283 de 1996, se financiará

la atención en salud a la población desplazada por la violencia. En consecuencia, se destinan para financiar la atención en salud a los desplazados la suma de “diez mil millones de pesos”, del programa fortalecimiento red de urgencias de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT).

Con el Acuerdo 077 de 1997 Artículo 46, se reglamenta la atención en salud para la población desplazada por la violencia, y se obliga a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) a la atención de los desplazados afiliados en el lugar donde estén desplazados. El Acuerdo 085 de 1997, amplía el Acuerdo 059 de 1997 para responder a las necesidades de salud, riesgos nutricionales, psicosociales y de medio ambiente. Con el Acuerdo 086 de 1997, se destinan quince millones para la atención en salud para la población desplazada por causa de la violencia.

Igualmente, el Decreto 173 de 1998, en el numeral 2.2.2 referente a salud, dice:

El Ministerio de Salud y las Direcciones Departamentales y Locales de Salud garantizarán el derecho a la salud de la población desplazada a través de la atención integral en salud que comprende acciones de: servicios de atención médica quirúrgica, atención de urgencias, hospitalización y tratamiento, servicios de ayuda diagnóstica, provisión de medicamentos, transporte de pacientes.

Y describe las obligaciones en materia de acciones de promoción y prevención de la enfermedad tales como: vigilancia epidemiológica, saneamiento ambiental, fumigación, manejo de excretas, pozos sépticos, control de vectores, atención psicosocial y rehabilitación, participación comunitaria y educación en salud; adicionalmente con el Acuerdo 185 de 2000 se define el procedimiento aplicable a las reclamaciones para el pago de los servicios de salud prestados a la población desplazada.

Mediante la expedición de las Circulares 042 y 045 de 2002, se ordena el acceso a servicios de

salud por parte de la población en condición de desplazamiento, y se garantiza que los Aseguradores asuman el pago de los servicios de salud con cargo a los recursos; además con el Acuerdo 243 de 2003 se aprueba el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) para la vigencia del 2003. El Acuerdo 244 de 2003 reglamenta la identificación y afiliación al Régimen Subsidiado de las personas en condición de desplazamiento y determina que la identificación de esta población se realiza a través del Sistema Único de Registro (SUR) y otorga prioridad en la atención por la condición de desplazado.

La expedición del Decreto 2131 de 2003

Por el cual se reglamenta el numeral 4 del Artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del Artículo 54 de la Ley 812 de 2003 se define la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones.

Igualmente, el Decreto 2284 de 2003 modifica algunos Artículos del Decreto 2131 de 2003 con el fin de garantizar la atención de las urgencias a la población desplazada en las instituciones públicas o privadas, independiente de su capacidad de pago; también decreta que el pago será efectuado por las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades transformadas o adaptadas y aquellas que hagan parte de los regímenes de excepción, a la cual se encuentre afiliada la persona en condición de desplazamiento. Cuando la población desplazada no esté asegurada, el pago se hará por la entidad territorial receptora. Además ordena a departamentos, municipios y entidades de salud el prevenir, controlar y mitigar el impacto sanitario de los desplazamientos dispersos, no sólo de los masivos.¹² El Acuerdo 247 de 2003 fija las condiciones para la prestación y pago de servicios de salud a la población en condición de desplazamiento forzado por causa de la violencia,

con cargo a los recursos de la Subcuenta ECAT del FOSYGA.

Con la expedición del Acuerdo 000331 de 2006, el cual modifica en su Artículo 1 el Artículo 7 del Acuerdo 244 del 2003 del CNSSS, las alcaldías o gobernaciones deben dar prioridad con los beneficios de subsidios a la población en condición de desplazamiento forzado;¹³ también modifica el Artículo 63 del Acuerdo 244 del CNSSS, de la siguiente manera:

para la atención en salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado en condición de desplazamiento forzado la ARS debe garantizar la prestación de servicios de salud en el municipio al cual se traslada este afiliado. La Entidad Territorial deberá mantener la continuidad hasta la terminación del contrato de aseguramiento.

En el año 2007, se logran nuevos avances en materia de aseguramiento como lo indica la Ley 1122 en su Capítulo IV, Artículo 14 donde indica

La afiliación inicial de la población desplazada cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del FOSYGA se hará a una Entidad Promotora de Salud de naturaleza pública del orden nacional, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección en el siguiente período de traslado.

El Gobierno Nacional reglamentará la afiliación de esta población cuando en el respectivo municipio no exista dicha oferta.¹⁴ Igualmente, en este año el Ministerio de la Protección Social expide el Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007 con el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.¹⁵

Conclusiones

Pese a la detallada y compleja estructura normativa en materia de desplazamiento forzado, existe

precariedad no sólo en el diseño y en el desarrollo reglamentario de la política, sino en la capacidad institucional para ponerla en marcha y hacerle seguimiento. Igualmente, los recursos destinados para su implementación han sido insuficientes, debido, entre otros aspectos, a la falta de caracterización de esta población.

Cuando se trata de comparar la ley con la realidad es evidente que esta política ha contado con suficiente normatividad, pero la falta de planeación y ejecución de la política no ha generado el impacto esperado para resolver y mejorar el bienestar de la población.

Al formular la política no se expresa la participación de los diferentes actores, lo que hace que su aplicabilidad en los diferentes contextos no se pueda realizar de la misma forma y se requiera primero conocer los ámbitos locales para conocer su dinámica. También se evidencia, en la revisión, una intervención asistencialista, sin involucrar a los desplazados en los diferentes proyectos que promueven la autogestión, la promoción integral del desplazado como autor y partícipe de su proceso de recuperación y desconoce su papel social activo.¹⁶ La metodología participativa que asume la política se restringe a dos aspectos: aporte de información y beneficios materiales y económicos gubernamentales.¹⁶

La política se ha centrado en asistencia humanitaria al desastre y el restablecimiento, dejando la atención en educación y salud en un segundo plano, perpetuando la vulneración repetida y constante de los derechos fundamentales y limitando a esta población el acceso a estos servicios.

A pesar de existir suficiente reglamentación en materia de salud que garantiza a esta población el disfrute de este derecho, no se ha logrado brindar una atención integral que involucre el componente de salud como un elemento primordial en el bienestar de la población desplazada.

Referencias bibliográficas

1. La salud derecho fundamental. En: Mesa de trabajo de Bogotá sobre desplazamiento interno. [en línea] [consulta: 10 de febrero de 2006]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/mencoldes/13/boletin13.pdf>
2. Gómez C. Análisis: Capital Social y Política Social: El caso de la Política Pública de atención a la población en condición de desplazamiento en Colombia. [en línea] [consulta: 25 de abril de 2006]. Disponible en: <http://www.ciudadpolitica.com>
3. Parra E. El Estado en Acción: La aplicación del modelo de análisis de políticas públicas. Rev. Pol. 2003; 5(9): 103-112.
4. Memorias Seminario taller agenda de paz, políticas y protocolos nacionales e internacionales de atención a la población desplazada por la violencia en el nororiente colombiano. Bucaramanga, octubre de 2001. Citado Por: Parra E. El Estado en Acción: La aplicación del modelo de análisis de políticas públicas. Rev. Pol. 2003; 5(9): 103-112.
5. Hernández E. El desplazado forzado y la oferta estatal para la atención de la población desplazada por la violencia en Colombia. Rev. Pol. 1999; 1: 70-83.
6. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 387 de 1997, por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Bogotá: El Congreso; 1997.
7. Colombia. Ministerio de la Protección social. Lineamientos de intervención psicosocial con la población en condición y situación de desplazamiento por la violencia en Colombia 2006-2010. Bogotá DC; octubre de 2006.
8. Prada G y Taborda F. Una propuesta de seguimiento a la política pública frente al desplazamiento. Caja de Herramientas 2006, septiembre; Sec. mural desplazados: 6-7.
9. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes 3400. Metas y priorización de recursos presupuestales para atender a la población desplazada por la violencia en Colombia. Bogotá DC; 2005, 28 de noviembre.
10. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. ACNUR. Oficina para Colombia. Introducción, conclusiones y recomendaciones del balance de la política pública de atención integral a la población desplazada por la violencia 2004-2006. Bogotá DC; 2006, diciembre: 3-46.
11. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. ACNUR. Oficina para Colombia.

Conclusiones y recomendaciones. Balance de la política pública de atención integral a la población desplazada por la violencia 2002-2004. Bogotá DC; 2004, diciembre: 29.

12. Arbeláez O. Los desplazados, de normas a normas, buscando salud. *El pulso* 2003; 5(60): Sec. generales.
13. Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo número 000331 de 2006 por medio del cual se modifican parcialmente los Artículos 7, 14, 63 y 65 del Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS. Bogotá DC; 2006.
14. Colombia. Congreso. Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá DC; 2007, 9 de enero.
15. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá DC; 10 de agosto de 2007.
16. Aguilera A. Análisis de la Ley 387 de 1997: su impacto sico-social en la población desplazada. *Rev. Pol.* 2001; 3(5): 85-93.

Capítulo 8

Políticas públicas en Insuficiencia Renal Crónica Terminal

*Camilo Andrés Cardona Sánchez
Juan Carlos López Madrid*

Introducción

Las Enfermedades consideradas de Alto Costo (EAC) para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano son un grupo de patologías comunes que se caracterizan por tener gran influencia sobre el perfil de morbilidad y mortalidad de la población general, producir un deterioro irreversible, consumir grandes recursos económicos del sistema de salud, y por requerir para su atención tecnologías especializadas. Hacen parte de ellas la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), las quemaduras graves, las cirugías de los sistemas cardiovascular y nervioso central, la cirugía de cadera, el cáncer y el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), esta última ha presentado cambios importantes en lo relacionado con las políticas públicas desde la aparición de la Ley 100 de 1993. Cuando el daño en el funcionamiento renal es irreversible hay un diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) y se requiere un tratamiento permanente llamado Terapia de Reemplazo Renal (TRR), el cual consiste en filtrar la sangre de una persona a través de una máquina de diálisis que se conecta a un acceso venoso del enfermo durante varias

horas (al menos 3 veces por semana en un centro de diálisis), también puede usarse el método de la diálisis peritoneal, en el cual se conecta el peritoneo del enfermo con el exterior del abdomen por medio de un catéter plástico a través del cual se vierten soluciones químicas que limpian la sangre de los desechos producidos por el metabolismo del cuerpo humano (al menos 4 veces diarias en el hogar). El tratamiento definitivo de la IRCT es el trasplante renal bien sea de donante vivo o cadavérico, procedimiento de alta tecnología que mejora el estado de salud, disminuye complicaciones relacionadas con la diálisis y mejora tanto la expectativa como la calidad de vida de los individuos. Para acceder a esta intervención quirúrgica se deben resolver muchos obstáculos que son propios de la dinámica del sistema de salud colombiano, tales como: negación de las autorizaciones, dificultades en la contratación entre las aseguradoras e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), carencia de recursos económicos, listas de espera, poca disponibilidad de centros especializados, demora en la afiliación, medicamentos costosos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y exámenes diagnósticos complejos que se requieren para que un enfermo sea trasplantado. La TRR consume alrededor de la tercera parte de los recursos económicos de todas las EAC, hecho que ha

motivado el replanteamiento de las políticas públicas para el aseguramiento, los planes de beneficios y la regulación tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado; la necesidad de la creación o modificación de políticas públicas para las EAC en Colombia no parte de la iniciativa ciudadana debido a que es un problema económico; por ello, el interés nace en los grupos económicos involucrados en el aseguramiento, las IPS y las multinacionales que producen insumos para la diálisis. La asistencia médica de la IRCT es un oligopolio porque la prestación del servicio está en manos de unos pocos particulares, quienes ponen las condiciones en lo relacionado a la contratación, los precios y los insumos; condiciones que favorecen el control del riesgo económico como objetivo principal del negocio por parte de las aseguradoras; de esta manera los enfermos experimentan la negación repetitiva de sus derechos, lo que ha motivado un incremento en las acciones de tutela para obtener acceso real a la atención especializada. Además de lo mencionado, se ha requerido de una regulación de los órganos a trasplantar que busca disminuir el mercado de órganos y permitir la distribución equitativa de los mismos, prefiriendo a los colombianos sobre los extranjeros.

Descripción base de la problemática

La IRCT afecta principalmente a las personas entre 15 y 44 años de edad, lo que ocasiona grandes cambios en la vida de los pacientes y sus familias, pues se convierte en una enfermedad incapacitante que llega a ocasionar trastornos en el desarrollo personal y laboral, comprometiendo el crecimiento y desarrollo familiar.

Una vez el paciente se diagnostica con IRCT la expectativa de vida disminuye si se compara con la población general, deberá entonces ingresar a un programa de TRR con el fin de mejorar la función renal, que tiene por objetivo disminuir las complicaciones propias de la enfermedad (uremia, trastornos del equilibrio ácido-base y de electrolitos, encefalopatías) y mejorar la expectativa de vida.

Las causas de la IRCT pueden ser múltiples: congénitas, hereditarias o adquiridas.¹ Desde el punto de vista psicosocial, el 80% de los transplantados presentan una función cercana a la de las personas normales, en comparación con sólo el 50% de quienes están en diálisis. Un trasplante exitoso le permite al individuo mayor independencia, mientras que uno en hemodiálisis invierte aproximadamente entre 40 y 50 horas mensuales (480 a 600 horas por año) en la terapia dialítica, sin contar el tiempo que gasta en transporte; una persona con diálisis peritoneal gasta 360 horas al mes (4.320 horas anuales que equivalen a 180 días de cada año).² Los transplantados tienen un nivel más bajo de estrés que los sometidos a diálisis, poseen más tiempo libre, mejor rehabilitación y reincorporación a la vida laboral y social. Es la terapia más costoefectiva, la sobrevida del injerto renal es del 89.9% y 79.6% a uno y tres años respectivamente, mientras que los pacientes en diálisis tienen una sobrevida de 86,2% y 66,9% a un año y a tres años respectivamente.³

En los Estados Unidos, la prevalencia de IRCT fue de 1.131 pacientes por millón de habitantes, y la incidencia de 296 pacientes al año por millón de habitantes para el año 2000.⁴ En Colombia la incidencia fue de 94 por millón de habitantes y la prevalencia fue de 154 por millón de habitantes en el año 2000 (para una población de 40.700.000 habitantes);⁵ pero estas cifras son poco confiables debido a las carencias en los sistemas de información local y departamental que dificultan la investigación y la generación de conocimiento en salud pública. La incidencia de la IRCT en Colombia está aumentando debido al incremento del promedio de vida de la población mayor de 45 años y a las fallas en los programas de prevención primaria y secundaria en el control de la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus.⁶ El aumento en el número de pacientes se relaciona de manera directa con un aumento en las consultas, exámenes diagnósticos y procedimientos; lo que dificulta el acceso real de los pacientes, incrementa el consumo de recursos

y motiva la contención del gasto por parte de las aseguradoras con medidas administrativas que dificultan la continuidad en el tratamiento.

El manejo de las EAC en Colombia ha sido difícil porque el costo de la atención es tan elevado que pone en riesgo las finanzas de las aseguradoras, motivo por el cual el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) ha reevaluado esta política pública con varias acciones: redistribuyendo los afiliados, aumentando las coberturas o la ampliación en los medicamentos del POS, incluso, revisando las tarifas de los procedimientos.

Desde la aparición de la Ley 100 de 1993, varios actos administrativos han modificado la prestación de la atención médica especializada a las EAC, particularmente la relacionada con la IRC.⁷ Estos cambios, basados en el derecho a la salud, no han sido articulados con una secuencia lógica en la atención, sino que se han hecho siguiendo las leyes distributivas del mercado, beneficiando de esta manera a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Aseguradoras del Régimen Subsidiado (ARS) del SGSSS. Debido a la inclusión de la IRCT como enfermedad a cubrir por las aseguradoras, se ha observado el aumento de la demanda en atención especializada, lo cual ha llevado a un incremento en el gasto que ha conducido a las aseguradoras a intentar controlarlo limitando el acceso de estos pacientes a la TRR, demorando y negando las autorizaciones de atención especializada, exámenes diagnósticos y tratamiento. Todo esto prolonga el tiempo de espera que se refleja en un aumento de la morbilidad y mortalidad.

Para implementar una TRR se deben considerar factores médicos, sociales y económicos tales como la edad, el tipo sanguíneo, la compatibilidad inmunológica, el estado cardiovascular, pulmonar y hepático, la presencia o no de alteraciones mentales, el apoyo familiar, la cercanía geográfica con respecto al sitio de atención y los ingresos familiares o personales que posibiliten el transporte hasta dicho lugar.⁸

La IRCT ocupa el segundo puesto de las EAC, es decir, es una enfermedad en donde hay un gasto

alto de acuerdo con la estructura de costos de la Unidad Por Capitación (UPC), definida con base en los indicadores de demanda y sostenibilidad de la UPC para cada año y la UPC diferencial que le corresponde a cada responsable del aseguramiento. Si observamos sólo el régimen contributivo, las diálisis y hemodiálisis costaron \$55.444 millones en el primer semestre de 2002, equivalentes al 64% del costo total por enfermedades catastróficas; se estima que el manejo de la IRCT ha comprometido en los últimos años aproximadamente el 2% del gasto en salud del país y el 4% del gasto en seguridad social en salud.⁹ Se hace necesario, entonces, conocer la evolución de las políticas públicas que intervienen en ella.

Políticas públicas internacionales sobre Insuficiencia Renal Crónica Terminal

A pesar de que en todo el mundo la insuficiencia renal es un problema de salud pública creciente, no hay un lenguaje articulado entre la información científica, los tomadores de decisiones y el sistema de salud; por el contrario, los programas y políticas para mejorar este problema se han relacionado con esfuerzos particulares y comunitarios. En los Estados Unidos, las políticas para la atención médica de la insuficiencia renal empezaron en la década de los años 60 con la financiación económica de la diálisis y la hemodiálisis, con el fin de mantener la vida de los enfermos renales; en 1971 se hizo un debate en el senado americano para crear el Programa Federal para la Enfermedad Renal Terminal, el cual tuvo dificultades por el alto costo económico que se requería para la atención médica; finalmente fue aprobado para 1972 y se implementó en 1973; la cobertura del programa fue de 10.000 personas en el mismo año, y para 1995 la cantidad se incrementó a 90.000; en este programa se atienden más personas que en cualquier país industrializado del mundo porque los criterios médicos de ingreso son más amplios y los médicos tienen más autonomía en decidir

quién ingresa al programa. En esa misma década el trasplante renal se hizo notorio entre la opinión pública norteamericana. La Administración Federal de Drogas y Alimentos en 1992 instó a los productores de dializadores a producir mejores desinfectantes y más seguros para las máquinas, esto con el fin de reducir la morbilidad de los enfermos renales;¹⁰ estas políticas se centran en los planes de beneficios y los esfuerzos preventivos no son su eje central.

En el ámbito latinoamericano, en Argentina se promulgó la Ley de trasplantes en 1977, y en 1983 la Ley de diálisis (que se reglamentó en 1986), es decir, se crearon mecanismos legales para la atención de la enfermedad pero sólo hasta 1990, en la Primera Reunión de Sociedades de Nefrología de Latinoamérica, se habló del Plan de Prevención y Asistencia de la Insuficiencia Renal Crónica (PAIR), el cual pretendía integrar la prevención primaria, la detección precoz y el tratamiento oportuno; ese mismo año, con base en un estudio de acceso a diálisis y trasplante renal en Argentina que mostró las dificultades de acceso, se creó un plan para el control de la enfermedad renal, basado en los conceptos de referencia y contrarreferencia, articulado con la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS). En Chile, en el 2002, en la declaración de Valdivia, se aprobó un plan a seguir para el Programa de la Salud Renal en Latinoamérica, en el cual se adoptó un lenguaje epidemiológico común y un Plan de Acción a seguir en cada país.^{11,12} México y Cuba también han hecho políticas relacionadas con el tema,¹³ este último país ha enfocado sus esfuerzos en la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS).

Normatividad colombiana para el alto costo de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal

Antes de la aparición de la Ley 100 de 1993 la atención especializada a las personas con daño renal o con necesidad de trasplante era responsabilidad de cada

paciente o del Instituto de Seguros Sociales (ISS), el acceso a este tipo de servicio era restringido y se contaba con pocas instituciones para su atención.

La Constitución Política de 1991 reconoce el derecho a la salud y a la seguridad social en los Artículos 44, 47, 48, 49 y 50, los cuales se encuentran en el Capítulo 2, que desarrolla los derechos sociales, económicos y culturales. El Artículo 48, el derecho a la seguridad social, lo establece como una meta, y le ordena al estado ampliar progresivamente la cobertura. El Artículo 49 es el que más explícitamente define el derecho a la atención en salud, el Artículo 50 establece la atención gratuita en instituciones del estado, para menores de un año que no tengan cobertura de seguridad social.¹⁴

La Ley 100 de 1993 crea el sistema de seguridad social integral que reglamenta el sistema pensional, de salud y de riesgos profesionales. En su Artículo 162 reza:

El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001.¹⁵

A partir de la Constitución de 1991 el ciudadano colombiano fue titular de dos derechos de importancia trascendental: la seguridad social y la salud, incluidos ambos en el Título 2, Capítulo 2, bajo la denominación de derechos económicos, sociales y culturales. Sin embargo, muchos de los medicamentos, necesarios para la inmunosupresión de los transplantados renales o para tratar las complicaciones infecciosas, no son entregados oportunamente por parte de los aseguradores.

Para todas las EAC el acuerdo 49 de 1996 del CNSSS amplía los servicios que cubre el POS, y entre todas ellas incluye la insuficiencia renal aguda o crónica, con la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, el trasplante renal, la nefrectomía del donante y el control permanente del transplantado renal; modifica el Acuerdo 23 del CNSSS en lo que se refiere al traslado de pacientes de alto costo hacia un nivel superior de complejidad; además, habla

del reaseguro de las ARS para las EAC.¹⁶ En el año 2002, el ISS agravó sus indicadores económicos debido a que se hacía cargo del 77% de toda la población atendida por las EAC;¹⁷ teniendo en cuenta que había una concentración desigual del aseguramiento de estos pacientes (principalmente entre 15 y 44 años de edad frente a los demás grupos etarios),¹⁸ el CNSSS decidió, mediante el Acuerdo 245 de 2003, redistribuir los pacientes con EAC entre las EPS y las ARS del sector, promulgó una serie de normas para mejorar la red de atención y, además, decidió aclarar la necesidad del uso de guías claras de atención médica, mejorar la calidad en la atención y dar continuidad.¹⁹

La Resolución 5261 de 1994 y el Acuerdo 72 de 1997 incluyen la diálisis y la hemodiálisis como tratamientos de alto costo, es decir, son intervenciones costo-efectivas en la modificación de la enfermedad, de una alta complejidad técnica en el manejo, baja ocurrencia y alto costo. La prestación de estos servicios demanda alta inversión en tecnología, y la baja frecuencia lleva a que la concepción del mercado competitivo, como asignador de recursos, sea poco razonable en términos de eficiencia, pues da lugar a monopolios “naturales” en este tipo de servicios, lo que justifica ciertas formas de regulación de precios. En estas circunstancias se producen economías de escala que, junto con el argumento de la masa crítica en relación con la dimensión que debe tener un servicio de salud, influyen en la planeación de la oferta hospitalaria, privada y pública, con una tendencia inevitable hacia estructuras de mercado imperfectas.²⁰

Los pacientes se han organizado en la Asociación Nacional de Transplantados, una entidad social, privada, no lucrativa, creada en 1986, con personería jurídica otorgada por el Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social) mediante Resolución 2157 de febrero 19 de 1988, que agrupa a personas nacionales o extranjeras, trasplantadas de algún órgano o tejido, o en espera de un trasplante. El objetivo es ofrecer a sus afiliados programas y servicios que contribuyan

a mejorar su calidad de vida. No es clara la participación de la asociación de transplantados en la modificación o creación de leyes, acuerdos o resoluciones; esto puede explicarse por el hecho de que se agremian una vez ingresan a un programa de diálisis o trasplante y no antes. Las presiones para modificar las disposiciones legales las hacen los grupos económicos que manejan el negocio: las multinacionales que producen insumos para la hemodiálisis, las EPS, ARS e IPS.

La tutela es un mecanismo de protección de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política de 1991; es un recurso que se interpone para cualquier derecho vulnerado. El derecho a la salud según la Corte Constitucional no se considera en sí mismo un derecho fundamental. Sin embargo, cuando se vulnera la preservación del derecho a la vida, que sí es un derecho fundamental, contenido en el Título 2, Capítulo 1 de la Constitución actual (Artículos 11 al 41), y muy especialmente el derecho a la vida y a la dignidad de la persona, entonces la salud se ve afectada.²¹ Entre los años 2000 y 2003 el 25.7% de las tutelas instauradas en Colombia corresponden a tutelas que invocan el derecho a la salud, el 21.04% de estas corresponde a las relacionadas con las EAC. Debe destacarse el importante incremento de tutelas producido durante el año 2003 (31.6%). Antioquia es el departamento en donde mayor número de tutelas se presentan invocando el derecho a la salud, seguida por Valle, Bogotá y Santander. No obstante lo anterior, en Antioquia se observa una disminución porcentual respecto del total del país en el último período. Caso contrario a lo que ocurre en Bogotá y Santander cuyo porcentaje fue superior en el último período en relación a los años anteriores. Antioquia continúa en primer lugar al presentar 22.1 tutelas anuales por cada 10.000 habitantes, seguida por San Andrés, Valle y Santander.²²

Según datos obtenidos en un estudio correspondiente a los años 2002 y 2003 realizado por el Ministerio de la Protección Social (MPS), en el cual se calculó la frecuencia y el valor de los

recobros (dinero que una aseguradora le cobra al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) con el fin de atenuar el riesgo económico) según cada aseguradora: diagnósticos, tipo de insumo, porcentaje de glosa y valor per cápita recobrado; se presentaron en el 2002 recobros ante el MPS por valor de 64 mil millones de pesos (medicamentos no incluidos en el POS y tutelas), descontando las glosas entre 17% y 22%. Para el 2003, se estimó un valor de recobro 0.75 veces mayor. Entre los diagnósticos con mayor valor por recobros de tutelas relacionadas con la atención médica figuran la infección por el VIH, el cáncer, la enfermedad de Gaucher, las coronaropatías, la hipoacusia y la IRC, con valor promedio de \$3.633.000 y mediana de \$898 mil; de este recobro el 69.2% y el 16% se debió a medicamentos y procedimientos no incluidos en el POS respectivamente, y solamente el 14.7% se relacionó con los períodos de carencia. Así, la acción de tutela se ha convertido en una herramienta para exigir los derechos en salud que se pierden con la aplicación de las leyes; esta dinámica de la tutela y el recobro se han convertido en otro eslabón del negocio de la salud en Colombia. Los recobros que presentan las EPS y ARS por acciones de tutela interpuestas por procedimientos y medicamentos no incluidos en el POS se han venido incrementando de manera significativa. En la vigencia 2001 se radicaron 637 recobros, y en el año 2005, 284.014; lo cual representa un crecimiento de aproximadamente el 44.000%.²³

El Acuerdo 306 de 2005 pretende aclarar, precisar y compilar los contenidos del POS del régimen subsidiado en los esquemas de subsidios plenos y de subsidios parciales, según lo establecido en los Acuerdos 72, 74, 267 y 282 del CNSSS; explica los alcances del acuerdo para que las ARS del sistema de salud cubran los casos de pacientes, de cualquier edad, con diagnóstico de insuficiencia renal aguda o crónica, incluye actividades, procedimientos e intervenciones de cualquier complejidad necesaria para la atención de la insuficiencia renal y las complicaciones inherentes, entendiéndose

como tal todas las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios en el ámbito ambulatorio y hospitalario: atención especializada de complicaciones derivadas de la afección y del tratamiento, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, el trasplante renal al paciente y la nefrectomía del donante, el control permanente del trasplantado renal, el control del donante hasta que sea dado de alta. También, contempla el reaseguro del alto costo por parte de las ARS.²⁴ Este acuerdo es en sí mismo una política de arriba hacia abajo que se originó por el número creciente de tutelas.

Las personas, igualmente, acudieron a la acción de tutela para exigir su derecho a la salud al recibir un trato desigual frente a los extranjeros durante los procesos de selección y activación para el trasplante renal. La actividad de la donación está regida en Colombia por la Ley 9 de 1979 y el Decreto 2493 de 2004 modificadorio del 1546 de 1998, el cual fue motivado por el aumento en el tráfico de órganos, el trasplante creciente de extranjeros y la presión de los oligopolios en cuanto a la obtención, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de órganos o componentes anatómicos, así como los procedimientos para trasplantes en seres humanos. En Colombia se estima que hay 12 donantes de órganos por cada millón de habitantes, mientras que en España hay 34 donantes por cada millón de habitantes. En el ámbito local, mediante el Acuerdo 43 de 2006, el Concejo de Medellín institucionalizó el programa Vida después de la Vida, tendiente a incrementar la donación de órganos en la ciudad.²⁵ Las necesidades de los pacientes en lista de espera han promovido la creación de estos programas.

El incremento en las acciones de tutela por causa de la negación en el suministro de medicamentos no incluidos en el POS contributivo, ha motivado una modificación de la Ley 100 de 1993, introduciendo cambios mediante la Ley 1122 de 2007; de esta manera, en el caso de que la EPS no estudie oportunamente la solicitud del medicamento o no de trámite ante un Comité Técnico Científico y promueva con

esta práctica indirectamente que los pacientes y sus familias interpongan acciones de tutela, el pago de estos medicamentos se hará en partes iguales por la EPS y el FOSYGA. Sin embargo, este cambio solamente opera en el régimen contributivo, excluyendo así los pacientes con menor poder adquisitivo de los regímenes subsidiado y vinculado (pertenecientes al Sistema de Identificación de Beneficiarios [SISBEN]). En esta misma Ley se expresa la responsabilidad de las EPS para adquirir un reaseguro y responder por la atención de las EAC.²⁶

Conclusiones y propuestas

La visión reduccionista del mercado de la IRCT en Colombia presenta dificultades conceptuales, debido, al parecer, a que prima el interés económico de los aseguradores sobre el de la salud de los asegurados; asimismo, el oligopolio multinacional se aprovecha de la evaluación y reimplementación desorganizada de las políticas de las EAC para sacar provecho. El enfoque curativo del sistema de salud colombiano ha subvalorado la prevención primaria y la promoción de los estilos de vida saludable como herramientas eficaces en la reducción de los casos de enfermedades cardiovasculares y renales, por ello deben evaluarse y redefinirse las políticas relacionadas con dichos programas.

El mercado de la IRC tiene una tendencia creciente que se relaciona con el envejecimiento de la pirámide poblacional, se proyecta entonces un aumento en el gasto; por ello, se espera que la Comisión de Regulación en Salud (CRES), creada por la Ley 1122 de 2007,²⁷ responda al menos con periodicidad anual a las necesidades de los pacientes antes que a las de los aseguradores; esta debe modificar o crear políticas públicas con base en un enfoque integrador de las necesidades de los enfermos, las aseguradoras y las IPS, buscando un equilibrio financiero y un mejoramiento de los indicadores de salud. El problema de las políticas públicas del alto costo en IRCT no es sólo la redistribución de los afiliados entre las EPS sino también la mala calidad del registro de la información que se realiza en la

atención de los enfermos renales, lo que dificulta la evaluación y reimplementación de políticas para mejorar el acceso de las personas a la atención médica especializada. También se desconocen las ventajas y desventajas que experimentan todos los actores del SGSSS, por ello se hace necesario investigar tales interacciones con el fin de establecer, de ser necesario, un equilibrio económico del alto costo en Colombia por medio de la creación o redefinición de políticas de aseguramiento, cobertura y planes de beneficios.

Es necesario que se revisen los contenidos del POS con el fin de incluir medicamentos antihipertensivos e hipoglicemiantes que ayuden en el tratamiento efectivo de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, con el fin de retardar la aparición de insuficiencia renal. Asimismo, se necesita la inclusión de todos los inmunosupresores requeridos para el trasplante renal. La CRES debería evaluar la oportunidad en la entrega de medicamentos a los pacientes que tienen derecho a ello.

Por último, debe fortalecerse la donación de órganos en Colombia con una política que influya en un cambio cultural que estimule de manera activa la donación de órganos, con el fin de aumentar el número de trasplantes, además debe evaluarse el funcionamiento de la Red Nacional de Trasplantes de manera periódica, con el fin de garantizar la equidad entre los candidatos que están en lista de espera y asegurar la prioridad a los colombianos.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de salud (Chile). Guía Clínica Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Santiago: Minsalud; 2005.
2. Twardowski ZJ, Nichols WK. Peritoneal Dialysis Access and Exit-site Care Including Surgical Aspects. En Gokal R, Khanna R, Kredt RTh, Nolph KD, eds. Textbook of Peritoneal Dialysis. 2.^a ed. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2000: 307-361.
3. Arredondo A, Rangel R, De Icaza E. Costo-efectividad de intervenciones para insuficiencia renal crónica terminal. Revista de Saúde Publica 1998; 32: 556-565.
4. Department of Veterans Affairs. Management of Chronic kidney Disease and Pre-ESRD in the Primary Care Setting. Washington (DC): Veterans Health Administration; 2001.

5. López-Viñas C. Epidemiología de la enfermedad renal crónica. En: Borrero J, Montero O, Nefrología. 4ª ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2003: 701-709.
6. Martínez FJ, Valencia MB. Modelo de promoción y prevención de la enfermedad renal crónica, componente de un modelo de salud renal. Bogotá DC: Fedesalud-Ministerio de la Protección Social; 2005.
7. Ministerio de salud. Acuerdo 49 de 1996 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Bogotá DC. [en línea] 22 de noviembre de 1996 [consulta: abril de 2007]. Disponible en: <http://www.idsn.gov.co/acuerdos/1996/ACU000491996.htm>
8. Lazarus MJ. Haemodialysis. En: Brenner BM, ed. The kidney. 7ª ed. Philadelphia: Saunders; 2004.
9. Martínez FL, Ordóñez IE, García DL, Sarmiento CA. Evaluación de la calidad e integralidad de la atención a pacientes diabéticos que ingresan a terapia de diálisis. Bogotá DC: Fedesalud-Ministerio de la Protección Social; 2006.
10. Iglehart JK. The End Stage Renal Disease Program. New Engl J Med 1993; 328: 366-371.
11. Depine, S. Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal. OPS/OMS. [en línea] noviembre de 2003. [consulta: 10 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.san.org.ar/renal/pdf/004.pdf>
12. Depine S. Lineamientos para la asignación costo-eficiente de actividades y recursos en el primer nivel de atención. Documento PNUD-Unidad de Financiamiento Internacional en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud; febrero de 2002.
13. Depine S. Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal. OPS/OMS. [en línea] noviembre de 2003 [consulta: 10 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.san.org.ar/renal/pdf/004.pdf>
14. Castaño RA. Los mandatos constitucionales sobre el derecho a la salud: implicaciones de equidad y eficiencia. Serie documentos de trabajo de la Universidad del Rosario, julio de 2006.
15. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia. Ley 100 de 1993. [en línea] 14 de noviembre de 2007 [consulta: 19 de noviembre de 2007]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0100_93.htm
16. Ministerio de la Protección Social. Acuerdo 23 de 1995 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia. Julio 20 de 1995. [en línea] 2005 [en consulta: 19 de noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.idsn.gov.co/acuerdos/1995/ACU000231995.htm>
17. Chicaíza, L. Fallas del mercado de la salud en Colombia: el caso de la insuficiencia renal crónica. Revista Economía Institucional 2005; 7:191-208.
18. Cámara de Comercio. Directorio Círculo de Afiliados Cámara de Comercio de Bogotá [CD ROM], Bogotá: Cámara de Comercio de Bogotá; 2003.
19. Ministerio de la Protección Social. Acuerdo 245 de 2003 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia. [en línea] 22 de octubre de 2003 [consulta: 10 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.idsn.gov.co/acuerdos/2003/ACU002482003.htm>
20. Ministerio de la Protección Social. Acuerdo 295 de 2005 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia. Junio 28 de 2005. Boletín Oficial N 46.047. [en línea] 2005 [en consulta: 2 de enero de 2007]. Disponible en: http://www.fosyga.gov.co/solidaridad/marco_legal.shtm
21. Vélez AL. ¿La acción de tutela. Un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a los servicios de salud? Colombia Médica 2005; 36: 199-208.
22. Defensoría del pueblo, oficina de prensa. 95% de las tutelas están relacionadas con servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. [en línea] agosto de 2004 [consulta: 2 de enero de 2007]. Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/politicas/derechoalasalud/documento1.html>
23. Arrieta A. Comentarios a la creación de Jurisprudencia Constitucional. El caso del acceso a los servicios de salud. Tutela. Acciones populares y de cumplimiento. IV: 45. Bogotá: Legis Editores S.A; 2003: 1752-1785.
24. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia. Acuerdo 306 de 2005. [en línea] 16 de agosto de 2005 [consulta: 10 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=18283>
25. Concejo de Medellín. Comisión Tercera. Acuerdo 43 de 2006. [en línea] 2006 [consulta: 10 de abril de 2007]. Disponible en: www.concejodemedellin.gov.co/webcon/concejo/concejo_gallery/614.doc
26. Congreso de Colombia. Ley 1122. [en línea] 9 de enero de 2007 [consulta: 21 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
27. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia. Ley 112 de 2007. [en línea] 9 de enero de 2007 [consulta: 10 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>

Parte III

Capítulo 9

El rol de los actores decisores, corporativos y académicos en la formulación de políticas públicas de salud en Colombia

Luis Alirio López Giraldo

Introducción

La importancia de las políticas públicas es innegable en las sociedades modernas. En las últimas décadas, se han convertido en tema de debate constante, debido, en buena medida, a los cambios en los modelos de desarrollo y la redefinición de las funciones estatales tanto en los países desarrollados como en los denominados en vía de desarrollo. Cualquiera que sea la concepción de políticas públicas que se materialice en la práctica afecta a todos los ciudadanos, desde el ámbito público hasta la esfera privada, perennemente relacionada con la calidad de vida y el bienestar. Por lo tanto, la construcción de políticas públicas coherentes con las situaciones de necesidad es una tarea importante para el desarrollo de las sociedades.

Asimismo, el hecho de que exista desigualdad social evidencia el valor de las políticas públicas en salud, las cuales se han convertido en centro de debates electorales en donde se expresan abiertamente las necesidades de los actores sociales, dada la trascendencia que tienen para el bienestar de los ciudadanos. Sin embargo, en el ejercicio político, estas se configuran a través de posturas hegemónicas sustentadas por grupos de

poder económicos y políticos, con los cuales se hace complejo conciliar el interés del bienestar particular con interés del bienestar colectivo de los diferentes actores sociales.

El diseño de políticas públicas en salud implica un ejercicio de elección y, en tal sentido, contribuye a conferir legitimidad al Estado, que debe estar objetivado por la expresión de las posibilidades de elección de los ciudadanos en igualdad de condiciones, no sólo en el ámbito electoral, sino en la participación en la toma de decisiones trascendentales. Pero, ¿qué entendemos aquí por decisiones trascendentales? En el ámbito de las políticas públicas en salud serían aquellas relacionadas con el diseño, la organización y el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Así, cuanto mayores sean esas posibilidades de elección y participación en la toma de decisiones trascendentales, mayor libertad habrá para los miembros de la sociedad y, a mayor libertad, más acertadas serán las decisiones que los ciudadanos tomen en asuntos políticos. Lo cual, a su vez, es uno de los requisitos más importantes para alcanzar el bienestar social.

El desarrollo del SGSSS ha significado grandes inversiones pero, a pesar de ello, la iniquidad sigue

siendo el lugar común predominante con respecto a la situación de salud de los diferentes grupos de población.¹ ¿Cómo se vienen definiendo las necesidades en políticas públicas en salud? ¿Qué intereses han primado en el diseño actual de políticas públicas en salud? ¿Cuál es su relación con el contexto internacional? ¿En qué medida se han resuelto los problemas de salud de la población colombiana? ¿Cómo podemos determinar los resultados? ¿Cuáles son los roles de la academia, el sector corporativo y los *policy makers* en el diseño y la ejecución de estas políticas? y, más importante aún, ¿De qué manera intervienen los actores sociales en el diseño de políticas públicas en salud en Colombia? Estos son los interrogantes básicos que han orientado esta reflexión.

En este capítulo, se presenta un análisis de los actores involucrados en la formulación y desarrollo de las políticas de salud asumiendo, como se ha contemplado en el marco metodológico, que estos tienen un papel importante en las políticas públicas.

Aspectos metodológicos

Como parte del proyecto “Modelos de análisis de políticas públicas de salud en Colombia”, desarrollado por el Grupo de investigación en gestión y políticas en salud, de la Universidad de Antioquia, el profesor Álvaro Franco Giraldo realizó 40 entrevistas a expertos en políticas públicas en salud en Colombia, de los sectores académico y político-decisor. A partir de este material, con la autorización del profesor, se realiza el presente análisis acerca de los actores involucrados en las políticas de salud.

Se eligió “entrevista especializada a élites”, como técnica de recolección de información, utilizando el liderazgo como principal criterio de selección de los expertos entrevistados en instituciones de las ciudades de Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Manizales y Cali. En este tipo de entrevistas, de acuerdo con Dexter, citado por Valles,² se enfatiza

la definición de la situación por el entrevistado, animándolo a estructurar el relato de la situación y permitiendo que introduzca sus opiniones sobre lo que considera relevante, en lugar de depender de los dictámenes del investigador.

Otros criterios para la selección de los expertos entrevistados fueron: para el sector académico, pertenecer a grupos de investigación en políticas públicas con énfasis en políticas de salud, reconocidos por Colciencias en las categorías A y B con publicaciones sobre políticas públicas, reforma sectorial o el sistema de salud. Para el sector político-decisor, el criterio de inclusión fue el de ejercer o haber ejercido cargos de nivel directivo y estratégico en las organizaciones del sector salud antes y después de la reforma de 1993, bien sea en el nivel municipal, departamental o nacional. Para el sector corporativo, la selección tuvo en cuenta el hacer parte de organizaciones tales como entidades de salud, fundaciones de salud privadas y redes de investigación en políticas de sistemas de salud de reconocida influencia en el sector político local, regional o nacional.

El análisis cualitativo de la información contenida en las entrevistas se realizó utilizando el programa computacional Atlas-ti. El cual facilitó el manejo y la organización del gran volumen de los datos textuales obtenidos. El proceso de trabajo con este programa puede resumirse de la siguiente manera: preparación de documentos primarios que corresponden a las transcripciones de las entrevistas, creación de la unidad hermenéutica que contiene los documentos primarios, codificación de los textos, extracción de citas relevantes para el análisis, elaboración de la relación entre citas y producción del análisis final.

En el proceso de análisis de la información el sector académico y el sector político-decisor se constituyeron en categorías analíticas emergentes, bajo la denominación de actores académicos y actores decisores. Es importante aclarar que la categoría analítica emergente de actor corporativo proviene de los hallazgos de la información

de los tres sectores consultados, centrados en sus consideraciones acerca del rol de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) en el SGSSS.

Contexto analítico

El marco general para el análisis de políticas públicas en salud, propuesto en el Capítulo 1 de este libro, identifica el rol de los actores involucrados, sus intereses, los recursos de que disponen, sus formas de participación y su capacidad para establecer alianzas, como aspectos importantes en el análisis de las políticas públicas en salud. Se entiende que los actores involucrados asumen un papel fundamental tanto en la formulación e implementación como en la evaluación de dichas políticas.

Bajo tal perspectiva, resulta pertinente agregar al estudio de las políticas públicas en salud la observación de la capacidad de comunicar y desarrollar conciencia ciudadana por parte de los actores sociales que intervienen en el SGSSS. Ello con el propósito de acercarnos a un análisis más complejo, en términos de la dinámica de los actores sociales que intervienen en la configuración de la situación de salud de las poblaciones; la cual involucra la competencia por el producto social, representado en el bienestar colectivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló, en 2000, que para proteger el interés público en los sistemas de salud en el mundo los ministerios de salud deben superar su miopía con respecto a sólo reconocer

los actores más cercanos que se mueven en el campo de la salud, los cuales no siempre son los más importantes; estos pueden estar alejados del corto campo visual del ministerio [...] si se tienen en cuenta su tamaño y efecto potencial en la consecución de metas en salud, estas personas y organizaciones poco reconocidas por el ministerio pueden resultar más importantes que los recursos públicos canalizados por este.³

De este modo, el Estado no presta la atención requerida a “actores de salud” que se desempeñan en sectores diferentes al sector salud.

La OMS también es enfática en señalar que a menudo la información que el Estado tiene sobre estos actores sociales puede ser escasa y, con frecuencia, no existe una política para interactuar con ellos. En este punto, es importante retomar la afirmación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) cuando dice que para superar las inequidades en los campos del desarrollo humano y la salud se debe buscar

el empoderamiento de los actores sociales involucrados en el proceso de formulación de políticas públicas, como forma de influir en las agendas de decisión y quizás informar o impactar en las decisiones políticas hacia la Equidad como meta.⁴

Sin embargo, como es sabido, las reformas en salud operantes en Colombia no han podido superar la disyuntiva entre equidad y eficiencia.

En el marco de tal contexto analítico se aprecia el aumento de tensiones entre actores sociales, se generan posiciones polarizadas, se desarrollan estrategias específicas de organización del sistema sanitario, se idean tácticas de focalización del gasto público para alcanzar la cobertura de los más pobres, se evidencian enfoques parciales en la interpretación estatal de los problemas de salud pública y, sobre todo, se revela un ejercicio del poder hegemónico en la orientación, la estructuración y el funcionamiento del SGSSS.

Actor social

Para comprender la interacción entre actores sociales debemos definir antes qué entendemos por un actor social. La aclaración de este término alude fundamentalmente a precisar la conceptualización amplia, aunque acertada, de que todo sujeto es un actor social. Se lo entenderá aquí, pues, a la manera de Alain Touraine⁵ quien

plantea que: “un actor social puede ser definido, en todas circunstancias, por su posición dentro de un *sistema social*”. Bajo esta idea, se requieren tres componentes para configurar un actor social: objetivos personales, capacidad de comunicar y conciencia ciudadana.

La interpretación acerca del significado de actor social deviene de la posibilidad de tener referentes comunes de intereses e identidad. Cada actor social construye su propia percepción de los problemas que lo rodean, de acuerdo con las estructuras normativas, las prácticas sociales y las instituciones en las que ejerce su ciudadanía y vive su cotidianidad. De esta manera, emergen de la realidad social diversos tipos de actores sociales. Unos con alto poder de decisión, otros, desprovistos incluso de la capacidad de elaborar juicios acertados sobre las decisiones que afectan su bienestar.

Del proceder de los actores sociales conviene diferenciar sus intereses y sus prácticas de las de los actores decisores, los actores corporativos y los actores académicos; estos últimos con visiones más cercanas a las de los actores sociales, dándose frecuentemente una articulación de interpretaciones entre ellos. Asimismo, del proceder del Estado conviene diferenciar entre las políticas estatales del legislativo y las políticas públicas del ejecutivo. Dichas diferenciaciones resultan útiles para estudiar el rol de los actores sociales en el diseño de políticas públicas en salud, ya que, en el escenario de la salubridad, todos estos actores compiten por diferentes productos, que van desde el lucro pecuniario en el caso de las corporaciones, hasta la atención básica en el caso de los usuarios; todo ello en el marco de la rectoría estatal.

El sistema ha mantenido una segmentación estructural entre sus actores sociales beneficiarios, dada la existencia de regímenes diferenciadores de afiliación y beneficios. En opinión de algunos actores decisores para eliminar dicha segmentación se necesita una concertación política con los actores sociales. Sin embargo, para algunos expertos entrevistados del sector decisor, la categoría de actores sociales es

una categoría difusa. En su opinión, se trata de un concepto impreciso que debiera ser reemplazado por el de ciudadanía social. No obstante, este concepto no se presenta en ausencia de críticas, ya que para algunos autores, como Luis Moreno,⁶ se trata de un concepto con exaltaciones teleológicas en la que los medios y los fines son intercambiables y, además, por su visión etnocéntrica y funcionalista del desarrollo social, defiende análisis normativos y reformas consecuentes con el mantenimiento del statu quo, restándole importancia a los procesos de cambio contrahegemónico, emanados del devenir social.

De otro lado, en el contexto del sistema se presentan tensiones entre actores, quienes defienden intereses específicos y difícilmente intentarán buscar una interacción coherente entre sus intereses y los de los demás actores. Cada uno de ellos posee una visión del sistema desde la que interpreta la realidad, configurando conceptualizaciones e ideas diferentes acerca de conceptos como el aseguramiento, la salud, la equidad, la calidad, la cobertura, etc. De igual manera, existe la tendencia a que cada cual, desde su visión particular, privilegie la importancia de uno u otro concepto, de acuerdo con sus intereses y el lugar que ocupe dentro del sistema. Recordemos que un actor social se define por la situación de privilegio o subordinación que ocupe al interior de un sistema.

El usuario, actor fundamental del sistema, desprovisto de poder inmediato, es moldeado en su comportamiento por las instituciones por medio de las prácticas institucionales. Así, por ejemplo, a muchos usuarios con carné del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN) el médico no les explica que su estado de salud se debe a sus condiciones de vida miserables, pero en su concepción así lo entiende. En este sentido, se insiste en que el rol que desempeñan los actores institucionales o corporativos del sistema no es un rol articulador de intereses. Ello se traduce, por ejemplo, en el funcionamiento de las redes de servicios, cuya dinámica se encuentra distante de lo dispuesto en su diseño. En este contexto, la participación

de actores sociales se da de forma “focalizada”, es decir, por grupos con intereses específicos, por ejemplo, los grupos de adultos mayores.

En la anterior reflexión queda implícito el interrogante acerca de cómo actúan los actores sociales en la definición de una política pública de salud. Si bien, se nota que no existe una relación homogénea entre actores, podría tratarse de una relación de subordinación, que le da sentido global a las prácticas hegemónicas del sistema sanitario en su conjunto. Es evidente que la reforma en salud ha afectado a todos los actores sociales. Para bien o para mal, cada colombiano lleva consigo los efectos de la reforma.

Hallazgos

A partir del análisis de las entrevistas hechas a expertos de los sectores académico, decisor y corporativo, fue posible identificar tres tensiones importantes en el rol de los actores. La primera, tiene que ver con el ejercicio de la función rectora de los actores decisores, la cual, no obstante estar orientada hacia la toma de decisiones sobre los problemas de salud, termina derivando hacia la simple modulación de servicios. La segunda, se da entre actores corporativos del sector salud cuyo interés financiero reorienta su amplia y compleja función sanitaria hacia la estricta provisión de servicios de salud o aseguramiento. La tercera, se da al interior del quehacer de los actores académicos, cuya preocupación por el bienestar social los lleva a elaborar interpretaciones acerca de los problemas de salud, bien sea desde una visión sectorial que hace énfasis en el estudio del funcionamiento del SGSSS o desde un enfoque sociopolítico que privilegia los problemas del contexto y la realidad social.

Actores decisores y función rectora: tensión entre las decisiones sanitarias y la modulación de servicios

La función de los actores decisores en políticas públicas en salud tiene una connotación compleja

que, en un contexto político fuertemente intervenido por el interés privado, puede desbordar los límites de su capacidad aprehensiva y comprensiva de la realidad sanitaria. Lo que implica pensar en las dificultades que se presentan a los actores decisores en la formulación de políticas públicas, cuando no quieren perder su capacidad de comprender y plantear soluciones a los problemas sanitarios.

Esta coyuntura constituye un campo de observación y análisis de las políticas públicas en donde, finalmente, podrá determinarse qué prima más en las decisiones políticas, si el enfoque de la salubridad o el de la modulación de los servicios. Para comenzar, recordemos que el SGSSS, se creó como un modelo transaccional, en el que los actores políticos colombianos atendieron el llamado del Banco Mundial, creando un sistema que intenta armonizar la gestión del Estado con la acción del mercado, bajo parámetros de eficiencia, equidad y calidad de los servicios. Así, el interés de los actores internacionales impulsa el diseño de las políticas públicas internas, erosionando el concepto de autonomía del Estado colombiano.

Gilberto Barón-Leguizamón,⁷ plantea que de lo anterior

resultó la aplicación de dos estrategias básicas: de una parte, la afiliación obligatoria a la seguridad social para toda la población del país; y por otra, la adopción de un esquema de competencia, inspirada en la teoría de la competencia regulada, con el fin de contener costos, aumentar la eficiencia y mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

En tal contexto, a los usuarios se les brinda la posibilidad de elegir la aseguradora y el prestador de servicios, confiando en que la dinámica de la competencia y la regulación estatal se encargue de lo demás.

Sin embargo, en opinión de algunos expertos decisores, los diversos tipos de actores sociales deben tener incidencia en las políticas públicas.

El poder de los actores decisores debe estar mediado por el poder del resto de los actores sociales. De la misma forma que el interés de un grupo de poder, que representa a un actor social, debe estar equilibrado por el interés y el poder de otros grupos. Desde el ámbito micro al ámbito macro, se expuso por parte de los expertos entrevistados que, la información debe estar disponible para todos los actores del sistema. Toda vez que el sistema se rige bajo las leyes del mercado, el de la salud, al ser definido desde la economía como un mercado imperfecto, requiere de sistemas de información que integren los datos cuantitativos con la información cualitativa para su seguimiento y evaluación, ya que:

cuando un mercado no es perfectamente competitivo existe la posibilidad de que el nivel de producción de ese mercado no sea el óptimo social, es decir, que haya ineficiencia distributiva.⁸

En su función rectora, del Estado se exige que haya un ejercicio democrático en donde exista equilibrio de intereses y poderes entre los diferentes actores. Aunque, en ocasiones, se revela la existencia de coaliciones entre actores del sector salud. En tal situación, es el Estado quien debe ejercer mayor poder para mediar entre los intereses de las aseguradoras y los intereses, por ejemplo, de los profesionales de la salud. Se ha identificado que los intereses de los primeros se expresan en términos de rentabilidad económica, mientras que los de los segundos se manifiestan en términos de mejorar la situación de salud de las personas. En la labor mediadora del gobierno han predominado los intereses de las aseguradoras, según algunos de los expertos entrevistados.

En el rol de los actores decisores también se encuentra presente la incidencia del modelo de desarrollo en el que lo político pierde espacio sobre lo económico. La política se pone al servicio de la economía y no al revés, como debería ser. Se genera, entonces, un vacío de lucidez para lograr,

por medio de la participación con equilibrio de poderes, un arraigado valor por lo público en los ciudadanos. Y de allí queda el interrogante de cómo hacer que ese valor público emerja y se convierta en un valor útil para la sociedad.

Existe homologación de intereses entre actores económicos, representados en las EPS e IPS y actores políticos. El ejercicio de la política pública queda así influenciado por el poder económico, disminuyendo el poder de otros actores decisores en el SGSSS, lo cual, a su vez, también disminuye su capacidad para intervenir en la solución de los problemas de salud de las poblaciones por medio del diseño y puesta en operación de políticas públicas en salud. Sus acciones se ven más como la intención de otorgar beneficios a los actores que los solicitan, sin que exista un propósito de abordar la problemática de la salud bajo un enfoque integrador que busque el equilibrio entre intereses del sector privado y las necesidades en salud de la población, que son del ámbito del bienestar público.

En este sentido, dado que la labor de los actores decisores dentro del marco legislativo funge como límite y receptor de necesidades en salud, se requiere que esta sea orientada por un enfoque salubrista, lo suficientemente integral, incluyente y participativo con respecto a todos los actores sociales. De no ser así, los actores decisores del SGSSS se percibirán alejados de las realidades locales que configuran las necesidades específicas en materia de salud.

La orientación de las políticas públicas por parte de los decisores se percibe muy centrada en afrontar el déficit fiscal hospitalario, bajo el discurso de la eficiencia del sector público, en donde predomina el enfoque de prestación de servicios y de aseguramiento, sin el indispensable enfoque de la salubridad. De esta manera, el gasto en salud sigue aumentando, a la par que lo hace el proceso de liquidación de hospitales públicos. Al parecer, el incremento de los dineros generados por el sector salud no se ha revertido en el mejoramiento de la

salud y el bienestar de las personas, sino que ha sido para el sector privado.

Los actores decisores, encargados de definir políticas públicas en salud, entienden que estas deben estar ajustadas a las necesidades de los diferentes actores sociales. No obstante, hay reiteración de que existe desequilibrio en el juego de poder entre ellos. En dicho juego no se cuestiona la validez de los intereses de los actores involucrados, pero se revela el sesgo de privilegiar los intereses del sector privado, que ha ganado más espacio sobre lo público.

Las políticas nacionales en salud han construido un marco referencial en políticas públicas muy amplio, que no aborda las particularidades locales, las singularidades de las comunidades, las individualidades en situaciones de calamidad. En este sentido, los actores decisores expresan que existe una escasa capacidad crítica frente a los referentes jurídicos y técnicos del sistema. De esta forma, los problemas de salud aparecen previamente diagnosticados por actores estatales, priorizados en su esencia y planteadas sus soluciones desde la visión hegemónica del Estado.

El avance de actores privados en la operación del sistema ha limitado la capacidad de aprendizaje de los *policy makers*, en cuya formación, adquirida a través de la experiencia, prima la información obtenida del sector privado, su valoración para el diseño de políticas públicas, su importancia para la evaluación y su relevancia para reformar el sistema; todo ello, subvalorando la información emanada de actores académicos, resultado de la investigación científica, el debate académico y la reflexión acerca de las evidencias de la realidad social.

Entonces, el Estado colombiano comienza a regular sobre ámbitos que no conoce bien, y cuyo vacío de conocimiento es colmado por la información del sector privado. De esta manera pierde capacidad de acción política, encaminándose cada vez más a la reducción y redefinición de sus funciones, hacia lo administrativo y lo gerencial. Así, surge un fenómeno de captura de lo político

y lo público por los actores privados, en el sentido moriniano que explica la tendencia actual de la prevalencia de lo económico sobre lo político.

La penetración de la economía, de la técnica, de la medicina, de la biología, etc. en la política introdujo, en los consejos e instancias de Estado y de los partidos, a los econócratas, tecnócratas, burócratas, expertos, especialistas que fragmentaron los campos de competencias en función de sus disciplinas y modos de pensamiento compartimentados.⁹

De este modo, lo económico adquiere cada vez más poder sobre lo político.

En consecuencia, en América Latina en las orientaciones neoestructuralistas surgidas “como un enfoque teórico alternativo al esquema neoliberal del ajuste”,¹⁰ que priman en las decisiones con respecto a las políticas públicas en salud, se percibe a los actores decisores como moduladores de la prestación de servicios, cuya atención va dirigida a la población vulnerable de forma cada vez más focalizada. Al estar centralizadas las decisiones en asuntos de políticas públicas en salud, la participación y la consulta con actores sociales, reduce la posibilidad de estos de intervenir la realidad, restando credibilidad al ejercicio democrático y generando desconfianza entre actores sociales. Se perpetúa un modelo centralizado de toma de decisiones alejado de los principios del sistema y, en ocasiones, del debate público.

Actores corporativos e interés financiero: tensión entre la función sanitaria y la provisión de servicios

Como se sabe, los actores corporativos del SGSSS funge(n) como aseguradoras y prestadores de servicios de salud. Los primeros conformados por las EPS y ARS, los segundos por las IPS. De manera análoga, estos son reconocidos como actores fundamentales del sector salud que desempeñan un rol determinante en la situación de salud de la

población. Desde su creación, su desempeño ha sido evaluado principalmente bajo parámetros administrativos y financieros, mirando su capacidad de aseguramiento y de generación de oferta de servicios.

En tales circunstancias, resulta importante interrogarse acerca de si existe una visión acertada de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la salud pública por parte de los actores corporativos. El profesor Álvaro Franco Giraldo plantea que debido al

desequilibrio entre oferta y demanda por pérdida de la capacidad adquisitiva de la población y la disminución del consumo por efecto del desempleo; en los servicios públicos se ha impuesto la teoría del cliente y la gerencia del mismo con serias implicaciones en las relaciones establecidas sobre todo en salud, con aparente pérdida del rol político subyacente y la deshumanización del servicio; no se traduce efectivamente en soluciones a los problemas sociales de la salud.¹¹

El hecho de que las EPS e IPS se desempeñen principalmente como actores económicos, hace que su función social, referida al mantenimiento de la salud de la población, se vea afectada. En opinión de algunos expertos entrevistados, el análisis del rol dominante de las aseguradoras, al interior del SGSSS como actores asesores, resulta útil para ilustrar y comprender la realidad en la problemática de salud colombiana y contribuir a la construcción de propuestas de reforma al sistema basadas en el equilibrio de poderes.

Varios académicos fueron enfáticos en señalar que en la pugna por el manejo de los recursos en salud, los actores corporativos y las aseguradoras han resultado ganadores adquiriendo un poder sin precedentes en el sistema de salud. Al realizarse la reforma en el sistema sanitario en 1993 y otorgar una fuerte participación a los actores corporativos, se pretendía al tiempo desarrollar un sistema que abordara la solución de las necesidades de salud

para toda la población colombiana; así, se redefinieron las funciones de todos los actores del sector salud, planteando interrogantes serios como: qué mecanismos deben implementarse para, por ejemplo, garantizar que el logro de los intereses lucrativos de los actores corporativos contribuya a satisfacer con equidad las necesidades en salud de las personas sin capacidad de pago.

Frente al modelo del aseguramiento, estructurado sobre planes de salud desiguales según el régimen de afiliación, los actores corporativos cobran importancia como garantes del componente financiero del sistema, pero no como garantes de promoción de la salud. Esta paradoja se revela contundente, toda vez que en el centro de la denominación de estas entidades está el concepto de promoción: “entidades promotoras de salud”.

La capacidad de penetrar instancias decisoras del Estado por parte de actores corporativos, revela la fragilidad estatal para tomar decisiones en las que prime la orientación de garantizar el bienestar social. El SGSSS permite la autonomía del usuario para decidir la aseguradora, de la aseguradora para ofertar planes complementarios de salud, del prestador para ofertar servicios, del Estado para introducir reformas, de la academia para investigar sobre los problemas de salud de la población. Sin embargo, en el ejercicio real de tal autonomía existen actores sociales que no tienen la posibilidad plena de ejercerla, ni injerencia en los cambios que se dan por medio de las reformas. Nuevamente, la tensión entre los intereses de actores sociales desprovistos de poder y actores corporativos es resuelta a favor del poder hegemónico de estos últimos.

Bajo este panorama, algunos de los expertos entrevistados plantean recomendaciones como: la interacción entre actores sociales y corporativos, con la participación activa de los primeros, lo cual puede derivar en metodologías de intervención acertadas. En esta interacción, algunos actores decisores valoran la constitución de grupos de actores sociales con intereses claramente definidos para la

retroalimentación de proyectos de intervención en salud.

En su contexto, los actores corporativos también son decisores. Las decisiones de los actores corporativos en materia de promoción de la salud deben trascender el modelo biologista de intervención. La eficiencia de su gestión debe estar ligada a su capacidad de construcción de respuestas a las necesidades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con enfoque intersectorial. Con ello, el desarrollo de proyectos de intervención en salud permitiría hacer visibles los intereses de diversos actores sociales.

En opinión de otros expertos del sector decisor, se plantea la necesidad de diseñar estrategias que no confronten al modelo de aseguramiento para lograr el objetivo de buscar resultados comunes. En esta perspectiva, se ve a los sectores productivos como actores sociales que intervienen el funcionamiento del sistema. Se trata de una visión en la cual la interacción de actores, que incide en la dinámica del sistema, es interpretada como una posibilidad de intervenir los determinantes sociales que influyen en la salud pública. Bajo esta óptica, se distingue a los gerentes de los hospitales como los principales actores de gestión de la política. Ello resulta preocupante ya que sus intereses no necesariamente son coincidentes con los de los actores sociales con mayores necesidades en salud.

En el ejercicio democrático de diseñar políticas públicas con enfoque social, se pone en riesgo los intereses de algunos actores sociales. Sin embargo, de acuerdo con Amartya Sen

no hay razón para que ganen los intereses creados si se permiten y fomentan debates abiertos [...] la solución consiste en celebrar debates públicos para participar en las decisiones políticas.¹²

En el sistema actual, las propuestas referentes al desmonte del modelo de aseguramiento son vistas como una amenaza por las EPS e IPS. Así, la postura política de los actores corporativos, operadores

del sistema, puede presionar actitudes defensivas y comportamientos de rechazo por parte de otros actores sociales al interior del sistema.

Las aseguradoras no han sido protagonistas en proyectos de intervención social. Se revela que dicha ausencia se encuentra relacionada con la no coincidencia de intereses sociales. En opinión de varios expertos del sector académico, el propósito fundamental de las reformas al sistema sanitario es acomodarlo a las condiciones que va imponiendo el mercado. Las expresiones y dictámenes desde sectores hegemónicos parlamentarios revelan una necesidad permanente de acomodar el sistema a los intereses del sector corporativo.

En definitiva, la interacción entre los actores sociales y actores corporativos en el SGSSS seguirá planteando temáticas de urgente abordaje con respecto a la responsabilidad social. Las EPS, junto con las IPS y ARP, son actores del sector salud cuyas responsabilidades en materia de salud pública se encuentran definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. De la ejecución de dichas responsabilidades se desprenderán consecuencias para la situación de salud de toda la población, sobre las cuales resulta prematuro argumentar.

Actores académicos y bienestar social: tensión entre la visión sectorial y el enfoque sociopolítico

La comunidad académica es uno de los actores más importantes de un sistema sanitario. Es la conciencia crítica y científica que identifica, estudia, analiza y expresa soluciones a los problemas de salud de toda la población. Esta comunidad está compuesta por científicos, investigadores sociales, profesores y estudiantes de universidades e instituciones educativas y de investigación.

El investigador es un actor académico que, en su propósito de comprender la realidad, analiza en la praxis la articulación de los intereses de actores sociales. Concibe las políticas públicas saludables como agentes fundamentales del desarrollo. Sabe que la comprensión de la realidad se construye

por medio del conocimiento que cada actor social, desde su vivencia, tiene de ella. Es conciente de que la participación en la formulación de políticas públicas no sólo revela la existencia de un Estado democrático, sino que legitima su aplicación y facilita su evaluación.

La mayor parte de los actores académicos entrevistados coincidieron en señalar que la concertación real entre actores sociales sólo se da por medio del reconocimiento del otro como interlocutor válido. En su opinión, una vez realizada la concertación sobre sus necesidades, resulta relativamente fácil desarrollar procesos con las comunidades. Estas, como actores sociales del sistema, en ocasiones se presentan ávidas de participación. Así mismo, la concertación entre los diversos actores que componen el sistema sanitario se dificulta por la heterogeneidad de intereses. Por tal motivo, debe ser el interés común, reflejado en acciones estatales, el que guíe el diseño de políticas públicas en salud.

En ocasiones, las instituciones que hacen investigación buscan aprobación de proyectos por medio del trabajo mancomunado con actores sociales. Para ello, algunos grupos de investigación ven los enfoques de la Investigación Crítico Social y la Investigación Acción Participativa pertinentes para construir políticas públicas en salud. En esta perspectiva, la responsabilidad social de los actores académicos, como agentes de salud, es reclamar de otros actores del desarrollo la promulgación de políticas públicas orgánicas. En ellas, se concibe al personal médico como un actor social importante con capacidad para contribuir a la estructuración de la sociedad. La importancia de dicho actor social radica en su capacidad de cuestionar las políticas públicas en salud en lo referente a su impacto social y gremial.

Con la redefinición del rol estatal en el diseño de políticas públicas en salud, sobrevino una redefinición en la participación de actores sociales en el diseño de políticas públicas en salud. El grado de participación se hizo más fuerte para algunos, al tiempo

que otros perdieron poder. La posición crítica de los sectores académicos los ha venido marginando de la toma de decisiones, mientras que la reducción de las funciones estatales, ahora en manos del sector privado, ha otorgado poder a las aseguradoras. Son precisamente las entidades en donde se forma el recurso humano en salud las que más han perdido participación en la toma de decisiones.

Conrado Adolfo Gómez, asesor de la senadora Dilian Francisca Toro, plantea que

hay una desarticulación evidente entre decisores e investigadores. Las decisiones no siempre se toman de la mano o apoyadas en la mejor investigación, por muchas razones: una de ellas es porque hay desarticulación temática, los investigadores no necesariamente se interesan en los temas que son de mayor interés en la agenda política y viceversa.¹³

Esto expresa la necesidad de superar el conflicto de intereses entre actores y retomar el principal objetivo de un sistema de salud: mejorar la situación de salud y de bienestar de toda la población.

En la interfase entre ciencia y política, señalada por varios investigadores latinoamericanos como Luz Helena Sanín,

la negociación con interlocutores no pertenecientes al área académica cobra cada día más relevancia como elemento catalizador en la interfase entre ciencia y política.¹⁴

Esta debe estar basada en el ejercicio de la autonomía de los actores académicos y tener la capacidad de influir en las decisiones en materia de políticas públicas en salud. Su estudio juicioso abriría la posibilidad de introducir reformas desde el interés por el bienestar común, que en la mayoría de los casos ha guiado el pensamiento científico; permitiría acceder al ejercicio pleno de la democracia que siempre debe acompañar al interés por lo público; y, sobre todo, construir sistemas de salud con la participación de todos

los actores sociales. En este sentido, un sistema de salud debe ser concebido a partir del debate y posterior consenso entre los actores sociales a los cuales afecta su funcionamiento.

Los actores sociales proveen información importante para determinar necesidades en salud, desarrollar políticas públicas, elaborar programas y proyectos de intervención y evaluar el funcionamiento del sistema en todos sus componentes. Bajo esta óptica, cobra importancia el debate sobre el capital social en el tema de los actores sociales que intervienen en el diseño de políticas públicas en salud. El enfoque de la propuesta del capital social resulta relevante en el objetivo de generar confianza, capacidad de asociación y acuerdos entre actores.

Del análisis de las opiniones de expertos académicos en el tema de políticas públicas en salud se pudieron identificar dos tendencias macro. Una de ellas corresponde a aquellos actores académicos con más cercanía a sectores gremiales de la salud, cuyas percepciones sobre el sistema sanitario se centran en críticas radicales y en el logro de reivindicaciones gremiales y de derechos asistenciales, con un enfoque centrado en el análisis de los actores del sector salud. La otra tendencia, en la que la categoría de actor social tiene mucha importancia, señala la hegemonía del modelo neoliberal al interior del sistema y expresa la necesidad de construir, desde la academia, y con la intervención fuerte de actores sociales, propuestas participativas para el diseño de políticas públicas en salud. Ambas tendencias abogan por una reforma estructural del sistema.

En la primera tendencia, se percibe un enfoque sectorial que cuestiona fuertemente el rol de los actores estatales sobre asuntos como la cobertura con calidad, que lleva a sus representantes a plantear interrogantes acerca de los parámetros utilizados en la evaluación de la calidad de los servicios. Se expresa que para poder lograr que el sistema tenga efectos reales en el mejoramiento de la situación de la salud se necesita crear “nuevas configuraciones

secuenciales de la política”, que se centren fundamentalmente en cambiar el poder de los actores, mediante una modernización institucional.

La competencia por el producto social genera tensiones entre los actores. Los gremios, como actores sociales, han generado movimientos políticos como el Movimiento Nacional por el Derecho a la Salud en donde se expresan tales tensiones. Los actores académicos deben trascender el enfoque contestatario en los diversos escenarios de participación social para comprender las tensiones y elaborar soluciones. Por ejemplo, entender que en el ejercicio de la competencia por el producto social de la salud no existen posturas neutras, en este escenario competitivo la hegemonía se expresa en el devenir cotidiano de las instituciones.

En el marco de estas pugnas se han visto afectadas la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la calidad de la atención y, sobre todo, la concepción integral de la salud. La cual es entendida de acuerdo con la situación y las circunstancias en las que se encuentre cada actor social. Así, los debates a profundidad para efectuar las reformas estructurales necesarias deben tener como punto de partida la academia, es decir, partir de la evidencia científica al servicio del bienestar social y, más importante aún, ofrecer una apertura al debate participativo de todos los actores sociales. No es posible realizar reformas estructurales solamente mediante la diligencia y la negociación entre actores hegemónicos. En ausencia de los demás actores, las políticas públicas se revelan vacías de contenido y de conceptualizaciones complejas, en donde se diluye el indispensable debate acerca del bienestar social.

La crítica hecha por los actores académicos desde la visión sectorial a las posiciones hegemónicas, defiende la participación de quienes tienen una interpretación holística y compleja de los problemas que se generan en el funcionamiento del sistema o, por lo menos, la expresión de dicha interpretación. La expresión “poner a funcionar todos los actores del sistema” hace pensar en

la interacción entre ellos, enmarcada por un equilibrio de poderes, que debe desarrollarse de manera orgánica y orientarse por la solución de los problemas de salud.

En el enfoque sectorial, trabajar sobre indicadores de salud pública puede ser una buena estrategia para que se de el diálogo entre actores al interior del sistema, y avanzar en el debate necesario sobre las reformas estructurales que este requiere. Otro punto importante en el enfoque sectorial es el de los derechos en salud, que debe hacerse extensivo al consenso sobre conceptos fundamentales como la equidad, la participación, la solidaridad, la cobertura, la calidad, etc. Estos deben ser definidos a la luz de las interpretaciones de los diferentes actores, no sobre la visión unilateral del Estado.

En la segunda tendencia, se percibe un enfoque sociopolítico, cuyo exponente principal es Mario Hernández,¹⁵ quien señala la existencia de conflicto de intereses en el diseño de políticas públicas, que muestran a su vez pugnas normativas entre actores que no están solamente por intereses individuales. Así, se requiere hacer conciencia de que los actores privados en escenarios pluralistas deben ser vistos como grupos con interés económico, y no como actores políticos.

En esta línea, se percibe al sistema como una macro-política pública de Estado que regula las relaciones entre los actores que intervienen en él. De esta manera, otras políticas públicas en salud que no están directamente relacionadas con el sistema, quedan atrapadas dentro de la lógica de su organización. Las políticas públicas deben ser entendidas como decisiones estatales que trascienden lo tecnocrático.

No ha ocurrido así con otras interpretaciones basadas en lo económico. La interpretación de los actores de la reforma que han hecho algunos analistas, entre ellos Juan Carlos Ramírez, asume una posición liberal que sólo tiene en cuenta a los actores que tienen intereses económicos, de la que se puede concluir que “es un buen pacto

entre actores económicos del sector salud”.¹⁶ Por su parte, Mario Hernández estudia la participación de actores sociopolíticos en el sistema, revelando la existencia de diferentes formas de organización entre actores, como en el caso de los médicos.

La posición que ocupa un actor social dentro del sistema lo define frente a los demás. El escenario donde éste se mueve y las estrategias que emplea, le otorgan posibilidades de hegemonía con respecto a otros actores, confiriéndole la capacidad de intervenir la realidad a su favor. En tal contexto, la escasa diferenciación entre actores políticos y actores económicos le ha permitido al interés privado intervenir mayoritariamente en el diseño y organización del sistema. Según Hernández, el paso del subsidio a la oferta que reemplazó el subsidio a la demanda, no permitió que los movimientos de actores sociales entraran en el proceso de discusión de la reforma en el sistema de salud. Ello, debido también a que los actores sociales no lograron percibir la magnitud del alcance de las reformas.

El panorama futuro plantea un escenario de creación de oligopolios en el sector salud, lo que algunos académicos entrevistados entienden como oligopolización del sector salud, en el cual los actores privados adquieren el suficiente poder que les irá permitiendo cada vez más influir sobre futuras reformas al sistema, intervenir en procesos electorales y adquirir la capacidad de hacer parte de la esfera política. Existe una agudización de la pugna de intereses e interpretaciones entre actores académicos del ámbito de la salud pública y actores del capital privado. Los primeros se encuentran desprovistos de poder, mientras que los segundos lo adquieren cada vez más.

El escenario de las políticas públicas en salud también está configurado por un fenómeno de cambio de rol de actores sociales, que se da cuando un actor cambia de actividad, pasando, por ejemplo, de ser un actor académico a ser un actor decisor. Aquí, el nuevo actor decisor, debe enfrentar las nuevas presiones del nuevo escenario en que se halla inmerso; la utilidad práctica de los

conocimientos adquiridos en la academia pierde valor en los nuevos ámbitos al no encontrar interlocutores válidos y al enfrentarse con intereses contradictorios. Se conforma así otro conflicto que generalmente es resuelto a favor de los intereses privados.

Varios de los expertos entrevistados, señalaron que muchas investigaciones se encuentran orientadas al servicio de los funcionamientos autocráticos del Estado. En este sentido, resulta relevante plantear el interrogante acerca del sesgo en la selección de los resultados que el Estado considera relevantes, los cuales se corresponden a los que generalmente son útiles para ilustrar una buena gestión estatal, dejando de lado aquellos que no resultan adecuados para este propósito.

La defensa permanente de intereses particulares por parte de los diferentes actores sociales lleva a una visión reduccionista de la realidad. Se requiere, entonces, que los actores académicos superen la actitud contestataria. Ello posibilitaría dejar la periferia en donde los ha colocado la tensión con algunos actores decisores. Se requiere además hacer visibles sus planteamientos teóricos para llevarlos a la praxis.

No existe participación equilibrada y objetiva de los actores sociales al interior del sistema; lo que se percibe, es una demanda de derechos en salud por parte de la ciudadanía. El fenómeno del incremento de tutelas es un claro ejemplo de la expresión de la sociedad civil por hacer efectivos sus derechos.

El modelo en salud debe reorientarse a la construcción de respuestas sociales con autonomía de las exigencias del sector privado. Las reformas deben darse sobre un modelo democrático pluralista de toma de decisiones, en donde se encuentren presentes todos los actores sociales. En este sentido, se plantea que los vacíos de definiciones conceptuales en el SGSSS son una oportunidad para que la participación de los actores sociales se exprese: en la tarea de elaborar dichas definiciones.

El poder que ejercen los actores hegemónicos impide la realización de reformas estructurales

al sistema de salud. En este sentido, de la misma forma que los actores económicos y corporativos le han ganado espacio a la política pública y han sido protagonistas en sus formulaciones, los actores académicos, junto con los demás actores sociales, deben ganar espacio en instancias deliberativas y de formulación de políticas públicas como en el caso del Plan Nacional de Salud Pública.

La gobernabilidad legítima sólo se logra en la medida en que las decisiones se tomen con la participación de todos los actores sociales involucrados en las problemáticas tratadas. Las tensiones entre los actores tienen su expresión concreta en la cotidianeidad. Lo cual se traduce en la injerencia en el diseño de políticas públicas. El diseño de políticas públicas en salud no debe seguir perdiendo valor ni ser un escenario en que existen actores ganadores y actores perdedores. Hasta el momento, la diferencia entre ganar y perder está dada por el ejercicio del poder hegemónico y no por el interés del bienestar común.

Conclusiones

Las tensiones surgidas entre los actores que interactúan en el SGSSS, revelan que en Colombia el diseño de políticas públicas en salud expresa fragilidades estatales para adoptar decisiones con impacto positivo en el bienestar social. Del estudio de dichas tensiones se sugiere: la política pública debe apropiarse de la solución de la totalidad de los problemas de salud de la población contando con la participación de todos los actores sociales. Su construcción debe integrar lo administrativo, lo científico y lo social sin dejarse reducir por lo económico, y responder a problemas sanitarios variados y a la vez específicos.

El desequilibrio de poderes entre actores dentro del SGSSS, el alejado rol de los actores corporativos como agentes importantes en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la función rectora de los actores decisores inclinada hacia la modulación de servicios y la pérdida de participación de las entidades formadoras del

recurso humano en salud, revelan que el sistema sanitario colombiano es un escenario en donde actores sociales de todo tipo compiten por el beneficio social de la salud, convirtiéndose así en un ámbito trascendental para el estudio del poder hegemónico, el análisis de la denominada interfase entre el conocimiento científico y política pública, y la elaboración de nuevas conceptualizaciones en salud, entre otros.

Referencias bibliográficas

1. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. *Rev Geren. Polít. Salud* 2002; 1(3): 76-94.
2. Dexter LA. *Elite and Specialized Interviewing*, Evanston. Northwestern University Press, 1970. Citado por: Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Refección metodológica y práctica profesional. 3ª ed. Madrid: Síntesis Sociología; 2003: 188.
3. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Panorama general. 2000. Ginebra; 2000: 138-139.
4. OPS/OMS. Equidad, Salud y Desarrollo Humano; 2001 abr. 23-24; La Habana, Cuba. Washington DC, E.U.A. Biblioteca Virtual en Salud-Equidad y Desarrollo Humano BVS; 2001: 4.
5. Touraine A. Actores sociales y sistemas políticos en América Latina. Santiago de Chile: OIT-PREALC; 1987: 12.
6. Moreno L. Ciudadanía, desigualdad social y Estado del bienestar. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). Documento de Trabajo 03-08. [en línea] agosto de 2003 [consulta: 19 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0308.pdf>
7. Baron G. Colombian Health Spending 1993-2003: its Somposition and Trends. *Rev. Salud Pública* 2007; 9 (2): 167-179.
8. Castaño A. Medicina, ética y reforma a la salud. Bogotá: Ecoe ediciones; 2000: 29.
9. Morin E, Cern A. *Tierra patria*. Buenos Aires: Ediciones Nueva visión; 1993: 161.
10. Guillén H. De la orden Cepalina del desarrollo al neoestructuralismo en América Latina. *Rev. Comercio Exterior* 2007; 57(4): 296-313.
11. Franco A. Seguridad social y salud en Colombia: estado de la reforma. *Rev Salud Pública* 2000; 2(1): 1-16.
12. Sen A. *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Planeta; 2000: 156.
13. Gómez C. Perspectivas sobre el uso de la investigación para la agenda legislativa y la toma de decisiones en el sector salud. Ponencia presentada en el panel: El uso de la investigación para la formulación de políticas y la agenda legislativa. La perspectiva de los tomadores de decisiones. I Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública: Investigación para la toma de decisiones en el sector salud. Bogotá, octubre 24 de 2006: 1-10.
14. Sanín L. Perspectivas en el diseño de intervenciones para disminuir la exposición a metales pesados sobre los recién nacidos. *Salud Pública Méx* 2007; 49 (sup 1): 76-78.
15. Hernández M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Rev Cubana Salud Pública* 2003; 29 (3): 228-235.
16. Ramírez J. Los actores sociales en la reforma de la seguridad social en salud: intereses, propuestas y responsabilidades. Documentos de Trabajo FESCOL, 1993.

Autores

André-Noël Roth Deubel

Politólogo, Magíster en Ciencia Política y Doctor en Ciencias Económicas y Sociales, ha sido profesor de Ciencia Política de la Universidad de Ginebra (Suiza). Actualmente es Profesor Investigador Asociado del Departamento de Ciencia Política de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Profesor invitado del doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales-CINDE. Director del Grupo de Investigación Análisis de las Políticas Públicas y de la Gestión Pública, Categoría B de Colciencias. andrenoel.roth@gmail.com

Gloria Molina Marín

Enfermera y Magíster en Sociología de la Educación de la Universidad de Antioquia; M.B.A. in Public Services (Internacional Stream) y Ph.D. in Health Services Management de la Universidad de Birmingham – Inglaterra. Directora Centro de Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública; coordinadora del Grupo de investigación en gestión y políticas de salud, Universidad de Antioquia. Integrante de la Red Nacional y Latinoamericana de Investigación en Políticas Públicas y de Salud. molinag@guajiros.udea.edu.co

Iván Felipe Muñoz Echeverry

Médico y Cirujano, Universidad de Antioquia; estudiante de Maestría en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Perteneció al Grupo de investigación en gestión y políticas en salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Médico Asociado Cooperativa de Trabajo Asociado COODERMA. Participante en la Mesa de Trabajo por el Derecho a la Salud de la Niñez en Situación de Calle de Medellín. ivanfelipe9@yahoo.es

Javier de Jesús Araque Acevedo

Administrador en Salud y Gestión de Servicios de Salud, Universidad de Antioquia; estudiante de la Maestría en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Coordinador Docencia Servicio IPS Universitaria.

javieraraque6@yahoo.com.mx

Claudia Milena Rodríguez Tejada

Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud, Universidad de Antioquia; estudiante de Maestría en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Profesional Universitario, IPS Universitaria, sede Clínica León XIII.

milejuan@hotmail.com

Lina María Grisales Franco

Bacterióloga y Laboratorista Clínico, Universidad de Antioquia; Magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia; Especialista en Auditoría en Salud y Especialista en Gerencia de Laboratorios Clínicos, Universidad de Antioquia. Docente de la Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia.

lgrisales@udea.edu.co

Libardo Antonio Giraldo Gaviria

Médico y Cirujano, Universidad de Antioquia; Magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Docente y Coordinador Laboratorio de Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

lgiraldog@guajiros.udea.edu.co

Francy Nelly Pérez Becerra

Enfermera, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; Medica Cirujana, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; estudiante de Maestría en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Médica general de urgencias, IPS Universitaria, Clínica León XIII. Estudiante investigadora en el tema: niñez, familia, crianza y educación para la salud, grupo Salud y Sociedad, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

franepe@hotmail.com

Gustavo Alonso Cabrera Arana

Fonoaudiólogo, Universidad Católica de Manizales; Magíster en Salud Pública, Universidad del Valle; Diplomado en Gestión de Salud, Fundación Oswaldo Cruz; Especialista en Promoción de Salud, Universidad de Sao Paulo; Doctor en Salud Pública, Universidad de Sao Paulo. Profesor Asociado, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

gcabrera@guajiros.udea.edu.co

Diana Elizabeth Escudero Cardona

Gerente en Sistemas de Información en Salud, Universidad de Antioquia; estudiante de Maestría en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Profesional Universitaria, Centro de Extensión Facultad Nacional de Salud Pública.
dianaescudero@gmail.com

Camilo Andrés Cardona Sánchez

Médico y Cirujano, Universidad de Antioquia; estudiante de Maestría en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Médico de Sala, Hospital Universitario San Vicente de Paul. Investigador Grupo de Economía de la Salud (GES), Universidad de Antioquia.
kamilokardona@gmail.com

Juan Carlos López Madrid

Médico y Cirujano, Universidad de Antioquia; estudiante de Maestría en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Médico Hospital Universitario San Vicente de Paul. Investigador Grupo de Economía de la Salud (GES), Universidad de Antioquia. Oficial de Salud Cuerpo de Bomberos Municipio de Envigado.
juanlopezmadrid@gmail.com

Luis Alirio López Giraldo

Antropólogo, Universidad de Antioquia; Magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Docente de Cátedra, Facultad de Medicina y Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Asesor Curricular de la Facultad de Química Farmacéutica, Universidad de Antioquia. Investigador Contratista del Instituto Colombiano de Desarrollo Rural (INCODER).
rush@une.net.co

Se terminó de imprimir
en L. Vieco E. Hijos Ltda.,
agosto de 2008