RESTREPO / MÁLAGA

Promoción de la Salud:

Cómo construir vida saludable

EDITORIAL MEDICA
panamericana

PROMOCIÓN DE LA SALUD:
Cómo construir vida saludable

PROMOCIÓN DE LA SALUD: Cómo construir vida saludable

Helena E. Restrepo
Consultora en Promoción de la Salud. Colombia

Hernán Málaga
Representante para Paraguay
Organización Panamericana de la Salud –OPS–
Organización Mundial de la Salud –OMS–

EDITORIAL MEDICA panamericana

BOGOTA - BUENOS AIRES - CARACAS - MADRID - MEXICO - SÃO PAULO

Promoción de la salud: cómo construir vida saludable / Helena E. Restrepo ... <et al.>: prologador George A. O. Alleyne, 1a. ed. / revisión editorial Alvaro Garrido. – Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2001
298 p. ; 17 x 24 cm.
Incluye bibliografías.
1. Promoción de la salud - Ensayos, conferencias, etc. 2. Calidad de vida - Ensayos, conferencias, etc. 3. Sistemas de Información y Comunicación Municipal - Colombia - Ensayos, conferencias , etc. 4. Promoción de la salud - Estudio de casos - Ensayos, conferencias, etc. 5. Salud urbana - Ensayos, conferencias, etc. I. Alleyne, George A. O. II. Restrepo, Helena E. III. Garrido, Alvaro, ed.
613 ed. 20 ed.
AHB0226

CEP-Biblioteca Luis-Angel Arango

Primera reimpresión enero de 2002

La medicina es una ciencia en permanente cambio. A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica amplían nuestro conocimiento, se requieren modificaciones en las modalidades terapéuticas y en los tratamientos farmacológicos. Los autores de esta obra han verificado toda la información con fuentes confiables para asegurarse de que ésta sea completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la publicación. Sin embargo, en vista de la posibilidad de un error humano o de cambios en las ciencias médicas, ni los autores, ni la editorial o cualquier otra persona implicada en la preparación o la publicación de este trabajo, garantizan que la totalidad de la información aquí contenida sea exacta o completa y no se responsabilizan por errores u omisiones o por los resultados obtenidos del uso de esta información. Se aconseja a los lectores confirmarla con otras fuentes.

ISBN: 958-9181-55-4

IMPRESO EN COLOMBIA

Todos los derechos reservados.
Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro, sin el permiso previo de Editorial Médica Internacional Ltda.

© 2001, EDITORIAL MEDICA INTERNACIONAL LTDA.
Cra. 7ª A Nº 69-19
Bogotá, D.C. Colombia

Ilustración portada: Cortesía de la Alcaldía de Bucaramanga, Departamento Administrativo de Salud y Seguridad Social.

Preparación Editorial: Alvaro Garrido Madrid

Impreso por Panamericana Formas e Impresos S.A.

EDITORIAL MEDICA panamericana

Visite nuestra página web:
http://www.medicapanamericana.com

ARGENTINA
Marcelo T. de Alvear 2145 (1122AAG)
Buenos Aires, Argentina
Tel.: (54-11) 4821-5520 / Fax (54-11) 4821-1214
e-mail: info@medicapanamericana.com.ar

COLOMBIA
Carrera 7a A No. 69-19 Bogotá DC
Tel.: (57-1) 314-5014 / Fax: (57-1) 345-0019
e-mail: info@medicapanamericana.com.co

ESPAÑA
Alberto Alcocer 24 (28036) - Madrid, España
Tel.: (34-9-1) 4570203 / Fax: (34-9-1) 4570919
e-mail: edmedpan@emp.es

MÉXICO
Calzada de Tlalpan No. 5022 entre Tezoquipa y Michoacán
Colonia La Joya - Delegación Tlalpan - 14090 - México D.F.
Tel.: (52-5) 573-2300 / Fax: (52-5) 655-0381
e-mail: infomp@medicapanamericana.com.mx

VENEZUELA
Edificio Polar, Torre oeste, Piso 7, Of. 7-A
Plaza Venezuela, Urbanización Los Caobos, Parroquia El Recreo, Municipio Libertador - Caracas D.F.
Tel.: (58-2) 793-6906/3058/2531/5985/7195
Fax: (58-2) 793-5885
e-mail: empave@medicapanamericana.com.ve

COLABORADORES

MARTA LUCÍA CASTRO RAMÍREZ
Coordinadora Área Promoción de la Salud. OPS, Colombia.

MAGDA PALACIO HURTADO
Coordinadora Salud, Familia, Población. OPS, Colombia.

SÉRGIO ROLIM MENDONÇA
Consultor en Salud y Ambiente. OPS, Colombia.

HUMBERTO MONTIEL PAREDES
Consultor en Epidemiología. OPS, Colombia.

JAVIER URIBE ECHEVERRY
Profesional Nacional de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS, Colombia.

DEVI RAMÍREZ DÍAZ
Profesional Nacional Comunicación y Salud. OPS, Colombia.

NORBERTO DACHS
Consultor Regional del Programa de Políticas Públicas y Salud. OPS, Washington D. C.

LUÍSA GUIMARÃES
Pasante Internacional Salud Pública Internacional. OPS, Washington, D.C.

JUAN IGNACIO ARANGO
Gerente Programa de La Gerencia Generación de la Riqueza. PNUD, Colombia.

ANTONIO SÁEZ CRESPO
Profesor Titular de Salud Pública, Universidad Complutense, Madrid-España.

MARISELA PERDOMO
Epidemióloga. Fundación para el Desarrollo de la Epidemiología–FUNDEPI, Venezuela.

ROSA ISABEL PATIÑO
Directora Postgrado Salud Ambiental, Docente. Facultad de Medicina, Universidad del Bosque. Bogotá, Colombia.

HUGO ACERO VELÁSQUEZ
Subsecretario de Gobierno. Alcaldía Mayor de Bogotá, Colombia.

Prólogo

Me siento altamente complacido por haber sido escogido para prologar este libro que considero, se publica en un momento muy oportuno. En primer lugar, deseo felicitar a la Dra. Helena Restrepo y al Dr. Hernán Málaga por el esfuerzo dedicado a su elaboración y por haber logrado que varios eminentes profesionales aceptaran colaborar en esta tarea. Los doctores Restrepo y Málaga, se han vinculado estrechamente a la práctica y defensa activa de la Promoción de la Salud durante muchos años; por ello, aportan a este trabajo una visión prometedora de la Promoción de la Salud en la totalidad de los países americanos y, en especial, en algunos de éstos. Los autores, ocupan una posición ventajosa para demostrar la aplicabilidad de las diversas estrategias de Promoción de la Salud, en los numerosos entornos en los cuales las personas viven y trabajan.

Considero muy apropiado que hayan incorporado un enfoque histórico en el documento, por la importancia de dar a conocer el desarrollo doctrinal en torno a la salud y sus factores determinantes, especialmente para quienes han ingresado recientemente a este campo de actividad. Muchos de los conceptos que actualmente se aceptan como esenciales en la concepción de la Promoción de la Salud, pueden encontrarse en las prácticas higiénicas de civilizaciones anteriores. Es fundamental que se retomen algunos de los valores que guiaron la teoría y la práctica de la salud en épocas pasadas; muchas de ellas, podrían muy bien considerarse de Promoción de la Salud.

Los grandes éxitos en las ciencias físicas y los triunfos indudables de la microbiología, así como el enfoque biomédico de la salud, nos indujeron a considerar la salud desde una perspectiva reduccionista. Esta situación, en gran parte, ha venido cambiando en la medida en que hemos empezado a comprender cómo se genera la salud, y conforme se torna más aceptable el enfoque sistémico.

La Carta de Ottawa, documento fundamental tratado de manera excelente en este libro, marcó un verdadero hito. Como todos los momentos de esta naturaleza, fue el resultado de la conjunción de una serie de sucesos y personas en un entorno propicio. Se ha progresado significativamente y la recién concluida 5ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, celebrada en México, D. F., en junio de 2000, puso de manifiesto parte de ese progreso.

No cabe la menor duda de que la Promoción de la Salud es aceptada ampliamente como un enfoque fundamental en la práctica de la salud pública. Creo que finalmente se está llegando a entender que una separación rígida entre la atención a la salud de los individuos y la atención a los grupos o poblaciones, no resulta útil.

La Promoción de la Salud debe dar lugar al mejoramiento de la salud de las personas y no ser una cuestión de interés meramente filosófico.

En este libro se describen algunas de las formas en que las estrategias iniciales de la Promoción de la Salud se han aplicado, y pueden seguirse aplicando en la práctica. Me complace particularmente observar la atención que se presta a grupos especiales, como los pueblos indígenas, y la importancia que se asigna a la participación comunitaria en general, así como a la colaboración intersectorial. Si bien estos últimos dos conceptos suelen enaltecerse, resultan difíciles de llevar a la práctica. Sin embargo, no cabe la menor duda de su importancia y puesto que creemos que la salud es el resultado de una acción recíproca de los factores sociales, nuestros esfuerzos tienen que dirigirse en gran medida hacia el lugar donde se generan y estructuran las diversas fuerzas. La Organización Panamericana de la Salud se ha comprometido a proseguir la aplicación de estas estrategias esenciales de la Promoción de la Salud.

Recibo con beneplácito este libro, no sólo por la calidad de su contenido, sino por el orgullo que siento al saber que los autores estuvieron relacionados estrechamente, y lo siguen estando, con la labor de la OPS.

Deseo el mayor éxito a esta publicación.

GEORGE A. O. ALLEYNE
Director, Organización Panamericana de la Salud

Introducción

Durante la mayor parte del Siglo XX, el concepto de Promoción de la Salud estuvo dominado por la educación sanitaria dentro del enfoque biomédico de la Salud Pública, agregado a lo anterior, los recursos existentes para los Sistemas Nacionales de Salud disminuyeron a partir de la década de los 80's. De otra parte, los servicios asistenciales no crecieron con la misma velocidad que las poblaciones y además se especializaron cada vez más, aumentando la utilización de las tecnologías de alto costo, y concentrándose en las áreas urbanas, hechos que han contribuido a dificultar el acceso a los servicios de salud de los grupos de población con mayor exclusión social.

La célebre reunión internacional de Ottawa de 1986 sobre la Promoción de la Salud, rescató la importancia que tienen las oportunidades de vida en el logro de la salud de la población, y señaló la necesidad de tener presente los pre-requisitos sin los que la salud siempre será deficiente en las poblaciones carentes de ellos. En la actualidad se reconoce que para que existan las verdaderas oportunidades de vida con equidad, estos pre-requisitos deben conseguirse para toda la población.

En América Latina se hace muy urgente el trabajo comprometido en la Promoción de la Salud como única opción para avanzar en la reducción de las brechas existentes en las condiciones de salud y bienestar de la población, que en este continente, se caracteriza por presentar grupos con perfiles de salud promedio de hace 50 años, así como otros, con indicadores equivalentes a promedios esperados para ser alcanzados en el futuro.

El presente libro profundiza los conceptos teóricos y prácticos de la Promoción de la Salud como meta para avanzar en la búsqueda de la Equidad, en los niveles comunitarios locales. En su contenido se presentan, entre otros aspectos, los siguientes:

- ejemplos de la disminución de diferencias en las condiciones de vida y en el acceso a servicios de salud, estableciendo el derecho a la salud como un derecho fundamental, y como meta social del Desarrollo Humano Sostenible el costo-beneficio, y el costo-efecto de la misma;
- procedimientos sencillos de medición de inequidades para ser utilizados en el nivel local;
- formas de empoderamiento de los grupos excluidos en el nivel local, con el propósito de promover la autogestión para la solución de los problemas prioritarios sentidos por la comunidad;
- introducción a las técnicas de focalización, la búsqueda de la equidad y la priorización de las necesidades de intervención, para la disminución de

problemas e identificación de potencialidades de desarrollo;
- introducción al campo de la elaboración de programas y proyectos de intervención y la búsqueda de consensos en contraposición a la forma tradicional de definir las acciones desde el sector salud;
- ilustración de experiencias rurales y de salud urbana dentro de la Estrategia de Municipios Saludables;
- Políticas Públicas Saludables;
- construcción de entornos saludables;
- introducción a las técnicas de evaluación de experiencias y proyectos de Promoción de la Salud;
- revisión sobre la aplicación de los conceptos de Promoción de la Salud en las comunidades indígenas.

Además, presenta algunas reflexiones sobre el futuro del movimiento de Municipios Saludables en América, destacando la participación comunitaria para la toma de decisiones, el cambio de enfoque de sectorial a intersectorial y la transformación de la cooperación en salud desde la vertical, centralizada, a una cooperación horizontal, apoyando las experiencias locales.

Se espera con esta contribución enriquecer el inmenso movimiento de Municipios Saludables de América Latina, hacia la paz, la democracia y la justicia social, que son los auténticos precursores de la salud de nuestros pueblos.

No obstante que los sistemas de salud dispongan cada vez de menos recursos, debido a los modelos de ajuste económico que se impulsan para equilibrar los presupuestos del Estado, los indicadores de salud continúan mejorando. Esta circunstancia, ha permitido definitivamente reconocer que existen muchas otras intervenciones desde otros sectores del Estado. Se estima por ejemplo, que en los Estados Unidos de América, la atención médica ha contribuido en cinco de los 30 años en que se incrementó la expectativa de vida en el siglo pasado, y tres de los siete años en el incremento desde 1950[1], por lo que cada vez se hace más necesaria la investigación del efecto de la intervención de la Promoción de la Salud en su capacidad de proporcionar condiciones para una vida saludable y reducción del daño estimado.

HERNÁN MÁLAGA
HELENA E. RESTREPO

[1] LEE, P., PAXMAN, D. (1997). Reinventing Public Health. Annual Rev. Pub. Health. 18:1-35 pp.

CONTENIDO

Prólogo 9

Introducción 11

1 Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud
Helena E. Restrepo 15

2 Conceptos y definiciones
Helena E. Restrepo 24

3 Agenda para la acción en Promoción de la Salud
Helena E. Restrepo 34

4 Calidad de Vida y Promoción de la Salud
Marta Lucía Castro Ramírez 56

5 Descentralización y autogestión comunitaria
Rosa Isabel Patiño y Luísa Guimarães 65

6 Inequidades en salud: Cómo estudiarlas
Norberto Dachs 84

7 Satisfacción de Necesidades Básicas Insatisfechas
Sérgio Rolim Mendonça 105

8 Cómo empoderar a los excluidos en el nivel local
Hernán Málaga y Marta Lucía Castro Ramírez 120

9 Sistema de Información y Comunicación Municipal en Colombia
Humberto Montiel Paredes 138

10 Ideas básicas para el desarrollo de la Sala de Situaciones a nivel departamental y municipal
Humberto Montiel Paredes 146

11 Focalización y priorización en la práctica de la Promoción de la Salud
Hernán Málaga, Juan Ignacio Arango y Humberto Montiel Paredes 157

12 Elaboración de programas y proyectos de intervención
Hernán Málaga 178

13 Procesos de negociación comunitaria
Devi Ramírez Díaz 193

14 Evaluación de procesos locales de Promoción de la Salud
Hernán Málaga y Marisela Perdomo 202

15 Generalidades sobre evaluación de experiencias y proyectos de Promoción de la Salud
Helena E. Restrepo 212

16 Conceptos sobre Salud Urbana
Helena E. Restrepo 218

17 Violencia, Seguridad y Salud
Hugo Acero Velásquez 232

18 Experiencias Rurales
Hernán Málaga 253

19 Entornos Saludables: el desafío de la Promoción de la Salud
Magda Palacio Hurtado y Antonio Sáez Crespo 264

20 Comunidades indígenas
Javier Uribe Echeverri 274

21 Reflexiones sobre el futuro del movimiento de Municipios Saludables en América
Hernán Málaga y Helena E. Restrepo 288

Índice Analítico 293

1 Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud

Helena E. Restrepo

"Nada más difícil que un comienzo"
Lord Byron

El interés creciente en el área temática de la Promoción de la Salud –PS–, hace indispensable que se revisen los antecedentes históricos que dieron origen a la actual disciplina, teniendo como marco histórico el desarrollo de la salud pública en la cultura occidental. En la extensa historia de la salud pública, se señalan los hechos más relevantes con relación a los elementos esenciales de la PS, aceptados en la actualidad. No se hace referencia particular a la cultura oriental por desconocimiento de su evolución, aunque se sabe con certeza que también ella, ha tenido importantes influencias en la teoría y práctica de lo que constituye hoy el vasto campo de la PS.

El valor dado a la salud en cada sociedad, es fundamental para comprender la historia de la salud pública y de la medicina. Dicho valor está influenciado a su vez, por las ideologías y corrientes de pensamiento que han dominado en el mundo a lo largo del tiempo con relación a la concepción de la salud. En este artículo se revisan en forma muy sucinta, algunas de estas corrientes y las implicaciones que han tenido sobre el desarrollo de nuevos paradigmas, que promulgan acciones positivas de carácter más integral para alcanzar un nivel de salud óptimo y mejor calidad de vida de las poblaciones. Por esta razón, no se incluyen muchos hechos y nombres importantes en la historia de la medicina clínica y la epidemiología, que dieron reconocidos triunfos a la humanidad sobre la enfermedad.

1. Creencias primitivas sobre cómo mantener la salud

Las creencias y prácticas para evitar enfermarse —amuletos, talismanes, hechizos, etc.—, han existido desde los tiempos más primitivos, y persisten aún en muchas culturas —uso de pulseras magnéticas, amuletos obsequiados por indígenas, semillas en las muñecas de los niños, el uso de colo-

res[1], etc.—, que son prueba del interés de siempre por conservar la salud como un bien preciado, y por lo tanto, este tipo de intervenciones se pueden asimilar a medidas promocionales y preventivas.

La Biblia contiene una gran cantidad de información sobre prácticas preventivas tanto individuales como sociales, en especial el Antiguo Testamento, que está lleno de alusiones a medidas para proteger la salud colectiva. Un ejemplo es la siguiente recomendación para los soldados: "*Y llevarás también una estaca entre tus armas; y será que cuando salgas allí fuera, cavarás con ella y luego te volverás y cubrirás con la tierra tu excremento*"[2]. De igual modo, se puede considerar como práctica sabia de la PS la reglamentación del día de reposo[3]. Muchas de estas recomendaciones se transformaron en normas religiosas hebreas, que permiten hoy reconocer a los judíos como precursores de la protección de la salud de la población.

2. Conceptos de salud de los griegos

Esculapio (Asklepios) que debió ser humano hacia 1250 a. c., era el dios de la salud y su culto persistió por mucho tiempo. Tuvo dos hijas, Panacea conocida como la diosa de la curación e Hygea, de la "*salud*", quién dió origen a la palabra "*Higiene*". En los tiempos de los griegos la higiene tenía una connotación más amplia, a Hygea se le reconocía como diosa del arte de estar sano, entendido éste, como la moderación en el vivir, ó "*el orden natural de las cosas*"; Panacea por el contrario, era la diosa de las medicinas y de los procedimientos terapéuticos. Ambas están reconocidas en la obra Corpus Hippocraticum de Hipócrates (Guthrie 1947, pp. 63-66).

El balance entre Panacea e Hygea se ha roto en los tiempos modernos con la exagerada supremacía de lo curativo, y el gran desarrollo de la biotecnología, que a su vez está convirtiéndose en un determinante de inequidades en salud, al hacer la atención médica cada vez más costosa e inalcanzable. Para los fines de la PS, "*lo importante para el futuro es restablecer el equilibrio entre Hygea y Panacea*" (Renaud 1996, pp. 347-366).

En los tiempos de Homero se pedía a los dioses una larga vida y si era posible una muerte sin dolor, es decir un envejecimiento sano. En los siglos VI y V a. c. (Siglo de Oro), abundaron los valores dados a la salud y a estar "*saludable*". Los filósofos griegos consideraron que ser saludable era un altísimo don de los dioses. Platón decía que era mejor tener poco dinero y estar sano que estar enfermo y ser rico. Hipócrates fue el representante máximo del pensamiento griego sobre la vida sana como fuente de riqueza, hoy fundamental en la concepción de PS. Los seguidores de Pitágoras fueron, más que médicos, una orden religiosa que recomendaba una vida pura, adquirida a través de dietas y prácticas especiales dando un gran valor a la música como terapia para restaurar el equilibrio. Dentro del rescate de los aspectos que influyen en el bienestar, no se puede desconocer al filósofo Epicuro, defensor de todas aquellas cosas que proporcionan el verdadero gozo por la vida.

De otra parte, los griegos fueron elitistas en sus prácticas de salud porque las recomendaciones de vida sana eran posibles sólo para los aristócratas ricos que se podían dedicar al cultivo del cuerpo y al placer, pero no para los que tenían que trabajar y conseguir con su sudor el sustento; los esclavos no recibían la información —como sucede hoy también— que les ase-

[1] El color rojo por ejemplo, en la cultura china se asocia con «*vida*» desde la antigüedad y hasta nuestros días.
[2] Deuteronomio, XXIII, 13.
[3] Éxodo, XXXV, 2.

gurara una vida saludable (Diocles de Karistos, Siglo IV a. c., En: Sigerist 1941).

Al parecer, además de ser la *"higiene"* para una minoría, los griegos exageraron las recomendaciones para tener una vida sana, lo que ocasionó múltiples críticas entre ellas la de Platón, quien incluso llegó a calificar de *"enfermedad"* o enfermiza esta preocupación, afirmando que *"el cuidado perpetuo de la salud parece otra enfermedad"* (Sigerist 1941). Esta crítica se encuentra también hoy en los que se refieren a los *"promotores de la salud"* como *"fascistas de la salud"* (Downie, Tannahill y Tannahill 1996, pp. 144-145).

3. La salud en el Imperio Romano

Con los romanos se tuvo una visión más realista de la salud, menos contemplativa, pero se conservaron principios higiénicos tomados de los griegos y egipcios. Médicos como Plutarco exaltaban el trabajo como fuente de salud, *"el hombre en buena salud no puede tener un objeto mejor que dedicarse a las numerosas actividades humanas... La pereza no es saludable... y no es verdad que la gente inactiva es más sana"* (*Sigerist* 1941). Para los romanos el excesivo cuidado del cuerpo era inútil y *"afeminado"* y apareció una concepción más amplia de salud que incorpora la mente, consagrada en el célebre aforismo *"mente sana en cuerpo sano"*.

El filósofo Ateneo consagró en un hermoso pasaje lo que sería el ideal de desarrollo de los niños, integrando el desarrollo físico, mental y social: *"A los niños pequeños que han sufrido falta de alimentos, debe permitírseles vivir confortablemente y jugar... deben dejarlos en paz... darles alimento en moderada cantidad... y a los seis o siete años de edad, niños y niñas[4] deben encargarse a maestros gentiles y humanos"* (Sigerist 1941).

Galeno, el más famoso de los médicos romanos fue el primero que habló de los *"pre-requisitos"* para la salud, *"libertad de pasión e independencia económica"* fueron los principales; considerados más importantes que la buena constitución física, porque *"no es posible llegar a una vida saludable sin independencia completa"* (Sigerist 1941). Es muy desafortunado que este prerequisito haya sido tan desatendido en la historia del mundo, posteriormente.

La gran contribución del imperio romano es sin duda, el sistema sanitario y las conducciones de agua, no igualados en la historia de la salud pública. Desde el siglo III se empezó la construcción de los famosos acueductos que incorporaron caudal de agua de fuentes lejanas diferentes al Tiber, única fuente que tenía Roma. Las casas romanas fueron construidas con cañerías y desagües y magníficos baños públicos con cuartos para vestirse, roperos, agua caliente y fría, y piscinas de natación. Se considera este aporte pertinente a la PS, por la importancia que tiene el contar con agua para que una comunidad sea saludable.

Otra contribución de los romanos, no menos importante para las políticas públicas en salud, fue la institucionalización de hospitales y clínicas dentro del sector público (Guthrie 1947, pp. 99-100). Pese a todo lo bueno, el imperio romano cayó por la corrupción moral y política, problemas que siguen atentando contra la equidad hoy en día.

4. Del Cristianismo y los árabes

Durante el cristianismo se reaccionó contra el cuidado del cuerpo, y se exaltó al espíritu como principal elemento de la salud; *"la higiene pagana no puede preservar la salud"* y no son necesarias dietas ni ejercicios, sino bautismos. Pero el cuerpo era el

[4] El subrayado es de la autora para resaltar la especificación de género de los romanos.

vehículo para llegar al alma, así que en la Edad Media, hubo espacio para la higiene colectiva; el baño jugó un papel importante, era necesario en la conmemoración de la Resurrección y en los monasterios existían baños de vapor (turcos) para los peregrinos. Se aceptaron las ideas de Galeno porque creía que el alma era más importante y duradera que el cuerpo y fueron abandonados los principios Hipocráticos; no obstante en la Edad Media, se difundieron tanto los principios de Hipócrates como las ideas de Galeno, en pequeños tratados que resumían cómo debía vivirse y qué reglas había que guardar.

Las condiciones cambiaron en el siglo XII, con las traducciones de los antiguos tratados de medicina y de higiene de los árabes. Un ejemplo es el tratado escrito por Juan de Toledo, judío converso y presentado en árabe como una carta de Aristóteles a Alejandro Magno. El más popular de estos tratados fue el llamado "*Regimen Sanitatis Salernitatum*" escrito probablemente en el siglo XIII por la Escuela de Salerno, dirigido a personas de alto rango aunque, siendo bueno para reyes, lo era también para los de abajo; presentado en verso como un manual de medicina doméstica donde el régimen alimenticio ocupaba un lugar prominente, y exaltaba el valor de la leche, los quesos y las nueces; posteriormente le fueron añadiendo nuevos versos en las distintas ediciones, la última de las cuales data del siglo XIX, 1880 (Sigerist 1941).

La contribución de los árabes fue muy importante para la medicina y hubo nombres famosos de médicos cirujanos y terapeutas con gran conocimiento sobre medicamentos. Con relación a la PS, es digno de mención el filósofo judío Maimónides, nacido en Córdoba-España, quien escribió una guía de la salud personal llamada *Libro del Consejo*, que exalta la importancia del carácter sobre las viles riquezas, y en su obra —*Sobre las causas y naturaleza de la Enfermedad*—, hace énfasis en la prescripción del aire libre para conservar la salud y en la relación entre la salud física y mental. De los musulmanes también es digno mencionar, la concepción de sus hospitales, que contaban con bibliotecas, jardines, patios para la lectura, narradores de cuentos para distracción de los enfermos, y por la noche "*se tocaban suaves músicas para adormecer a los que sufrían de insomnios*"; pero lo más relevante desde el punto de vista de la PS fue la política de subsidios a los enfermos hospitalizados, a quienes se daba una cantidad de dinero suficiente para sostenerse hasta que estuvieran listos a reanudar su trabajo (Guthrie 1947, pp. 104-133).

De la Edad Media se puede decir que fueron muy pocos los avances en higiene y salud pública. Durante este período ocurrió la gran epidemia de la "*Peste o Muerte Negra*" que devastó al mundo en el siglo XIV y de la que surgió el concepto de cuarentena, única medida válida de protección de la salud comunitaria, que se aplicó y se sigue aplicando hasta nuestros días, para evitar la expansión de epidemias por los viajeros.

5. El Renacimiento

El Renacimiento contrario a lo esperado, no se caracterizó por grandes avances en la conceptualización de la salud, ni por innovaciones en salud pública. Los siglos XV y XVI se caracterizaron por la lenta aplicación de los principios acumulados desde la antigua Grecia, con pocas excepciones. Sin embargo, para efectos de la PS, es muy positivo el movimiento renovador en el arte y la literatura y la reacción contra los dogmatismos de la Edad Media, sobretodo, la actitud abierta hacia todo lo creativo que se apoderó de la humanidad. El cuerpo humano con Leonardo da Vinci dejó de ser solamente un "*instrumento de pecado*". En Medicina se destaca el humanismo de Paracelso. En la historia de la salud pública se registra un nombre importante, Fracastoro, considerado como el primer epidemiólogo por su interés en las enfermedades epidémicas y los

mecanismos de transmisión de ellas, en su obra —*De Contagione*— publicada en 1546 (Guthrie 1947, pp. 192-195).

La expansión del mundo con el descubrimiento de América produce el choque entre los conocimientos y prácticas de las culturas del nuevo mundo y los de los europeos, que tuvo grandes repercusiones para la salud. Seguramente, no sólo intercambiaron enfermedades sino medidas de prevención y promoción, pero es lamentable la escasa información que se tiene al respecto. Parece que algunas culturas indígenas estaban bastante más adelantadas que los españoles en la concepción de la salud y la enfermedad. Es importante anotar, que uno de los hechos más negativos en la historia de la salud pública y de la PS, después de la conquista de América, es sin duda, el gusto que despertó el tabaco y el aumento enorme de su consumo hasta nuestros días.

6. Siglos XVII y XVIII

El siglo XVII registra importantes avances en la Medicina, no así en la salud pública, siendo quizás el descubrimiento más trascendental el del microscopio y con éste, el reconocimiento de seres vivos como causantes de las enfermedades. En este período se cimientan las bases de la bacteriología y la microbiología que dominaron por mucho tiempo los enfoques de la medicina.

El siglo XVIII por el contrario, sí marcó grandes cambios. En primer lugar, porque se volvió a realzar la importancia tanto de la salud física como de la mental, para el individuo y la sociedad. En segundo lugar, porque este reconocimiento determinó el que se hicieran grandes esfuerzos para promoverlas; pero los movimientos que se dieron fueron muy diferentes, de un lado, se impuso una corriente absolutista, autoritaria, que consideraba que la protección de la salud debía ser hecha por el Estado autocráticamente, por medio de leyes y regulaciones policíacas. Un exponente de este movimiento es Johann Peter Frank en Alemania, a él se le deben excelentes aportes a la salud pública, "*trató pacientes, reorganizó hospitales, enseñó a estudiantes, e instruyó a monarcas en cómo proteger la salud de sus súbditos*"; denunció que la pobreza en Pavia era la principal causa de enfermedades y aunque fue un defensor del autoritarismo del Estado, en materia de salud pública sus enfoques son amplios y sociales; escribió una obra en seis volúmenes (*System einer vollstandingen medicinischen Polizey* –Sistemas de una Política de la medicina integral–), en ella discutió con erudición las causas sociales de la enfermedad, incluso la influencia del "*teatro*" en la salud del pueblo[5].

Otra corriente totalmente diferente de este siglo XVIII, se inspiró en la filosofía de la Iluminación propia de este período y centrada en el individuo: el hombre es bueno, racional y es el único que puede cambiar su situación pero es ignorante porque no se le da el conocimiento necesario; en cambio el Estado es "*corrupto*", instrumento de tiranía y opresión; Jean Jacques Rousseau fue su inspirador. La educación era entonces la panacea y uno de sus mejores exponentes en el campo de la salud pública fue John Locke, quien formuló un programa de salud física y mental a través de la educación. El niño tuvo el mayor interés como objeto para las acciones de salud en esta época, debido al énfasis que se le dió a la educación.

Entre las obras más destacadas y representativas de esta época se encuentra el *Catecismo de la Salud*, joya histórica[6] publicada en 1794, escrita por Bernhard Christoph Faust, médico general de un pueblo pequeño alemán, quien dedicó su vida a promover la salud y el bienestar general de su pueblo[7]. El Catecismo fue escrito para maestros, padres y niños. Sus mensajes son de una sim-

[5] Se puede considerar éste como un antecedente del uso de la comunicación y de los medios en salud.

[6] Tuve la oportunidad de leerlo completo en la Biblioteca de la Universidad de North Carolina, Chapel Hill.

[7] Subrayado por la autora.

pleza y claridad sobresalientes tan aplicables en su tiempo como en la actualidad, resaltando aspectos de la PS y del bienestar; algunos ejemplos son:

"P 9. *¿Pueden Uds. niños estar contentos, reír y bromear y estar listos para comer, tomar y dormir, cuando están enfermos?*

R. *No. Solamente podemos hacerlo cuando tenemos buena salud.*

P15. *¿Es suficiente preocuparnos por nuestra propia salud?.*

R. *No. Es nuestro deber también preocuparnos por la vida y la salud de otras criaturas semejantes".*

P26. ¿Qué epíteto se aplica a un hombre que sufre solamente a intervalos inconveniencias y enfermedades cortas?.

R. El epíteto es "saludable".

P44. ¿Por qué medios particulares puede un cuerpo fuerte y saludable ser afectado o deteriorado?.

R. Por una mala educación; por una corrupta forma de vida; por intemperancia en el comer y beber; por alimentos nocivos, y licores espirituosos; por respirar aire dañino; por molestias ocasionadas por excesivo ejercicio o por inactividad; por calores y fríos excesivos; por aflicción, penas, sufrimientos y miseria, y por muchas otras condiciones el cuerpo puede ser dañado y cargarse de enfermedad[8].

Junto a Faust hubo otros humanistas e idealistas en materia de salud, a los cuales se les criticó que sus mensajes fueran sólo para los de las clases que podían leer. En aquel entonces como ahora, los mensajes saludables no llegaban a los analfabetos y por consiguiente, a los sectores más pobres.

7. Siglo XIX: la medicina social

El siglo XIX fue de una gran riqueza en adelantos científicos tanto en medicina clínica como en microbiología, patología, fisiología, y medicina preventiva; son muchos los nombres ilustres de esta época como Bernard, Pasteur, Jenner, Finlay, Snow, etc.; aquí se mencionarán solamente aquellos que contribuyeron más al campo de la PS, es decir a las relaciones entre salud y condiciones de vida determinantes de enfermedad. En este período se relaciona la filosofía con la salud, a través de los pensamientos del estudiante de leyes Jeremy Bentham (1748-1832), quien con su doctrina de "*la mayor felicidad para el mayor número*", enfatizó la necesidad de la existencia de una legislación sanitaria (Guthrie 1947, p. 472).

Es a mediados de este siglo cuando surgen con fuerza los conceptos de medicina social y la toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida. La revolución industrial de Inglaterra puso en evidencia las terribles condiciones de vida de los trabajadores incluyendo mujeres y niños, que trajo como consecuencia una gran mortalidad prematura y por consiguiente pérdidas grandes en capital humano.

Varios nombres ilustres de esta época figuran en la historia del tema que se viene tratando. Entre ellos, Edwin Chadwick, que jugó un papel preponderante en la revisión de las *Leyes de Pobres* y se colocó entre los pioneros de la salud pública inglesa. La publicación que más se le conoce es el Informe de las Condiciones Sanitarias de la Clase Trabajadora *"Report on the Sanitary Condition of Labouring Class-"*(Chadwick 1842). Hoy en día se le considera también como un visionario de las ciudades saludables por su enorme contribución al mejoramiento de las condiciones sanitarias de las ciudades (Ashton 1993).

Del mismo período es el francés Louis-René Villarmé, autor también de denuncias sobre la salud de obreros de la industria textil de Francia. Otro nombre citado menos en la literatura especializada, es el de Federico Engels, quien no siendo del área

[8] Traducción libre por la autora, de las citas del Catecismo.

de la salud, escribió varias obras sobre las enfermedades y sufrimientos de los trabajadores; Engels describió las enfermedades ocupacionales, las enfermedades infecciosas, la tuberculosis, los efectos de las toxinas ambientales, el alcoholismo, los accidentes, y en fin, las raíces de la enfermedad y la muerte prematura de los trabajadores en Inglaterra. También analizó la mala distribución del personal médico y efectuó un estudio epidemiológico sobre mortalidad y clase social. Es emocionante descubrir por un reciente libro (Osorio y Jaramillo 1997) que Flora Tristán (francesa-peruana) considerada como una de las precursoras del movimiento de reivindicación de la mujer, escribió la obra base para el libro de Engels –Paseos en Londres– (*Promenades dans Londres*) escrito en 1840 y que describe la extrema pobreza del proletariado inglés, aunque el mismo Engels y Marx, critican posteriormente a Tristán por su *"socialismo utópico"*. (Eidelberg 1997, pp. 160-173)

Pero el más grande representante de esta época, considerado el padre de la medicina social y que no es posible desconocer en la historia de la PS, es Rudolf Virchow, patólogo alemán muy conocido por sus hallazgos científicos sobre los cambios patológicos en las células humanas, y que para asombro de muchos, se convirtió en uno de los más célebres *"salubristas-políticos"* de la historia. Por esos fascinantes azares de la vida, fue Virchow el elegido por el gobierno de Prusia para estudiar la terrible epidemia de tifo que azotaba la provincia de Silesia en el invierno de 1847-1848, cuyos resultados son clásicos en la historia de la salud pública. El estudio, contenía *"los hallazgos más finos clínicos y patológicos inmersos en un análisis asombrosamente competente "antropológico", sociológico y epidemiológico"* (Ackerknecht 1953). Las recomendaciones de dicho informe se dirigieron a proponer que medio millón de paupérrimos de la Silesia Alta, tuvieran *"completa e ilimitada democracia, o educación, libertad, y prosperidad"*. Exactas recomendaciones se pueden hacer hoy para alcanzar la equidad, dentro de una verdadera PS.

En términos prácticos lo que Virchow recomendaba era lo que la PS reconoce hoy como pre-requisitos para ser saludables: que la gente oprimida de Silesia tuviera derecho a comunicarse en su propia lengua polaca, a tener un gobierno autónomo elegido por ellos, además de la separación Iglesia/Estado, que los impuestos se trasladaran de los pobres a los ricos, que se mejorara la agricultura y las vías de acceso, y que se crearan asociaciones (cooperativas); es decir que se *"empoderaran"* esos grupos de excluidos, para usar los términos de hoy. La importancia de este trabajo radica en que Virchow se atrevió a declarar abiertamente que las causas o determinantes de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre.

Posteriormente, este prestigioso médico, político, antropólogo y sanitarista, se envolvió en un movimiento de reforma de la Medicina criticando duramente la práctica médica inhumana basada en el *"amor por el dinero"*. Por esta causa, desarrolló un activismo político y fundó un periódico llamado *"Reforma Médica"* en el que se debatían los temas de una necesaria reforma de la medicina, y la necesidad de una verdadera salud pública ejercida por el Estado para garantizar la corrección de las condiciones que afectaban la salud de los más desfavorecidos. Su movimiento fracasó y tuvo que retirarse de la política y volver amargado a la vida académica. Sigerist hace una anotación muy interesante sobre las razones del fracaso del movimiento de Virchow y de otros de sus seguidores en Alemania; dice que se debió al hecho de ser un movimiento proyectado desde los médicos para la gente, pero sin la gente como su protagonista más importante.

No puede faltar en este breve recuento de la revolución que se inició en la salud pública del siglo XIX, un nombre que hizo una trascendental contribución a los enfo-

ques más integrales e intersectoriales, que se buscan hoy en propuestas de ciudades y municipios saludables, y es el de William H. Duncan, primer jefe local de salud de Liverpool, considerado el verdadero precursor de los proyectos de ciudades sanas en Europa (Ashton y Seymour 1988). Duncan lideró un movimiento de mejora de estándares de vida, centrado en un cambio ambiental en su sentido más amplio.

8. Antecedentes de la Promoción de la Salud en el siglo pasado

La historia más reciente que antecedió a la renovación de principios y la construcción teórico-práctica de la PS, se inicia precisamente con Henry Sigerist, uno de los más brillantes salubristas de todos los tiempos y que concibió las cuatro funciones de la medicina así:

- la promoción de la salud,
- la prevención de la enfermedad,
- la restauración del enfermo, y
- la rehabilitación.

Fue el primero en usar el término de PS para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria, por un lado, y a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida, por el otro. El Programa de Salud propuesto por Sigerist consiste en:

1. Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud.
2. Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente.
3. Mejores medios de recreación y descanso.
4. Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado.
5. Centros médicos de investigación y capacitación.

A Sigerist se le puede considerar también como el precursor de las *"Escuelas Saludables"* cuando dice: *"la escuela es una de las instituciones más importantes de salud pública"*. Su influencia se mantiene aún en los círculos más prestigiosos de formación y discusión de la salud pública.

Otro nombre importante de este siglo es el de Thomas McKeown, quien documentó científicamente los hechos que prueban que la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840, se debió en mucho mayor proporción al desarrollo económico, a una mejor nutrición y a los cambios favorables en el nivel de vida de los ingleses y no, a las intervenciones de tipo médico. En sus propias palabras: *"El progreso de la salud en los tres últimos siglos se debió esencialmente al suministro de alimentos, la protección contra los accidentes y la limitación del número de individuos; la ciencia médica y los servicios aportaron una importante contribución al control de los riesgos, pero un control limitado, por medio de la inmunización y el tratamiento... para reconocer que la mejoría de la salud probablemente llegue en el futuro, como en el pasado, de la modificación de las condiciones que llevan a la enfermedad más que de la intervención en el mecanismo de la enfermedad después que se ha presentado"* (McKeown 1982).

Los argumentos de McKeown se consideran fundamentales en el marco teórico de la PS que centra sus intervenciones en los determinantes de la salud (Evans, Barer y Marmor 1996, pp. 237-253). En América Latina, son dignas de mención las corrientes de medicina social y de *"epidemiología social"* en las décadas 60 y 70, que hicieron importantes cuestionamientos críticos a la teoría y práctica de la salud pública, y que contaron con grandes pensadores de la salud pública, especialmente en Ecuador, México y Brasil (Nunes 1983).

Lo que ha surgido después, pertenece a la construcción del marco de referencia de la nueva disciplina de la PS en las últimas

dos décadas. En dicho marco, se destacan diversos documentos con planteamientos, declaraciones, informes de conferencias internacionales, etc., de los que se tomaron los principios, estrategias y mecanismos que han hecho posible pasar de la retórica a la acción en la nueva salud pública, como se conoce a la PS, y que quedaron en gran parte incluidos en la Carta de Ottawa de 1986. Este documento de la PS se considera como el de máxima excelencia tanto en lo conceptual como en lo instrumental. Más adelante en este libro, se hace referencia a los contenidos y aportes de algunos de los documentos mencionados, que forman parte del marco de referencia de la PS, y que también forman parte de la historia de la promoción y de la salud pública moderna.

Bibliografía

ACKERKNECHT, E. H. (1953). Rudolf Virchow: Doctor Statesman. Anthropologist. The University of Wisconsin Press.

ASHTON, J. y SEYMOUR, H. (1988). La Nueva Salud Pública. Masson, S. A. Barcelona. Versión española del original en inglés, 1990.

ASHTON, J. (1993). Ciudades Sanas. Versión española, Masson, S. A. Barcelona, España.

CHADWICK, E. (1842). Report on the Sanitary Conditions of Labouring Populations of Great Britain. Edimburgh University Press. Citado en: "Promoción de la Salud en la OPS/OMS". Documento de la División de Promoción y Protección de la Salud. Washington (1994).

DOWNIE, R. S.; TANNAHILL, C., TANNAHILL, A. (1996). Health Promotion: Models and Values. Second Edition. Oxford University Press.

EIDELBERG, N. (1997). Flora Tristán: La Paria. En: DE OSORIO, B. y JARAMILLO, M. (gestoras y organizadoras del Libro). Las Desobedientes Mujeres de Nuestra América. Editorial Panamericana, Santa Fe de Bogotá. pp. 160-173.

EVANS, G. R., BARER, M. L., MARMOR, T. R. Editores (1996). Por qué alguna gente está sana y otra no? Edición española. Díaz Santos, S. A., Madrid, España.

FAUST, B. C., (1812). The Cathechism of Health. Third American Edition Careful improved by Dr. Gregory of Edimburg. Printed at the Star-office (Propiedad de la Biblioteca de la Universidad de North Carólina, en Chapel Hill).

GUTHRIE, D. (1947). Historia de la Medicina. Salvat Editores. Barcelona. Buenos Aires.

MCKEOWN, T. (1982). El Papel de la Medicina. Sueño, espejismo o némesis? Edición española. Siglo XXI Editores. México. España. Argentina. Colombia.

NUNES, E. D. - Compilador, (1983). Medicina Social: aspectos históricos y teóricos. Sao Paulo, Global.

RENAUD, M. (1996) El Futuro: Hygeia versus Panakeia? En: EVANS, R. G., BARER, M. L., MARMOR, T. R. Por qué alguna gente está sana y otra no? Díaz de Santos. Madrid, España. pp. 347-366.

SIGERIST, H. E. (1941). Health. En: SIGERIST, H. E. "Medicine and Human Welfare". Yale University Press, reproducido En: Journal of Public Health Policy. Vol. 17, No. 2, 1996.

2 Conceptos y definiciones

Helena E. Restrepo

En este artículo se presenta el marco conceptual de referencia de la Promoción de la Salud –PS–, y se discuten algunos aspectos que aún son objeto de controversia en el campo de la salud pública. La literatura disponible permite efectuar una reconstrucción muy enriquecedora de la evolución de la teoría y práctica de la PS en las últimas tres décadas, así como plantear inquietudes sobre la necesidad de continuar con la construcción de esta nueva área de trabajo, que se perfila como la más desafiante para el momento histórico actual, en el campo de la salud pública.

Introducción

Como preámbulo de la descripción sobre las contribuciones más notables a la nueva teoría de la PS, es fundamental señalar que su desarrollo se inicia con un cambio trascendental del concepto de salud, gestado en los últimos cuarenta años. El concepto biomédico hizo crisis, y se ha generalizado un nuevo paradigma que considera a la salud como un concepto holístico positivo que integra todas las características del "*bienestar humano*", y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas "*necesidades básicas*" y el derecho a otras "*aspiraciones*" que todo ser humano y grupo desea poseer; es decir, que además de tener donde vivir, qué comer, donde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud, tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esa vida; la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer; de tener acceso al arte y la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine.

No se puede separar este nuevo concepto de salud de la búsqueda de una práctica más comprometida con las necesidades y aspiraciones de la gente, y ello es ciertamente, un objetivo central de la PS. Salud ya no es sólo disponer de atención a la enfermedad, sino que implica muchas otras cosas, por lo tanto, la cobertura y acceso a los servicios de salud no puede ser más la

"*meta*" de la salud pública. La interrelación de la PS con la equidad social está determinada a su vez por el nuevo paradigma de salud, y tiene hoy grandes implicaciones en los procesos de reforma de los sistemas de salud. Se supone que dichas reformas buscan el respeto y salvaguardia de los principios de equidad social y, no solamente, la igualdad en el tipo de atención médica para todas las personas, lo que se tratará en otros artículos de este libro.

1. Antecedentes cercanos a la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud y la Carta de Ottawa

En el artículo anterior de este libro se presentó un recuento histórico de la PS, por lo que en éste solo se abordan los antecedentes más cercanos a la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá y de su declaración, La Carta de Ottawa. Entre ellos, es justo referirse a la teoría de Antonovsky para quien la base de la salud, es lo que llamó "*Sentido de la Coherencia*", definido como "*una orientación general que expresa la magnitud del profundo sentimiento de confianza constante pero dinámico, de que los entornos interno y externo de cada uno, son predecibles y de que hay grandes probabilidades de que todo vaya tan bien como es razonable esperar*"[1]; este concepto implica la importancia de las condiciones sociales que rodean la vida de los individuos, para condicionar su capacidad de actuar dentro del continuum –de lo salutogénico a lo patogénico– que el mismo autor plantea, y en el que se mueven tanto el individuo como los grupos sociales. Antonovsky vincula de esta forma el estado de salud, tanto individual como colectivo, a todos los factores socioculturales e históricos que permiten o hacen posible el desarrollo de la confianza para actuar en forma "*salutogénica o patogénica*"[2] (Antonovsky 1979, 1987).

Otro de los más inmediatos insumos para la Conferencia Internacional de Ottawa de 1986, ha sido el *Informe Lalonde* (1974), del político y Ministro de Salud de Canadá, que contiene un cuestionamiento de las políticas de salud de su país, motivado porque los recursos en el área de la salud se dedicaban fundamentalmente a la organización y mantenimiento de los servicios asistenciales a la enfermedad, y muy poco para incidir en los condicionantes de las enfermedades más prevalentes y responsables de la mayor mortalidad de los canadienses (enfermedades crónicas no trasmisibles tales como cardiovasculares, cáncer, diabetes, accidentes, etc.). Para Lalonde, los principales factores condicionantes de estas enfermedades, los ambientes y los comportamientos o estilos de vida, no tenían la misma prioridad que se le daba a los servicios asistenciales, aun cuando eran responsables en su conjunto, de más del 80% de la causalidad de dichas enfermedades. Este informe ampliamente difundido, sin duda tuvo repercusiones en el naciente movimiento de la PS. Sin embargo para algunos críticos, formuló pocas recomendaciones que obligaran al gobierno canadiense a modificar los determinantes mayores de la situación precaria de salud de algunos grupos de población (Buck 1985).

Otra influencia positiva para la construcción de la PS, son los estudios epidemiológicos de intervención sobre factores de riesgo para enfermedad coronaria de Carelia del Norte, Finlandia, cuyo éxito fue ampliamente difundido en los años 70 y 80. Este famoso proyecto, se basa en un enfoque poblacional para influenciar los com-

[1] Traducción tomada del libro Promoción de la Salud: Una Antología. OPS/OMS Publicación Científica No. 557, P. 6.

[2] Al respecto de las teorías de Antonovsky, Buck (1985) comenta que en nuestra sociedad pueden identificarse factores no salutogénicos del entorno que son "grandes obstáculos para la salud".

portamientos y en el impulso a políticas públicas saludables, tales como producción de alimentos, educación en las escuelas y control del tabaquismo, entre otras (Puska 1995). Lamentablemente, muchos de los que desarrollaron proyectos semejantes, dieron mayor importancia a las intervenciones para cambios de comportamiento individual y menos a su estrategia política poblacional[3].

No hay duda de la influencia de la estrategia de la OMS sobre la Atención Primaria de Salud en Alma Ata (1977) y de la filosofía de "*Salud para Todos en el Año 2000*", que fueron inspiradoras de muchas iniciativas en todos los países del mundo, para mejorar las condiciones de salud de los más postergados. De estos planteamientos se han derivado múltiples documentos, que sería muy largo enumerar y que contribuyeron, en todos los países, a mejorar la atención de la salud. Por razones de extensión, se deja aquí esta enumeración.

2. La Carta de Ottawa

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá 1986, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, reunió 200 delegados de 38 países y aprobó la muy conocida Carta de Ottawa, que se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la PS, porque no sólo sentó sus bases doctrinarias, sino que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción. En la organización de dicha Conferencia, pesó la necesidad de reactivar el compromiso de los países miembros de la OMS para alcanzar la Meta de "*Salud para Todos en el Año 2000*", que no avanzaba como se esperaba, "*el desarrollo de la Promoción es una reacción al fracaso anterior... es reconocer que la salud de la gente es uno de los recursos más productivos y positivos*"[4] (Mahler 1986). La PS surge entonces, como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo.

La Carta se acoge al nuevo concepto de salud discutido que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste, en que se necesitan estrategias definidas como la "*abogacía*" o "*cabildeo*", la participación y la acción política, para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas; da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas, para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud, y a la mediación, para que intereses antagónicos se concilien y los actores de gobierno y ciudadanía, puedan modificar las condiciones que se oponen al bienestar. La agenda para impulsar las acciones se convierte en parte fundamental del documento y constituye la herramienta que ha hecho posible concretar las acciones propias de la PS; contempla cinco grandes áreas estratégicas a saber:

1. Construir Políticas Públicas Saludables.
2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientar los servicios de salud.

---

[3] El investigador principal de Carelia del Norte, Peka Puska, fue politólogo antes que epidemiólogo y utilizó todos los enfoques políticos para el diseño de las intervenciones, aunque este hecho no se encuentra claramente expuesto en los artículos científicos de las revistas especializadas en las que se ha publicado copiosamente sobre este Proyecto (Nota basada en la observación directa del proyecto de Carelia del Norte en 1987 por la autora).

[4] La frustración del Director de la OMS, H. Mahler, en 1986 era evidente, y la expresó en su discurso de ese año de la Asamblea Mundial de la Salud, al que pertenece la cita.

Más adelante se discutirán las implicaciones prácticas de estas cinco áreas de acción.

3. Otras declaraciones y documentos que siguieron a la Carta de Ottawa

A la Conferencia de Ottawa siguieron otras Conferencias Internacionales que produjeron declaraciones y planteamientos importantes, entre las que se destacan:

- ***Conferencia de Adelaida-Australia, 1988.*** Tema: Políticas Públicas Saludables. La Declaración de esta Conferencia, definió la política pública saludable como "*la que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable*" y llamó la atención, sobre la necesidad de pedir cuentas a los que formulan las políticas públicas sobre su impacto en la salud.
- ***Grupo de Trabajo de la OMS, 1989.*** Tema: Promoción de la Salud en países en desarrollo. Dió origen al documento "*Un Llamado para la Acción*", en el que se recomendaron estrategias de acción social como el abogar por causas de salud pública, el fortalecimiento del soporte social a las comunidades pobres, y el empoderamiento de los grupos más postergados y marginados; todo ello, para que se pudieran reactivar los procesos de desarrollo en los países más pobres, afectados por la crisis económica de los 80s.
- ***Conferencia de Sundsval-Suecia, 1991.*** Tema: Ambientes Favorables para la Salud. En sus conclusiones, destacó la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones: físicas, culturales, económicas y políticas.
- ***Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá-Colombia 1992,*** con la participación de todos los países de América Latina. Tema: Promoción de la Salud y Equidad. Reafirmó los principios de la PS de la Carta de Ottawa y enfatizó sobre la importancia de la solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo de esta región.
- ***Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago, 1993.*** Tema: Promoción de la Salud del Caribe de habla inglesa. También reafirmó los principios y compromisos con la PS en esta subregión.
- ***Conferencia y Declaración de Jakarta, 1997.*** Considerada como la segunda gran conferencia internacional sobre la PS después de Ottawa. Planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo. De igual modo, enfatizó sobre la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas.
- ***V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, 2000.*** Tema: Hacia una mayor equidad. México, junio 6 - 9 de 2000 (en preparación).

Estos documentos y numerosos artículos y libros, constituyen el bagaje con que cuenta la salud pública actual para jugar un papel más comprometido con los principios éticos de la vida en comunidad. No obstante, su desarrollo conceptual y metodológico ha sido un proceso de construcción difícil en los últimos años, y como dice Kickbush (1994), es todavía "*un niño del cual nos sentimos orgullosos*".

4. Controversias sobre la Promoción de la Salud, definiciones y conceptos

En las últimas décadas la PS ha tenido un gran auge en la implantación de proyectos y programas que persiguen mejorar no sólo la cantidad sino la calidad de vida de la gente, pero ha traído también grandes confusiones para definir cuál es realmente su campo de acción y ubicación dentro de la salud pública. Terris (1992) afirma:

"*Existe una gran confusión con relación al concepto de Promoción de la Salud. Este es un concepto amplio, y la tendencia ha sido, para diferentes grupos limitarse a uno u otro aspecto de la formulación completa*"[5], y se refiere en particular a la confusión que introdujo la publicación del documento del Cirujano General de los Estados Unidos en 1979, titulado "Gente Saludable: Informe del Cirujano General sobre Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad" *(Healthy People: The Surgeon-General's Report on Health Promotion and Disease Prevention)* que definió la primera en términos de estilos de vida y, la prevención de la enfermedad, como la protección de la población de los riesgos ambientales. Según Terris, este enfoque condujo a una variedad de interpretaciones sobre el papel de la PS y a su limitación de cambios en estilos de vida, que en nuestro concepto, han ocasionado muchos problemas para la definición del campo de acción de la PS en el ámbito de las instituciones de salud.

Otro problema presentado fue el surgimiento de dos corrientes, cada una de las cuales privilegia una dimensión de la PS; una de ellas, especialmente fuerte en Estados Unidos, prioriza los cambios de comportamientos o estilos de vida mediante intervenciones más individuales; la otra, defiende la acción socio-política que involucra más actores y trasciende al sector de la salud; en esta corriente se han ubicado más los canadienses y los europeos, con el desarrollo de experiencias más integradas y multisectoriales como las de ciudades saludables.

En último término, la falta de claridad sobre los fines últimos de la PS, que se dirigen a conseguir sociedades más saludables en el sentido más holístico, y de entender que se implanta con modelos socio-ecológicos para obtener respuestas a los problemas de tipo socio-político, ha dificultado el desarrollo y aplicación de la PS en nuestros países.

Concretamente en los países de América Latina y el Caribe, la incorporación de la PS como una de las estrategias para el logro de la equidad, no ocurrió tan rápido después de la Conferencia de Ottawa en 1986, lo que motivó la realización de las Conferencias de Santa Fe de Bogotá (Colombia) y de Puerto España (Trinidad y Tabago). Por esto, es importante insistir en la discusión sobre algunos de los aspectos controversiales, como única forma para avanzar y conseguir mayor comprensión de los alcances de la PS y lograr más uniformidad, claridad y coherencia conceptual, y mejores resultados en la búsqueda de la equidad y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

Para muchos no es claro si la PS es una ciencia, una disciplina, una política, o un programa. La mejor concepción sobre la PS, en opinión de Bunton y Macdonald (1992), es que se acerca más al concepto de una "*disciplina académica o mejor aún a un conjunto (set) de varias disciplinas académicas*", es decir, que la PS incorpora una serie de disciplinas dentro de su marco teórico-práctico, entre las cuales se identifican las siguientes: Política Social, Educación, Sociología, Psicología, Epidemiología, Comunicación, Mercadeo Social, Filosofía y Economía. Lo interesante es que esta mezcla no resulta en una "*colcha de retazos*", sino que con elementos de todas esas disciplinas, crea un nuevo "*vestido*" que tiene identidad propia y aplica técnicas y metodologías que requieren un alto grado de experticia, creando así una fuerza multidisciplinaria para producir "*bienes sociales*" en la forma más efectiva, ética y equitativa posible.

Una pregunta muy pertinente que surge es: ¿Qué papel juega la medicina en esta

[5] Traducción de la autora.

concepción de la PS?. Es claro que la medicina, en lo que toca con lo social (medicina social), tiene mucho que ver con la PS, pero es la salud pública la que prácticamente se confunde con la PS. Por ello, la llamada *"nueva salud pública"* (Ashton y Seymour 1988, Kickbush 1994), se basa en los nuevos conceptos, estrategias y métodos de la PS y como tal, ofrece las mejores potencialidades para fortalecer y apoyar un movimiento social, que busque un mejor nivel de salud y de calidad de vida de los diversos grupos de población en los diferentes territorios. Se le reconoce por ello, el carácter unificador que reúne diversos campos de estudio para lograr múltiples acciones; ésto es, lo que le da el carácter de política, por cuánto envuelve aspiraciones[6] que implican transformaciones profundas en los ambientes, los individuos y los grupos, para cambiar las condiciones negativas a su pleno desarrollo.

Por desgracia la práctica de la salud pública, al parecer no ha evolucionado al mismo ritmo en que ha evolucionado la PS, trascendiendo la exclusividad del accionar médico, a la expansión a otros campos determinantes de ganancias en bienestar de las poblaciones humanas. El trabajo de salud pública/PS, no se puede continuar circunscribiendo a los despachos de los funcionarios de salud, sino que se tiene que realizar en los espacios y gabinetes de gobernantes locales, líderes políticos, gerentes de otros sectores, organizaciones comunitarias de diversa índole, empresas privadas, organizaciones no-gubernamentales, etc. Esta nueva forma de actuar para conseguir el más alto compromiso de lograr una sociedad no sólo más productiva, sino más justa y equitativa, constituye la esencia de lo que persigue la PS, y por ende la salud pública.

Existen varias definiciones de PS, entre las cuales se citan las siguientes:

- Carta de Ottawa (1986): *"La PS consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma"*. Más que una definición, es una propuesta para volver a la gente como la única que puede llegar a alcanzar el poder de transformar su realidad y de tomar las decisiones para ello.
- OPS/OMS (1990): *"La PS es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva"*. Esta definición fue aprobada por los Ministros de Salud de los países miembros de la OPS/OMS en 1990, lo que revela que debieron pasar cuatro años desde Ottawa, antes que en esta región se hicieran los compromisos gubernamentales para incluir la PS como un componente de las políticas nacionales de salud.
- Hancock[7] (1994): *"La PS es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder"*. *"Puede decirse que la PS es acerca del poder a dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política"*. Este experto, enfatiza la interrelación íntima entre la salud y el poder, o la capacidad de los grupos para influir en políticas públicas que mejoren sus condiciones de vida y para tomar decisiones que atañen a su propia salud y calidad de vida.
- Nutbeam (1986): *"La PS es el proceso mediante el cual los individuos y las co-*

[6] Definición de Política planteada por Beltrán L. R. En: Políticas de Comunicación en Salud, en la Conferencia sobre Políticas Nacionales de Comunicación Social en Salud. Quito, 1991.

[7] Seminario dictado en la División de Promoción y Protección de la Salud de OPS/OMS, Washington, D. C., 1994.

munidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir". Es una descripción más completa para facilitar la comprensión de la PS y su carácter unificador.

- Kickbusch (1994): "*PS no es el trabajo social de la medicina, por el cual pueden conseguirse unos pocos dólares extras. Realmente trata acerca de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud*". Esta autora considera que la PS ofrece espacios sociales legítimos, para asumir el desafío del cambio de una agenda centrada en el consumo de servicios de atención médica, hacia la producción social de la salud con democracia y participación, en la que la PS está profundamente comprometida.

Se puede continuar con una larga lista de citas sobre conceptos y definiciones, pero la muestra anterior es suficiente para percibir las diversas interpretaciones sobre los alcances de la PS. Sin embargo, es coincidente el concepto de que la PS, se dirige a modificar fundamentalmente los determinantes de la salud, entendida ésta, como el bienestar y la óptima calidad de vida.

Un aspecto que vale la pena considerar en detalle sobre los conceptos y definiciones de la PS, es el de las dos dimensiones en que se implantan las intervenciones: la individual y la poblacional o colectiva, aunque como se ha visto, para muchos expertos la PS se refiere siempre a la dimensión poblacional. Sin embargo, se acepta que hay algunas intervenciones promocionales en el ámbito personal, dirigidas a lograr cambios conductuales que genéricamente se conocen como los "*estilos de vida*". El ámbito más social, más "*estructural*", es donde se plantean las acciones para modificar los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos, para influir en las causas últimas o determinantes de las condiciones de vida/salud. Lo importante, es que ambos niveles estén conectados, porque no se pueden concebir actividades educativas dirigidas al individuo para que cambie su comportamiento, separadas del marco de políticas públicas saludables y de procesos participativos de empoderamiento.

5. Argumentos contra la Promoción de la Salud

Desde los griegos como se vio anteriormente, la PS ha sido a veces cuestionada, hoy existen opositores a la PS que se valen de diferentes argumentos para tratar de descalificarla. Estudiantes de medicina, en un ejercicio de la Cátedra de Promoción de la Salud en la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, expresaron todos estos argumentos[8] en contra de la PS: "*es una utopía, inútil e irrelevante para el médico que debe atender cosas más importantes como tratar el trauma y las enfermedades; es una carga adicional y difícil para los médicos porque ellos no pueden hacer que la gente asuma su responsabilidad por su salud; es imposible de implantar en sociedades capitalistas; contraviene la búsqueda de la felicidad y el placer por las prohibiciones sobre comer cosas ricas, fumar un buen cigarrillo, y contraviene la búsqueda de la felicidad*". Estas opiniones de futuros médicos, reflejan las tendencias de la formación médica hacia lo asistencial en términos de curación como su único papel, pero también refle-

[8] Recogidos por el Dr. Gustavo de Roux con propósitos didácticos. Septiembre de 1996.

jan el concepto tan limitado que tienen de la PS, muy individualista y sin proyección social, únicamente orientada a lograr que la persona cambie comportamientos nocivos para la salud.

Este tipo de argumentos que se esgrimen para debilitar a la PS, son *"estándares"* según algunos autores (Downie, Tannahill y Tannahill 1996), y los clasifican en varias categorías que vale la pena considerar:

- La PS asume una posición de *"superioridad moral"*, como la que define lo positivo en salud, en oposición a la medicina clínica y desprecia al modelo biomédico. Este argumento se combate aclarando la importancia de ambas materias, el espacio para cada una de ellas y la necesidad de ampliar los modelos *"médicos"* en el quehacer de la salud.
- La PS propone intervenciones *"gratuitas"* sin suficiente comprobación científica. Este argumento tiene validez y debe entonces impulsarse la investigación evaluativa, y dar a las acciones una base sólida demostrativa.
- La PS asume un papel *"fascista"* al imponer ciertos estilos de vida. Ésta crítica también tiene base verdadera cuando el trabajo de PS se limita a promover cambios de estilos de vida, sin un enfoque amplio de políticas públicas, intersectorialidad y participación comunitaria.
- La PS se convierte en el *"imperialismo de la salud"* cuando se apodera de todo lo positivo de la vida, es decir del *"bienestar"* como su producto. Es necesario tener una posición más flexible y menos protagónica cuando se trata de reconocer otras contribuciones a ese bienestar; pero también, argumentar que esta crítica es un sofisma, porque justamente lo que reconoce la PS es que el bienestar se consigue con la acción de todos.
- La OMS ha declarado que la PS es un recurso para la vida; ésto puede interpretarse como *"auto-suficiencia" (self-absorption)*; lo relevante según Downie y Tannahill Tannahill (1996), es que la *"salud es un valor, pero no el valor supremo"*. Este argumento de auto-suficiencia es fácil de refutar, teniendo claro que la PS trata de lo *"saludable"* y, como todo el mundo acepta, ésto implica muchos otros campos de acción y de producción de bienes sociales.
- La PS es vista como la *"comercialización de la salud"*. Este argumento, es válido si al trabajar en promoción, no se tiene muy claro su valor ético y se disfrazan programas *"seudo-educativos"* como de PS. La educación para la salud tiene bases metodológicas serias, que implican incrementar la conciencia social y empoderar a los grupos para que puedan hacer los cambios en sus comportamientos. Reducir la PS al uso de *"gimnasios"* que venden *"salud"* como una mercancía, se opone totalmente a la filosofía de la verdadera promoción (Milio 1988).
- En el contexto actual de reformas en el Sector Salud, un argumento nuevo que puede atentar contra la PS es el de la *"competencia por recursos financieros"*. En este sentido, los defensores de las políticas de salud circunscritas al desarrollo y mantenimiento de *"buenos servicios de salud"*, temen que un énfasis en PS lleve a la distracción de recursos a otros sectores y actores sociales, mientras que los servicios de atención a la enfermedad se debilitan y sufren la escasez de recursos del Estado. Esto último puede ser posible, a juzgar por lo que se observa —al menos en Colombia—, pero no se debe a la asignación de recursos a otras instancias fuera del sector salud, sino a otras causas complejas de organización del nuevo sistema.
- Un argumento similar que puede ser interpretado como *"anti-promoción"*, es esgrimido por Lamata (1994), quien se refiere al Informe Lalonde, ya co-

mentado, y al modelo de Dever (1976), sosteniendo que éstos introducen una "*minusvaloración del impacto del sistema sanitario sobre la salud y enfermedad*"; y discute los efectos favorables para la producción de salud, de "*una política pública responsable de producir buenos servicios de prevención, de diagnóstico y de tratamiento a un coste razonable*". Se cree que este tipo de servicios es el que busca la PS, y están muy claras las acciones de reorientación de los servicios de salud en la Carta de Ottawa, y el énfasis de múltiples trabajos no es de reducir recursos ni reconocimientos a la atención de la enfermedad, sino admitir que hay muchos otros protagonistas cuyas acciones son necesarias para mejorar la salud, y que el sector debe activar todas esas fuerzas a través de estrategias diferentes a las intervenciones tradicionales de la medicina. Tampoco es posible negar —como lo sugiere Lamata—, que la atención médica y su tecnología, cuando crecen en forma alarmante arrastrando altísimos costos, se convierten en un determinante de las condiciones de salud y que "*una sociedad que gasta en asistencia sanitaria tanto como para no poder, o no querer gastar lo adecuado en otras actividades de mejora de la salud, podría realmente estar reduciendo la salud de su población*" (Evans y Stoddart 1994, pp. 29-73).

Conclusiones

De las diferentes consideraciones conceptuales que se han discutido, se concluyen cuatro puntos:

1. La PS se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos que actúen más "*salutogénicamente*", alcanzando mayor bienestar con equidad social.
2. La unión de los esfuerzos de todos los actores sociales y productivos para lograr producir más salud, no implica el desconocimiento de las responsabilidades de la persona en su nivel individual para con su salud y la de los demás, pero prima el trabajo con las comunidades mediante nuevos modelos y escenarios de acción.
3. La discusión sobre las bases conceptuales y los argumentos que se esgrimen en su contra, es útil y necesaria para continuar la construcción teórica y práctica de la PS, y para apropiarse de conceptos, estrategias y métodos que permitan mejores acciones de la nueva salud pública.
4. La PS no se opone al mejoramiento de los servicios de salud para la atención de riesgos y enfermedades, pero señala la necesidad de reorientarlos para que cumplan un mejor papel en el mejoramiento de la salud colectiva.

Bibliografía

ANTONOVSKY, A. (1979). Health, Stress and Coping. Jossey-Bass Publishers. San Francisco. Washington. London.

ANTONOVSKY, A. (1987). Unravelling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass.

ASHTON, J. y SEYMOUR, H. (1988). La Nueva Salud Pública. Masson, S. A. Barcelona. Versión española del original en inglés, 1990.

BUCK, C. (1985). Después de Lalonde: La Creación de la Salud? En: OPS/OMS (1996).

BUNTON, R. y MACDONALD, G. (editors) (1992). Health Promotion: Disciplines and Diversity. Routledge. London. New York.

DEVER, G. E. A. (1976). An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. Soc. Ind. Res, 2. pp. 453 -466.

DOWNIE, R. S., TANNAHILL, C. y TANNAHILL, A. (1996). Health Promotion Models and Values; second edition, Oxford University Press, pp. 139-152.

EVANS, R. G. y STODDART, G. L. (1994). Producir salud, Consumir asistencia sanitaria. En: Por qué alguna gente está sana y otra no? Versión española de 1996. Díaz de Santos.

HANCOCK, T. (1994). Health Promotion in Canada: Did We Win the Battle But Lost the War? En: PEDERSON, O'NEILL, ROOTMAN Editors. Health Promotion in Canada. W. B. Saunders. Canadá. pp. 350-373.

KICKBUSCH, I. (1994). Introduction: Tell me a Story. En: PEDERSON, O'NEILL, ROOTMAN Editors. Health Promotion in Canada. W. B. Saunders. Canada. pp. 8-17.

LALONDE, M. (1974). A new Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Information Canadá.

LAMATA, C. E. (1994). Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. En: Gaceta Sanitaria No. 43, Vol 8. Julio - agosto.

MALHER, H. (1986). Discurso ante la Asamblea Anual de la Organización Mundial de la Salud. Documento interno. Ginebra, Suiza.

MILIO, N. (1988). Búsqueda de Beneficios Económicos con la Promoción de la Salud. Traducción al español. En: OPS/OMS (1996).

NUTBEAM, N. (1986). Glosario de la Promoción de la Salud. Traducción al español. En: OPS/OMS (1996)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1977). Salud para Todos en el año 2000. Declaración de Alma Ata.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE CANADÁ, ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. 17-21 noviembre.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1990). Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para el cuatrienio 1991-1994. Washington, D. C. Estados Unidos.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1996). Promoción de la Salud: Una Antología., Publicación Científica No. 557. Washington, D. C.

PUSKA, P. et al. (1995). The Community-based Strategy to Prevent Coronary Heart Disease. Conclusions from the Ten Years of The North Karelia Project. En: Annual Review of Public Health, Vol. 6. Annual Reviews, Inc., Palo Alto, California, U.S.A.

TERRIS, M. (1992). Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory. Journal of Public Health Policy. Autumn.

3 Agenda para la acción en Promoción de la Salud

Helena E. Restrepo

La agenda para la acción en Promoción de la Salud —PS— se enriquece cada día más con la práctica en diferentes lugares y contextos. Es difícil estar al tanto de todos los nuevos aportes, por lo que se opta por describir los desarrollos operacionales más conocidos a partir de la Carta de Ottawa, haciendo énfasis en algunos de los elementos y enfoques que se consideran fundamentales para reconocer las acciones de la PS. En otros artículos de este libro se ilustran experiencias que complementan lo aquí expuesto.

1. Diferencias entre Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

La distinción entre la operacionalización de la PS y de la Prevención de la Enfermedad —PE— es difícil en ocasiones y existen opiniones y conceptos controversiales de connotados salubristas sobre la importancia de sus diferencias. Sin embargo, si bien en la práctica de la salud pública son ambas indispensables, el saber reconocer cada una permite una mayor precisión y claridad para el diseño de programas y proyectos, lo que redunda en mejor distribución de los recursos técnicos y financieros, así como en mayor eficiencia y efectividad de ellos.

La PS difiere de la PE fundamentalmente en el objeto o foco para las intervenciones: para la primera es lo que se considera lo "*saludable*" o "*salutogénico*" (Antonovsky 1979) y para la segunda, la enfermedad y los riesgos de enfermar. De otro lado, la PS se dirige principalmente a la población y la PE más al individuo; la PS busca influir en las interacciones entre grupos y ambientes, o sea en la situación en que vive la gente, en la interacción de factores causales (Kickbusch 1986, En OPS/OMS 1996c).

Con fines prácticos se resumen algunas de las grandes diferencias y similitudes entre PS y PE[1], para facilitar la caracterización de los diferentes programas, a los que de

[1] Adaptación de la autora con base en el esquema del Ministerio de Salud de Québec–Canadá, tomado de notas facilitadas por Lise Renaud.

manera genérica se les llama de PS, cuando muchas veces corresponden a intervenciones de tipo preventivo que se les hace figurar como de PS, inflando falsamente los recursos que se destinan a promoción.

Estas diferencias y similitudes pueden notarse en aspectos como:

1. ***Los objetivos:*** En prevención primaria, secundaria y terciaria se enfocan a reducir los factores de riesgo y las enfermedades, así como a proteger individuos y grupos contra riesgos específicos. En la PS se dirigen a actuar sobre los determinantes de la salud y a crear las llamadas opciones saludables, para que la población pueda acceder a ellas.
2. ***A quienes se dirigen las acciones:*** En prevención primaria se dirigen a personas y grupos a riesgo de enfermar por alguna causa; en la secundaria a individuos y grupos a riesgo y a enfermos subclínicos sin manifestaciones obvias de enfermedad; en la terciaria especialmente a enfermos a quienes se quiere prevenir complicaciones y muerte. En la PS las acciones se dirigen a la población en general, a los grupos especiales y a las condiciones relacionadas con la salud; en este sentido, se dirigen también a sistemas múltiples, interdependientes y a procesos sociales, culturales y políticos que influyen sobre la calidad de vida y la salud de la población. En otras palabras, la PS se dirige tanto a grupos de personas y comunidades como a procesos, condiciones y sistemas que requieren ser modificados favorablemente a la salud.
3. ***Los modelos con los cuales se implantan:*** En la prevención primaria los modelos son los clásicos de salud pública y medicina preventiva con énfasis en los factores de riesgo; en la prevención secundaria son los de salud pública tipo "*tamizaje*" o detección temprana en poblaciones a riesgo y los de tipo "*prácticas clínicas preventivas*"; en la terciaria, son también los modelos de prácticas clínicas preventivas basadas en evidencia clínica y los de rehabilitación. Una de las similitudes entre PS y PE es el enfoque poblacional, cuando la prevención opta por la modalidad poblacional para tener un impacto importante en los índices de enfermedad y mortalidad; por ejemplo, un programa preventivo de tamizaje de cáncer de cuello uterino para hacer impacto en la mortalidad, debe abarcar un porcentaje muy alto de población de mujeres a riesgo, en este caso, aunque el procedimiento a usar sea de carácter individual, el enfoque de la intervención es poblacional. Otro ejemplo sería el de la "*rehabilitación basada en la comunidad*", que busca implantar un modelo poblacional para todos los discapacitados donde la intervención permita un mejoramiento de toda la sociedad con la integración de los discapacitados.

   En la PS es claro que los modelos son **socio-políticos, ecológicos y socio-culturales**. Los alcances de estos modelos van hacia la interacción entre los individuos y grupos con su ambiente físico, social, cultural, económico y político.
4. ***El tipo y el papel de los interventores:*** Son similares para la PS y la prevención primaria pero diferentes para los otros dos tipos de prevención. Así, en la secundaria se trata de pruebas de tamizaje (screening) y en la terciaria, de procedimientos y manejos clínicos; en ambos casos los interventores son clínicos que buscan prevenir complicaciones y muertes, y su papel tiene mucho que ver con su competencia técnica y científica.

   En la prevención primaria cuando se diseñan programas amplios e integrales, y en la PS, se trata de nuevos interventores sociales: los políticos y los comunitarios. El papel que tienen ellos más allá de aplicar un procedimiento al individuo, va dirigido a generar condiciones para que individuos y grupos desarrollen la capacidad de actuar, se empoderen y to-

men decisiones positivas para su salud y el bienestar colectivo.

5. ***Las estrategias:*** La prevención secundaria utiliza dos estrategias: una, aplicar pruebas discriminatorias en programas masivos de detección, cuyo objetivo es separar los que probablemente tienen una enfermedad de los que probablemente no la tienen, para actuar rápidamente en los primeros; y la otra la del diagnóstico precoz de enfermedad, para actuar clínicamente y evitar daños mayores. La prevención terciaria utiliza el manejo clínico adecuado y eficaz con el tratamiento de la enfermedad, la readaptación, y la rehabilitación.

La prevención primaria y la PS de nuevo se encuentran en las estrategias, por la utilización de instrumentos como la información, educación y comunicación para la salud, el mercadeo social (social marketing), el fortalecimiento de la participación comunitaria, el empoderamiento, y la acción política para la formulación e implantación de políticas públicas saludables.

Como puede verse, las acciones de PS y algunas de la prevención primaria trascienden el ámbito de trabajo específico del campo tradicional de la salud y dirigen sus esfuerzos a crear las condiciones óptimas para modificar los determinantes de la salud. Las acciones de la PE son fundamentalmente protectoras de riesgos para la persona y los grupos. Terris (1992) se refiere a ésto haciendo la similitud entre la PS y el concepto epidemiológico de la "*red causal*" (web of causation) que toma en cuenta todos los factores causales, tanto generales como específicos.

2. Agenda de la Promoción de la Salud

La agenda de la PS contenida en la Carta de Ottawa (1986) fue enunciada en el artículo anterior de este libro, por lo tanto aquí sólo se hará referencia a sus implicaciones operativas. Una consideración general para las cinco áreas es la superposición que hay entre ellas, que implica que la operativización de una, requiera generalmente de la de las otras. De igual modo, es necesario comprender que la implantación de esta agenda, no es factible sin la participación de interventores de diversos sectores, instituciones, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y, por supuesto de los ciudadanos. Estas características influyen en las dificultades que encuentran los funcionarios de salud para desarrollar acciones de PS, especialmente cuando no tienen claros los conceptos y alcances de la misma. La PS requiere que haya conciencia sobre la necesidad de crear alianzas estratégicas, puentes con instituciones a través de proyectos concretos, formación de equipos multidisciplinarios, y diferentes perfiles ocupacionales y no un "*especialista o profesional único*" de la Promoción de la Salud.

Según Ashton[2] se necesita el "*profesionalismo*" de muchos y no el "*profesional*" de la promoción.

2.1. Construcción de Políticas Públicas Saludables (PPS)

"*La teoría política es simplemente, el intento del hombre por comprender conscientemente y resolver los problemas de su vida grupal y su organización*" (Sabine 1998). Las políticas públicas en general, son las que crean las diferentes opciones para la vida en comunidad, por consiguiente las posibilidades para que la gente pueda disfrutar de una buena calidad de vida. Entre ellas, la Política Pública Social es la que garantiza una acción estatal integral y articulada para enfrentar los problemas sociales de una determinada población, privilegiando la equidad sobre intereses particulares excluyentes (Foro Nacional por Colombia 1998).

[2] Ashton Jhon, comunicación personal a la autora.

La política social debe contener la esencia de una política de salud como parte del sector social del desarrollo.

En el campo de la PS y la Salud Pública, y como parte del gran tema de las políticas públicas, ha surgido a partir de Ottawa, el concepto de Política Pública Saludable (PPS) para referirse específicamente a aquellas políticas que tienen una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud; usualmente se originan en diversos sectores y no necesariamente en el sector salud, que tradicionalmente formula las políticas específicas relacionadas con la organización de la atención de la salud para la población, o sistema de servicios, así como las orientaciones para el desarrollo de programas de prevención y control de enfermedades.

Las PPS tienen un efecto crucial en la salud de generaciones actuales y futuras como responsables de modelar tanto los patrones de vida modernos como los ambientes (Milio 1986). Según se mencionó a propósito del marco de referencia de la PS, las PPS fueron tema de la Conferencia de Adelaida, Australia en 1988 y desde entonces, se les considera como una de las más importantes áreas de toda agenda de acción de la PS. Sin embargo, el reconocimiento y análisis de este tipo de políticas apenas se inicia en la mayoría de países en desarrollo, y no forman parte aún de propuestas concretas en las agendas de gobierno en ningún nivel.

Los mecanismos para activar los procesos de construcción o formulación de PPS son varios y se derivan obviamente del trabajo político en salud pública; entre ellos son muy importantes los mecanismos de "*abogacía*" (advocacy) o "*cabildeo*" para llamar la atención y trabajar por causas de interés común y los mecanismos para incentivar la participación ciudadana y el diálogo entre sociedad y gobierno, en especial el local, para la identificación de problemas que requieren de la formulación e implantación de PPS.

El proceso de construcción de PPS requiere de la aplicación de instrumentos técnicos y metodológicos de información, educación y comunicación social necesarios para llevar los problemas sociales prioritarios a los decisores de políticas públicas. La creación de una conciencia social sobre las grandes inequidades y sus condicionantes constituye una de las más poderosas estrategias para el abordaje político en la práctica de la PS (Milio 1986).

Existen ejemplos muy ilustrativos en la literatura sobre procesos de estímulo a la formulación de —PPS— orientados a resolver problemas básicos que afectan la salud y el bienestar de la población. El ejemplo clásico de Milio (1990) de PPS[3] es el de la política de nutrición y alimentación de Noruega del que se pueden extraer muchas enseñanzas, porque cubre todos los aspectos que se tendrían que tener en cuenta para impulsar una verdadera política integral y coherente de alimentación y nutrición en un país.

Otro ejemplo de lo que constituye el trabajo de llevar un problema importante de salud a la agenda política, es el *Proyecto de Carelia del Norte* de Finlandia[4] que, con estrategias de concientización de la población y la movilización de la comunidad, logró una serie de intervenciones poblacionales y de políticas locales que fueron exitosas para lograr la reducción de un problema de salud importante, el de la enfermedad coronaria, en una región de muy alta incidencia (Puska 1985).

---

[3] Se recomienda la lectura de los trabajos de Nancy Milio sobre Política Pública Saludable.

[4] El grupo de investigadores dirigidos por Puska (politólogo-epidemiólogo) inició en la década del 70 una movilización de la población de la región de Carelia del Norte en Finlandia, con el fin de obtener el soporte y los recursos financieros para emprender el estudio de las causas de la altísima incidencia de infarto del miocardio en esa región y proponer las intervenciones para su reducción. La información y comunicación a la población fueron factores determinantes para lograr la movilización social y de políticos (Observaciones directas de la autora en visita a Carelia del Norte en 1987).

En Colombia existen ejemplos recientes de procesos de construcción de PPS, como son los de Bogotá, para la reducción de la violencia y de los efectos de la pólvora navideña, ilustrados en otro artículo de esta obra[5]. Otro ejemplo es el de la ciudad de Cali con la política del uso obligatorio del casco protector por los motociclistas, que se ha mantenido gracias a la concientización de la población[6].

La restricción de fumar en los vuelos es otro ejemplo de política saludable en el ámbito internacional y se puede considerar que es también "*pública*" aunque esté formulada e implantada por compañías privadas, porque tiene un beneficio público.

Las Políticas Públicas Saludables son más fáciles de formular e implantar en los niveles locales, por la sencilla razón que es allí donde los ciudadanos están más cerca de los gobernantes y por lo tanto, pueden tener más acceso a ellos y, también porque los gobernantes y sus familias en su vida cotidiana están sufriendo la falta de PPS y sienten sus beneficios cuando se implantan. Esto no resta importancia a las políticas nacionales pero es mucho más factible el trabajo exitoso de las PPS en el nivel local.

2.2. Creación de entornos favorables a la Promoción de la Salud

Esta segunda área de acción de la Carta de Ottawa implica un trabajo concreto en el mejoramiento de los entornos o ambientes físicos, sociales, culturales, económicos, etc., haciéndolos más sanos y más amigables, no sólo para proteger la salud sino para potenciarla al máximo y aumentar el nivel de calidad de vida. Desde el punto de vista práctico, esta área se implanta, fundamentalmente con Políticas Públicas Saludables. Es necesario pensar también en microambientes tales como viviendas, edificios, lugares de trabajo, escuelas, universidades, medios de transporte, etc., los cuales hay que convertir en objetos de la PS. Así mismo la interrelación entre los ambientes y los estilos de vida y comportamientos saludables, es a su vez muy estrecha, de tal manera que ambientes amenazantes determinan una mayor probabilidad que los niveles de salud individual y colectiva sean deficitarios (Buck 1985).

Las intervenciones para crear entornos más saludables pueden ser muy creativas, además de ser un área que atrae la participación de las personas y grupos porque tiene que ver con necesidades muy sentidas de las comunidades. En el contexto de países en desarrollo, un grupo importante de prioridades se ubica en el área de la salud ambiental, por los serios problemas de provisión de agua y saneamiento básico en general; por esta razón en casi todos los proyectos de municipios saludables en América Latina, en especial en Centroamérica, se han priorizado dichos aspectos.

El mejoramiento de entornos sociales es más complejo y requiere de estímulos e incentivos especiales para fortalecer estrategias de ayuda mutua y de la organización de grupos de autogestión y soporte en problemáticas comunes; algunos ejemplos muy exitosos son los grupos de víctimas de la violencia sexual en países desarrollados, que han demostrado el poder que están alcanzando en la obtención de las correspondientes políticas públicas.

Con relación al mejoramiento de ambientes culturales puede decirse que también es un área atractiva para proyectos intersectoriales de PS. Entre los ejemplos están las ferias de arte y de salud que se organizan en muchas ciudades y municipios, la adecuación de parques y áreas verdes, la adecuación de zonas de espacio público para la recreación y el deporte, todas ellas muy valiosas para la promoción

[5] Ver artículo sobre Políticas Públicas Saludables del Dr. Hugo Acero, en este libro.

[6] El papel del Instituto CISALVA de la Universiodad del Valle para mantener una información permanente a la comunidad sobre el problema de los accidentes por motocicleta y los beneficios de la política, ha sido fundamental.

de opciones de vida saludable en la población de niños y jóvenes.

2.3. Fortalecimiento de la acción comunitaria. Empoderamiento

La participación social es un elemento esencial para el logro de los objetivos de la PS, por lo tanto las estrategias, mecanismos y estímulos para incrementar la capacidad de la gente de actuar y decidir sobre sus vidas, forman parte de toda agenda operativa de PS. La participación no se da sólo desde el punto de vista individual sino como proceso de la vida en comunidad.

El empoderamiento de individuos y grupos es una herramienta poderosa en promoción. El empoderamiento como proceso social (Wallerstein 1992) está íntimamente ligado a la participación comunitaria y a la consolidación concreta de los procesos participativos, cuestión crítica para la PS, porque no basta con el discurso y la retórica del sector salud, sino que es necesario activar los mecanismos dialógicos, crear espacios de concertación y de negociación y sobretodo, crear conciencia sobre los derechos sociales de las personas. El autoritarismo y la hegemonía de los gerentes de las instituciones de salud, va en contra de la participación comunitaria y del empoderamiento que se buscan.

Al poner en marcha acciones de participación es importante tener en cuenta la variable tiempo, sobretodo porque son procesos que no se consolidan tan rápidamente[7], por consiguiente, es necesario tener "*paciencia*" y no desmayar en el camino. La participación no debe concebirse sólo para fines de "*salud*" sino como parte del capital social de una comunidad y por ende, vital para su desarrollo, lo que implica un gran respeto por la historia, la cultura y las prioridades que tenga dicha comunidad.

Los procesos participativos en el sector salud —hay que reconocerlo— han sido muchas veces débiles y en otras ocasiones, manipulados por dirigentes y autoridades sanitarias; distorsión que se ha visto en la forma como se implanta la Atención Primaria en Salud, donde las experiencias se han caracterizado por la designación acomodaticia de comités de participación comunitaria por parte de los servicios de salud que los convierte en organismos no críticos sino de voluntarios colaboradores (De Roux 1994). Pero también se encuentran verdaderos procesos participativos en América Latina que han buscado el desarrollo de las comunidades más pobres, inspirados por los principios de Freire (1973) de educación popular.

El término empoderamiento (empowerment) ha sido muy discutido en el idioma español, hoy sabemos que se utiliza desde el siglo XVII y que es castizo (León 1997). Asi mismo, la interpretación del concepto de empoderamiento también es diversa dentro del campo de la PS; algunos lo interpretan como "*transferencia de poder*" lo que no es muy correcto porque no se trata de transferir el poder de unos a otros, sino por el contrario de crear ese poder, es decir de crear condiciones para que los individuos y los grupos comunitarios más excluidos socialmente adquieran poder de decisión y de control, sobre asuntos que les afectan su vida cotidiana. Esta es la "*capacidad de la comunidad*" para actuar con respecto a sus problemas y soluciones. La definición más aceptada de empoderamiento en el marco de la PS es la de Wallerstein (1992) que lo toma como el "*proceso de acción-social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de la vida en comunidad, y justicia social*".

Las preguntas de **a quiénes, para qué y por quienes** se empodera a las comunidades, son muy pertinentes para el trabajo práctico en PS.

¿A quiénes se empodera?, a los grupos excluidos socialmente, y los excluidos no

[7] En Versalles-Valle, municipio saludable por la paz de Colombia, el proceso participativo tiene más de 10 años.

son solamente los pobres aunque son siempre un grupo prioritario, también son excluidos todos aquellos que por diversas causas (género, etnia, edad, religión, origen social, discapacidad, etc.), pasan a ser ciudadanos olvidados, sin ningún poder para participar y decidir. Otros grupos a quienes se debe empoderar son los trabajadores de la salud para que puedan actuar mejor en PS, los líderes políticos, religiosos y comunitarios para que desempeñen un mejor papel y, en fin a todos aquellos que puedan tener una acción positiva hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de la población más marginada.

¿Para qué se empodera?, para incrementar o crear las condiciones en las cuales las comunidades, los grupos y los individuos adquieren la capacidad de tomar decisiones que les competen para mejorar sus condiciones de vida y tener control sobre la situación de exclusión social, lo que redundará en mejores niveles de salud y de calidad de vida.

¿Por quiénes se empodera?, por funcionarios de diferentes sectores del gobierno, por líderes, por trabajadores de la salud pública, en fin por todos aquellos que puedan crear los espacios para la participación y el crecimiento de los grupos y las personas.

El empoderamiento individual que es también importante, se obtiene a través de acciones verdaderamente participativas y educativas. Se ha enfatizado en el empoderamiento individual para lograr los cambios favorables en los estilos de vida, es decir, para lograr las modificaciones personales y el incremento de las actuaciones salutogénicas del individuo, pero es claro que el empoderamiento comunitario tiene una fuerza mucho mayor para los fines de transformación de los determinantes de la salud y el bienestar, fines últimos de la PS.

Los ejemplos más dicientes de participación y empoderamiento los encontramos en los movimientos de mujer a través de proyectos e iniciativas que incrementan la autoestima, la autogestión de grupos, el control de sus vidas y por ende la capacidad de hacer valer sus derechos. En países en desarrollo la bondad del empoderamiento de mujeres se ha visto en el éxito de microempresas femeninas, bancos de la mujer, fortalecimiento de jefaturas de hogar femeninas, etc. Por ejemplo en Versalles-Colombia, una de las experiencias más ricas de América Latina de participación comunitaria donde el eje ha sido la salud en su concepto amplio de bienestar y desarrollo humano[8], el empoderamiento de varios grupos es evidente sobre todo en mujeres, adultos mayores y niños. En Cali-Colombia, existen grupos de jóvenes de comunas pobres con un gran empoderamiento que se evidencia en su capacidad de proponer proyectos concretos de mejoramiento de su situación con respecto a la violencia, la salud sexual y reproductiva y el desarrollo integral[9].

Otros movimientos de la segunda mitad de este siglo que han aportado al desarrollo del empoderamiento son los de los ancianos, los de reivindicación de los negros e indígenas y los de integración social de discapacitados.

2.4. Desarrollo de aptitudes personales

Este componente de la agenda de Ottawa, es quizás el más aceptado y comprendido dentro de los proveedores de la atención de salud porque se relaciona con la educación para la salud, área de trabajo tradicional en el sector. Esta área tiene que ver con el concepto de estilos de vida saludables porque influye en la forma como se concibe su práctica. El concepto que prima en la doctrina actual de PS es amplio e integrador. "*El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada*

[8] Documento sobre la experiencia de Versalles.

[9] Nos referimos a los grupos "El Parche" de la comuna 18 y "Mafún" de las comunas 7 y 13.

en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más completo, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales" (Nutbeam 1996). De acuerdo con este concepto, los estilos de vida comprenden no sólo algunos comportamientos reconocidos como saludables —ejercicio físico, dieta sana, y ausencia de consumos de sustancias dañinas—, sino también otras actitudes y prácticas tales como tolerancia, solidaridad, respeto por las diferencias y los derechos humanos, participación, etc., que inciden en la vida colectiva.

Desde el punto de vista práctico esta área de acción tampoco se puede considerar aislada de las anteriores, porque las políticas públicas saludables favorecen los cambios positivos, los ambientes están íntimamente ligados, y la participación es parte de los aspectos socioculturales que influyen en aptitudes y habilidades. No se puede exigir que una persona o grupo se interese por un cambio conductual cuando éste no forma parte de sus necesidades y prioridades. Las estrategias y mecanismos para lograr implantar el desarrollo de aptitudes están ligados con el autocuidado, la autogestión y el vasto campo de la educación, con enfoques muy valorados como los de Freire y enriquecidos con los adelantos tecnológicos modernos para la información y la comunicación.

Terris (1992) con razón afirma "*Existe una gran confusión con relación al concepto de promoción de la salud. Este es un concepto amplio, y la tendencia ha sido, para diferentes grupos a limitarse a uno u otro aspecto de la formulación*". Se refiere a la confusión que introdujo en 1979 la publicación del documento "*Gente Saludable: Informe del Cirujano General sobre Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad*", que definió a la primera en términos de estilos de vida, y a la prevención como la protección de la salud de los riesgos ambientales, que condujo a una variedad de interpretaciones sobre el papel de la promoción que ha sido muy perjudicial para su desarrollo. Por ello insistimos en que la limitación de la promoción a los cambios en estilos de vida, ocasiona muchos problemas al nivel de las instituciones de salud.

Existe también el peligro que la modificación de los estilos de vida individuales y los programas que se dirigen a recomendar cómo cuidar mejor la propia salud de los clientes, se utilicen con fines lucrativos (Milio 1988). Esta corriente ha generado una serie de interpretaciones erróneas sobre el rango de acción de la PS, sin que esto le reste importancia a la prevención de riesgos y enfermedades muy prevalentes en la actualidad como son las cardiovasculares, cáncer, accidentes y violencia. Optar por conductas saludables requiere de entornos apropiados, por ejemplo un individuo que no fuma, no puede defenderse del humo pasivo en el trabajo si no existe una política institucional que le apoye su derecho a respirar aire sin humo de tabaco; una familia pobre no puede acceder a una dieta sana si no hay políticas de seguridad alimentaria y si no hay políticas educativas que le den la facultad de informarse sobre el contenido nutritivo de los alimentos disponibles, al igual que si no existen políticas de control de precios de productos alimenticios básicos; en el campo del estímulo al ejercicio físico, se han obtenido mayores logros en intervenciones saludables, sin embargo las políticas públicas de nuevo son indispensables para que exista la disponibilidad de los espacios públicos adecuados y seguros que permitan hacer ejercicio sin riesgos.

La tendencia común de culpabilizar al individuo por su enfermedad, por no hacer las modificaciones necesarias en sus comportamientos, se conoce como la de "*victimizar a la víctima*" y va contra toda la filosofía de la PS que busca cambios conscientes y razonados, no impuestos.

2.5. Reorientación de los servicios de salud

La reorientación de los servicios de salud es muy discutida hoy en día por el movimiento de las reformas en los sistemas de

salud, que buscan hacerlos más eficientes y efectivos, y que hagan más prevención de enfermedades y promoción de la salud, aún cuando para este logro siguen conspirando las deficiencias en la comprensión de los conceptos, principios e instrumentos metodológicos de la PS, así como la escasez de recursos técnicos y financieros para ella.

Con respecto a la forma de operativizar la PS en los servicios de salud, ésta varía de un lugar a otro, sin embargo se puede afirmar que a pesar de existir en ocasiones la voluntad política para privilegiar el trabajo de PS en los sistemas de servicios de salud, esto no es posible por la fuerte tendencia actual a su privatización.

Esta se refleja en la orientación primordial a reforzar actividades de educación sanitaria para influir en conductas individuales y a programas de intervención en prevención secundaria y terciaria con enfoque individualista, sin considerar los alcances de salud pública que deben tener dichos programas para lograr impactos importantes en los índices de mortalidad y morbilidad.

Obviamente en el caso de los servicios de salud, es indispensable la capacitación del personal en las nuevas doctrinas de PS, para que incorporen en su trabajo, estrategias que faciliten el acercamiento entre "*proveedores*" con los verdaderos "*promotores de la salud*", es decir, con todos aquellos actores sociales y políticos que puedan contribuir a la mejoría de la calidad y de las condiciones de vida de las poblaciones. Desde la atención primaria es posible fortalecer intervenciones de salud preventivas y promocionales, siempre y cuando se hagan con proyecciones comunitarias, es decir, para impactar la salud colectiva.

A pesar que la Carta de Ottawa se refiere a la reorientación de los servicios de salud, aquí se considera preciso hacer una lectura mucho más comprensiva y considerar a los servicios sociales en general, porque todos pueden influir en los niveles de calidad de vida y de bienestar. Entre ellos se mencionan a manera de ejemplos: los asistenciales de nutrición; los de atención a la población de ancianos y discapacitados; los de apoyo y soporte social a la mujer; los dirigidos a la defensa de "*niños de la calle*"; los de adolescentes y jóvenes; las consejerías de familia; los de defensa de los derechos humanos; etc., todos trascendentales para alcanzar metas de equidad y desarrollo humano. Lamentablemente, estos servicios generalmente no forman parte de las reformas del sector salud y no hay una clara orientación sobre cómo influir en ellos desde este sector.

Finalmente, con relación a la agenda operacional de la Carta de Ottawa, además de las cinco áreas revisadas se incluyen tres procesos metodológicos muy importantes: el de "*mediación*", para involucrar a todos los actores sociales y lograr su compromiso; el de "*abogacía*" (cabildeo), por causas de interés público, y el de la "*información y comunicación social*". Estos mecanismos están implícitos en el quehacer de la PS para fortalecer los procesos que hacen posible su implantación.

3. Otras propuestas de agenda de PS

Varios autores han contribuido a definir "*cómo actuar*" en la PS. El exministro Epp de Canadá propuso un marco para la PS en el que planteó tres grandes desafíos: reducir las inequidades, incrementar la prevención y ampliar la capacidad de la gente para afrontar problemas; señaló los mecanismos de autocuidado, ayuda mutua y creación de ambientes saludables y, como estrategias para la acción, colocó las de impulsar la participación, fortalecer los servicios de salud comunitarios y coordinar políticas públicas saludables (Epp 1986).

La ideología y los enfoques predilectos de los diferentes expertos, influyen también en las agendas de acción que proponen para las acciones en PS por lo que, aunque las cinco áreas de Ottawa en general siempre

están presentes, varía el énfasis que se da a cada una. Por ejemplo, Hancock[10] da el mayor énfasis a los niveles de actuación con respecto al poder y sus relaciones con la PS: en primer lugar el nivel individual y el comunitario, para que las personas y los grupos tengan la capacidad de tomar sus decisiones con respecto a sus vidas y su salud, y en segundo lugar el nivel político, en cuánto a la importancia que se le dé a la salud como parte *"vital de la agenda política"*. Añade que no es por casualidad que la Carta de Ottawa colocó en primer lugar la construcción de políticas públicas saludables, sino que se trata de una expresión de fuerza para la PS. La agenda propuesta por Hancock, es la siguiente:

- Construir políticas públicas saludables
- Reducir inequidades
- Crear ambientes de apoyo
- Fortalecer la acción comunitaria
- Desarrollar ayuda mutua
- Desarrollar habilidades personales
- Ampliar las destrezas para afrontar problemas
- Reorientar los servicios de salud
- Impulsar la investigación, y
- Establecer nuevas estructuras para PS

El impulso a la investigación es un punto muy importante porque se necesita con urgencia que las intervenciones y los programas de PS, demuestren su efectividad en términos de resultados y de impacto sobre los niveles de salud y de calidad de vida de los grupos poblacionales, pero para lograrlo, se requiere de una investigación participativa que involucre actores de toda índole, y que parta de un esquema muy flexible dentro de cada contexto. Esto fue reforzado recientemente en Puerto Rico por grupos de expertos investigadores en PS y educación para la salud[11], quienes analizaron los diferentes desarrollos metodológicos que se han recomendado y concluyeron que el contexto donde se implante un programa o proyecto de PS es de vital importancia para definir los diseños de investigación a desarrollar por todos los implicados.

Las actuaciones en los ambientes, sobretodo en los físicos, son de las más aceptadas por un grupo importante de defensores de la PS, como se anotó anteriormente. Es una realidad que el deterioro ambiental es uno de los grandes problemas de la humanidad, y que el siglo XXI continuará con esta prioridad, por lo tanto lo que se impulse desde la óptica de la PS, será una contribución necesaria para la sostenibilidad ambiental.

La Declaración de Jakarta de 1997 agrega a la agenda de la PS un énfasis especial en los mecanismos de movilización social, como la formación de alianzas estratégicas entre instituciones y organizaciones de los sectores público y privado para el trabajo concreto de PS.

La definición de Green y Kreuter (1991) de PS, es un buen ejemplo de la prioridad de dos áreas consideradas por muchos como las más destacadas en la operativización: *"La promoción de la salud es una combinación de apoyos educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud"*. El problema está cuando se hipertrofia una sola vertiente, perdiendo de vista que el objetivo de las intervenciones de PS son los determinantes de la salud.

En la aplicación de las estrategias de acción de PS, el enfoque tradicional da más peso a las intervenciones de educación para la salud, que pretenden que cada individuo cambie sus conductas al tomar conciencia sobre las causas de la mala salud y sobre cómo modificarlas; el problema con este enfoque es creer que los cambios en el

[10] Seminario sobre Promoción de la Salud en OPS, División de Promoción y Protección de la Salud. Washington, D. C. 1994.

[11] Grupo de trabajo sobre investigación y evaluación de la PS en la Reunión Mundial de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES), San Juan de Puerto Rico, junio 26-29. 1998.

ámbito comunitario son la sumatoria de cambios en los individuos, lo que según la evidencia existente, no es verdadero. Lamentablemente este enfoque se mantiene en la mayoría de los trabajadores de la salud, en gran medida, por las dificultades que encierran las intervenciones de tipo poblacional y multisectoriales, que requieren destrezas y habilidades diferentes a las que usualmente ellos poseen dentro de los equipos de salud, como se ya se ha mencionado.

Como puede verse la definición de la agenda de acción en PS es un proceso dinámico y que continúa en construcción, por consiguiente, los aportes de experiencias en diferentes contextos de países pobres y ricos serán de gran valor.

4. Los escenarios de la Promoción (settings)

La operativización de la PS se realiza en tres dimensiones que esquemáticamente se representan por la figura de un cubo (Powell y Col. 1991). De un lado están los escenarios, ambientes o settings, de otro las estrategias principales, y en la tercera dimensión los grupos "*blanco o diana*" de población. En realidad la dimensión espacial junto con la poblacional, son las que determinan los escenarios prioritarios para desplegar las acciones con mayor potencial de producir un impacto en la salud y bienestar de las comunidades.

Los escenarios o espacios en los que se implante la PS son esencialmente, territorios concebidos desde un punto de vista ecológico-social, por ello es preferible, seleccionar aquellos que brinden un mayor potencial de masificar intervenciones positivas al bienestar, y que ofrezcan las mayores garantías para crear procesos participativos, donde la gente adquiera cada vez mayor capacidad de actuar para solucionar sus problemas.

Los escenarios ideales para la puesta en marcha de acciones de PS, son bien definidos y serán más o menos estratégicos, dependiendo de las oportunidades que ofrezcan para obtener el máximo impacto en las condiciones determinantes del bienestar comunitario. Desde este punto de vista, son más atractivos los escenarios donde se pueda actuar con mayor integralidad, y donde se facilite la implantación de estrategias. Este es el caso de las ciudades o municipios, donde hay un nivel político de decisión que se puede comprometer más fácilmente que el nacional, y al mismo tiempo, donde las comunidades tienen más potencial de influir en los cambios necesarios para mejorar sus condiciones de vida. De ahí que el movimiento de ciudades sanas de Europa y Norteamérica y su equivalente de municipios saludables en América Latina, han sido tan aceptados en todas las latitudes[12].

Constantemente surgen nuevos escenarios posibles para poner en marcha acciones de PS que respondan a la cada vez mayor creatividad de los interesados en su implantación; entre ellos se encuentran las comunidades o conglomerados dentro de las ciudades —barrios, vecindarios, comunas, distritos, parroquias— que son estratégicos en ciudades demasiado grandes y pobladas, donde es muy difícil establecer proyectos de ciudades o municipios saludables; por ejemplo, en Montreal existen los proyectos de barrios saludables (quartiers) como parte del gran movimiento de pueblos y ciudades saludables de Québec (Villes et Villages en Santé); en las islas del Caribe de habla inglesa, se han originado proyectos en parroquias y distritos saludables.

En algunos países de América Latina se han adoptado diversos escenarios para la

[12] La bibliografía sobre ciudades, municipios y comunidades saludables es muy extensa; en las referencias al final de este artículo sólo se citan algunas, por lo que se recomienda ampliarlas con otras fuentes. Véanse por ejemplo, los artículos sobre Salud Urbana y Entornos Saludables en este mismo libro.

PS, por ejemplo, en Perú se incluyen como Comunidades Saludables a los proyectos de municipios y áreas de la ciudad capital; en El Salvador, se trabaja con Espacios Saludables que incluyen municipios, regiones sanitarias, escuelas y mercados saludables; en Costa Rica son Cantones Saludables, siguiendo la nomenclatura de su división político-administrativa local.

Estos escenarios geográficos empiezan a incluir otros como las islas, las zonas fronterizas u otros con características comunes. Una consideración importante a tener en cuenta es que las intervenciones de tipo poblacional tendrán mayor impacto si el ámbito comunitario es amplio, y mejor aún, si hay posibilidades de masificar experiencias como es el caso de ciudades y municipios, en los que el impacto potencialmente será mayor cuanto mayor sea el número de ellos que se involucre en estos procesos.

Otro de los escenarios atractivos para la implantación de estrategias de PS es el de las escuelas, que de un lado, ofrecen gran potencial para conseguir una transformación a largo plazo de condicionantes importantes de la salud, como los estilos de vida y los ambientes[13]; y de otro lado, permiten ampliar el efecto, masificando la estrategia. En estos y otros escenarios de instituciones de educación se busca crear una nueva cultura de la salud, donde se le dé a la PS el valor positivo que tiene como recurso para el desarrollo humano sostenible en el largo plazo.

El escenario educativo se ha consolidado en especial con el movimiento de Escuelas Saludables (OMS 1993, OPS/OMS 1994, 1996a, 1996b y Ministerio de Salud de Colombia 1999), impulsado originalmente desde la oficina de OMS en Europa en la década del 80, y que se ha extendido por varios continentes bajo el liderazgo de la OMS y la OPS. Su éxito se debe en gran parte a su eficacia para lograr la negociación y compromiso intersectorial entre los sectores Salud y Educación. Los principios fundamentales de esta estrategia son los mismos de la PS, y se da un importante énfasis a la educación en aspectos ambientales y comportamientos saludables; el entusiasmo de maestros se consigue por la oportunidad que ofrece para crear un entorno diferente al tradicional de las escuelas, donde se encuentren y comprometan los actores sociales responsables de la educación: alumnos, maestros y padres de familia. Para los trabajadores de la salud se abre así mismo, un nuevo campo de trabajo que facilita el cumplimiento de objetivos de educación para la salud, y de incremento de la responsabilidad social por la salud en sectores diferentes al de la salud.

Por extensión del concepto de escuelas, hay algunas universidades que empiezan a interesarse por crear proyectos de este tipo[14], orientados en general, a influir en los estilos de vida de estudiantes y docentes y en ocasiones, a organizar programas de autocuidado para la comunidad universitaria. Sin embargo se cree, que el potencial que tendrían las universidades sería mayor, si se concibe un modelo de universidad saludable que trascienda la orientación hacia cambios conductuales de alumnos y docentes. Una propuesta de modelo es que la universidad se convirtiera en un verdadero laboratorio para la formación de profesionales con actitudes positivas hacia el trabajo intersectorial, multidisciplinario e integral, en relación con los problemas que afectan el bienestar y la calidad de vida de las poblaciones. Se trata entonces, de un modelo de universidad que se comprometa con proyectos locales de PS como los de comunidades, ciudades y municipios saludables, para que estudiantes y docentes apoyen a los grupos comunitarios, participen en los diagnósti-

[13] Véanse referencias a escuelas saludables al final del artículo.

[14] Ejemplos: la Universidad del Valle de Costa Rica y la Universidad de Caldas de Manizales-Colombia, donde existen proyectos de universidades saludables.

cos de situación, identifiquen las inequidades y desigualdades sociales, analicen políticas públicas existentes y propongan políticas públicas saludables; en resumen, que se empapen de los problemas de la vida cotidiana de los ciudadanos comunes y corrientes de su localidad.

Los lugares de trabajo son otros escenarios muy adecuados para propuestas de operativización de la PS por la influencia que pueden tener en la población económicamente productiva, blanco importante para las acciones tanto de prevención de enfermedades como de promoción de vida saludable. El lugar de trabajo es ideal para influir en la creación de entornos favorables a la salud tanto físicos, como culturales y sociales. Lamentablemente, entre nosotros no han sido muy utilizados para implantar intervenciones concretas de promoción de carácter más amplio al que ya tiene la salud ocupacional tradicional.

Sin embargo, en la historia de la salud pública no hay que olvidar, que en el siglo XIX fueron las condiciones que sufrían los trabajadores, niños y adultos en Inglaterra tanto en los lugares de trabajo como en los de habitación, las que despertaron conciencias y crearon movimientos semejantes al de la promoción de la salud de hoy. Los ambientes de trabajo y la población trabajadora deben incorporarse a los espacios privilegiados para la acción, incluyendo la promoción de políticas saludables tanto en empresas públicas como privadas, para que regulen las horas de trabajo, las medidas de seguridad, los beneficios de la mujer trabajadora lactando, los ambientes libres de humo, las prácticas recreativas y de ejercicio físico, etc. De otro lado, el uso de la comunicación y las intervenciones educativas para cambios de estilos de vida, tendrían repercusiones en las familias de los trabajadores, principio masificador importante.

Con referencia a escenarios más limitados, existen en la actualidad movimientos de varios de ellos, entre los que se destacan los de *"hospitales promotores de salud"*[15] promovidos por la OMS y que han tenido desarrollos importantes en varios países de Norteamérica y Europa.

En Inglaterra ha surgido con apoyo de la OMS la iniciativa de las *"prisiones saludables"* (University of Liverpool 1996), que buscan mejorar las condiciones ambientales, físicas y conductuales del personal de reclusos y guardianes. En Colombia esta iniciativa despertó interés hace algún tiempo[16], pero, al parecer no se implantó. En la misma ciudad de Liverpool existe un proyecto de PS en clubes nocturnos saludables (University of Liverpool 1997), que se utilizan para dar información sobre los riesgos de enfermedades de transmisión sexual (SIDA), drogadicción, alcoholismo y tabaquismo. Este es un ejemplo para todos los responsables de salud pública, sobre escenarios estratégicos para algunas acciones de promoción y de prevención.

En El Salvador, se inició también una estrategia de *"mercados saludables"*, como un medio para implantar acciones de control de alimentos, fuente permanente de riesgos de enfermedades. Por otra parte, los mercados son espacios muy importantes en la cultura latinoamericana para la socialización.

En todos estos proyectos y movimientos, como se les llama comúnmente, es muy alentador poder aplicar los principios y estrategias de la PS, en todas sus dimensiones y metas de equidad, desarrollo y justicia social.

5. Instrumentos metodológicos

Si se acepta que la PS es una nueva disciplina que toma elementos de muchas otras,

[15] En Argentina, municipio del Huila, existe una experiencia innovadora de PS que desde el hospital local se proyecta a la comunidad de mujeres gestantes de toda la población, en forma integral.

[16] Funcionarios del Ministerio de Salud visitaron la experiencia de Liverpool en 1996.

es necesario admitir que el arsenal metodológico que se podría incorporar a su aplicación es muy amplio y versátil. Existe por lo tanto, un vasto campo para la investigación en este sentido, que es necesario promover. En este artículo no se pretende presentar con detalle todas las particularidades teórico-prácticas de cada uno de los campos metodológicos que tienen aplicación en la PS, porque eso es objeto de publicaciones especializadas de expertos en cada disciplina, sino ofrecer un menú amplio de los instrumentos más comúnmente utilizados en la operativización de la PS.

Un primer grupo de instrumentos se ubica en el área de la educación y comunicación de salud. Si se revisa la literatura con respecto a métodos de la promoción se encuentra profusión de referencias a las metodologías educativas, que es explicable porque la educación para la salud o educación sanitaria es más antigua que la PS.

En las últimas dos décadas de este siglo, se ha realizado un gigantesco volumen de estudios y programas de educación y comunicación para hacer frente a uno de los desafíos más grandes de la ciencia actual como lo es, sin duda, el problema del SIDA y la infección VIH. Esto se debe a que los conocimientos acumulados hasta ahora permiten concluir que mientras no se tenga un biológico como arma preventiva, la única forma de controlar el problema es a través de cambios de comportamiento. La PS se ha lucrado de todo este cúmulo de investigaciones y conocimientos derivados de las experiencias con diferentes enfoques y estrategias de información, educación y comunicación en salud. Se menciona este hecho, porque gran parte de la literatura actual sobre comunicación, mercadeo social y educación son artículos referidos al problema del SIDA, muy útiles para ilustrar el potencial de metodologías y técnicas innovadoras para lograr cambios de comportamiento.

Hoy los instrumentos de información pública y comunicación social, se materializan y encuentran su forma de expresión en un gran desarrollo tecnológico, donde la educación para la salud se *"re-crea"* y se aparta de las tradicionales *"charlas"*, circunscritas a las salas de espera de los centros de salud, por lo tanto, obligando a los interesados en la PS a ilustrarse sobre estos avances.

Los métodos que más se utilizan en la educación para la salud se basan en la aplicación de técnicas participativas que conducen a la toma de conciencia por parte de los educandos sobre sus problemas, de acuerdo con principios muy conocidos de la escuela de Freire (Wallerstein 1994a, 1994b). Esto ha sido criticado por algunos, aduciendo que el gran énfasis que se da a la participación en la educación y en la promoción de la salud, puede suplantar la entrega de información y contenidos científicos por parte del educador de tal forma, que se le niegue a éste su papel de conductor, cayendo en lo que Cardaci llama *"populismo pedagógico"* e incluso a que se considere que el *"buen educador en salud es aquel que maneja la mayor cantidad de técnicas participativas"* (Cardaci 1997a). Para esta autora, el desafío está en lograr la entrega de contenidos e innovaciones dentro de procesos participativos para que no se niegue el conocimiento científico importante a los individuos y grupos.

El proceso educativo debe verse en forma integral de acuerdo con los aportes de la psicología y la sociología, lo que implica aceptar que se relaciona más con el proceso de alcanzar la autonomía del individuo y la creación de una sociedad libre, y mucho menos con la persuasión de la gente para que adopte los comportamientos considerados como apropiados por otros. Es decir, se debe dejar la opción de la escogencia por parte del individuo, pero se debe asimismo, trabajar con la gente para que analice sus comportamientos y actitudes y los cambie si es del caso, pero no imponérselos. Esta corriente, que se podría ubicar como característica del post-modernismo por la fuerte defensa del derecho individual, es la de la educación como instrumento para lograr el empoderamiento del individuo, mediante la adquisición de ha-

bilidades que le permitan tomar el control de su propia vida.

Weare (1992) concluye que son importantes, tanto el reconocimiento que la educación efectiva debe adoptar métodos activos participatorios, como la del desarrollo de "*curricula integrados en espiral*", teniendo en cuenta el grado de desarrollo, el estado cognoscitivo y la situación emocional de los individuo o grupos a educar.

El gran auge de la educación sanitaria se inicia a mediados de los años 40. Según Cardaci (1997b), la educación sanitaria fue definida por Seppilli en 1958 como "*el proceso educativo que tiende a que los ciudadanos se comprometan con la defensa de la salud individual y colectiva*". La autora discute con razón, que esa definición está muy cercana a los conceptos que vinieron después para la PS, implicando acciones por fuera del sistema sanitario a partir de la década del 70. Desde entonces, los nuevos conocimientos y teorías sobre los factores que median en los cambios de comportamientos, y el desarrollo de las comunicaciones, han influido para que los programas educativos de salud tradicionales perdieran mucho terreno en el ámbito de la salud pública, y para que las tendencias cambiaran hacia la utilización de las tecnologías de comunicación de masas para obtener el efecto multiplicador y la cobertura de grandes grupos de población.

La influencia de la psicología y de la sociología en la PS está ligada precisamente a todos estos cambios teóricos en educación y comunicación; así por ejemplo, la premisa que el conocimiento era un determinante de las actitudes y de las conductas, influyó para que muchas de las campañas realizadas en Estados Unidos para la prevención de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, se diseñaran como divulgación al público de información científica sobre los peligros del cigarrillo, la dieta alta en grasa, la falta de ejercicio físico y la hipertensión arterial. Este movimiento de entrega de conocimientos a través de medios masivos, y la gran producción de materiales educativos para distribuir en clínicas, hospitales, asociaciones científicas, etc., tuvo gran desarrollo en las décadas del 50 y 60, pero los resultados no fueron los esperados; en primer lugar, porque el conocimiento llegó preferencialmente a los grupos más educados, y el conocimiento lo integraron los universitarios y profesionales pero no la gente más pobre como los de raza negra, que continuaron con crecientes índices de enfermedades cardiovasculares.

Hay que admitir también que de esas experiencias sobre lucha contra los factores de riesgo para enfermedades del corazón y cáncer, ligada a la promoción de estilos de vida, se obtuvieron experiencias muy valiosas de éxitos y fracasos para el futuro desarrollo de la PS. Una de ellas, ya mencionada en este libro, es el de Carelia del Norte (North Karelia) en Finlandia, cuyo éxito se debió fundamentalmente, en primer lugar a la concepción política del problema, y en segundo lugar, a que los cambios de comportamientos se enfocaron desde un principio en un nivel poblacional y no individual, con programas educativos y de comunicación basados en teorías de psicología social (McAllister et al 1982).

En los años setenta, empezaron a conocerse resultados de estudios más sofisticados sobre lo que rige el cambio de comportamiento en el individuo, hasta llegar a la teoría de Bandura (1977), conocida como **la teoría del aprendizaje social**, que sitúa la educación dentro de un entorno social donde los factores externos al individuo son decisores para los cambios de conductas; en este sentido, plantea que el cambio es guiado por las consecuencias esperadas y que entre más positivas sean éstas y a más corto plazo, mayor es la probabilidad que se produzca el cambio deseado; así por ejemplo, es más probable conseguir una conducta positiva por gratificaciones inmediatas que por temor a daños a largo plazo, la aceptación social inmediata al que no fuma es más determinante en un adolescente que la amenaza del cáncer cuando sea adulto (Bennett y

Hodgson 1992). De igual modo, Bandura enfatiza la importancia de los sistemas de retroalimentación que proporcionen motivación personal. Se trata sobre todo, de promocionar la autoestima y la autoconfianza por medio de mensajes positivos en la educación sanitaria individual o en los medios de comunicación.

Con relación a la comunicación social aplicada a la PS, es pertinente considerar los conceptos más aceptados hoy. Beltrán define la comunicación como "*... el proceso de interacción social democrática, basado en el intercambio de símbolos, mediante el cual los seres humanos intercambian voluntariamente experiencias en condiciones de libre e igualitario acceso, diálogo y participación. Todos tienen el derecho a comunicarse para satisfacer necesidades de comunicación por el disfrute de recursos de comunicación. Los seres humanos se comunican con múltiples propósitos . El principal no es el ejercitar influencia sobre el comportamiento de otros*" (Beltrán 1998); es decir que para este reconocido experto latinoamericano, la comunicación implica libertad ante todo. Del Bosque (1998 a, b) afirma que "*el proceso de intercambio de información capaz de generar retroalimentación modificando a los sujetos participantes, constituye el fenómeno conocido como comunicación*" y reconoce tres tipos: la comunicación interpersonal "*que optimiza el empoderamiento individual y facilita la autogestión*"; la comunicación grupal, "*fundamental para implementar estrategias de participación comunitaria*" y la masiva que "*despierta interés, crea opinión e imagen y predispone al público hacia conductas saludables*".

La organización de programas de comunicación en salud, permite:

- aumentar el conocimiento sobre temas de salud, problemas y soluciones,
- influir sobre las actitudes para crear apoyo en la acción personal o colectiva,
- demostrar o ejemplificar habilidades,
- incrementar la demanada de servicios de salud, y
- reiterar o reforzar conocimientos, actitudes o conductas.

Pero no puede:

- compensar la carencia de servicios de atención a la salud,
- producir cambios de conducta sin componentes programáticos que los respalden,
- ser igualmente efectivos para resolver todos los problemas o para difundir todos los mensajes. (OPS 1992).

Existe en la literatura mucha información sobre diferentes teorías y prácticas educativas y de comunicación social que se han aplicado y se siguen aplicando para influenciar las conductas de salud de las personas y los grupos; explicarlas todas sería muy extenso, y no es éste el propósito. Sin embargo, es pertinente mencionar algunas que al parecer siguen teniendo mucha vigencia. Entre ellas está la teoría de la **difusión de innovaciones** (Rogers 1983), que explica cómo nuevas actitudes, conductas y productos penetran y se difunden en los grupos sociales. El concepto de grupo de referencia o de líder de opinión, se considera indispensable porque normalmente las innovaciones se difunden de arriba a abajo. Se espera que los líderes de opinión no sólo estimulen a la población a cambiar a través de su ejemplo personal, sino también que aceleren el proceso con su apoyo personal.

Pero quizá la aplicación de las teorías de comunicación, que tiene una expresión muy particular y que en la actualidad despierta mucho interés en los grupos que implantan la PS, es el **mercadeo social (social marketing)** o también denominada **comercialización social**. Alrededor del mercadeo aplicado a la salud existe una controversia entre los diferentes expertos de la promoción que es importante tener en cuenta; de un lado, están los que no aceptan que una técnica o un enfoque que proviene de las leyes capitalistas del mercado se aplique a un campo social como la salud, de otro lado, están los que opinan que al mercadeo es

posible darle una perspectiva social, y que sus beneficios han sido probados en la obtención de resultados a corto plazo con relación a problemas sociales que requieren de enfoques masivos, y además arguyen, que es un planteamiento integrador de diversas teorías educativas y de comunicación.

Desde la década del 60 se empezaron a aplicar los principios del mercadeo o comercialización a causas sociales (Ling 1992), pero son Kotler y Zaltman (1971) los que dan el nombre de "*social marketing*" a la aplicación de prácticas de mercadeo a objetivos sociales y sin ánimo de lucro, mediante la combinación adecuada de las cuatro variables básicas o cuatro P's, que antes sólo se circunscribían a la empresa y cuyo objetivo era el de encontrar y estimular compradores.

Estas cuatro P's son:

Producto, lo que se quiere cambiar en la conducta de la audiencia.
Precio, lo que el consumidor debe entregar para recibir los beneficios del programa, que en salud son más costos intangibles, como modificación de creencias o hábitos.
Plaza —o lugar—, los canales que se utilizan para alcanzar la audiencia, como la radio, la TV, el megáfono, etc., y
Promoción, el cómo se da a conocer el producto, qué estímulos se utilizan (OPS 1992).

El continuo interés por las motivaciones cambiantes de los clientes reflejada en la investigación sistemática de sus necesidades, opiniones y preferencias, se adaptó conceptualmente a necesidades sociales, conservando las cuatro P's. Para ello se adoptaron métodos del mercadeo de bienes como: el análisis y segmentación de la audiencia; la investigación de los consumidores; la conceptualización y desarrollo del producto; la prueba piloto del mensaje; la comunicación dirigida; la facilitación; la teoría del intercambio, y el uso de agentes voluntarios o pagados con incentivos (Ling et al 1992).

La idea es aplicar el mercadeo social a causas que transcienden el ámbito empresarial. Se ha ensayado su metodología y tecnología para abordar intercambios en la política, la educación, el arte, la salud, etc. (Grimaldi 1996). La aplicación en salud se ha hecho, de acuerdo con Kotler, para la orientación de campañas que buscan un cambio social planificado mediante la influencia en el comportamiento del público al que se dirigen. Cada vez se utilizan más los métodos del mercadeo social para campañas de salud pública, pero algunas consiguen pobres resultados, al parecer porque no se diseñan bien, ni se aplica la metodología correcta.

Según Grimaldi las campañas fracasan: cuando existe un núcleo a quienes no alcanza a llegar la información, por falta de involucrar a los individuos en el problema, por falta de congruencia entre la información que se proporciona y las actitudes previas de la audiencia, o por la percepción selectiva de las diferentes personas según sus creencias y valores, que lleva a diversas lecturas del mensaje. Lo cierto es que hay muchos factores que deben controlarse en una campaña de mercadeo social, por ejemplo: los estudios deficientes sobre la audiencia, si hay debilidades en ella de tipo cognoscitivo o si hay actitud opuesta a la campaña provocada por problemas culturales, etc.; desde el punto de vista de los mensajes también hay problemas relacionados con su contenido y forma, hay que analizar si son motivadores o no al cambio de actitud y si hay dificultades para la comprensión y la asimilación del contenido; finalmente, los errores con respecto a los medios seleccionados, si éstos son o no apropiados.

Persisten aún muchas críticas a la utilización del mercadeo social en salud pública, éstas son las principales: el tema de la comunicación y el mercadeo tiene un subfondo siempre presente y es el **ético**; aquellos que temen que se impongan criterios de los económicamente poderosos manifiestan con razón que siempre será discutible la manipulación por los medios de comunicación de las conductas de la gen-

te; en este mismo sentido se critica que causas sociales sean vistas con ojos comerciales. Es asimismo válida, la pregunta que hiciera Wiebe (1951): *"Por qué no es posible vender la solidaridad y el razonamiento como se vende jabón?.... Los vendedores de productos de consumo son generalmente eficaces mientras que los "vendedores" de causas sociales son generalmente ineficaces".*

Del Bosque (1998 b) se refiere a una *"mercadotecnia salutógena"* cuyo punto de partida sean los determinantes de la salud, como lo implica la PS. Esta autora destaca el beneficio que puede obtenerse del mercadeo social concebido por Kotler para *"modificar conductas mediante la promoción de ideas y prácticas sociales"* y reconoce la invaluable influencia positiva que pueden tener las técnicas de comunicación publicitaria y promocional para los fines de la PS.

Los educadores de salud también han hecho serias objeciones al uso de la comunicación y el mercadeo en el campo de la salud, poniendo en duda sus resultados a largo plazo. El argumento principal es que no se educa a la gente sino que se le vende un producto sin que haya mediado un verdadero proceso de formación y transformación; sin embargo, en la currícula de los programas de Educación para la Salud se incluye hoy al mercadeo social como un tema indispensable para el educador.

Finalmente, también existen argumentos de tipo operativo en contra del mercadeo social, que se centran fundamentalmente en las deficiencias de recursos tanto humanos como económicos para poder hacer un uso adecuado de esta herramienta.

Todos los argumentos expuestos en contra de la aplicación indiscriminada de las técnicas de mercadeo o comercialización social para la PS son válidos, y tienen implicaciones importantes en la implantación de estrategias de promoción; no obstante, los beneficios de campañas bien diseñadas y dirigidas por expertos han probado que son una herramienta más para ser utilizada con fines no lucrativos; sobretodo hay que rescatar la utilidad de la investigación para definir los segmentos de la audiencia. Cada día resulta más atractiva la utilización de los principios del mercadeo para llegar a los grupos de más difícil acceso con mensajes de salud; ésto se ha visto mucho en programas de prevención y control del SIDA, donde estudiar los segmentos de los diferentes grupos potenciales usuarios del condón, ha sido muy útil[17].

De otro lado, es un hecho que el mercadeo es utilizado con éxito por los que promueven consumos dañinos como tabaco, alcohol, pesticidas, y otros productos farmacéuticos. Estos hechos de anti-PS han motivado a la salud pública, para encontrar formas de contra-ataque, utilizando técnicas adecuadas y efectivas pero en ningún caso, se cree, debe permitir la utilización de tecnologías y métodos que atenten contra la dignidad humana. En este sentido, Wallack y Montgomery (1992) discuten el aspecto de la publicidad en salud en países de menor desarrollo, incluso auspiciada por los países poderosos y advierten que, siendo la publicidad un aspecto tan interrelacionado con la política, la economía y la cultura de los pueblos, no se puede dejar de tener en cuenta y merece mucha atención por parte de la salud pública en los países pobres.

Para concluir hay que reconocer que las técnicas de comunicación son cada día más eficientes y han creado una *"globalización del mercado y la publicidad"* que no se puede desconocer, y que es necesario mantener una vigilancia cuidadosa por parte de los gobiernos y autoridades de salud, para que respeten los derechos de las personas y no sean utilizadas con fines propagandísticos comerciales y aunque no se ha di-

[17] Comunicación personal de J.C. March, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, en presentación en OPS. Washington, D.C. 1995.

cho la última palabra, el mercadeo social aplicado a problemas de salud, sigue en aumento y tanto la OMS como la UNICEF lo recomiendan y utilizan para fines de salud pública.

Hay un aspecto que cruza los diferentes instrumentos metodológicos que se han revisado y es el de la disponibilidad de avances tecnológicos de informática, en especial el uso de computadores, correo electrónico, Internet, etc., que deben ser considerados como insumos deseables para todas las poblaciones y comunidades del mundo, por pobres que sean. La brecha hoy en día entre los excluidos y los más inlfluyentes pasa por el acceso o no a estos avances (Milio 1996). Esta autora se refiere al uso de las *"máquinas para el empoderamiento"* y, con justa razón reclama que no puede existir la equidad si esta brecha no se tiene en cuenta. Para la PS es pues un elemento muy importante a considerar en lo que respecta a su operativización, que tiene implícita la equidad en términos de igualdad de oportunidades. La disponibilidad de tecnologías que faciliten el funcionamiento de redes, la formación de alianzas, el intercambio de experiencias y conocimientos, serán cada día elementos insustituibles para la promoción.

6. Negociación, concertación, consensos

Para pasar de la teoría a la práctica en PS, es necesario utilizar en forma simultánea y complementaria diversos mecanismos y metodologías que sirvan para implantar los procesos que se quieren activar, según se ha visto, a lo largo de este artículo. En ese sentido, para el desarrollo de la estrategia y los procesos políticos la negociación, la concertación y la búsqueda de consensos son instrumentos de gran valor. La negociación es para algunos, de mayor fuerza política porque logra el compromiso más fácilmente; por el contrario, cuando no se negocia bajo la premisa de que *"todos ganen"* es más difícil que los diferentes actores y sectores cumplan compromisos, en cuyo caso, las acciones intersectoriales propuestas pasan a ser retórica.

Para otros, es más importante la concertación porque es cuando se logra la unidad de acción con un objetivo común. La concertación *"es un procedimiento que reúne el conjunto de prácticas articuladas de un grupo de actores autónomos que han convenido armonizar no solamente sus orientaciones, sino también sus estrategias de intervención y sus acciones concretas en el seno de un sector de actividad dada"* según la definición de Schneider (Gómez 1998), quien se refiere a la intersectorialidad como *"la concertación por fuera del campo de la salud"*.

Negociación y concertación son a su vez, herramientas que se utilizan en la PS para fortalecer diferentes áreas de acción interrelacionadas, tales como la formulación y ejecución de políticas públicas saludables, el mejoramiento de entornos y, sobretodo, para el fortalecimiento de procesos participativos.

La búsqueda de consensos está de moda en la actualidad dentro de los planteamientos del post-modernismo, como instrumento para atender la presión de la sociedad por hacer valer los derechos y sentires individuales. En Estados Unidos se puso de moda en la década del 90 la estrategia de *"los nuevos pactos"*, con diversos fines que buscaban reunir fuerzas de los ciudadanos para llevar sus quejas, reclamos e inquietudes al gobierno y que éste los tuviera en cuenta en las políticas. Los consensos permiten la identificación de metas y objetivos comunes para hacer funcionar la maquinaria social en torno a ellos.

Lógicamente la negociación, concertación y el logro de consensos requieren fundamentalmente de métodos de participación y empoderamiento, y la herramienta principal es el diálogo sistematizado con propósitos claros. En los proyectos de municipios saludables, estos procedimientos son necesariamente indispensables para sus propósitos.

Conclusiones

La arena de la PS es un campo difícil; y pasar de la retórica a las acciones concretas implica la puesta en marcha de complejos procesos a veces desgastantes. Los esfuerzos de muchos tienen que unirse en frentes pluralistas y compartidos, lo que siempre es difícil de conseguir en los grupos humanos. Sin embargo, de la revisión somera que se ha efectuado de los métodos e instrumentos que se incorporan cada vez más a la práctica de la PS verdadera para influir en los determinantes de la salud, se puede concluir lo siguiente:

1. Es necesario que una verdadera maquinaria social se active para que la PS pueda mostrar resultados en términos de mejoramiento de la salud y de la calidad de vida.
2. La construcción de la agenda para la acción en la PS, es un proceso dinámico y debe continuar enriqueciéndose con aportes de experiencias concretas en diferentes contextos.
3. Las acciones políticas de la PS deben orientarse a colocar la salud como componente de la "*política pública social*", que hace necesario utilizar herramientas de eficacia política como la abogacía o cabildeo; la búsqueda de pactos y alianzas estratégicas con sectores, grupos e instituciones influyentes; manejar las técnicas de información y comunicación modernas, y sobretodo, la movilización de la ciudadanía para producir colectivamente el bien social de la salud.
4. La participación comunitaria y el empoderamiento individual y colectivo, son elementos indispensables en toda agenda de acción de la PS.
5. Los procesos que se deben impulsar para la PS deben ser continuos, y basados en principios éticos, de democracia participativa y de justicia social; la PS no puede concebirse como un medio de manipulación de las comunidades con fines de lucro o de servicio a intereses mezquinos.
6. Las iniciativas y procesos de PS deben tener el potencial de ser masificados, para obtener impactos mayores con relación al mejoramiento de ambientes y de bienestar de las poblaciones locales.
7. Son necesarias las infraestructuras para la implantación y desarrollo de experiencias y programas de PS, y deben incorporarse a ellas, recursos técnicos de varias disciplinas, así como recursos financieros para apoyar a las organizaciones comunitarias.
8. Los avances tecnológicos de la información y la comunicación deben ser accesibles a las comunidades, para fortalecer los procesos comunicativos entre sí y con el resto del mundo. En una era de globalización, la brecha por la inaccesibilidad a estas tecnologías, es cada día más vergonzosa.

A medida que se avanza en el desarrollo de la PS en los países latinoamericanos, se obtiene mayor conciencia por parte de los trabajadores de la salud para cambiar y reconocer la importancia de una nueva salud pública, basada en los principios y mecanismos de acción de esta estrategia integral; pero aún hay mucho camino por recorrer y para conseguir que se reduzcan las resistencias a los cambios. La PS no es un problema sólo de inversiones, aunque ellas sean importantes, sino de cambios a todo nivel para involucrar a los actores sociales capaces de construir sociedades más justas, equitativas y con mejor calidad de vida.

Bibliografía

ANTONOVSKY, A. (1979). Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass.

BANDURA, A. (1977). Social Learning Theory. Englewood. Cliffs N.J. Prentice Hall. Citado por GRIMALDI REY, D. (1996).

BELTRÁN, L. R. (1998). Comunicación para la salud del pueblo: Una revisión de conceptos. Documento presentado a IV Foro Nacional de Salud Comunitaria: Información y comunicación, estrategias para el avance de la Seguridad Social en Salud. Santa Fe de Bogotá, Colombia.

BENNETT, P. y HODGSON, R, (1992). Psychology and Health Promotion. En: BUNTON AND MACDONALD editors. Health Promotion. Disciplines and Diversities. Routledge London, New York. pp. 23-41.

BUCK, C. (1985). Después de Lalonde: La creación de la Salud. Traducción al español de artículo original publicado en Canadian Journal of Public Health en 1985. En: OPS/OMS (1996c).

CARDACI, D. (1997a). Health Education in Latin America: The Difficulties of Community Participation and Empowerment. Promotion and Education. Vol. IV-I pp. 20-22.

CARDACI, D. (1997b). Promoción de la Salud: cambio cultural o nueva retórica? Salud, cambio social y política: Perspectivas desde América Latina. Instituto Nacional de Salud Pública y Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud. México, D. F.

CARDACI, D. (1998). Educación para la Participación en Promoción de la Salud. En: DEL BOSQUE ET AL (1998a). pp. 186-194.

DE ROUX, G. (1994) Participación Social y Municipios Saludables. Documento presentado en el Encuentro Internacional de Municipios Saludables. Cali, junio 1-3.

DEL BOSQUE, S., GONZÁLEZ, J., MADARIAGA, A. Comps. (1998a). ¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción de la Salud. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social –CIESS– y OPS/OMS. México D. F. pp. 75-89.

DEL BOSQUE, M. T. (1998b). Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas aplicadas a la Promoción de la Salud. En: DEL BOSQUE ET AL (1998a). pp. 212-276.

EPP, J. (1986). Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion. Paper for Ottawa Conference on Health Promotion (Versión en español) En: OPS/OMS (1996c).

FORO NACIONAL POR COLOMBIA, Capítulo Regional Valle del Cauca (1998). La Política Social Municipal: Notas para la definición de un enfoque. En: En Busca de la Equidad. Política Social para el Municipio de Cali. Documento preliminar, Cali (mimeo). mayo, 1999.

FREIRE, P. (1973). Education for Critical Consciousness. New York: Seabury Press.

GÓMEZ-ZAMUDIO, M. (1998). Teoría y Guía Práctica para la Promoción de la Salud. Unidad de Salud Internacional de la Universidad de Montreal, Canadá.

GREEN, L.W., y KREUTER, M. W. (1991). Health Promotion Planning: An Educational And Environmental Approach. Palo Alto California. Mayfield Publishing Company.

GRIMALDI-REY, D. (1996). Marketing Social y Promoción de la Salud. Ponencia en las Jornadas Nacionales de Epidemiología. (Memorias) Manizales, Colombia.

KICKBUSCH, I. (1986). Promoción de la Salud. Una Perspectiva Mundial. En: OPS/OMS (1996c). pp.15.

KOTLER P. y ZALTMAN G. (1971). Social Marketing: An approach to planned social change. Journal of Marketing. Vol. 35: pp. 3-12, citado por DEL BOSQUE (1998b).

LEÓN, M. (Compiladora) (1997). Poder y empoderamiento de las mujeres. TM Editores Santa Fe de Bogotá, Colombia.

LING, J. C., FRANKLIN, B. A. K., LINDSTEAD, J.F., GEARSON, S.A.N. (1992). Social Marketing: Its Place in Public Health. Annual Review of Public Health; 13: pp. 341362. Annual reviews Inc. Palo Alto Ca. Versión en español En: OPS/OMS (1996c).

MCALLISTER, A., PUSKA, P., SALONEN, J. T., TOUMILEHTO, J. y KOSKELA, K. (1982). Theory and action for health promotion: illustration from the North karelia Project. Am. J. of Public Health 72.

MILIO, N. (1986). Promoting Health through Public Policy. Canadian Public Health Association.

MILIO, N. (1988). Búsqueda de Beneficios Económicos con la Promoción de la Salud. En: OPS/OMS (1996c). P. 47

MILIO, N. (1990). Nutrición Policy for food-rich countries: A strategic analysis. Baltimore, MD: Jhons Hopkins University Press.

MILIO, N. (1996). Engines of Empowerment. Using Technology to Create Healthy Communities and Challenge Public Policy. Health Administration Press Chicago, Illinois.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA (1999). Estrategia de Escuelas Saludables. Lineamientos Generales. Dirección General de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Santa Fe de Bogotá.

NUTBEAM, D. (1996). Glosario de Promoción de la Salud. En: OPS/OMS (1996c).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, MINISTERIO DE SALUD Y BINIESTAR SOCIAL DE CANADÁ, ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS– (1993). Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir. Ginebra, Suiza.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1992). Manual de Comunicación Social para Programas de Salud. Programa de Promoción de la Salud. Traducido y adaptado por Fox, E. del original en inglés: Making Health Communications Programs Work: A Planner's Guide. National Cancer Institute. NIH Washington, D.C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1994). División de Promoción y Protección de la Salud. Plan de Acción Regional. Washington, D.C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1995). Promoción y Educación de la Salud Escolar. Una perspectiva integral. Marco Conceptual y Operativo. Washington, D. C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1996a). Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y guía para la acción. HSP/SILOS-36. Washington, D.C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1996b). Promoción de la Salud mediante las Escuelas: Iniciativa Mundial de Salud Escolar. Washington, D.C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1996c). Promoción de la Salud: Una Antología. Publicación Científica No. 557. Washington, D. C.

POWELL, K.E., y Col. (1991). Dimensiones de la Promoción de la Salud Aplicadas a la Actividad Física. Versión en español. En: OPS/OMS (1996c) pp. 352.

PUSKA, P. et al. (1985). The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia Project. Annual Reviews of Public Health.

ROGERS, E. (1983). Diffusion of Innovations. New York: The Free Press. Citado por GRIMALDI-REY (1996).

SABINE, G. H. (1998). Historia de la Teoría Política. Fondo de Cultura Económica. Primera reimpresión colombiana.

TERRIS, M. (1992). Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory J. of Public Health Policy Vol. 13, No. 3. pp. 267-276.

UNIVERSITY OF LIVERPOOL (1996). Healthy Prisons: A Vision for the Future. Report of the First International Conference on Healthy Prisons, Liverpool, 24-27 march 1996. Squires, N., Strobl, J. editors.

UNIVERSITY OF LIVERPOOL (1997). Club Health. The Health of the Clubbing Nation. Kifoyle, M., Bellis, M.A., editors.

WALLACK, L. MONTGOMERY, K. (1992). Publicidad para todos en el año 2000: Implicaciones de salud pública para los países menos desarrollados.

WALLERSTEIN, N. (1992). Powerless, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion. Am. J. of Health Promotion. Vol. 6, No. 3.

WALLERSTEIN, N., SANCHEZ-MERKI, V. (1994a). Freirian praxis in health education: Research results form adolescent prevention program. Health Education Research Theory & Practice Vol. 9 No. 1 pp. 105-118.

WALLERSTEIN, N., BERNSTEIN, E. (1994b). Introduction to Community Empowerment, Participatory Education, and Health. Health Education Quarterly Vol. 21(2): pp 141-148.

WEARE, K. (1992). The contribution of education to health promotion. En: BUNTON Y MCDONALD (1992). Health Promotion: Disciplines and Diversity. Routledge London New York. pp. 66-85.

WIEBE, G. D. (1951). Merchandising Commodities and Citizenship on Television. Public Opinion Quarterly 15, pp. 679-691. Citado en: GÓMEZ-ZAMUDIO (1998).

4 Calidad de Vida y Promoción de la Salud

Martha Lucía Castro Ramírez

A través de toda la historia de la humanidad las diferentes sociedades han buscado tener condiciones de vida favorables para ellas y las generaciones venideras. Han probado diferentes formas de desarrollo de acuerdo con las corrientes filosóficas, políticas, sociales, culturales y económicas. Aún se continúa la búsqueda por lograr una mejor calidad de vida como parte de esa imperiosa necesidad de todos los seres humanos de construir y buscar la felicidad.

Desde finales del siglo XX, los procesos de desarrollo vienen ocurriendo en un contexto caracterizado por profundos cambios en distintas dimensiones, con elementos comunes en la mayoría de los países que incluyen: el avance del proceso de globalización; la transformación que ha experimentado el sistema internacional; la democratización política; la creciente participación social; la formación de mercados subregionales comunes; la presencia cada vez más numerosa de la mujer en las actividades de la vida política, social y económica; la expansión de los vehículos de comunicación social; el surgimiento y difusión de un nuevo paradigma tecnológico; las facilidades para el acceso internacional a la información técnica y científica; la tendencia decreciente de la mortalidad y el envejecimiento creciente de la población; la urbanización y las migraciones internas y externas; la contaminación ambiental; el crecimiento proporcional de las enfermedades crónicas asociadas a determinantes, condiciones y estilos de vida; la persistencia de grandes grupos con elevados índices de pobreza; el desempleo y la informalización del trabajo; la agudización de las brechas sociales; la transformación de los valores tradicionales; el debilitamiento de la soberanía del Estado Nacional y la redefinición de las funciones del Estado en la sociedad (OPS 1990).

Como ciudadanos del siglo pasado, hemos sido espectadores y partícipes de cambios dramáticos y sorprendentes del memorable siglo XX, que manifestaron la constante búsqueda de diferentes opciones

de vida; y conocedores que a través de toda la historia de la humanidad ha sido evidente la creación de entornos, tecnologías, conocimientos, teorías, elementos y artículos para la vida diaria, que contribuyen a lograr mejores condiciones y calidad de vida.

El término "*calidad de vida*" empieza a utilizarse a partir de los años setenta, como una reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados "*informes sociales*", "*contabilidad social*", o estudios de nivel de vida. La OCDE establece por primera vez en 1970, la necesidad de insistir en que el crecimiento económico no es una finalidad en sí mismo, sino un instrumento para crear mejores condiciones de vida, por lo que se ha de enfatizar en sus aspectos de calidad (Rueda). La calidad de vida está relacionada con condiciones de vida, con aspectos como educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida, aspectos económicos (Coehlo y Coehlo 1999). No existe una teoría única que defina "*calidad de vida*". Este término, y los que le han precedido en su genealogía ideológica, remiten a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos. Tal "*evaluación*" no es un acto de razón, sino más bien un sentimiento. Lo que mejor designa la "*calidad de vida*" es la "*calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos*" (Coehlo y Coehlo).

Analizar la "*calidad de vida*" de una sociedad, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la percepción que tienen de su existencia dentro de ella. Exige en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, cuáles son sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones tienen, y evaluar el grado de satisfacción que consiguen.

Así, la mayoría de autores conciben la calidad de vida como una construcción compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse algunas formas de medida objetivas a través de una serie de indicadores, pero donde tiene un importante peso específico la vivencia que el sujeto pueda tener de sí mismo.

Levi y Anderson señalan que un alto nivel de vida objetivo, ya sea por los recursos económicos, el hábitat, el nivel asistencial o el tiempo libre, puede ir acompañado de un alto índice de satisfacción individual, bienestar o calidad de vida. Pero esta concordancia no es biunívoca. Para ellos, "*por encima de un nivel de vida mínimo, el determinante de la calidad de vida individual*" es el «*ajuste*" o la "*coincidencia*" entre las características de la situación de existencia y las oportunidades, expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal y como él mismo las percibe. En este sentido, la noción de calidad se podría conceptuar como una adaptación entre las características de la situación de la realidad y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal como las percibe él mismo y el grupo social.

Analizar la calidad de vida de una sociedad exige considerar de manera imprescindible un estándar colectivo, que únicamente es válido para el momento y contexto específico de su establecimiento. Un aspecto fundamental a considerar es el proceso relacional dinámico entre los conceptos referidos y la realidad social, que afectará profundamente el nivel de satisfacción. La calidad de vida como concepto que usa parámetros subjetivos para constituirse, es influenciable.

Para abordar la aproximación empírica del estudio de la representación social de la calidad de vida, es necesario limitar un ámbito particular dentro de todas sus conceptualizaciones posibles. Diferentes autores han ido configurando cuatro grandes ámbitos de interés y preocupación (Coehlo y Coehlo):

- El primero incluye aspectos que se consideran decisivos para el bienestar general del ciudadano: trabajo, educación, sanidad, vivienda y equipamientos.
- El segundo, relacionado con la contribución que tiene el medio; la calidad ambiental en la calidad de vida y, que

viene representada por la calidad del ambiente atmosférico, el ruido, la calidad del agua, etc.

- Un tercer ámbito de naturaleza psicosocial, vinculado al ámbito interactivo del sujeto: relaciones familiares, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre, por ejemplo.
- Un cuarto ámbito que hace referencia a aspectos de cierto orden socio-político, tales como la participación social, la seguridad personal y jurídica.

Generalmente interpretamos la calidad de vida mediante indicadores de educación, vivienda, cifras de empleo, empleo informal, saneamiento básico, salud. Términos como bienestar, satisfacción, calidad de vida y felicidad se interpretan indiscriminadamente con la misma connotación; debido tal vez, a la dificultad de definir los términos y de medir aspectos tan subjetivos de la vida individual y de las comunidades.

Ultimamente la teoría de desarrollo denominada "*Desarrollo a Escala Humana*", diseñada por Max-Neef y su equipo (1986), ha tenido gran aceptación. De acuerdo con estos autores, "*el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas*". Dentro del análisis realizado se preguntan: ¿qué determina la calidad de vida de las personas?

Al respecto mencionan que "*la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales*". La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes. Para estos autores, las necesidades fundamentales son las de: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

Max-Neef (1986) diferencia entre necesidades y satisfactores de estas necesidades. Entre ellos no existe correspondencia biunívoca; un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades, o una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha. Ni siquiera estas relaciones son fijas; pueden variar según el tiempo y las circunstancias.

Son los satisfactores los que definen la modalidad dominante de una cultura o la que una sociedad imprime a las necesidades. Los satisfactores no son los bienes económicos disponibles sino que están referidos a todo aquello que por representar formas de ser, tener, hacer y estar, contribuyen a la realización de necesidades humanas. Pueden incluir entre otras: formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, condiciones subjetivas, valores y normas, espacios, contextos, comportamiento y actitudes; que constantemente se debaten entre consolidación y cambio.

Habiendo diferenciado entre satisfactor y necesidad formulan las siguientes hipótesis:

- Las necesidades humanas son finitas, pocas y calificables.
- Las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos; lo que cambia a través del tiempo y de las culturas, es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de necesidades.

Cada sistema económico, social y político adopta diferentes estilos para satisfacción de las mismas necesidades humanas fundamentales. En cada sistema éstas se satisfacen, o no se satisfacen, a través de la generación o no, de diferentes tipos de satisfactores.

Uno de los aspectos que define una cultura es su elección de satisfactores. Lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de esas necesidades. El cambio cultural es, entre otras cosas, consecuencia de abandonar satisfactores tradicionales para reemplazarlos por otros nuevos y diferentes.

La satisfacción de las necesidades humanas es lo que condiciona la calidad de vida,

siendo a su vez el fundamento concreto de bienestar social (San Martín y Pastor 1990). La construcción de una economía humanista exige en este marco, un importante desafío teórico, como es entender y desentrañar la dialéctica entre necesidades, satisfactores y bienes económicos. Esto con el fin de pensar formas de organización económica en que los bienes potencien satisfactores para vivir las necesidades de manera coherente, sana y plena.La situación obliga a repensar el contexto social de las necesidades humanas de una manera radicalmente distinta de cómo ha sido habitualmente pensado por planificadores sociales y por diseñadores de políticas de desarrollo. Ya no se trata de relacionar necesidades solamente con bienes y servicios que presuntamente las satisfacen, sino de relacionarlas además con prácticas sociales, formas de organización, modelos políticos y valores que repercuten sobre las formas en que se expresan las necesidades.

La definición de una estrategia de desarrollo depende de cómo se entiendan las necesidades, y el rol y los atributos que se asignen a los satisfactores posibles.

El Desarrollo a Escala Humana no excluye metas convencionales como las que busca el crecimiento económico, para que todas las personas puedan tener un acceso digno a bienes y servicios. Sin embargo, la diferencia respecto de los estilos dominantes radica en concentrar las metas del desarrollo en el proceso mismo del desarrollo; en que las necesidades humanas fundamentales puedan comenzar a satisfacerse desde el comienzo y durante todo el proceso de desarrollo. La satisfacción de las necesidades no es la meta, sino el motor del desarrollo mismo.

Integrar la satisfacción armónica de necesidades humanas en el proceso de desarrollo, significa la oportunidad que tengan las personas para vivir ese desarrollo desde sus comienzos, dando origen así a un desarrollo sano, autodependiente y participativo, capaz de crear los fundamentos para un orden en el que se pueda conciliar el crecimiento económico, la solidaridad social y el crecimiento de las sociedades y los individuos.

La diferencia entre calidad de vida y felicidad radica en que para asegurar una mejor calidad de vida, es necesario garantizar condiciones para que las personas satisfagan sus necesidades humanas y, que la felicidad sea la actitud ante esas condiciones (San Martín y Pastor); es sentir ese bienestar, es la realización, es el resultado del desarrollo centrado en el ser humano, donde cada individuo puede desarrollar todas sus potencialidades, vivir de acuerdo con su cultura y proyecto de vida.

El postulado básico del Desarrollo a Escala Humana es que el desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos. El desarrollo se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales; en la generación de niveles crecientes de autodependencia; y en la articulación orgánica: de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y, de la sociedad civil con el estado.

Con el acercamiento a este nuevo milenio, se dió un consenso cada vez más amplio sobre la necesidad de establecer las diferencias conceptuales entre desarrollo humano y crecimiento económico. El crecimiento de las economías no ha estado asociado siempre con la reducción de la pobreza, de las desigualdades en la distribución del ingreso, el desempleo, la mejora de los salarios reales y la disminución de las brechas de las remuneraciones, que son todas, variables económicas que afectan las condiciones de vida y la situación de salud de la población. Tampoco, tal crecimiento ha estado asociado con la superación de las brechas en materia de salud y educación ni al incremento en los niveles de participación política, que son componentes consustanciales al desarrollo humano (OPS 1994). Existe en este momento mayor conciencia de la necesidad de tomar medidas que fa-

vorezcan a los grupos más vulnerables de la sociedad. La generación de empleo y la superación de la pobreza son objetivos prioritarios de las estrategias de desarrollo actuales. Esto se debe no sólo a razones éticas, sino también a que facilitan la gobernabilidad de los países, que se debilita cuando amplios sectores de la población no logran satisfacer mínimamente sus necesidades. Además, es esencial para elevar la productividad, que es indispensable para adquirir competitividad en la cambiante economía internacional.

El desarrollo humano tiene cinco componentes estrechamente ligados: salud, educación, crecimiento económico, un ambiente inocuo y sano, y toda una gama de libertades para las personas, entre ellas la democracia y los derechos humanos (Alleyne 1996).

El objetivo del desarrollo es elevar el bienestar del conjunto de la población, pero en el mediano y largo plazo, las sociedades no pueden aspirar a aumentos del bienestar que no concuerden con la elevación de la productividad. La consecución de los objetivos de crecimiento y equidad debe ser objeto tanto de la política económica como de la política social, porque ninguna es neutral desde el punto de vista distributivo. En el enfoque integrado propuesto por la CEPAL, se privilegian las políticas económicas que favorecen no sólo el crecimiento, sino también la equidad, y se destacan las políticas sociales tanto por su efecto sobre la equidad como sobre la eficiencia productiva.

En el enfoque integrado también se otorga primordial importancia a la concertación, proceso en el que se debe reconocer la existencia de intereses contrapuestos en toda sociedad, y a la necesidad de propiciar la negociación, los compromisos y los consensos, fundados en la convicción de los actores sociales sobre que una mayor equidad y la consiguiente superación de la pobreza que beneficia no sólo a los más postergados sino a toda la sociedad. Idealmente esta negociación debe darse en el nivel local, lo que facilitaría la superación de los conflictos en el momento y lugar en que se produzcan y evitar la acumulación de las discrepancias en los sistemas macrosociales. Hay que procurar que las personas, los grupos y las comunidades accedan al progreso social mediante su propio esfuerzo y participen concertadamente en la búsqueda de soluciones, (OPS 1999).

La salud en el desarrollo implica necesariamente, "*reducir las desigualdades sociales ante la salud, reducir el impacto de la crisis, conformar programas integrales de bienestar social, mejoramiento de las condiciones de vida y de la salud de las grandes mayorías, y transformar los sistemas de salud sobre la base de un mayor énfasis en las acciones poblacionales de promoción de la salud y prevención y control de daños y riesgos, así como de una mayor participación ciudadana organizada*" (OPS 1991). A propósito de la salud, se ha sostenido que la definición del proceso salud-enfermedad, concebido como equilibrio biopsicosocial dinámico, vincula el estado de salud individual o colectivo al estilo de desarrollo imperante (OPS 1990). Si bien los procesos económicos y sociales han contribuido a mejorar la salud de la población, también existen efectos adversos que se expresan en las condiciones ambientales, estilos de vida y condiciones de producción. De esta manera, las tendencias o estilos de desarrollo jugarían un papel clave al proporcionar recursos para compensar los efectos del desarrollo sobre la salud de las poblaciones.

Desde esta perspectiva del desarrollo humano, la pobreza significa la denegación de opciones y oportunidades de vivir una vida tolerable. La pobreza puede significar más que la falta de lo que es necesario para el bienestar material. Puede significar además la denegación de las oportunidades y opciones básicas para el desarrollo humano, como vivir una vida larga, sana y creativa y disfrutar de un nivel decente de vida, libertad, dignidad, respeto por sí mismo y por los demás. La pobreza de opciones y oportunidades es más pertinente que la pobreza de ingreso (PNUD 1997). Los países

participantes en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social se comprometieron con el objetivo de erradicar la pobreza como un imperativo ético, social, político y moral de la humanidad, y reconocieron que el desarrollo centrado en la gente era la clave para lograr ese objetivo.

El desarrollo humano plantea también como propósito ampliar las oportunidades de todos; la continua exclusión de las mujeres respecto a muchas oportunidades de la vida, distorsiona totalmente el proceso de desarrollo. Las mujeres son agentes imprescindibles del cambio político y económico. La inversión en la capacidad de la mujer y su potenciación para que ejerza sus opciones, no sólo es un fin valioso en sí mismo, sino la manera más segura de contribuir al crecimiento económico y al desarrollo general. En las pasadas décadas se han hecho inversiones en la educación y la salud de las mujeres, pero las puertas hacia las oportunidades económicas y políticas se han ido abriendo en forma más lenta y con reticencias (PNUD 1995). El desarrollo humano se relaciona además con las preocupaciones mundiales actuales como son los derechos humanos, el bienestar colectivo, la equidad y la sostenibilidad; criterios que han destacado la necesidad del desarrollo centrado en la gente, con preocupaciones por la potenciación humana, la participación, las relaciones de género equitativas, el crecimiento equitativo, la reducción de la pobreza y la sostenibilidad a largo plazo (PNUD 1998).

Como una nueva orientación de la salud pública se propone la Promoción de la Salud –PS– como estrategia para dar respuesta a las tendencias actuales del mundo y a las expectativas de la búsqueda del desarrollo humano. La PS es una propuesta integradora, orientada a la transformación de las condiciones de salud de la población. El desarrollo del concepto de PS sigue en construcción, pero de acuerdo con el trabajo realizado en diferentes lugares y con las experiencias de diferentes comunidades en los últimos años, es posible pensar que está estrechamente ligada a la calidad de vida de los grupos sociales.

Un principio fundamental de la PS es el reconocimiento que los más importantes determinantes de la salud, están fuera del contexto de la atención médica y del sector salud propiamente dicho. Se propone entonces la construcción social de la salud, a través de estrategias que involucren múltiples sectores (Del Bosque et al 1998). La idea de promover la salud está implícita desde las comunidades primitivas en rituales sociales, y se manifiesta en diversos preceptos jurídico-religiosos en diferentes civilizaciones (Rosen 1958). Una aproximación más estructurada del concepto surgió en la filosofía Helénica Clásica, donde la salud era concebida como la perfecta armonía entre el espíritu y el cuerpo; la actitud social hacia la salud, se reflejaba en dos prácticas diferentes, pero complementarias, la curación del enfermo y la procuración de la salud (Castro-Albarran 1998). En la época de Galeno, sólo los aristócratas podían aspirar a alcanzar la salud y mantenerse sanos, pues tenían la libertad, el tiempo y el poder para dedicarse al cuidado de su cuerpo. Su pensamiento es una de las primeras evidencias escritas acerca de la relación entre estilos de vida y salud (Castro-Albarran). El pensamiento de Galeno se sostuvo como dogma en el medioevo y hasta el siglo XIX, la "*Higiene*" fue practicándose como forma individual de moderar los excesos de la vida ociosa, como medio para alcanzar la armonía entre el cuerpo y el alma, como salvación ante las impurezas y el pecado, como conjuro de la peste y como expresión sofisticada de la perfección humana en la lucha por la prolongación de la vida (Glasscheib citado por Castro-Albarrán1998). La revolución industrial de Europa, fue definitiva para ligar las pésimas condiciones de vida con la imposibilidad de conseguir una vida sana, surgiendo así los primeros conceptos de Medicina Social. En ese entonces se luchó por la "*idea sanitaria*" que abogaba por medidas adecuadas para mejorar la salud

del pueblo; se analizaron los "*determinantes de la mala salud*" de los grupos de obreros y se propuso una reforma médica para llevar los determinantes sociales de la enfermedad a discusión de los políticos (Restrepo 1997). La Declaración de Liverpool, sobre el Derecho a la Salud, realizada en 1884 menciona en unos de sus apartes "... *tampoco los que viven una angustia sórdida continua por su propia vida, tampoco los que no tienen una vivienda digna... tampoco los que no pueden alegrarse el espíritu de vez en cuando. Estas cosas, que afectan más o menos la condición biológica del ser humano, son desde la que reclamo el derecho a vivir en buena salud*" (Restrepo 1997).

Según Milton Terris (1992), el término "*promoción de la salud*" se utilizó por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist definió las cuatro tareas esenciales de la medicina como: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación. Afirmó que "*la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso*", para lo que pidió el esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos. Esta petición se repitió, 40 años más tarde, en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

Sigerist definió la PS en términos de los factores generales que causan enfermedad, considerando que tanto las causas generales como las específicas son importantes en cuanto la prevención. En 1942, en el listado de aspectos fundamentales a incluir en un programa nacional de salud situó en primer lugar a la educación gratuita de todas las personas, incluso la educación para la salud; seguida de las mejores condiciones posibles de trabajo y de vivienda; luego aparecen los mejores medios posibles de descanso y esparcimiento; la atención médica, la investigación y la formación (Terris 1992). Surge luego, la conocida definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la consecuente identificación de la PS como "*El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o afección*", representó el primer gran intento del siglo XX, por trascender el estrecho marco de lo biológico y buscar modelos interpretativos más globales.

En los años setenta aparece un concepto de promoción de la salud orientado al cambio conductual personal. Hacia mediados de la misma década, en Canadá, se publica el llamado Informe Lalonde (1974), que hace un llamado de atención respecto a que la salud de las personas, ampliada al "*campo de la salud*", está influenciada por una amplio espectro de factores: la biología humana, los estilos de vida, la organización de la atención en salud y los ambientes sociales y físicos en los que vive la población. Las acciones propuestas incluyen programas educacionales dirigidos a los individuos y las organizaciones, y la asignación de recursos adicionales para la recreación.

La PS se convierte en una estrategia que pretende enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas para hacer frente a sus problemas. El nuevo enfoque de PS representa un proceso que habilita a los sujetos para el mejoramiento y/o control sobre su salud, fortaleciendo el autocuidado, las redes de apoyo social, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y de creación de ambientes favorables a la salud.

La PS, para ello , se vale de cinco áreas para su implantación: La formulación de políticas públicas saludables que promuevan la salud en todos los sectores de la sociedad; fortalecimiento de las acciones comunitarias y la participación de la gente en las decisiones sobre sus condiciones de vida y de salud; desarrollo de aptitudes personales para tomar decisiones saludables; reorientación de los servicios de salud con el fin de realizar acciones de promoción y; creación de ambientes físicos, sociales y

culturales favorables para el desarrollo humano y de la sociedad y la disminución de las inequidades sociales.

La Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en 1990, con la participación de los Ministros de Salud de toda la Región de las Américas, adoptó como definición de la PS "*La integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y psíquicas de los individuos y las colectividades*" (OPS 1990).

En el desarrollo y la contextualización de la PS es importante considerar los enormes cambios que están enfrentando los países en todo el mundo: la globalización de los mercados, el potencial de la tecnología de las comunicaciones masivas y la extrema velocidad en que se está modificando nuestro ambiente físico y social (Kickbusch 1996). La PS desde una perspectiva transformadora pretende la identificación y comprensión de aquella parte de la realidad que se quiere transformar y sobre la que se puede ejercer un control real, la capacidad potencial del cambio con los recursos a su alcance. (Kickbusch). Entonces, considerar hechos nacionales y locales también permite desarrollar de manera correcta acciones de PS. La PS, privilegia su actuar en los niveles locales donde es posible conocer las verdaderas necesidades de los pobladores, sus recursos, actividades, aspectos sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, religiosos, por ejemplo, que posibilitan el desarrollo local en la medida que se conozcan y se consideren factores de éxito en las intervenciones.

El desarrollo y el mejoramiento de las condiciones de vida suceden en realidad en el nivel local. Diferentes espacios se pueden favorecer o privilegiar en los municipios, como la escuela, la familia, los barrios, con el fin de acercar propuestas que mejoren el conocimiento, permitan que se tomen decisiones basadas en las necesidades de los diferentes grupos, se realicen intervenciones que equilibren las condiciones de vida, especialmente de los que han sido excluidos socialmente.

Todas las organizaciones, instituciones y sectores que hacen presencia en el municipio son actores del desarrollo. La PS por esto, no es campo exclusivo del sector salud; en la medida en que se entienda que la PS busca mejorar las condiciones de vida y el desarrollo de las sociedades y que cada uno de nosotros también contribuye con este fin, se podrán articular acciones para construir una sociedad donde todos tengan posibilidades y sea más justa.

Bibliografía

ALLEYNE, G. (1996). La salud y el desarrollo humano. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana: 120 (1): pp. 1-10.

CASTRO-ALBARRÁN, J. M. E. (1998). Marcos Conceptuales de la Promoción de la Salud: Reflexiones para la Práctica. En: DEL BOSQUE et al (1998).

COELHO, A y COEHLO L. (1999). Dimensiones de la Vida y Desarrollo Humano. Fundación Calidad de Vida. Fortalezas, Brasil.

DEL BOSQUE, S., GONZÁLEZ, J., MADARIAGA, A. Comps. (1998). ¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción de la Salud. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social –CIESS– y OPS/OMS. México D. F.

GONZÁLEZ, J. (1998). De la Higiene a la Promoción de la Salud. En: DEL BOSQUE et al (1998).

KICKBUSCH, I. (1996). Global Experiences in Health promotion since the Ottawa Charter and Future Actions for International Collaboration based on Its Framework. WHO: International Forum on Health Promotion '96. Tokyo, 29 p.

LALONDE, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document, Goverment of Canada. Ottawa.

MAX NEEF, M. (1986). Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Fundación Dag Hammarskjold. Santiago de Chile.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1990a). La Salud en el Desarrollo. Subcomité de Planificación y Programación. En Decimoquinta Reunión del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo. Washington, D. C. 6-7 diciembre. (SPP 15/4. Rev. 1 Esp).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1990b) Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991-1994. Washington, D. C., OPS. (PNSP/91-22).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1994). Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Programa de Políticas de Salud y Desarrollo. Serie Documentos Reproducidos No. 41. Washington, D. C. marzo.

PNUD (1995). Informe sobre Desarrollo Humano. Nueva York, mayo 1995.

PNUD (1997). Informe sobre Desarrollo Humano. Nueva York, mayo 1997.

PNUD (1998). Informe sobre Desarrollo Humano. Nueva York, mayo 1998.

RESTREPO, H. E. (1997). Municipios Saludables por la Paz: Marco de Referencia para su Implementación en el País. Documento consultoría realizada en el Ministerio de Salud.

ROSEN, G A (1958). History of Public Health. MD publications, New York.

RUEDA, S. Habitabilidad y calidad de vida: Ciudades para un futuro más sostenible. URL: habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html.

SAN MARTÍN, H. y PASTOR, U. (1990). Epidemiología de la vejez. Ed. Interamericana, México.

TERRIS, M. (1992). Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la Teoría de la Salud Pública. Journal of Public Health Policy; 13 (3): pp. 267-276.

5 Descentralización y autogestión comunitaria

Rosa Isabel Patiño - Luísa Guimarães

La descentralización permite que el municipio y concretamente la comunidad local se convierta en generadora y articuladora de iniciativas, en gestora de estrategias concertadas con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales y en un excelente punto de encuentro de todos los actores sociales en la búsqueda del Desarrollo Humano Sostenible. La descentralización no es un fin en sí mismo; constituye una estrategia para mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta de los gobiernos a las inquietudes de la sociedad. Este artículo presenta diferentes consideraciones sobre los beneficios, posibilidades y retos que brinda la descentralización para la construcción del bienestar en el nivel local, en el marco de la Promoción de la Salud.

Introducción

América Latina atraviesa por una de sus mayores crisis; la desestabilización económica y social generada en la participación desigual de los procesos de desarrollo, plantea un reto a las autoridades de los ordenes nacional, departamental y municipal, en cuanto a la búsqueda de estrategias más eficientes y eficaces para ejercer la función política-administrativa, que permita una utilización adecuada de los recursos para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

La crisis económica de la región convive con el proceso de globalización donde el capital, las mercancías, los conceptos, las ideas y los valores pasan a ser difundidos más allá de las fronteras con una intensidad que supera todo antecedente. Aunque sea un fenómeno universal, la globalización genera efectos desiguales con impactos distintos entre los países (Lee 1998). En el caso de América Latina el fenómeno de la globalización coincide con procesos de democratización que, debido a su reciente desarrollo, denotan vacíos significativos en cuanto a las ca-

pacidades del gobierno y la participación ciudadana.

Para afrontar los retos que plantea este proceso de globalización los países deben consolidar la democracia, que depende de la capacidad de los gobiernos para lograr eficiencia y eficacia en el desarrollo e implantación de políticas públicas para: asegurar una sostenibilidad ecológica en la gestión de los recursos naturales; dar viabilidad a un crecimiento económico sostenible minimizando los impactos negativos en el ambiente y en la salud de las poblaciones; transformar la estructura productiva para hacerla competitiva en el mercado global; asegurar la equidad social y la participación de las comunidades en los procesos de desarrollo a través de la autogestión y el "*empoderamiento*" de la sociedad civil.

A partir de la década de los ochenta, las economías latinoamericanas iniciaron un proceso de modernización del Estado, con la búsqueda de una asignación de responsabilidades y recursos que promueva una mejor prestación de servicios sociales a la población, orientados al fortalecimiento de la gobernabilidad democrática. Según la CEPAL (Ocampo 1999) se requiere "*consolidar un régimen fiscal capaz de compatibilizar la estabilidad macroeconómica con las responsabilidades públicas en materia de crecimiento y distribución*". Los procesos de reforma en los países de América Latina caminan hacia la modernización de instituciones, estructuras y funciones de los entes gubernamentales. Los criterios rectores asumidos en cada uno de los países ayudan a evaluar la direccionalidad de los cambios que actualmente se están llevando a la práctica (OPS/OMS 1998a).

En Colombia, el impacto de las estrategias mundiales de globalización, la problemática interna del país, la necesidad de un cambio que hiciera posible la presencia del nivel central en cada lugar y la creación de un instrumento de masiva participación ciudadana que consolidara y profundizara la democracia, generaron las condiciones para el cambio, que se concretó en el Proyecto de Ley que hizo curso en Cámara y Senado hasta convertirse en el acto legislativo No 1 del 1986 y en las leyes 11, 12 y 22 de 1985 complementadas posteriormente con sus correspondientes decretos reglamentarios; al crear un espacio político para la descentralización administrativa y por ende para la autonomía municipal.

Con la elección de Alcaldes y la Ley 11 de 1986, que ordena la participación de la comunidad en el Gobierno Municipal, así como con la Ley 22 de 1985 que fortalece la economía de los Municipios, los recursos financieros del IVA pasan a los municipios en proporción directa al número de habitantes hasta en un 50%, gran parte de los servicios que el Estado prestaba pasan directamente a ser de responsabilidad del municipio. Además, se crea la necesidad de la asociación entre municipios para una mejor prestación de servicios y para una mayor integración de los programas de desarrollo regional.

En el caso del Brasil, una de las consecuencias más relevantes de la globalización es la conformación del Mercado Común del Sur (Mercosur), integrado además por Argentina, Paraguay y Uruguay. La integración comercial propiciada por el Mercosur favoreció la discusión de agendas regionales con carácter de intersectorialidad, en áreas como salud, educación, justicia, cultura, transporte, energía, medio ambiente y agricultura. Si bien el proceso del Mercosur aún se encuentra en su etapa internacional, está llamado a influenciar la manera en que los niveles nacionales de gobierno se relacionan entre sí.

Internamente, el marco de referencia de la actual estructura política del Brasil es la Constitución Federal de 1988, cuya base federativa determina las prerrogativas fiscales, políticas y administrativas a cargo del gobierno central, de los estados y de los municipios. Los tres niveles de gobierno son electos por voto directo y cada uno de ellos cuenta con órganos legislativos independientes, aún cuando las legislaciones estaduales y municipales deben guardar concordancia con la federal. En el Brasil existe una larga tradición de elecciones di-

rectas en los tres niveles de gobierno, que se alteró entre 1964 y 1985 durante períodos de gobierno autoritario.

A pesar que la Ley Suprema de la Nación prevé la transferencia de funciones entre los niveles de gobierno, los gobiernos municipales y estaduales no asumieron de manera inmediata responsabilidades en la administración, ni en la ejecución de las políticas públicas debido a que presentaban brechas en su estructura institucional y en sus capacidades técnicas. Por lo tanto la descentralización no ocurrió de la misma forma en todos los sectores de gobierno, ni significó la transferencia de la totalidad de las competencias políticas ni de los recursos financieros necesarios para llevarlas a la práctica. En el caso del Brasil también los municipios buscan asociarse, asumiendo de forma cooperativa las nuevas responsabilidades. El nivel nacional a su vez, se vio forzado a realizar cambios en su estructura y en la manera de relacionarse con las otras esferas de gobierno, y a institucionalizar formas democráticas de participación ciudadana en la gestión.

Para llevar a la práctica las reformas, y lograr una mayor proyección hacia las comunidades en el contexto actual, se hace necesario fortalecer la capacidad de los gobiernos y de los recursos humanos. Al mismo tiempo, es necesario incentivar la acción gubernamental democrática para permitir la concertación de intereses de manera tal que se garantice el crecimiento con equidad (OPS/OMS 1999), y el incremento de la participación y eficiencia de la gestión pública (OPS/OMS 1997).

Frente a esta situación cabe preguntarse: ¿Están los Alcaldes y la población preparados para este cambio? ¿Qué responsabilidad tiene cada uno de estos sectores involucrados en el desarrollo comunitario y municipal?

A través de este artículo se presenta un análisis entre la descentralización y los diferentes aspectos del desarrollo local:

1. Posibilidades y desafíos para la gestión municipal
2. Eficiencia y equidad en el gasto público descentralizado
3. Descentralización y desarrollo humano sostenible
4. Paz y democracia

1. Posibilidades y desafíos para la gestión municipal

De los 1.080 municipios de Colombia, el 70% con menos de 20.000 habitantes, debe desarrollar habilidades, destrezas y competencias, fundamentalmente en la formación del recurso humano para alcanzar con éxito los procesos de gestión y autonomía local, requeridos para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Uno de los grandes retos del nivel nacional para garantizar el fortalecimiento de los gobiernos locales, es la asistencia técnica y profesional para el diseño y ejecución de políticas públicas y privadas que permitan establecer las condiciones propias para el cambio, la competencia y la retroalimentación permanente a través de los procesos políticos, lo que implica construir indicadores para evaluar la información, la transparencia y el desempeño en función de las respuestas a necesidades locales y la optimización del gasto público financiado con recursos propios de la comunidad y por transferencias, para de esta forma, asegurar el cumplimiento de las metas de equilibrio, eficiencia, equidad y estabilidad macroeconómica

Para que la descentralización se convierta en un eje fundamental de desarrollo, se requiere acercar la oferta institucional a las demandas y necesidades sociales fomentando la participación ciudadana en la toma de decisiones públicas y generando un nuevo modelo de liderazgo local responsable e innovador, que promueva la participación y autogestión comunitaria, la movilización y generación de mayores recursos, y la modernización en la prestación de servicios.

Otro de los grandes retos es la articulación e integración de la política económi-

ca, fiscal y administrativa, en función del bienestar y las necesidades de las comunidades para sustentar la existencia y actividad del estado.

Uno de los mayores desafíos para los municipios en el contexto de la descentralización, es el de proveer un hábitat urbano saludable y sostenible y promover el desarrollo rural, como una de las formas de sustentación de la gobernabilidad de las democracias modernas. El aumento de la calidad de vida en el medio rural evitará las migraciones hacia las periferias de las grandes ciudades que son las causantes de los cordones de marginalidad y generan una presión insostenible sobre los recursos naturales, fundamentalmente en el agua y en las fuentes energéticas produciendo grandes impactos en los ecosistemas y en los estilos de vida de las comunidades.

La seguridad colectiva uno de los pilares de la gobernabilidad, se sustenta en la necesidad de un desarrollo humano integral, sustentado en los procesos de equidad, solidaridad y responsabilidad ética y social. Aprendiendo a compartir la riqueza, el conocimiento y las responsabilidades se construyen comunidades municipales mas justas y democráticas.

Caminar por el sendero de la descentralización como estrategia de desarrollo territorial no es fácil, es un proceso complejo cuando los municipios no cuentan con la capacidad técnica y humana, ni con los suficientes recursos financieros para cumplir con los objetivos y metas sociales, sobretodo, cuando éstas no están adecuadamente coordinadas con los programas nacionales.

Según José Antonio Ocampo de la CEPAL, un proceso de descentralización sostenible requiere de una adecuada asignación de competencias, pero también, de esquemas de financiamiento basados en una mayor responsabilidad fiscal por parte de las localidades (Ocampo 1999).

El mayor reto para las municipalidades latinoamericanas en el nuevo milenio, es alcanzar una mayor cobertura y calidad en la satisfacción de las necesidades básicas de la población como son: educación, salud, bienestar social, seguridad alimentária, saneamiento básico, vivienda, recreación, salud mental y entornos saludables, lo que requiere una priorización en las inversiones y el desarrollo de verdaderos procesos de autogestión y veeduría comunitaria.

La tendencia generalizada hacia la descentralización en los países de la América Latina fue considerada por algunos autores como una reacción al centralismo del período anterior, donde si bien el Estado acumuló funciones generó al mismo tiempo algunos beneficios sociales. Con los períodos de gobierno autoritario, el centralismo se intensificó produciendo consecuencias negativas que comenzaron a hacerse notar en el incremento de las inequidades, en el crecimiento de la deuda como consecuencia de la dependencia externa, y en la presión internacional hacia la creación de nuevos modelos globalizantes. Estas condiciones provocaron una crisis de legitimidad del rol del Estado, que hicieron necesaria la búsqueda de formas más democráticas que tuvieran como pilares la descentralización y la participación ciudadana (Finot 1997).

La apertura a los mercados globales tuvo también consecuencias en variados espacios sociales. En el plano político generó una marcada tendencia hacia la democracia liberal con un Estado mínimo; en términos ambientales provocó el agotamiento de los recursos y el aceleramiento de los cambios climáticos. Los efectos en el ámbito social fueron variados, entre estos están el surgimiento de movimientos sociales transnacionales con distintas orientaciones, la inestabilidad social y política, y el resurgimiento de conflictos étnicos y religiosos.

En los estados nacionales en proceso de transición democrática y de consolidación de reformas —en consecuencia frágiles en la esfera de la gobernabilidad—, la influencia de la globalización fue más intensa y acelerada incrementando las disparidades sociales existentes. Surgió así la convicción de que la intervención del Estado a través

de su rol regulador y de sus funciones redistributiva y de articulación de la participación ciudadana era fundamental para lograr el equilibrio entre las políticas económicas y sociales.

La descentralización fue un principio común en los procesos de reforma del Estado, para los países de la América Latina. Se la consideró como una estrategia para mejorar la toma de decisiones y la utilización de los recursos. En un número considerable de países, el sector salud fue precursor en los procesos de descentralización aún cuando las reformas tuvieron diferentes modalidades y se consolidaron en distintas etapas. La descentralización del sector salud consiguió articularse con las de otras áreas o sectores del gobierno en países como Brasil, Chile, Colombia y México. La descentralización en Colombia ocurrió hacia todos los niveles —regional, estadual, provincial o municipal—; en Chile hacia el nivel municipal y en diversos grados a los propios establecimientos de salud, y en México hacia los establecimientos de salud (OPS/OMS 1998b).

En relación con la transferencia de funciones, Brasil transfiere a los estados y municipios la prestación de los servicios de atención médica. En otros casos como Colombia y Chile, se transfieren a las regiones y municipios los servicios de atención médica con las responsabilidades técnicas, administrativas y financieras correlativas. En Chile también se transfiere la capacidad de contratar personal. México por su parte, transfiere a las regiones y municipios los servicios de atención médica, los recursos humanos y financieros, y las correspondientes responsabilidades técnicas, administrativas y financieras para la atención de la población en estos sectores (OPS/OMS 1998b).

El momento en que se lleva a cabo la transferencia de funciones, y el contenido de las mismas, está en función de la realidad de los procesos de reforma imperante en cada país, y del sistema administrativo de que se trate, sea este federal o unitario. Es posible considerar que en la descentralización[1] existen cuatro direcciones fundamentales: hacia los distintos niveles del Estado, hacia la sociedad civil, hacia el mercado y hacia las instancias supranacionales (Vieira 2000). Sin embargo, definida la dirección de la descentralización, la principal cuestión en los procesos de descentralización, es decidir qué es lo que se descentraliza: poder de decisión y capacidad de planificación, provisión de servicios de salud y recursos para el financiamiento. En la actualidad, la reforma incluye el fortalecimiento del rol del Estado en la articulación de la totalidad de los intereses; es por ello que su capacidad normativa debe ser potencializada, considerando sobre todo que la participación privada en el sector es cada vez mayor y que debe ser regulada, para lograr la equidad.

Brasil presenta una situación peculiar. Es un país de dimensiones continentales y por lo tanto, con una realidad bastante diversificada en los aspectos políticos y económicos. En términos de la organización geopolítica, el país está conformado por cinco regiones, 27 estados, 5.559 (en el año 2000) municipios, y un distrito federal. Los municipios son en su gran mayoría pequeños, casi el 75% tiene menos de 20 mil habitantes y en ellos reside el 21% de la población brasileña. Del total de municipios, aproximadamente el 50% tiene menos de 10 mil habitantes y en ellos reside cerca del 9% de la población del país. En el 0,5% de municipios con más de 500 mil habitantes, a su vez reside el 27% de la

[1] Descentralización se entiende como la transferencia de responsabilidades a los niveles locales en cuatro aspectos: I) financiero (transferencia del presupuesto y del gasto); II) gerencia de personal; III) formulación de normas, reglamento y políticas; IV) participación local (Empoderamiento). En: BIRN 1999.

población total. Esta disparidad implica la convivencia de dos polos distintos de municipalidades, cada uno de los cuales tiene particularidades fiscales, políticas y administrativas propias.

Al igual que la mayoría de los países de América Latina, la nación brasileña presenció en la década de los ochenta dos fenómenos —uno económico, otro político— que conformaron el marco en el que se dió el proceso de construcción democrática (Possas 1992). Uno de esos fenómenos fue la crisis fiscal que en los años 80 y 90 generó una importante reducción en el monto de los recursos destinados a políticas sociales. El segundo fenómeno fue la reforma del Estado que evidenció diversas tendencias por parte de algunos sectores del gobierno, orientadas a veces a lo social, a veces a lo económico; pero en ambos casos, las reformas tuvieron un alto contenido de descentralización y participación ciudadana.

Para alcanzar con éxito los objetivos de estas reformas, era necesario empezar con cambios en los modelos de atención en salud, en los mecanismos de relación entre las esferas del gobierno, y en los modelos de participación ciudadana. Una de las estrategias adoptadas fue la incorporación de la descentralización y la democratización en la ejecución de las políticas con el fin de mejorar la eficiencia y la eficacia de la atención en salud. Algunos observadores sostienen que las crisis fiscales constituyen una amenaza a la cuestión federativa al causar que los estados y municipios compitan por los recursos (Sulamis y Faveret 1999).

La agenda reformista mantuvo la estrategia de la descentralización hacia los municipios y los estados. Dentro de las políticas sociales del gobierno, el sector salud adquirió un papel protagónico comenzando su fortalecimiento aún antes del proceso de modernización estatal. Debido a que la década de los ochenta fue un período de rápida expansión del sector privado y de incremento en los seguros, el sistema de salud del Brasil se caracterizó por la coexistencia de múltiples instituciones, la competencia por los recursos entre el sector público y el privado, la fragmentación institucional, la segmentación de la clientela, la gestión centralizada y los sistemas estructurados por categorías profesionales. El modelo de atención por su parte, estaba basado en la asistencia individual centrada en la atención médica especializada y no sistemática; y en la excesiva medicación y utilización de dispositivos médicos, lo que provocó la fragmentación, el incremento en el costo y la pérdida de la garantía de calidad en el servicio (Groppello y Cominetti 1998).

En 1993, comenzó el proceso de ejecución de los principios constitucionales a través de normas específicas que buscaban la redistribución del poder y de los recursos, la redefinición de los roles, la promoción de nuevas relaciones entre los niveles del gobierno, la reorganización institucional, y la reformulación de las prácticas y el control social. Se pretendía una transición sin rupturas y compatibilizar la decisión política con la capacidad gerencial de los niveles subnacionales. Considerando que en ese momento las capacidades de los municipios y de los estados eran distintas, se establecieron estadios para la descentralización a través de los cuales los niveles subnacionales se preparaban para asumir algunas de las modalidades de gestión, de acuerdo con sus capacidades gerenciales y de organización. Se esperaba que los estados y el nivel central incentivaran y capacitaran a los municipios para avanzar en la gestión de la salud (Ministério da Saúde 1993a).

Asimismo se crearon instancias de concertación entre los niveles de gobierno –en el ámbito nacional y en el estadual– y con la sociedad. En el primer caso, se establecieron comisiones para la discusión de los inconvenientes y dificultades, y para la negociación y articulación de los intereses de cada uno de los niveles de gobierno. Se les asignó también responsabilidad para la programación de los recursos financieros y de las acciones asistenciales en su respectivo ámbito. Para la concertación con la socie-

dad los consejos de salud existentes en todos los niveles de gestión, canalizan los intereses de la sociedad, de los profesionales y de los proveedores de salud, al estar integrados por el gobierno y representantes de los usuarios, los profesionales y los prestadores de salud.

2. Eficiencia y equidad en el gasto público descentralizado

La Constitución Política de Colombia consagra como principio básico que el Estado colombiano está organizado en forma de "*República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista*". Además, la descentralización como proceso político cuenta con un marco legal plasmado en las leyes 60 de 1993, 141 de 1994 y 358 de 1997 que regulan los procesos de transferencias financieras a las entidades territoriales.

La Ley 60 de 1993 determina que las participaciones municipales de los ingresos corrientes de la nación crecerán del 14% en 1994 al 22% en el año 2002. Las distribuciones se harán con base en los siguientes criterios: el 40% en relación directa con el número de habitantes con necesidades básicas insatisfechas –NBI–; el 20% con base en el grado de pobreza relativo de cada municipio; el 6 % en correspondencia directa con la eficiencia fiscal; el 6 % por eficiencia administrativa y el otro 6 % según el mejoramiento demostrado en la calidad de vida, medida como la variación en el índice de NBI entre los períodos definidos.

Mediante el artículo 22 de esta Ley fueron establecidas las prioridades básicas para la inversión municipal: el 25% en salud, el 30% en educación, el 20% en agua potable, el 5% para educación física, recreación, cultura y deporte, y el 20% restante a criterios del alcalde o la comunidad, siempre y cuando las actividades estén contempladas en la ley 60.

La ley 141 de 1994 reglamenta las regalías y el Fondo Nacional de Regalías, al incrementar los recursos de la descentralización: el 47% para los departamentos productores, el 12,5% para los municipios productores, el 32% para el Fondo Nacional de Regalías, los que serán destinados con base en el artículo 361 de la Constitución Política para la promoción de la minería, la preservación del medio ambiente y la financiación de proyectos regionales de inversión definidos como prioritarios en los planes de desarrollo municipal.

La década de los ochenta en Brasil se caracterizó por intensos movimientos sociales; algunos más representativos y organizados unieron diversos segmentos de la población en torno a reivindicaciones sociales, mayor apertura política y la revisión constitucional. El gobierno convocó entonces una Asamblea Nacional Constituyente, integrada por representantes del legislativo nacional con el fin de solidificar la legitimidad institucional y la misión de proponer una nueva Constitución Federal. La Constitución de 1988 reafirmó el principio federativo del país, fortaleciendo la autonomía política, fiscal y administrativa de las tres esferas de gobierno: federal, estadual y municipal.

A pesar de sus casi 12 años de vigencia, la Constitución aún no se ha desarrollado en todos sus principios, y debido a los distintos tiempos de acción entre los tres poderes —ejecutivo, legislativo y judicial— su implantación se ha dado en muchos casos, mediante legislaciones provisionales. El texto constitucional fue revisado luego de dos años de su promulgación, pero esta revisión no logró resolver todos los dilemas generados en su implantación. No obstante, debido a que la Constitución Federal fue producto de la concertación entre sectores políticos y sociales y fortaleció la participación de la sociedad en la toma de decisiones, es conocida y reconocida como la Constitución Ciudadana.

Si bien la Constitución establece principios comunes para todos los estados, éstos

presentan características dispares. En primer lugar existen estados con menos de 20 municipios, y otros con más de 600. En relación con los fondos, los estados recaudan en su conjunto aproximadamente el 42% del monto total de impuestos del país, los municipios aproximadamente el 3%, y el nivel federal recauda aproximadamente el 55%. La recaudación de las contribuciones sociales es responsabilidad del nivel federal en casi su totalidad. Del total de los recursos que el nivel federal recauda con impuestos, 15% se transfiere a los estados y al Distrito Federal, y otro 16% lo reciben los municipios para compensar desigualdades de ingreso per capita y de capacidad de recaudación municipal (OPS/OMS 1998c).

Las conquistas sociales inscritas en el marco legal nacional inciden principalmente en la educación, la salud, la previsión y la asistencia social, pero no hay una definición clara de responsabilidades entre los tres niveles de gobierno, por lo tanto en la práctica, la diferenciación ocurre más ligada a la capacidad de cada nivel para ejercer la responsabilidad en el correspondiente sector. La autonomía constitucional, política, fiscal y administrativa, implica que algunas funciones sean concurrentes entre los tres niveles.

La Constitución establece un fondo común integrado por recursos recaudados de los empleadores (sobre la planilla de pago y los activos y ganancias de la empresa), los trabajadores y las loterías. Este fondo se utiliza para el financiamiento de los servicios de salud, previsión y asistencia social, áreas enmarcadas en el concepto de seguridad social; sin embargo, la legislación no estableció la manera en que los recursos del Fondo de la Seguridad Social serían repartidos entre cada una de estas áreas, lo que ha ocasionado una competencia entre ellas por estos recursos. Por otra parte, esos recursos no se han obtenido en su totalidad y por lo tanto, resultan insuficientes para lograr la universalidad en las tres áreas sociales. Además algunos componentes del financiamiento, fueron objeto de acción judicial por parte de importantes segmentos económicos. La situación se agudizó de tal manera, que dió origen a la creación de una contribución específica para el financiamiento de la salud, que se aplica a todas las transacciones financieras en un porcentaje que comenzó con el 0,25% y alcanza en la actualidad 0,38% de su valor.

En la previsión y en la asistencia social la descentralización no fue tan intensa. Para la asistencia social, la coordinación y formulación de normas generales permanecen aún como funciones del nivel federal. Los niveles estadual y municipal, y otras entidades con funciones sociales, son responsables a su vez, por la coordinación y la ejecución de sus respectivos programas. La participación de la población en la formulación y el control de las acciones sociales en todos los niveles se realiza a través de las organizaciones representativas.

La educación fue separada de las demás áreas sociales con un financiamiento vinculado a un porcentaje específico de los impuestos recaudados en los tres niveles del gobierno. Existe una división jerárquica de funciones donde los municipios son responsables por la enseñanza básica, obligatoria y gratuita, y por la educación preescolar. Los estados son responsables por la educación media y técnica. El nivel central además de organizar el sistema federal de enseñanza, financia la educación superior en las instituciones públicas federales; y tiene también una función redistributiva y suplementaria para garantizar la igualdad de oportunidades y la calidad de la enseñanza. Para ello presta asistencia técnica y financiera a los estados y a los municipios.

Las normas que reglamentan los artículos de la Constitución referidos a la salud —Leyes Nos. 8.080 de 19 de septiembre de 1990 y 8.142 de 28 de diciembre de 1990—, establecen para la distribución de recursos del nivel federal a los municipios y estados una combinación de criterios: demográficos, epidemiológicos, de red de servicios y de contrapartida de recursos en los presupuestos estadual y municipal. Este criterio

combinado se utiliza para la mitad de los recursos financieros del sector, para la otra mitad se aplica el criterio poblacional. Estos criterios no fueron empleados en las transferencias de recursos por dos razones principales: en primer lugar, los recursos de la seguridad social no fueron transferidos regularmente al sector salud por motivos de coyuntura política; y por otra parte, no fue posible definir una fórmula que permitiera hacer efectiva la combinación de los criterios. Por este motivo, la descentralización de recursos evolucionó del pago por servicios prestados, a modalidades fundamentadas en la programación asistencial dentro de un techo financiero y con base a valores per cápita. Sin embargo, la creación de un Sistema Único de Salud (SUS) con tres niveles de gestión, co-responsables de garantizar una atención universal, integral y equitativa en salud, permite afirmar que la descentralización ha avanzado.

Para poner en práctica la descentralización se establecieron modalidades de relación entre los tres niveles de gobierno, que preveían la transferencia de responsabilidades y de recursos de forma gradual y progresiva (Ministério da Saúde 1993b). La gradualidad confirió el tiempo necesario a las transformaciones institucionales y sociales para sedimentar la política de salud en todos los niveles de gobierno. Las diferencias existentes en las capacidades de los municipios y de los estados fueron determinantes del ritmo en que cada uno avanzó en sus condiciones para asumir la descentralización en salud. Los municipios pequeños –la gran mayoría– comenzaron asumiendo responsabilidades en modalidades más incipientes de gestión. Algunos establecieron formas de asociación con otros municipios y así, apoyándose mutuamente, se encontraron en condiciones de asumir responsabilidades más avanzadas de gestión y buscar garantizar la integralidad de la atención (Ministério da Saúde 1995).

Los estados tuvieron más dificultades para adaptarse a su nuevo rol de coordinación y armonización, y para abandonar progresivamente su función de prestación. Debieron asimismo, desarrollar programas para su propia capacitación y la de los municipios. Algunos estudios afirman que la adopción por parte del nivel estadual de incentivos o normas que permitan compensar las adversidades técnicas que confrontan los municipios, constituye un elemento importante para la descentralización. Estos mecanismos se manifiestan en políticas activas y continuadas de transferencia de atribuciones de gestión a los municipios (Arretche 1999).

En el Brasil, la descentralización fue más exitosa en los estados que desarrollaron políticas de capacitación a los municipios para asumir sus nuevas responsabilidades de descentralización. Esto es así debido a que los municipios, no sólo deben contar con los recursos sino con las capacidades que les permitan asumir sus nuevas responsabilidades. La capacitación y coordinación son funciónes esenciales del nivel gubernamental estadual, y un requisito indispensable para la construcción de alianzas en la formación del sistema estadual de salud. Si bien esta función requiere de una gran inversión, los beneficios la superan ampliamente.

La descentralización en salud produjo cambios importantes para el sector en particular, y para la sociedad como un todo (Hochman 1998). Sin embargo, la dimensión del Desarrollo Humano Sostenible incorpora además de la salud, determinantes sociales, económicos y políticos que a su vez, la influencian. Las externalidades de salud son fundamentos para la necesidad de que el cuidado se torne colectivo mediante acciones del Estado (Hochman 1989). La descentralización en salud produjo cambios importantes para el sector en particular, y para la sociedad como un todo. La transferencia de responsabilidades a los niveles permite observar con mayor cercanía los efectos de aquellos condicionantes sobre la salud, y por ende, sobre el desarrollo humano. La construcción de la salud como un pro-

ducto de la sociedad requiere mecanismos de participación ciudadana y de interacción entre actores públicos y privados, lo que constituye un desafío para el Estado actual, porque la inserción de otros actores en la gestión pública no es una tarea fácil, sobre todo debido a la prevalencia de formas burocráticas en la gestión.

Los analistas de la descentralización manifiestan que los esfuerzos emprendidos por los niveles subnacionales para asumir las nuevas responsabilidades de gestión, constituyen innovaciones importantes en el espacio institucional. Las dificultades de los niveles subnacionales para avanzar en sus roles, son indicativos de áreas donde es necesario más apoyo del gobierno federal (Burki et al 1999).

Un estudio realizado en municipios seleccionados, antes y después de la descentralización, reveló que al asumir los gobiernos municipales nuevas responsabilidades en salud, ésta pasó a tener mayor relevancia para esos gobiernos, hecho que contribuyó en última instancia, a transformaciones positivas en el ámbito de la gobernabilidad (Sterman et al 1996). Dichas transformaciones se evidenciaron en una mayor proximidad de las acciones de salud a las necesidades de la población; en el desarrollo de nuevas relaciones con el sector privado; en el cambio de la oferta de servicios y en el incremento de los recursos propios de las municipalidades para salud. Un hallazgo relevante del estudio es que la participación ciudadana no sólo se encuentra determinada por características históricas, sino también por la dinámica de las organizaciones sociales y en particular, del gobierno municipal. Denotó también que una mayor autonomía local en la gerencia de servicios y recursos constituye un estímulo a la participación y control sociales.

Otro aspecto interesante del estudio, es que para avanzar en la descentralización y desarrollar nuevos métodos de gerencia, los municipios se apoyan en el conocimiento que les brindan las universidades y organizaciones no gubernamentales. El estudio constató también que el nivel federal tiene una fuerte capacidad de inducir políticas con base en el financiamiento, pero es débil en el acompañamiento, evaluación y control de la implantación de las mismas. En suma, la investigación concluye que con la implantación de la NOB SUS 01/93, el poder fue descentralizado al interior del aparato del Estado, estableciendo nuevos niveles de relación Estado-sociedad, ampliando la oferta de servicios públicos de salud, y fortaleciendo el ejercicio de la capacidad de regulación del municipio en el control del sistema (Sterman et al 1996).

La descentralización, concebida como producto de la necesidad de integración de la apertura democrática, de la modernización del Estado, y de la eficiencia del gasto publico, implica la consolidación de un régimen fiscal capaz de armonizar las políticas macro-económicas con las responsabilidades municipales en términos de crecimiento y distribución, teniendo como referente la disminución de los índices de Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI–, predominante en la región latinoamericana.

Según la CEPAL, la descentralización implica construir un "*pacto fiscal*", entendido como el acuerdo socio-político básico que legitima el papel del estado y el alcance de las responsabilidades gubernamentales en la esfera económica y social. Para ello se plantean cinco elementos fundamentales: consolidar el ajuste fiscal en marcha, elevar la productividad de la gestión pública, dotar de una mayor transparencia la acción fiscal, promover la equidad y favorecer el desarrollo de la institucionalidad democrática.

Aunque en algunos países de América Latina (Colombia, Brasil, Chile, Argentina) se ha avanzado en la consolidación de un marco jurídico que permita establecer y delimitar las responsabilidades municipales, departamentales y provinciales en la descentralización, ésta sigue caracterizándose por la poca autonomía en la determinación de los impuestos locales, la deficiencia en la oferta de servicios en relación con las necesidades sociales, el bajo

acceso y utilización del sistema de crédito, y la carencia de mecanismos de coordinación con los demás niveles del gobierno.

Si bien se encuentra un incremento en la participación de los municipios en los ingresos globales, ésta sigue siendo muy baja y oscila entre el 10% y el 15%, comparada con los países industrializados donde esta participación oscila entre el 30% y el 33,35%, según afirma José Antonio Ocampo (1999).

La descentralización como proceso político además de contar con un marco constitucional y jurídico, debe propender por una cultura que genere conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la autonomía municipal y a través de ella, se puedan satisfacer las necesidades básicas de un alto porcentaje de la población latinoamericana, por lo que el nivel central debe convertirse en su promotor y facilitador, orientando un proceso estratégico y participativo de la gestión en el nivel local.

Aprovechar este proceso para generar procesos de autogestión comunitaria, oportunidades de vida, y desarrollo, requiere que en las agendas municipales y en las del gobierno central se abran espacios para la construcción de indicadores claves y viables que permitan evaluar debilidades y fortalezas en la implantación del proceso de descentralización, con el objeto de adaptarlo a las necesidades económicas, sociales, técnicas y de infraestructura de la región, logrando así una participación ciudadana como veedora de los procesos de planificación y ejecución de presupuestos.

3. Descentralización y Desarrollo Humano Sostenible

El mejoramiento de la competitividad de los sectores productivos, sustentado en la seguridad de los seres humanos y en la sostenibilidad de los ecosistemas, unido al fortalecimiento de la sociedad civil para la toma de decisiones y la generación de una cultura de la equidad, son la clave para acelerar las tasas de crecimiento económico y social y la mejor opción que tiene nuestra sociedad para asegurar el mejoramiento de la calidad de vida de la población y la construcción de la paz.

Según Jorge Nieto Montesinos de la UNESCO, en el año 2025 el 80% de nuestra población será urbana, el 85% del total de la población vivirá en zonas de conflicto. De hecho hoy la violencia es 5 veces mayor en Latinoamérica que en el resto del mundo, ocurren en esta región 140.000 homicidios por año, se pierden o transfieren anualmente recursos equivalentes a 168.000 millones de dólares, es decir el 14,2% del PIB regional; la mayor parte de esta violencia, ocurre en las ciudades. Por consiguiente gobernar y construir democracias locales es antes que nada, construir una cultura de la paz fundada en la equidad social que genere oportunidades de vida sustentadas en el respeto a la diferencia.

Nuevos paradigmas están revolucionando nuestra visión y concepción del mundo, por lo que se hace necesario plantear nuevas perspectivas para las prácticas de gestión y desarrollo municipal, que fortalezcan los procesos de sostenibilidad: ecológica, social, económica, institucional, política y ética.

Esta visión se encuentra en el centro de las preocupaciones del nuevo modelo de desarrollo planteado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el medio ambiente, celebrada en Río de Janeiro en 1992, en la que todos los gobernantes participantes anunciaron su compromiso con el desarrollo sostenible: "*... los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza*"; lo que implica que la economía mundial sea más solidaria, eficiente y justa teniendo presente la interdependencia entre las naciones.

Uno de los caminos más importantes para la construcción del Desarrollo Huma-

no Sostenible es el fortalecimiento de la participación ciudadana, a través de la formación del recurso humano, la gerencia y la gestión de proyectos que respondan a las necesidades sentidas de la población.

Participar es organizar mejor y más eficientemente las instituciones para hacer del desarrollo humano fuente de oportunidades para todos, especialmente para los más pobres.

La descentralización no es un fin en sí mismo; constituye una estrategia para mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta de los gobiernos a las inquietudes de la sociedad. Además de este fin práctico, representa una forma más moderna de funcionamiento de los gobiernos democráticos que favorece la estabilidad política al ampliar la integración de segmentos sociales en los procesos institucionalizados de negociación. La eficacia de los procesos de descentralización de responsabilidades, reside en la posibilidad que los recursos disponibles sean utilizados en acciones más adecuadas a las necesidades y preferencias locales.

Por supuesto, hasta que el proceso de empoderamiento de la comunidad para participar en las decisiones no esté totalmente solidificado, la descentralización no es inmune al riesgo que las élites políticas locales se apoderen de los recursos por tener más acceso a la información. El proceso de empoderamiento es un proceso de aprendizaje tanto para la comunidad como para el gobierno. Cuando éste no se da, la descentralización produce un efecto negativo: la intensificación de las disparidades existentes al interior de la sociedad.

La información constituye un recurso fundamental para que la sociedad pueda analizar los efectos de las decisiones que la afectan. Asimismo, la ejecución de acciones del gobierno que promuevan el desarrollo sostenible en un contexto de descentralización y participación ciudadana, requiere de la capacitación a los ciudadanos para que tengan claros los roles de cada nivel del gobierno en los procesos de descentralización, las responsabilidades y los recursos manejados en cada uno. Así los cambios en las relaciones entre los distintos niveles del gobierno, se complementan con la participación plena de la sociedad, haciendo que los gobiernos sean cada vez más receptivos a las necesidades y demandas sociales.

El gobierno central a su vez, tiene la función de incentivar a los gobiernos subnacionales para el fomento de la participación ciudadana. Además de este incentivo, debe legitimar las decisiones tomadas en procesos de consulta a la comunidad, cuando se refiera al ejercicio de su función de distribuir recursos entre los municipios. Por lo tanto, el gobierno central debe reconocer que la descentralización no garantiza por sí sola la participación. Es necesaria la coordinación de su implantación por parte del nivel central con los niveles subnacionales, porque aumenta el número de actores que intervienen en la toma de decisiones y en la forma en que ésta procede. El acompañamiento por parte del gobierno central para el cumplimento descentralizado de normas y patrones de atención y financiamiento, constituye un instrumento de control para armonizar los intereses y subsanar los dilemas enfrentados por los niveles subnacionales.

Más allá de lo anterior, el gobierno central debe cumplir la función de garantizar la sustentabilidad del proceso de descentralización al proporcionar estabilidad y garantizar los recursos para la gestión de las responsabilidades trasladadas. Los gobiernos subnacionales a su vez, deben respetar las concertaciones locales, facilitar la participación cívica, y garantizar la difusión de información a los otros niveles. Estos compromisos permiten generar relaciones más constructivas entre los niveles de gobierno y entre éstos y la sociedad.

4. La capacidad de los gobiernos locales

El proceso de Colombia se inscribe en el marco latinoamericano de la reforma de las estructuras públicas. El análisis está

fundamentado en el informe del estudio realizado por un equipo integrado por el Banco Mundial, el Departamento Nacional de Planeación, y los investigadores: Juan Camilo Cárdenas, Ariel Cifuentes, Jony Palencia, Camilo Villa y Van Cotthem, con el apoyo del Fondo de Orientaciones Innovadoras para el Desarrollo Humano y Social.

El estudio fue desarrollado en 16 municipios con el objetivo de identificar los avances y dificultades en el desarrollo de la capacidad necesaria para el buen desempeño de las nuevas competencias. La metodología se fundamentó en estudios participativos mediante talleres realizados con la comunidad y con funcionarios públicos, apoyada con encuestas de opinión en los cuatro municipios más grandes.

Las principales conclusiones que se presentan aquí, se extraen del documento "*La Descentralización y el Desarrollo Institucional en Colombia, hoy*". Compilado por Horacio Duque Giraldo (1997).

- La mayoría de los gobiernos locales se han enfrentado a los desafíos de la descentralización apoyados en un liderazgo local responsable e innovador, que ha sido la fuerza motora para la prestación de servicios, con el apoyo de la participación comunitaria y una mayor participación de la sociedad civil.
- A partir de la descentralización aumentaron de manera significativa los recursos de los gobiernos municipales. Las leyes 14 de 1983 y 44 de 1990 y la Constitución, permitieron el aumento de los ingresos locales (tributarios y otros), que pasaron del 2% de PIB en 1980 al 3,5% en 1994. Disponen adicionalmente de fondos de cofinanciación del nivel central y fácil acceso a los créditos.
- Los municipios asumen importantes competencias para la prestación de los servicios y la ejecución de programas del gasto público, como son: administrar la educación preescolar, primaria y secundaria y encargarse de la infraestructura del sector; proporcionar los servicios de salud y encargarse de las obras de infraestructura; prestar los servicios básicos: saneamiento, energía, agua potable, telefonía; fomentar y apoyar programas de vivienda de interés social; adecuar vías urbanas y suburbanas; prestar servicios de extensión agrícola y promocionar el desarrollo rural; y asumir responsabilidades en materia de protección ambiental, cultura, deporte y recreación.
- La elección de autoridades locales y miembros del congreso se ha hecho más transparente y equitativa. El clientelismo ha sido debilitado de diversas maneras: por la eliminación de auxilios regionales; por el reforzamiento de la fiscalización de la gestión pública, y mediante la introducción del llamado voto programático "*Todo aspirante a cargo de alcalde o gobernador debe presentar un programa de gobierno que luego se empleará para evaluar la gestión.*"
- En relación con la eficacia en la gestión local, algunos municipios han sido exitosos en la prestación de los servicios esenciales para los habitantes, otros se enfrentan con grandes dificultades en uno o más sectores, debido más al desempeño mediocre que al colapso sufrido por el traspaso de competencias.
- El aumento de los recursos administrados por los gobiernos locales empieza a reflejarse en mayor cobertura de servicios, de los 16 municipios 8 han creado empresas municipales encargadas del sector agua . En las zonas rurales, los acueductos suelen ser construidos con ayuda financiera y técnica del municipio pero administrados por la comunidad.
- Durante el período de descentralización se incrementó la atención hacia la zona rural. Pensilvania construyó 15 acueductos rurales. Belalcazar, construyo 6 nuevos acueductos elevando la cobertura rural al 90%. En Ipiales se amplió la cobertura del 20% al 70%.

En las zonas urbanas de los municipios de estudio, la administración municipal se ha interesado en la resolución de problemas de la gente pobre. Municipios como Manizales, Pensilvania, Cucunubá están introduciendo el sistema de selección de beneficiarios, metodología para la focalización de los programas sociales hacia las familias menos privilegiadas.

- En el Sector Educativo resultó muy difícil evaluar los progresos, debido a la disparidad en el uso de indicadores, el mayor desafío que se presenta es el de elevar la calidad de la educación.
- En las vías es donde más se han concentrado los trabajos, se ampliaron las redes de carreteras intermunicipales, se ejecutaron obras de interconexión de pequeños municipios a ciudades y se rehabilitaron vías mediante la pavimentación.
- Uno de los aspectos donde el alcalde puede ejercer un liderazgo es en el manejo de conflictos. Muy pocos alcaldes han podido establecer una colaboración con el Concejo Municipal; en algunos casos, se ha debilitado la capacidad del gobierno local debido a que los concejales poseen muy pocas responsabilidades operativas, representadas en la rama ejecutiva; en consecuencia, tienden a ejercer el poder en forma negativa, imponiendo a la administración prácticas clientelistas de vinculación de funcionarios.
- El desarrollo de procesos sostenibles de descentralización, requiere de la formación de líderes responsables y comprometidos con el cambio, que permita fortalecer los procesos de autogestión comunitaria para ejercer con calidad y responsabilidad social la gestión municipal, es decir lograr una apropiación del proceso de desarrollo por parte de la comunidad.

En el Brasil, el marco legal de los procesos de descentralización está inscrito en la Constitución Federal de 1988. La educación y la salud son los sectores que más han avanzado en los procesos de descentralización, cada uno a su modo y a su tiempo. La salud se transformó con la creación del Sistema Único de Salud (SUS) y esa transformación no fue solamente un cambio de instituciones, sino que abarcó también el sistema de prestaciones y la forma en que la sociedad participaba en los procesos de toma de decisión. El SUS sustituyó a todos los institutos de seguridad por categoría profesional, terminando con la coexistencia de sistemas de salud distintos: uno para trabajadores y otro para el resto de la población. Su implantación ha sido considerada por lo tanto, como un proceso de construcción del propio rol del Estado frente a la descentralización, porque hasta la década de los noventa ésta no había sido reglamentada. La prestación de los servicios de asistencia de salud seguía siendo responsabilidad del Instituto Nacional de Asistencia y Previsión Social (INAMPS), ente autárquico federal. El INAMPS, integrado al Ministerio de la Salud mantuvo su autonomía administrativa hasta 1993, así como sus recursos financieros, humanos y de servicios. Las acciones de salud pública eran compartidas por los tres niveles de gobierno.

Las primeras normas de descentralización fueron ante todo, mecanismos burocráticos destinados a perpetuar una relación jerárquica entre los tres niveles, y a mantener los estados y los municipios como prestadores de servicios. Preveían el cumplimiento de requisitos formales por parte de los municipios y de los estados para obtener recursos financieros de incentivo a la gestión. No transferían responsabilidades ni autonomía a los niveles subnacionales. Estas normas fueron de impacto reducido, sin alcanzar a modificar significativamente el modelo de gestión imperante.

Las normas subsecuentes fueron elaboradas en procesos de negociación y de acuerdos entre los tres niveles de gobierno. Tenían por objetivo el cambio radical

del modelo asistencial vigente y la implantación del propuesto por el SUS. Al mismo tiempo, denotaban una tendencia a la municipalización al definir más claramente el rol de esta instancia de gobierno, pero sin definir aún el del estado. Los estados reaccionaron compitiendo con los municipios por los recursos destinados a la prestación de servicios, desconociendo la función que les correspondía de coordinación del sistema estadual conformado por la totalidad de los sistemas municipales. La ausencia de la instancia estadual de gestión acentuó las disparidades entre los municipios con mayor capacidad.

Por medio de la legislación de 1993 —Norma Operacional Básica, SUS 01/93— el financiamiento presentó innovaciones al atribuir un monto límite para el municipio que cumpliera con los requisitos previstos para las condiciones más avanzadas de gestión. 144 municipios, casi 3% del total con una población del 17% del total del país, alcanzaron modalidades más avanzadas de gestión. Estos municipios administraron 24% de los recursos nacionales para la atención en salud, y también los instrumentos necesarios para la gestión; para recibirlos, se comprometieron con metas acordadas entre los tres niveles. Otros 2.983 municipios, 60% del total y donde residía 48% de la población del país, avanzaron en la organización de sus sistemas locales de forma incipiente o parcial y recibieron recursos financieros por servicios y acciones que realizaban directamente[2]. Se observa en este período una reducción de la participación del sector privado en los servicios y en los gastos en salud.

En 1996 a luz de la experiencia acumulada, con avances y retrocesos en la implantación de la descentralización, la normativa fue revisada, y los espacios institucionales y de relación entre los niveles de gobierno y la sociedad —comisiones intergestores y consejos de salud respectivamente—, fueron revitalizados. El nuevo modelo de atención enfatiza la atención básica, incluyendo acciones de promoción y prevención de la salud. Su financiamiento se realiza con base en el modelo per cápita, único para todo el país, e incrementado por otros valores para las acciones relativas a la salud familiar, la deficiencia nutricional, la vigilancia sanitaria y los medicamentos (Ministério da Saúde 1996).

Si bien aún no existen estudios concluyentes sobre el impacto de la legislación reciente, hay evidencias de transformaciones significativas en el modelo de atención básica de la población. La creación de un piso de atención básica con un valor per cápita mínimo transferido directa y automáticamente a los municipios, y complementado con incentivos para la atención familiar y comunitaria, la asistencia farmacéutica y las acciones de vigilancia sanitaria, permite a los municipios ejercer acciones más integrales de salud. En 1999, los recursos que el Ministerio de Salud destinó a la atención básica, denotaron un incremento del 40% con relación a 1996. Por su parte, los municipios que recibían recursos directa y automáticamente del Ministerio de Salud, ascendían en 1997 a 3% y en 1999 a 97%. La evolución de los recursos financieros destinados a la atención comunitaria, fue nueve veces mayor en 1999 con relación a 1998, y para la salud familiar en el mismo período, esta evolución fue 11 veces mayor (Ministério da Saúde 2000).

Los recursos asistenciales transferidos del Fondo Nacional de Salud hacia los fondos estaduales y municipales son un buen indicador de la evolución de la descentralización en el SUS. En diciembre de 1994 estos recursos constituían aproximadamente el 6% del monto total; en diciembre del

[2] Banco de Datos sobre Descentralización de la Secretaría de Políticas de Salud del Ministerio de la Salud del Brasil. 1997.

año siguiente eran el 12%; en 1996 el 23% y en diciembre de 1998 alcanzaron el 49%. En septiembre de 1999, 96% de los municipios del Brasil se encontraban recibiendo recursos financieros de forma directa y automática del gobierno federal[3].

En 1997, 75% de los procedimientos de asistencia ambulatoria fueron realizados por el sector público. En 1998 el estimativo de gasto de los gobiernos con el financiamiento de la salud era de 3,12% del Producto Interno Bruto, correspondiendo 65,5% al nivel federal, 18,8% al nivel estadual, y 15,7 al nivel municipal. Los sistemas de atención médica suplementaria en 1987 tenían cerca de 24 millones de afiliados, y en 1998 se estima que eran 45 millones de afiliados, con un movimiento de 16 billones de dólares. Setenta por ciento de los afiliados tienen acceso a través de sus empleadores. De acuerdo con las encuestas de hogares, los gastos familiares para el período 1987-1996 incrementaron en 151% para salud; 167% para educación y 170% para vivienda.

5. Democracia y paz

Para contribuir al fortalecimiento de la democracia en América Latina y a la construcción de la paz, la descentralización debe considerarse como un instrumento de desarrollo local sustentado en la equidad y la justicia social; de ahí que los municipios se convierten en unidades fundamentales de desarrollo en donde se sustenta la oportunidad de vida de las comunidades, y se gestan los líderes que serán capaces de transformar las necesidades básicas y sentidas en proyectos sociales y en proyectos de vida.

"*La situación de extrema pobreza (...) afecta hoy a la tercera parte de la población latinoamericana que subsiste con ingresos inferiores a un dólar por día por persona —el 20% más pobre de la población recibe menos del 4 % del ingreso, en tanto que el 10% más rico recibe más del 30%—*" (Carpizo 1993); por ello, el mayor reto que enfrentan los países de América Latina es alcanzar la Justicia Social en el marco de la productividad y de la equidad social, bases fundamentales para construir un estado de derecho que sustente un desarrollo democrático y social equilibrado y garantice los procesos de paz.

Según Rigoberta Menchú Tum, Premio Nobel de la Paz, "*... en los países de América Latina con la diversidad Cultural como punto común, pero con el común denominador de la ausencia del derecho a ejercer las diferencias culturales, la libre expresión del pensamiento y del derecho a la comunicación y a la información continúan siendo un sueño*"[4]. Una sociedad democrática sustenta las relaciones entre el Estado y la sociedad a través de los derechos de libertad de expresión, comunicación e información.

La dinámica de desarrollo de los sistemas de comunicación y de información en sociedades democráticas los convierte en medios para afianzar los procesos interculturales, como expresión de la convivencia armónica y de respeto a los derechos económicos, políticos sociales y culturales de los pueblos, base fundamental para avanzar en los procesos de integración de América Latina, y fundamentalmente en la construcción de la paz.

Construir una cultura de la democracia y de la paz en América Latina, se transforma casi en una utopía debido a las actuales

[3] Ponencia del representante del Ministerio de Salud del Brasil en el Seminario Separação do Financiamento e da Provisão dos Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde: iniciativa das três esferas de governo para superar la superposição das funções de gestão do sistema e de gerência das unidades assistenciais públicas, Rio de Janeiro. 1999.

[4] MENCHU, Tum. Rigoberta. Intervención Foro Internacional Comunicación y Ciudadanía.

condiciones de inestabilidad política, incremento de los conflictos sociales, vacíos de poder, reducción de la legitimidad y de interlocutores válidos, y bajo empoderamiento de la sociedad civil.

Lo anterior exige la movilización de todos los actores sociales a través de procesos de diálogo, negociación y concertación que permitan construir una cultura política de la democracia, con: prácticas políticas, soluciones institucionales democráticas, tolerancia y respeto a la diferencia, aceptación de la legitimidad de los conflictos y la necesidad de procedimientos e instrumentos legales para dirimirlos.

El nuevo horizonte es construir una base social y cultural que permita un desarrollo integral de las comunidades y municipios sustentado en un mejoramiento de la calidad de vida de la población. La estrategia de Promoción de la Salud concebida en Ottawa que consiste en "*proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente*" (OMS 1986); se convierte en la mejor oportunidad para construir la paz en América Latina.

La Promoción de la Salud permite a los alcaldes integrar todas las competencias en función de obtener condiciones optimas de salud, bienestar y desarrollo para la población, lo que requiere de un trabajo intersectorial, debido a que la salud se considera como elemento fundamental del desarrollo y producto de las interacciones del hombre con su entorno físico, social, cultural y económico.

Comprometerse con la estrategia de Promoción de la Salud, implica poner en el primer plano de discusión las condiciones de salud ambiental de cada municipio como son: la disponibilidad de agua potable, la calidad del aire, agua y suelos sobre los que se sustentan las oportunidades de vida de las comunidades, la eliminación de excretas, la reforestación, la gestión integral de residuos, los procesos de ordenamiento territorial y el desarrollo urbanístico, todo esto en función de construir entornos de vida saludables.

Otro aspecto prioritario es el relacionado con los estilos de vida de la población, la identificación de los problemas sociales y económicos, y la determinación de las necesidades de los grupos vulnerables: niños, jóvenes, mujeres y ancianos. Es necesario:

- conocer las tasas y las causas del desempleo, con el objeto de fomentar proyectos comunitarios que mejoren los ingresos, la estabilidad laboral y los ambientes de trabajo saludables;
- generar procesos de seguridad, vigilancia y control;
- estudiar los factores de riesgo asociados a la violencia;
- definir estrategias para el uso del tiempo libre en la población juvenil, que contribuya a la prevención de la drogadicción;
- fomentar las actividades culturales recreativas y deportivas, con el objeto de promover la salud mental en la comunidad; y
- promover estrategias que mejoren las condiciones de vida de la población, como la generación de empresas a nivel cooperativo y solidario, que permitan incrementar el ingreso y reducir los índices de desempleo.

Con el incremento de la productividad y el desarrollo de políticas que generen o mejoren los ingresos de la población, ésta podrá satisfacer necesidades básicas como: salud, vivienda, educación, alimentación, recreación y desarrollo afectivo, sólo en esa medida se construirá la cultura de la paz, pilar fundamental de la democracia.

El Sector Empresarial Latinoamericano tiene ante sí un reto, generar riqueza para satisfacer las necesidades de una población muy joven y rápidamente creciente, integrar productivamente a la población, utili-

zar en forma sostenible los recursos naturales y minimizar los riesgos de ecotoxicidad y sus efectos sobre la salud humana, por lo que requiere desarrollar procesos de innovación y creatividad que le permitan avanzar hacia la ecoeficiencia.

Caminar con el referente de la Promoción de la Salud para la construcción de municipios, empresas, escuelas y familias saludables será el gran reto del futuro; este propósito permitirá concertar y proyectar los sueños con los diferentes actores sociales de la América Latina que queremos. Así, el alcalde se convierte en un gerente del desarrollo de las comunidades, articulador de iniciativas, gestor de estrategias concertadas con la comunidad municipal y en un excelente punto de encuentro de todos los actores sociales para caminar hacia el Desarrollo Humano Sostenible.

Bibliografía

AGHON, G. EDLING, H. ( ). Descentralización fiscal en América Latina.

ARRETCHE, M.T.S. (1999). Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 14 (40): 111-41 p.

BIRN, A.E. Federalist Flirtations: the political and execution of health services decentralization for the uninsured population in México, 1985-1995; Journal of Public Health Policy, Volume 20, Number I, Spring 1999.

BURKI, S.J., PERRY, G.E., DILLINGER, W. et al (1999). Más allá del centro: La Descentralización del Estado. Banco Mundial.

CARPIZO, MCGREGOR J. (1993). Reflexiones en torno a la Democracia y otros problemas en Latinoamérica.

CASAS, J. A. (1998). La Globalización y la Salud Internacional en el Siclo XXI. A presentação no Taller sobre "Globalización y Salud", Programa de Formación en Salud Internacional OPS/OMS, mayo de 2000, Washington, D. C.

CORDEIRO, H.; MARQUES, M.B.; POSSAS, C. & BUSS, P. (1990). Prioridades Nacionais, Pesquisa Essencial e Desenvolvimento em Saúde. Série Política de Saúde Nº 10. FIOCRUZ.

DUQUE GIRALDO, H. (1997). La descentralización y el desarrollo institucional en Colombia, hoy. Escuela Superior de Administración Pública. Obras compiladas.

FINOT, I. (1997). Descentralización en América Latina: Cómo conciliar eficiencia con equidad? Versión corregida del documento presentado en el II Congreso Interamericano del CLAD sobre Reforma del Estado y la Administración Pública.

GROPPELLO E. y COMINETTI, R. (1998). La Descentralización de la Educación y la Salud: Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL.

GUIMARÃES, L. (1995). Indução de novas práticas de gestão do Sistema de Saúde: Análise do componente normativo do Ministério da Saúde. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

HOCHMAN, G. (1998). A era do Saneamento: As bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/Anpocs.

LEE, K. (1998). Globalization and Health Policy: A review of the literature and proposed research and policy agenda. Discusion Paper No. I. London School of Public Hygiene and Tropical Medicine. Agosto.

MAYOR, F. (1998). Gobernabilidad Democrática y Desarrollo Urbano. UNESCO.

MENDES, E. V. (1998). A Descentralização do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil: Novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. En: Organização da Saúde no Nível Local (E.V. Mendes, org.), pp 17—56, São Paulo: Editora Hucitec.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993a). Norma Operacional Básica – NOB/93, Portaria MS Nº 545, de 20 de maio de 1993. Brasilia.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993b). Descentralização das ações e serviços de saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1994). Secretaria de Assistência à Saúde. Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: O que cabe ao município. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995). Secretaria de Assistência à Saúde. Segundo y Terceiro Relatório sobre o Processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde. Mimeo.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996). Norma Operacional Básica – NOB/96, Portaria MS Nº 2203, de 06 de novembro de 1996. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000). Ações prioritárias na Atenção Básica en Saúde. Brasília.

NIETO, J. M. Globalización, cosmopolítica y democracia local. UNESCO.

OCAMPO, J. A. (1999). Pacto Fiscal, gobiernos locales y descentralización en América Latina y el Caribe. CEPAL Santiago de Chile.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS–, MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE CANADÁ, ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 17-21 de noviembre de 1986. Otawa – Canadá.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1997). La Descentralización, los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. OPS/OMS, Washington.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1998a). Metodología para el Seguimiento y la Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Serie Iniciativa Reforma Sector Salud, Número 1.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1998b). Perfiles de los Sistemas y de los Servicios de Salud. División de Desarrollo de los Sistemas y Servicios de Salud.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1998c). Brasil: O perfil do sistema de serviços de saúde. Programa de Organização e Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde, Divisão de Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde, Brasília, Dezembro.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1999). Principios y Conceptos Básicos de Equidad y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. OPS/OMS, Washington.

POSSAS, C. (1992). Estado, Movimentos Sociais e Reformas na América Latina: Uma reflexão sobre a crise contemporânea. En: PHYSIS Revista de Saúde Coletiva, Volume II, Número 1, pp. 185-202.

POSSAS, C. (1986). Reorganização do Sistema de Saúde: Elementos para o debate da Reforma Sanitária Brasileira – Descentralização e Democratização do Sistema de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, mimeo.

SLABONTE, R. (1992). Políticas Públicas Saludables.

SOTELO, J. M. (1995). Organización Panamericana de la Salud.

STERMAN, L. H. et al (1996). A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil. Núcleo de Investigaciones en Servicios y Sistemas de Salud del Instituto de Investigación en Servicios y Sistemas de Salud de la Secretaria del Estado de la Salud de São Paulo con apoyo del International Development Research Centre, Brasil.

SULAMIS, D. y FAVERET, A. C. (1999). Entre o Neofederalismo e o Ornitorrinco. En: Revista Insight Inteligência, Fevereiro- Março- Abril.

VIEIRA, C. (2000). La relevancia económica del sector salud y la globalización. Presentación realizada en el Taller: Globalización y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS/OMS, Washington.

6 Inequidades en salud: Cómo estudiarlas

Norberto Dachs

En el presente artículo se discuten formas útiles de medir desigualdades en salud, de acuerdo con criterios igualmente útiles, que permitan comprender sus determinaciones y por tanto, establecer su evitabilidad, no-necesidad y la injusticia de su presencia en una comunidad solidaria y que se propone crear condiciones adecuadas para el desarrollo de todos sus miembros independientemente de sus características personales de raza, etnia, ocupación, sexo, creencia religiosa, etc. Se muestran metodologías sencillas que no requieren ni grandes conocimientos de estadística y epidemiología, ni datos que sean de obtención difícil o costosa. Para la preparación del artículo, han sido utilizadas extensivamente, dos publicaciones de la OMS no disponibles en español y de circulación limitada: el trabajo de Kunst y Mackenbach (1994c) para la Oficina Regional de la OMS en Europa y el informe de Paula Braveman para la Iniciativa de Equidad de la Oficina Central de la OMS en Ginebra.

Introducción

¿Que son *inequidades en salud*? ¿Que significa esta palabra que ni siquiera se encuentra en el diccionario? El hecho que no se encuentre en el diccionario, es una primera y muy clara indicación de la poca importancia que se le ha dado al problema. "*Inequidad*" es el opuesto a equidad, pero no es la "*iniquidad*" que significa simplemente injusticia. Existen muchas definiciones del término, entre ellas se puede elegir la más sencilla, que tiene inmediata aplicación desde el punto de vista práctico. Se dice que existe una *inequidad en salud* si se tiene una desigualdad evitable, innecesaria y no justificable (Whitehead 1991)[1]. La *Inequidad en salud* es antes que todo, un

[1] Esta definición ha sido propuesta por Margaret Whitehead en una publicación preparada para la Oficina Regional de la OMS en Europa. La publicación ha sido traducida al español por el Programa de Políticas Públicas y Salud en 1991.

problema de ética para ser discutido desde el punto de vista de la teoría de la justicia.

Actualmente existen muchas teorías propuestas para este estudio, la más influyente ha sido la de John Rawls (1971)[2], quien no abordó en particular en sus trabajos el tema de la salud. En un artículo reciente Daniels, Kennedy y Kawachi (2000) muestran como a pesar de ello, la teoría de Rawls sirve para enfocar la equidad en salud, y discuten la importancia de la justicia para la salud de la población. En la actualidad, el tema ha retomado un gran impulso por la importancia que le ha dado Amartya Sen, Premio Nobel de Economía de 1999, en sus publicaciones[3].

De lo descrito anteriormente se puede concluir, que es necesario identificar y medir (cuantificar) desigualdades, como parte indispensable del estudio de la equidad en salud y como tarea ineludible en la búsqueda de las inequidades en salud para posteriormente, con participación de la sociedad, de todos los actores de la comunidad, a través de una discusión abierta, democrática y participativa, concluir sobre la evitabilidad de dichas desigualdades, crear las condiciones para el diálogo sobre su no-necesidad y la forma de enfrentar la injusticia de su presencia en la comunidad. Esta discusión puede ocurrir en el ámbito nacional o local y evidentemente, las acciones posibles para corregir la presencia de las inequidades, son de diferentes tipos de acuerdo con el nivel en que se enfrenten.

Como se presenta en otros artículos de este libro, es a través del empoderamiento, la participación, la democracia real, como mejor se enfrentan las desigualdades evitables, innecesarias e injustas. Así mismo, es también a partir del nivel comunitario y local que se construye el ambiente político, para que se puedan enfrentar las inequidades en un país.

1. El abordaje básico

El ejercicio de medición de las desigualdades en salud no se hace por razones académicas. El interés no es conocer la magnitud de las desigualdades individuales sino poder ubicar la dirección de estas desigualdades, de acuerdo con criterios que sean útiles para intervenir. Este enfoque es del mismo tipo que el utilizado en cualquier otro problema en que se miden desigualdades. Al cuantificar por ejemplo, la magnitud de la desigualdad del ingreso en un país, los economistas están interesados no solamente en conocer que el índice Gini en Brasil es de 0,6 cuando en Uruguay es de 0,4; les interesa además asociar la desigualdad existente entre los países con desigualdades en las oportunidades de educación, o con problemas estructurales de la economía que deben ser corregidos, para que la disparidad excesiva pueda ser corregida, propiciando así mejores condiciones de desarrollo y la disminución de las perspectivas de no gobernabilidad en una sociedad en relación con otra más justa.

De poco sirve saber, que el índice de concentración para la mortalidad en menores de cinco años en Brasil es –0,32 cuando en Nicaragua es de –0,17. Pero sí es útil cono-

[2] El libro principal de John Rawls sobre el tema no está disponible en español. Algunas de sus ideas se pueden leer en su otro trabajo *Justicia como equidad* (1986). Existe una discusión sobre la teoría de Rawls, disponible en Internet, en un artículo del Profesor Alejandro Rosas de la Universidad Nacional de Colombia, publicado en IDEAS Y VALORES, Revista Colombiana de Filosofía, No. 106. Bogotá–Colombia. abril 1998: http://hemeroteca.icfes.gov.co/revistas/ideasval/iv106 /rosas.html.
Otro trabajo, en la serie Filósofos de Hoy (1): John Rawls y la Teoría de la Justicia, por Pablo Da Silveira (1998) en la revista Relaciones Número 172 de Septiembre de 1998, también disponible en Internet: http://fp.chasque.apc.org:8081/relacion /9809/filosofos_de_hoy.htm.

[3] Un punto inicial para conocer los trabajos de Amartya Sen, especialmente en lo que se refiere a salud es su discurso frente a la Asamblea Mundial de la Salud (Sen 1999).

cer por ejemplo, que la prevalencia de diarreas en menores de cinco años es cinco veces mayor en barrios donde el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas es superior a 80%, comparado con barrios con el 20% o menos de población en tales condiciones. Se puede ubicar geográficamente la población en la que el problema es mayor, relacionar este incremento evitable, no-necesario e injusto con sus determinantes y mecanismos de reproducción para así poder actuar, contemplar e implantar intervenciones que modifiquen esta situación de inequidad en salud.

La poca utilidad del índice de concentración en el ejemplo, no se debe al uso de este indicador en particular pero si, a su disociación con variables que permitan identificar el problema en términos de su localización y en términos de sus determinantes. Por esta razón se debe desde el punto de vista práctico, medir siempre desigualdades en salud relacionadas con características de naturaleza socio-económica.

A través de intervenciones integrales se puede tratar de disminuir las desigualdades. En muchas circunstancias, la simple discusión por parte de la sociedad de un problema en que las desigualdades se manifiestan de forma muy aguda, ya es una razón suficiente para que se comience a trabajar en la solución de las inequidades existentes. La denuncia, la abogacía y la toma de conciencia, son etapas indispensables para empezar a contemplar la solución de las grandes disparidades injustas en salud.

La tradición ha sido más pensar en los promedios (locales, regionales, nacionales) que reconocer que la constatación de la existencia de grandes desigualdades, es muchas veces el punto clave en la generación de las voluntades políticas para empezar la búsqueda seria de soluciones.

A continuación se presentan varios aspectos técnicos sobre metodologías de medición de desigualdades, así como ejemplos y discusiones sobre el uso de los resultados y las fuentes de datos. Los aspectos de cómo traducir la información en conocimiento útil para los responsables en la toma de decisiones y las etapas de abogacía e implantación de intervenciones, son discutidos en otros artículos de este libro.

La medición de desigualdades en salud es un problema complejo; puede ser abordado de muchas formas y con distintos propósitos. Aquí se presentan algunos de los posibles abordajes, algunos ejemplos y una discusión sobre las ventajas, las dificultades, y sobre la necesidad existente de conectar la medición de desigualdad con la determinación del nivel, posiblemente a través de medidas que combinan los dos aspectos simultáneamente. Además se discutirá brevemente, la construcción de modelos que conecten el resultado de interés con sus determinantes sociales y económicos; cómo a partir de los ajustes también se puede obtener información relevante sobre las desigualdades y principalmente, cómo abordar el problema de intervenir para disminuir las desigualdades.

En todos los contextos mencionados es indispensable tener muy claro:

- ¿Qué se quiere medir?;
- ¿Por qué se quiere medir?; y
- ¿Quién va a utilizar los resultados?

El problema de medición de desigualdades en salud está en una etapa de efervescencia. Prácticamente cada investigador que trabaja en esta área, tiene por una u otra razón sus preferencias personales; el número existente de medidas y procesos de medición es excesivo, pero nuevas propuestas siguen surgiendo con un ritmo bastante rápido, lo que significa que todavía:

- No ha sido posible ponerse de acuerdo sobre lo que se debe medir.
- No se tienen instrumentos de medición realmente satisfactorios.

Otro problema presente en la base de estas dificultades, es el que en muchas circunstancias no exista consenso respecto a cómo medir la(s) característica(s) subyacente(s) de

interés, sea el estado de salud, las necesidades de salud o el acceso, la utilización y el financiamiento de la atención a la salud.

Este artículo no trata ni puede de ser exhaustivo, debido al gran número de posibles maneras de abordar los problemas de medición. Por otra parte, algunas de las técnicas de medición que se presentan no son útiles para uso en el nivel local, otras son de comprensión difícil por parte de los no especialistas, algunas presentan mayor potencial de impacto para fines de abogacía, es decir, cada una de las técnicas de medición, incluye aspectos tanto positivos como negativos. Algunas se incluyen, no por su utilidad para el trabajo en el nivel local, sino para que las personas con interés en el área puedan comprender los textos o charlas en que a veces son utilizadas.

2. Dispersión en el nivel individual

Antes de iniciar la descripción de esta técnica es preciso hacer alguna notación.

Supongamos que $s_1, s_2, \ldots, s_n$, son los valores de una medida (cuantitativa) de una característica (de salud) de interés en una población de n individuos. Los *s's* pueden ser una medida de estado de salud, de necesidad de salud, de acceso, de utilización o de financiamiento de la atención de salud (subsidio recibido, por ejemplo) de los miembros de la población.

> Se denotan los valores ordenados por $s_{(1)} \leq s_{(2)} \leq \ldots \leq s_{(n)}$
> La suma de los n valores será representada por $S = \Sigma s_i$

El nivel de los *s's* puede ser representado por una medida como el promedio *(S/n)* o la mediana u otra medida (así llamada) de tendencia central. Para determinar el grado de dispersión de los valores se puede usar una medida como la desviación estándar, pero se pueden también construir otras medidas como:

1. La *amplitud*, $s_{(n)} - s_{(1)}$
2. La diferencia entre cuartiles, también conocida como *amplitud entre cuartiles*, $dq = q_3 - q_1$ (donde q_1 y q_3 representan el primero y el tercer cuartil).
3. Medidas del tipo *razones de extremos*. Por ejemplo, la razón entre el promedio de los 20% mayores y el promedio de los 20% menores. En este caso es más conveniente trabajar con las probabilidades de morir y no con las probabilidades de sobrevivir.
4. *Brechas* en que se compara un grupo peor con el mejor de forma relativa, por ejemplo la diferencia entre el promedio del peor menos el promedio del mejor dividido por el promedio del peor. De nuevo conviene trabajar con las probabilidades de morir y no las probabilidades de sobrevivir.
5. Medidas *tipo coeficiente de Gini*. La curva de Lorenz para la distribución de los *s's* está definida por los pares de puntos:
   (0,0) (1/n,$s_{(1)}$ / S) (2/n, ($s_{(1)}$ + $s_{(2)}$) / S) ... (k/n, $\Sigma^k_{i=1} s_{(1)}$ / S) ... (1,1)
   y el coeficiente de Gini es *dos veces el área* entre la diagonal (la línea 0,0 a 1,1) y la curva de Lorenz.
6. Otras medidas distribucionales como *el índice de Theil, la entropía*, etc.

Para ver cómo cada una de estas medidas es calculada y cuál es su potencial uso, se presenta un ejemplo sencillo.

Supongamos que los *s's* son probabilidades de supervivencia hasta los cinco años de edad.

La población total son 12 individuos con valores (ya ordenados):

Indiv.	Valor	Indiv.	Valor	Indiv.	Valor
1	0,780	5	0,930	9	0,975
2	0,830	6	0,950	10	0,980
3	0,880	7	0,965	11	0,985
4	0,910	8	0,970	12	0,990

El *Promedio* es *0,929*
La *mediana 0,958*
La *amplitud (0,990 – 0,780)= 0,210*
el primer cuartil es *0,860* y el tercer cuartil es *0,945*
la amplitud entre cuartiles es por tanto *0,945 – 0,860 = 0,085*

Las probabilidades de morir son: $1 - s_i$
Los tres mayores valores son: 0,320; 0,170; 0,120 donde el promedio es *0,170*
Los tres valores menores son: 0,020; 0,015; 0,010 donde el promedio es *0,015*
La razón entre los dos promedios (del quintil superior por el quintil inferior) es *11,33*

En otras palabras:
El promedio de los 20% peores es 11,33 veces mayor que el promedio de los 20% mejores.
La brecha entre el quintil peor y el quintil mejor es *(0,170 – 0,015) / 0,170 = 0,912* o *91,2%*

Esta brecha se interpreta como el porcentaje de mortalidad que se podría evitar si la probabilidad de morir en el grupo peor se pudiera igualar a la probabilidad de morir en el grupo mejor.

Para construir la curva de Lorenz se acumula *Población* en el eje de los *x's* (las abscisas) y *Probabilidades de supervivencia* en el eje de los *y's* (las ordenadas).

Como son 12 individuos en la población, los valores en las abscisas son:
0/12 = 0 1/12 = 0,0833 2/12 = 0,1667 ... 12/12 = 1

Las probabilidades de supervivencias acumuladas suman:

0,780 + 0,830 + ... + 0,990 = 11,145

Los valores en las ordenadas son, por tanto:
0 / 11,145 = 0
0,780 / 11,145 = 0,0700
0,780+0,830 / 11,145 = 0,1445
...
0,780+0,830+ ... + 0,990 / 11,145 = 1

Los pares de puntos para la curva de Lorenz (parte **a** de la Figura 1) serán entonces:
(0; 0) (0,0833; 0,0722) (0,1667; 0,1481) (0,25; 0,2269) (0,3333; 0,3074) (0,4167; 0,3898) (0,5; 0,4741) (0,5833; 0,5593) (0,6667; 0,6454) (0,75; 0,7324) (0,8333; 0,8204) (0,9167; 0,9093) (1; 1)

Como muchas veces la curva está muy cerca de la diagonal, conviene para fines de visualización y de comparación (cuando se representa más de una curva en la misma figura), representar con otra gráfica la diferencia entre la curva y la diagonal. En este caso la curva resultante o curva de concentración está representada en la parte (**b**) de la Figura 1.

El área entre la curva de Lorenz y la diagonal es 0,0182 y por lo tanto el índice de Gini es 0,0364

Varias de estas medidas tienen propiedades que son consideradas inadecuadas (especialmente por los economistas). Una de las propiedades que varias de las medidas no poseen es la *"invarianza de escala"*, dicho en otras palabras, si todos los valores de mortalidad, por ejemplo caen a la mitad, debería mantenerse la misma medida de dispersión. Esta propiedad que es muy importante en el caso del ingreso (si todos los individuos de una población doblan su ingreso la desigualdad debería ser la misma) no es necesariamente indispensable en el caso de salud, especialmente de estado de salud. Entre las medidas que no son invariantes están la *amplitud, la amplitud entre cuartiles y la varianza*.

Como ya se había señalado, sea cual sea la medida de desigualdad que se utilice, este abordaje individual presenta serios problemas de interpretación y se considera inútil desde el punto de vista práctico. Si se quieren focalizar intervenciones en el grupo en peores condiciones, sería necesario obtener los valores de los *s's* para todos los individuos. Si los *s's* son medidas del estado de salud, significa conocer valores de las probabilidades de morir (o sobrevivir) para cada individuo en la población, algo que

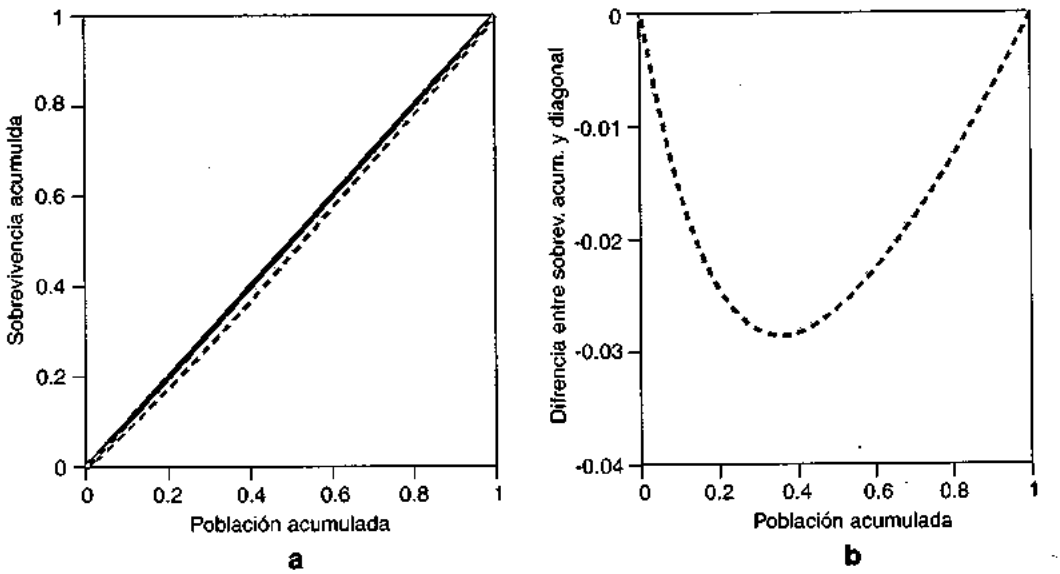


Figura 1. Curva de Lorenz (a) y curva de concentración (b) para las probabilidades de sobrevivencia de los individuos de una población.

no solamente es difícil de obtener sino imposible en la realidad; aún más, si se trata de medidas de niveles de acceso o utilización o gasto. Por estas razones y otras de naturaleza conceptual, este abordaje no solamente no es práctico sino que es además inaceptable desde el punto de vista teórico. Los fenómenos relacionados con la salud no son aleatorios sino que obedecen a determinaciones de orden biológico, social y económico interactuando entre sí de forma compleja (pero posible de ser estudiada). De ahí deriva la importancia del segundo tipo de abordaje.

3. Dispersión según criterios socio-económicos y modelos

En este contexto son relevantes dos observaciones de Amartya Sen en relación con la medición de desigualdades económicas, básicamente de ingreso, que son perfectamente apropiadas a nuestro problema.

- *"La importancia de los resultados formales está en última instancia en su relevancia en relación con la comunicación normal y con las cosas por las cuales la gente discute y lucha"* (Sen 1973).
- *"No se recomienda el monismo en el arte de... evaluación de las desigualdades"* (Sen 1997).

Ambas observaciones se relacionan con aspectos con los que la mayoría de los investigadores en esta área están de acuerdo, es decir, que la medición de las desigualdades se hace con diferentes objetivos en mente, algunas veces complementarios, pero a veces no relacionados entre sí, e incluso en aparente oposición. De ahí la importancia de tener claramente definido para cada caso lo que se quiere medir y quién podrá ser la audiencia para los resultados que se presenten. Algo que ya se explicitó en la introducción de este artículo.

Además ya se ha sobrepasado el punto en que se deben simplemente describir relaciones entre variables y factores socioeconómicos y salud. La importancia del Status Socio-Económico —SSE— en la determinación del estado de salud, las necesidades, el acceso, la utilización y los gastos en atención de la salud, es ampliamente

aceptada (Whitehead 1991, Illsley and Svensson 1990 y Mielck and Rosario Giraldez 1993), inclusive por muchos de los sectores más medicalizados del área de investigación en salud (Lantz et al 1998 y Editorial 1997).

Ha llegado el momento de concentrar más esfuerzos en la búsqueda de un mejor entendimiento de como el SSE afecta la salud, para que sea posible intervenir y causar cambios en las desigualdades existentes[4]. En este sentido, para muchos trabajos el desarrollo de modelos es ahora más importante que la simple medición de la magnitud de las desigualdades[5] Gakidou et al (2000). Las posibilidades creadas en esta dirección por el uso de metodologías nuevas como modelos multinivel[6] deben ser estimuladas; estas investigaciones incluyen, la intensificación de la búsqueda de los determinantes proximales y los caminos que llevan del ambiente social y económico a los resultados observados en salud.

Posiblemente el cuerpo de conocimiento más amplio en esta área haya sido creado en América Latina por diferentes grupos de epidemiología social, con los frutos de sus investigaciones y reflexiones escritos mayormente en Español y Portugués (Breihl 1995), y generalmente no accesibles a investigadores de otras partes del mundo.

Es muy pequeño el número y calidad de los resultados publicados, que demuestran disminuciones en disparidades de salud a través de intervenciones sociales y económicas, así como la importancia del estado de salud y de menores disparidades en salud para un mejor desempeño económico de comunidades y de naciones; algunos de los pocos son: el capítulo del estudio de caso de Bangladesh en el libro a ser publicado en el 2001 sobre la iniciativa Global de Equidad en Salud, la tesis de doctorado de Arora (1999) y el de Mayer et al (1999). Esta situación debe cambiar si se desea mantener el momentum existente y el interés en desigualdades e inequidades en salud, con el objetivo de disminuir las disparidades existentes.

4. Algunas de las medidas existentes

Una reseña importante y profunda sobre indicadores existentes para medir desigualdades socio-económicas en salud ha sido publicada en 1997 (Mackenbach and Kunst), donde son considerados once tipos o grupos de medidas. Los autores presentan un resumen sobre las medidas consideradas, que se reproduce en la Tabla 1, incluyendo ejemplos de uso e interpretación de cada una de ellas.

También enfatizan en que las medidas son para que sean utilizadas en un contexto de "*monitoreo de desigualdades socio-económicas en salud lo que implica la medición repetida de diferencias entre grupos socioeconómicos en relación con la ocurrencia de problemas de salud. Esto exige un gran esfuerzo, aún cuando pueden usarse datos recolectados de forma rutinaria, y por lo tanto requiere una planificación cuidadosa*".

---

[4] Hace un par de años, discutiendo la importancia de investigar las relaciones entre SSE y estado de salud, con el Jefe de Departamento de Epidemiología de una de las universidades de mayor prestigio en Estados Unidos, me dijo: "*En nuestro departamento no enfatizamos esta área, una vez que no es posible para un clínico recetar billetes de diez dólares para sus pacientes*". Esta es una persona que no entiende que intervenciones poblacionales suelen tener mayor impacto y efectos más duraderos que las de tipo individual.

[5] Algunos autores (ver Gakidou et al 2000) han propuesto recientemente que es más importante medir desigualdades a nivel individual que tratar de relacionar el proceso de medición con características de naturaleza socioeconómica. Sus argumentos son puramente técnicos y reflejo de no reconocer que todos estos estudios son importantes por las posibilidades de intervención que crean.

[6] El número de trabajos publicados en Salud Pública utilizando modelos multi-nivel está aumentando rápidamente. Ver por ejemplo: Kawachi et al (1999), Malsmström et al (1999) y Kennedy et al (1998).

Tabla 1. Inventario de medidas que determinan la magnitud de las desigualdades socio-económicas en salud*

Técnica de medida básica - indicador	Ejemplos	Interpretación
Razón de bajo vs. alto SEE		
Grupos extremos	Towsend 1988 (Black Report) Kagamimori 1983 Leclerc 1984	Tasa de morbilidad del grupo socio-económico más bajo como razón del grupo más alto.
Grupos amplios	Valkonen 1990 Vågerö 1989	Tasa de morbilidad del grupo amplio como razón del grupo más alto en SSE.
Percentiles	Wilkins 1989 Carr-Hill 1990	Tasa de morbilidad del quintil (decil, vintil, etc.) más bajo como razón del más alto en SSE.
Correlación y regresión		
Coeficiente de correlación	Winkleby 1992	Correlación entre tasa de morbilidad y status socio-económico (SSE).
Regresión sobre SSE	Valkonen 1989 Kunst 1994b	Aumento en la tasa de morbilidad por incremento de una unidad de SSE.
Regresión sobre percentiles cumulativos (Indice Relativo de Desigualdad; Indice de Inclinación de Desigualdad)	Pamuk 1985 & 1988 Kunst 1992 & 1994a	Razón de tasas de morbilidad (RII) o diferencia (SII) entre las personas menos y más favorecidas.
Regresión sobre valores-z	Minder 1991	Diferencia de tasas de morbilidad entre el grupo con las tasas más bajas y más altas que la tasa de morbilidad promedio (veces 0,5).
Coeficientes tipo Gini		
Coeficiente pseudo-Gini	Leclerc 1990	0 = no hay diferencias de morbilidad entre grupos; 1 = toda la mala situación de salud ocurre en una sola persona
Indice de concentración	Wagstaff 1991	0 = no hay diferencias de morbilidad asociadas con SSE; 1/+1 = toda la mala situación de salud ocurre en una sola persona.
Otros		
Riesgo atribuible poblacional	León 1992 Mackenbach 1992 Yeracasis 1976	Reducción porcentual en la morbilidad general si todas las personas tuviesen la morbilidad del grupo más alto de SSE.
Indice de disimilaridad	Koskinen 1988 Pappas 1993 Mackenbach 1993	Porcentaje de la morbilidad general que debe ser redistribuida para que todos los grupos tengan la misma tasa.

* Donde se menciona "morbilidad", "mortalidad" también se aplica.

Proponen asimismo, una "*estrategia general para implantar un sistema exitoso de monitoreo*" que incluye las siguientes etapas:

- "*evaluación de la disponibilidad de datos,*
- *recolección de datos adicionales, si es necesario,*
- *análisis, interpretación y presentación de los datos,*
- *formulación de una respuesta política frente a los resultados e identificación de datos adicionales necesarios*".

Otra importante reseña de medidas disponibles había sido publicada anteriormente por Wagstaff et al (1991)[7]. Los autores de ésta, son economistas y los del trabajo anterior son epidemiólogos. Es interesante resaltar que los autores de estos dos trabajos no están totalmente de acuerdo con relación a qué propiedades deben ser exigidas de las medidas para que sean "*satisfactorias*". También se presentan algunas de estas medidas e incluye otras más en el capítulo de Anand *et al* en el libro que prepara la Global Health Equity Iniciative —GHE— (Fundación Rockefeller) sobre desigualdades en salud.

En otros trabajos se ha investigado sobre la importancia de la forma como se mide el SSE (Manor et al 1997, Krieger et al 1999). Dos citas de ellos enfatizan el punto mencionado sobre la importancia de estudiarse mejor las intermediaciones que llevan del contexto socio-económico al estado de salud y a necesidades, acceso y utilización de los servicios de atención a la salud: "*Uno de los temas metodológicos más importantes en la medición de desigualdades en salud se refiere a la clasificación de posición social*" y "*La definición de posición social está por lo tanto relacionada con el contexto social que lo genera y no tiene a priori nada que ver con su potencial impacto sobre la salud*".

Para las medidas tipo Gini en este caso, la ordenación en las abscisas de los individuos (o grupos) se hace con un criterio, y la acumulación en las ordenadas, con otro. Por ejemplo, se ordenan las madres de acuerdo con el ingreso promedio (posiblemente ajustado) del hogar y se acumulan muertes de menores de cinco años en las ordenadas. Debido a esta forma de construcción la curva puede estar por abajo o por encima de la diagonal dependiendo de cómo la característica en estudio, se distribuye según el criterio de ordenación. Por ejemplo, el número de hijos por mujer suele ser mayor en poblaciones de menores ingresos; y la curva de concentración de nacimientos según ingreso, estará por encima de la diagonal. Con la atención adecuada del parto ocurre la relación inversa y la curva se situará abajo de la diagonal. La diagonal aquí, representa la situación de distribución uniforme, independiente del criterio de ordenación (cuando se trata de los ingresos, corresponde a una población en que todos los individuos —u hogares— tienen igual ingreso). El índice de concentración es dos veces el área entre la curva de distribución observada y la diagonal. La convención es tomar el valor con señal negativa si la curva está por encima de la diagonal y positiva si está por debajo de la misma.

La magnitud y complejidad del problema quedan aún más claras al revisar aseveraciones como la siguiente, con partes de la cual algunos investigadores no estarán de acuerdo, especialmente la última de ellas: "*La educación determina en gran parte la posición social de las personas, y el ingreso es en gran parte determinado por la*

[7] Mackenbach & Kunst se refieren a este trabajo de la siguiente manera: "*While we agree with many of Wagstaff et al's remarks, and indeed regard their paper as a milestone in the history of the measurement of socio-economic inequalities in health, we hold different views with regard to the intrinsic value of some of the summary measures which they rejected ...*" (1997, p. 767).

educación y la posición. Los tres son factores importantes en los caminos de determinación causal de la enfermedad y las lesiones. Si la posición social fuera por otra parte definida en relación con contexto social, esto significaría que medidas tales como educación, ingreso y ocupación que son relevantes en países del Norte podrían ser irrelevantes en áreas rurales de Africa y en otros lugares". Pero, inegablemente las relaciones cambian con el tiempo y con el contexto socio-económico de una sociedad.

5. Un ejemplo sencillo

En la Tabla 2, cada domicilio ha sido clasificado de acuerdo con el número de tipos de bienes durables que existen en su interior, independientemente del número de cada uno de ellos. La información disponible en la encuesta incluye: refrigerador, cocina, televisión, radio, aspiradora, bicicleta y carro. Las muertes de todos los menores de cinco años fueron entonces clasificadas de acuerdo con el tipo de domicilio, según el número de bienes durables existentes en el mismo.

La curva de concentración está representada en la Figura 2. Los hogares han sido ordenados en forma ascendente, según el número de bienes durables que tienen. El porcentaje de niños en los hogares es acumulado en la abscisa y el porcentaje correspondiente de muertes en menores de cinco años en las ordenadas. El índice de concentración es el área entre la curva y la diagonal, que para el ejemplo es igual a –0,32.

Este tipo de medida sufre de lo que se podría llamar el *"factor souót"*[8]. Si se le dice por ejemplo al Ministro de Salud de Brasil, que el índice de concentración para mortalidad de menores de cinco años en su país de acuerdo con el número de bienes durables del hogar es de –0,32; su probable reacción (si hablara inglés) sería:

Tabla 2. Número de bienes durables en el domicilio y mortalidad de menores de cinco años. Brasil, 1991-1995.

Nº de bienes durables	Muertes (acumulado)	Niños(as) (acumulado)	% Muertes (acumulado)	% Muertes (acumulado)
0	36.903	440.585	19,0	10,0
1	109.761	1'438.032	56,6	30,8
2	137.988	2'164.191	71,1	46,0
3	168.342	3'085.003	86,8	65,3
4	179.854	3'721.323	91,2	78,6
5	188.309	4'227.772	95,0	89,2
6	195.778	4'764.965	99,4	96,2
7	196.982	4'945.535	100,0	100,0

Fuente: DHS, Brasil, 1996.

[8] Este es el sonido de la expresión "So What?" en inglés, que significa "Y qué entonces?".

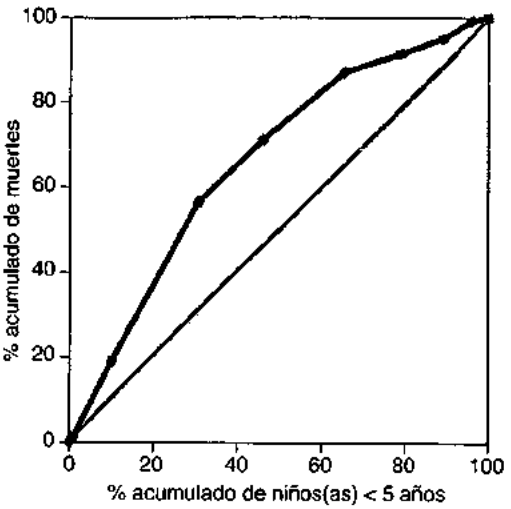


Figura 2. Curva de concentración para muertes de menores de cinco años en Brasil, de acuerdo con el número de bienes durables del hogar. *Fuente*: DHS, Brasil, 1996.

"*And souót?*" Puede ser bastante difícil explicar a un político o a un tomador de decisiones o a un líder de la comunidad lo que significa el índice de concentración.

Con los mismos datos se puede calcular la razón de alto frente a bajo. La tasa de mortalidad para niños(as) que nacieron de mujeres que viven en hogares sin ningún bien durable es 1.000 × 36.903 / 440.585 = 83,8 por mil. Para los que nacen en hogares con siete tipos de bienes la tasa es de 6,7 por mil. La tasa de mortalidad es por lo tanto 83,8/6,7 = 12,5 veces mayor para los niños en el grupo peor al comparar con el grupo en mejores condiciones. Además de ser fácilmente explicada, ésta es una medida de aquellas que causa una reacción del tipo "*Dios mío*".

La brecha relativa porcentual para el grupo peor (comparado con el mejor) es 100 × (83,8 – 6,7)/ 83,8 = 92 %. En otras palabras, se puede reducir el 92 % de las muertes en el grupo peor si en él, la tasa de mortalidad fuera igual a la del grupo en mejores condiciones. Es fácil ver como se pueden calcular el número de muertes en cada grupo si su tasa se igualara a la del grupo mejor. Sumando estos números de muertes en todos los grupos y comparando este valor "*posible*" con el valor real observado se obtiene el riesgo atribuible poblacional, que es de 83,3 %. Esta es también una medida de tipo "*Dios mío*". En Brasil casi todas las medidas de desigualdades en salud son de este tipo, no así el índice de concentración.

Si la mortalidad se mantiene igual en el grupo mejor pero, para cada uno de los demás puede ser mejorada con un grado en la clasificación, en otras palabras, si la tasa en el peor grupo se cambia a la del segundo peor, la del segundo peor a la del tercero, y así en adelante hasta que el penúltimo peor iguale la del mejor grupo, la mortalidad podría caer casi un 32% en la población en general. Esto nos lleva al último punto de este ejemplo (simplista pero útil). Una manera de cambiar la clasificación de los hogares de una posición en la escala (hacia una clasificación en mejores condiciones) es distribuir a todos ellos, excepto el grupo mejor, un bien durable adicional, por ejemplo una grabadora de video —VCR—. Esto significaría distribuir cerca de 30 millones de VCR's en Brasil, con un costo total poco superior a uno por ciento del producto interno total del país. Es dudoso que alguien en su sano juicio considere esta "*intervención*" como una forma sensata de reducir la mortalidad en menores de cinco años en ese país.

Esto lleva hacia la necesidad de disponer de una teoría sobre las relaciones causales entre los factores socio-económicos y los resultados en salud, a partir de la que se puedan desarrollar modelos útiles para guiar el desarrollo de intervenciones que reduzcan las desigualdades. La misma crítica puede hacerse al uso de la ocupación o de otras variables en estudios de desigualdades en salud. Al constatar las grandes diferencias de acuerdo con la clase de ocupación, una posible intervención para eliminar las disparidades es actuar para que todas las personas de alguna forma sean trasformadas en gerentes, lo que de nuevo es totalmente absurdo.

6. Nivel y desigualdades juntos - modelos

La medición de las desigualdades no puede ser disociada de considerar simultáneamente el nivel de la variable en estudio. La mejor forma de apreciar la importancia de estudiar ambos, nivel y desigualdad en conjunto, se puede ver con un ejemplo.

Adam Wagstaff (2000) ha estimado las tasas de mortalidad y los índices de concentración para mortalidad en menores de cinco años —a partir de datos de encuestas— para períodos de cinco años, correspondientes aproximadamente de 1991 a 1995. Los valores para nueve países se presentan en la Tabla 3.

Brasil tiene el mayor índice de concentración —IC— (en valor absoluto) indicando una desigualdad mucho mayor que los otros ocho países. Nicaragua, Filipinas y África del Sur tienen valores que están cerca de la mitad del IC de Brasil. Costa del Marfil, Ghana, Pakistán y Vietnam tienen valores de IC muy pequeños (todo en valor absoluto). Pero si uno considera los promedios nacionales de las tasas, el valor en Brasil es cerca de la mitad del valor en Costa del Marfil y menos de la mitad del valor en Ghana. La comparación entre Ghana y Brasil es especialmente útil para mostrar la importancia del promedio (nivel) y de la dispersión de la distribución (según gasto/consumo) medida por el índice de concentración. Ghana tiene valores de las tasas mayores, en todos los quintiles, mayores que la tasa en el quintil de menores consumos de Brasil, valores bastante parejos todos ellos, de ahí el pequeño valor (en valor absoluto) del IC. Vietnam tiene valores muy parejos, todos ellos inferiores al promedio de Brasil.

En otras palabras, tanto el promedio debe ser estudiado para situar el nivel en cada país, como la dispersión para medir las desigualdades (según diferentes criterios).

En la Figura 3 que presenta los valores de las tasas de mortalidad para los cinco

Tabla 3. Mortalidad en menores de cinco años en algunos países, de acuerdo con quintiles de gasto equivalente, promedios e índices de concentración, para períodos quinquenales, aproximadamente 1991-1995.

País	Tasa de mortalidad (por mil)						Índice de concentración
	Quintiles					Promedio	
	1	2	3	4	5		
Brasil	113,3	51,7	45,0	20,3	18,7	63,5	–0,322
Costa de Marfil	163,1	107,6	119,1	93,9	99,7	116,7	–0,096
Ghana	155,5	142,4	140,9	143,7	129,7	142,5	–0,028
Nepal	126,8	107,2	75,2	81,2	64,6	91,0	–0,132
Nicaragua	141,7	108,3	87,3	81,0	51,3	99,8	–0,169
Pakistán	160,1	147,4	137,6	145,9	145,2	147,2	–0,017
Filipinas (Cebu)	109,0	91,3	84,0	64,2	44,0	78,5	–0,160
Africa del Sur	159,7	133,3	74,5	99,3	76,7	112,7	–0,148
Vietnam	53,5	48,7	53,4	50,4	47,4	50,7	–0,016

Fuente: Adaptado de las tablas 4 y 5 de Wagstaff (2000).

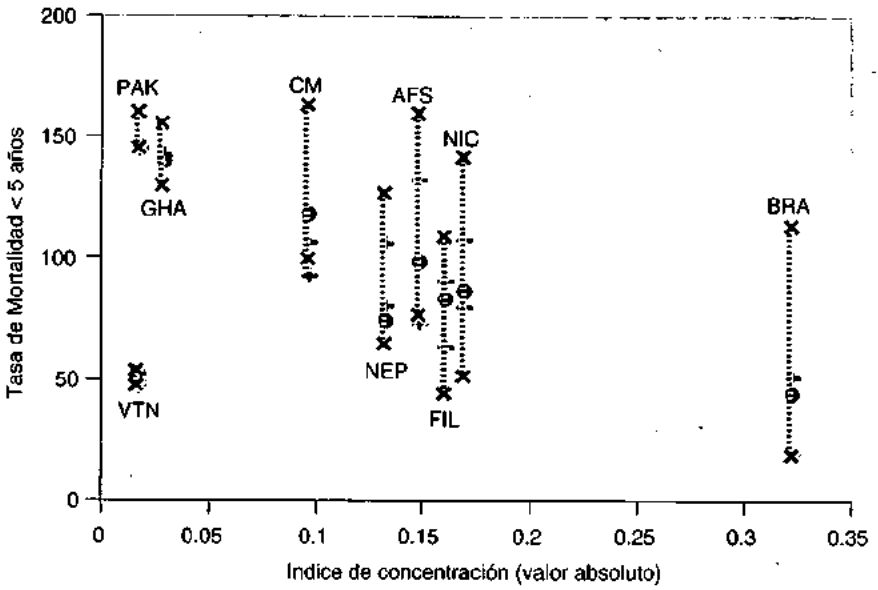


Figura 3. Promedios e índices de concentración para las tasas de mortalidad en menores de cinco años en nueve países. *Fuente:* Datos en la tabla 3.

quintiles en los nueve países, se pueden apreciar todas estas comparaciones recién mencionadas.

Es importante observar que las desigualdades en la mortalidad de menores de cinco años se relacionan fuertemente con las desigualdades de ingreso en los respectivos países. Los puntos en la Figura 4 representan los valores de desigualdad del ingreso (medido por el índice de Gini) y los índices de concentración para las tasas de mortalidad en menores de cinco años en los nueve países de la Tabla 3.

Aún más importante para la descripción de desigualdades en salud, es el desarrollo de modelos basados en una teoría que explique las relaciones entre los macro determinantes de la salud y el resultado en términos de estado de salud de las poblaciones, sus necesidades de atención, el acceso, utilización y gasto en servicios de atención a la salud.

Existe un gran arsenal de modelos posibles, lo que falta es una teoría que sea aceptada por diferentes corrientes, con base en hechos sólidamente comprobados y que permita sugerir intervenciones con seguridad, cuyos efectos puedan ser medidos[9].

Un conjunto de técnicas promisorias se conoce actualmente con el nombre de modelos multi-nivel. Su uso en educación, psicología y ciencias políticas ya se extiende por más de una década, pero la utilización

[9] La escuela de epidemiología social en América Latina ha sido pionera en formular modelos en este sentido. Sin ser exhaustivo se puede mencionar a Jaime Breihl, Asa Cristina Laurel, Pedro Luis Castellanos, Naomar de Almeida Filho como algunos exponentes de estos grupos en América Latina. Gradualmente están surgiendo nuevas teorías que permiten entender mejor las mediaciones entre los determinantes socio-económicos y la salud. Una referencia interesante, es el libro recién publicado de Keating y Herzman (1999), así como una serie de trabajos de Richard Wilkinson y de investigadores de la Universidad de Harvard como Ishiro Kawachi, Bruce Kennedy y Nancy Krieger y el libro Social Epidemiology de Lisa Berkman e Ishiro Kawachi (2000).

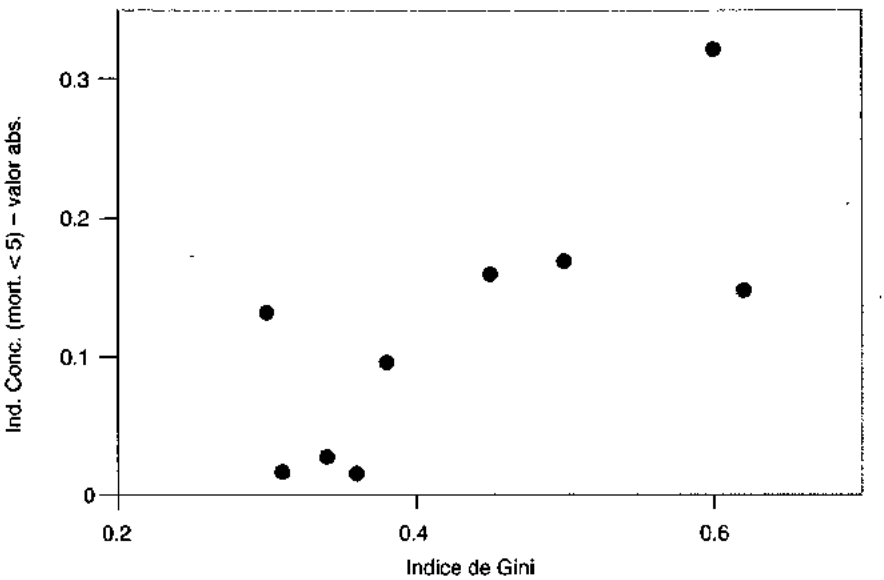


Figura 4. Indice de concentración para mortalidad en menores de cinco años y desigualdad del ingreso en nueve países. *Fuente:* Wagstaff (2000) y base de datos de desigualdades económicas del PNUD.

en salud es nueva. Son modelos que permiten la incorporación de variables tanto de tipo individual como del "*contexto*" en que se estudian los fenómenos. Permiten hacerlo sin incurrir en los problemas de la falacia ecológica y sin tener que ajustar modelos exclusivamente contextuales, con valores promedio de grupos con todos los problemas de ajustes inadecuados, poca confiabilidad y sin gran utilidad práctica[10].

Entre los ejemplos de uso de esta metodología está el trabajo de Kennedy, Kawachi, Glass y Prothrow-Stith (1998) en el que estudian el estado de salud en los Estados Unidos de América, con datos de la encuesta continua de salud de ese país y donde plantean una relación de sus resultados con el ingreso del hogar y la desigualdad del ingreso en el Estado donde vive cada individuo. Esta variable de desigualdad del ingreso (medido por el índice de Gini) es una variable de "*contexto*". En el abordaje tradicional se asocia a cada individuo el valor del índice de Gini en el Estado respectivo, con los problemas asociados a este abordaje (Diez-Roux 1998). En este estudio los autores utilizan la metodología de multi-niveles para encontrar el resultado (bastante sorprendente) que inclusive para los sectores de ingreso más alto, vivir en un Estado de mayor desigualdad es malo para la salud de la gente.

El resultado que se estudia es el porcentaje de personas que en la encuesta nacional de salud, declaran que su salud es mala o muy mala, según el Estado en donde viven; para ello los estados han sido repartidos en dos grupos, uno con las mayores desigualdades de ingreso y otro con los que tienen menores desigualdades. El resulta-

[10] Un artículo corto pero que explica bastante bien las ventajas del uso de dichos modelos es el de Ana Diez-Roux (1998). Duncan et al (1998) es un trabajo de divulgación de este tipo de modelos y presenta varios ejemplos interesantes.

do está representado esquemáticamente en la Figura 5 donde se observa, que para menores ingresos la diferencia entre los dos grupos de estados es mayor, pero aún para los grupos de mayores ingresos, en aquellos estados donde las desigualdades económicas son mayores el porcentaje de personas que se declaran con salud mala o muy mala es mayor, que en los estados con menores disparidades en el ingreso.

Esta clase de modelos debe incorporarse al arsenal de técnicas para el estudio de las desigualdades en salud, pues permite incorporar en los estudios el contexto social en que se reproduce la salud de las poblaciones.

Existen muchas otras alternativas de creación de modelos; entre ellos los tradicionales de regresión lineal y regresión logística, pero también los novedosos en este tipo de estudio, como el desarrollo de un ajuste para la supervivencia de menores de cinco años de Wagstaff (2000), que permite investigar de manera exploratoria como varían el nivel y las desigualdades de la variable de interés, según cambios en la distribución de las variables explicativas.

7. Disponibilidad de datos

Todos los países de la Región disponen de datos que permiten la medición de las desigualdades y a partir de ahí, el estudio de inequidades. Existen encuestas de hogar de buena calidad con coberturas variables en casi todos los países[11], y censos nacionales que son fuentes importantes para determinar necesidades básicas insatisfechas.

Los registros administrativos generalmente no contemplan la inclusión de variables de tipo socio-económico, pero sí tienen información sobre la residencia, lo que permite ubicar a las personas en espacios geográficos caracterizados según sus condiciones de vida. En relación con esta clase de datos es importante contemplar la inclusión (cuando sea necesario) de variables como educación, ocupación y otras, en los formularios de los sistemas de registro y de vigilancia de salud pública; que muchas veces se encuentran incluidas en el formulario, pero el espacio no es llenado porque los funcionarios responsables saben que son datos que no serán utilizados. Si en el nivel local se decide que es importante estudiar desigualdades en salud de acuerdo con sus determinantes socio-económicos, puede realizarse una campaña de concientización del personal responsable por la recolección de la información para que conozca que estos datos son importantes para la toma de decisiones y la implantación de intervenciones.

Por otra parte es posible en el ámbito local, utilizar metodologías innovadoras para clasificar comunidades de acuerdo con condiciones de vida. En la ciudad de Barquisimeto, Venezuela, debido a la dificultad de obtener los datos sobre porcentajes de población con necesidades básicas insatisfechas, se decidió clasificar los 900 barrios de la ciudad con un criterio "*ad-hoc*" basado en opinión de tres personas: un líder comunitario local, el (la) trabajador (a) social responsable del barrio, en el centro de salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y un estudiante de postgrado en Medicina Social que conocía el área. Cada uno de ellos debió contestar a tres preguntas: ¿Cuál es el porcentaje de viviendas sin abastecimiento adecuado de agua en el barrio?, ¿Cuál el porcentaje de personas mayores de 15 años analfabetas en este ba-

[11] El Programa de Políticas Públicas y Salud de la Organización Panamericana de la Salud, ha creado una base de datos sobre las encuestas de hogar existentes en América Latina y el Caribe desde 1985 en adelante, que hayan incluido algún módulo sobre salud. La base de datos puede ser consultada por Internet en: http://www.paho.org/spanish/hdp/asp/encuestas.asp.

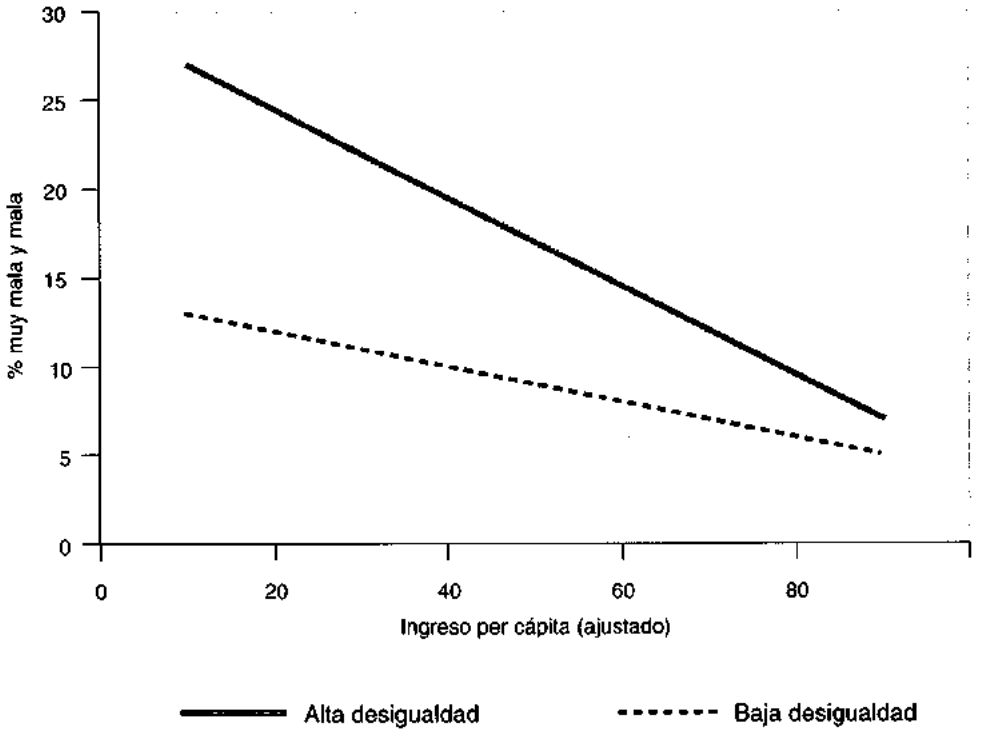


Figura 5. Salud mala y muy mala, según auto-evaluación de los entrevistados, de acuerdo con su ingreso y la desigualdad del ingreso en el Estado de residencia, como variable de contexto. Fuente: Adaptado con valores aproximados de Kennedy et al (1998).

rrio? y ¿Cuál el porcentaje de viviendas inadecuadas en el barrio?[12].

Como cada respuesta podía variar de cero a cien, eran tres preguntas, contestadas por tres personas, un barrio podía ganar una "*nota*" final entre cero y 900. Los peores barrios tendrían notas muy altas, los mejores muy bajas. Utilizando esta clasificación se estudiaron varios aspectos de la salud de la población según su barrio de residencia. Los resultados fueron sorprendentes. Por ejemplo, en el 10% de barrios con mayores notas, el porcentaje de niños nacidos con muy bajo peso al nacer (menor de 2000 g) era tres veces mayor que en el 10% de barrios en mejores condiciones.

Este ejemplo demuestra como con creatividad se pueden desarrollar mecanismos de clasificación de los espacios geográfico-poblacionales que son útiles para el estudio de las desigualdades en salud. Evidentemente este indicador de "*condiciones de vida*" para los barrios de la ciudad es útil para comparar los extremos, pero probablemente será poco sensible para las situaciones intermedias. Aún así es innegable su utilidad para

[12] El trabajo fue realizado por el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Centro-Occidental Lisandro Alvarado, de la ciudad de Barquisimeto, con el apoyo de la OPS y coordinado por la Dra. Cristina Ludwig de Montilva. Los resultados no han sido publicados formalmente.

clasificar áreas que necesitan de mayor atención, de forma práctica y útil. Intervenciones para aumentar la cobertura de atención prenatal de calidad y programas de complementación alimentaria de mujeres embarazadas, podrían concentrarse en los barrios en peores condiciones, con un potencial de impacto elevado sobre los resultados indeseados de altos porcentajes de nacimientos con bajo peso al nacer y sus consecuencias sobre todo el desarrollo futuro de estos niños.

Otro aspecto no discutido en los puntos anteriores es con relación a "*inequidad de qué*?" Todos los ejemplos son de inequidades en el estado de salud, pero es también muy importante estudiar y contemplar intervenciones en el propio sistema de servicios para mejorar la equidad de acceso y de utilización, así como la equidad en el financiamiento de los servicios de atención a la salud. El proyecto EQUILAC[13] desarrollado conjuntamente por la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Mundial y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, estudió las inequidades en el acceso y financiamiento de los servicios de atención en cinco países de la región, utilizando datos de encuestas de hogares.

Cuando es posible establecer con cierto grado de precisión una necesidad de atención de salud, y se dispone de datos de utilización para este tipo de necesidad, existe una medida de inequidad similar en su construcción al índice de concentración, que se conoce por el nombre de índice de Kakwani (Kakwani et al 1997)[14].

Un ejemplo sencillo es determinar este índice para la necesidad de atención del parto en un país o en el nivel local. El primer paso es clasificar a las mujeres en edad fértil de acuerdo con un criterio socio-económico, por ejemplo, de acuerdo con el ingreso per cápita del hogar. A través de datos de encuesta se puede luego determinar el número de nacimientos en cada grupo de esta clasificación. De la misma forma, se clasifican las atenciones —adecuadas o no, institucionales o no, etc.— y se obtienen datos como el de la Tabla 4, donde la variable de clasificación es quintil de ingreso.

Tabla 4. Porcentajes de nacimientos y de partos con atención adecuada, de acuerdo con ingreso per cápita de la mujer.

Quintil ingreso per cápita del hogar	% de nacimientos	% de partos con atención adecuada	% acumulado de nacimientos	% acumulado de partos con atención adecuada
1 (más bajo)	31	8	31	8
2	26	13	57	21
3	17	19	74	40
4	14	25	88	63
5 (más alto)	12	35	100	100

[13] Un resumen sobre los objetivos del proyecto se encuentra en las páginas del Programa de Políticas Públicas y Salud, de la Organización Panamericana de la Salud en Internet: http://www.paho.org/english/hdp/hddeq.htm.

[14] El artículo de Kakwani et al (1997), presenta no solamente el índice sino también toda la teoría para poder realizar pruebas de hipótesis con el mismo índice de Kakwani y también con el índice de concentración.

Si se acumulan los porcentajes de nacimientos de acuerdo con ingreso —necesidad— y también los de partos con atención adecuada —utilización—, se encuentran valores que pueden ser representados en una gráfica como las presentadas en las Figuras 1 y 2 (Figura 6). Para el porcentaje acumulado de nacimientos la curva está por encima de la diagonal de igualdad, y por debajo, para los porcentajes acumulados de partos con atención adecuada. El índice de Kakwani es el área entre las dos curvas. Si la inequidad de utilización en relación con la necesidad es pequeña, el índice tendrá un valor muy cerca de cero, la necesidad y la utilización casi coinciden. Si la utilización cae en los grupos en peores condiciones el valor del índice aumenta. El máximo teórico que puede alcanzar el índice de Kakwani es el valor 1.

8. Comentarios

El estudio de las inequidades en salud (estado de salud, acceso, utilización y financiamiento de los servicios de atención a la salud) es siempre posible. La aseveración que no es posible por falta de datos, no se justifica. Los países de América Latina disponen todos de muchas fuentes de información útil a este propósito; si existe la voluntad política de estudiar las desigualdades para mejorar la equidad en salud o en el acceso y financiamiento de los servicios de atención a la salud, siempre se encontrará la forma de usar y adaptar las fuentes de información para que sirvan adecuadamente a este propósito.

Aún en el nivel local cuando a veces parece que es más difícil o imposible hacerlo, se pueden crear mecanismos para adaptar

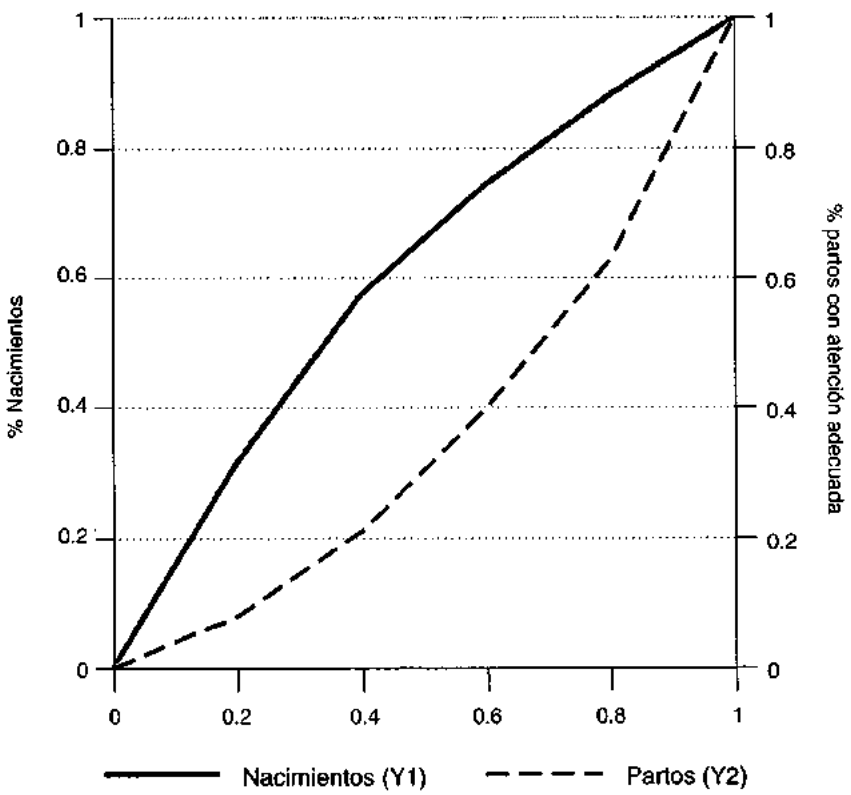


Figura 6. El índice de Kakwani para la atención adecuada del parto.

fuentes de datos administrativos en conjunto con clasificaciones socio-económicas simplificadas, para tener una primera aproximación de la magnitud de las desigualdades socio-económicas en salud.

Las medidas que se utilicen deben ser de fácil comprensión para los tomadores de decisión y para todos los actores involucrados en la búsqueda de soluciones. Solamente con herramientas que todos puedan utilizar, será posible desarrollar las actividades de abogacía y de promoción de intervenciones que sean necesarias para aumentar la equidad en salud. Además de usar técnicas apropiadas, es importante tratar de estudiar más a fondo las relaciones de causalidad, los mecanismos de mediación entre los macro determinantes y las desigualdades para que las intervenciones que se propongan tengan mayores posibilidades de éxito.

Es igualmente importante, como se ha resaltado en muchas otras partes de este libro, tener en cuenta que todo el proceso debe estar asociado al empoderamiento de los grupos más marginados, a la creación de redes de apoyo social, de solidaridad en y entre las comunidades involucradas. Como muchos autores han resaltado ya, es necesario aumentar el capital social de las comunidades para que exista más justicia y en consecuencia más equidad.

Bibliografía

ANAND, S., DIDERICHSEN, F., SHKOLNIKOV, V., EVANS, T. AND WIRTH, M. (en preparación). Indicators of Health Equity. Chapter 5 En: EVANS, T., WHITEHEAD, M., DIDERICHSEN, F., BHUIYA, A. AND WIRTH, M., eds. Challenging health inequities: From ethics to action. New York: Oxford University Press.

ARORA, S. (1999). Health and long-term economic growth: A multi-country study. Ph. D. dissertation, the Ohio State University, graduate program in economics.

BERKMAN, L. and I. KAWACHI (eds.) (2000). Social Epidemiology. Oxford U. Press: New York.

BRAVEMAN, P. (1998). Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low-and middle-income countries. WHO/CHS/HSS/98.1. Ginebra, Suiza.

BREIHL, J. (1995). Epidemiology's role in the creation of a humane world: Convergences and divergences among the schools. Editorial. Soc. Sci. Med., Vol. 41, pp. 911-914.

CARR-HILL, R. (1990). The measurement of inequities in health: Lessons from the British experience. Soc. Sci. Med., Vol. 31, pp. 393-404.

DA SILVEIRA, P. (1998). John Rawls y la Teoría de la Justicia, Filósofos de Hoy (I). Revista Relaciones Número 172, Septiembre.

DANIELS, N.; B. KENNEDY Y I. KAWACHI (2000). Justice is good for our health. The Boston Review. February-March (El artículo completo, y las discusiones de varios especialistas sobre el mismo se encuentran en Internet en: http://bostonreview.mit.edu/ndf.html#Health).

DIEZ-ROUX, A. V. (1998). Bringing Context Back into Epidemiology: Variables and Fallacies in Multilevel Analysis. Amer. J. Publ. Health. Vol. 88, pp. 216-222.

DUNCAN, C.; JONES K. and MOON G. (1998). Context, composition and heterogeneity: Using multilevel models in health research. Soc. Sci. Med. Vol. 46, No.1, pp. 97-117.

EDITORIAL (1997) Health inequality: The UK's biggest issue. Lancet, Vol. 349, pp.1185.

GAKIDOU, E.E.; MURRAY C.J.L. and FRENK J. (2000). Defining and measuring health inequality: An approach based on the distribution of health expectancy. Bull. of the World Health Organization, Vol. 78, No.1, pp. 42-54.

ILLSLEY, R. and SVENSSON P.G. (eds.) (1990). Social inequalities in health. Soc. Sci. Med., Vol. 31, pp. 223-240.

KAGAMIMORI, S.; TIBUSHI Y. and FOX J. (1983). A comparison of socio-economic differences in mortality between Japan and Wales. World Health Stat. Q., Vol. 36, pp. 119-128.

KAKWANI, N.; WAGSTAFF A. and VAN DOERSLAER E. (1997). Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference. J. Econometrics, Vol. 77, pp. 87-103.

KAWACHI, I.; KENNEDY B.P. and GLASS R. (1999). Social capital and self-rated health: A contextual analysis. Amer. J. Publ. Hlth., Vol. 89, pp. 1187-1193.

KEATING, D. and HERZMAN C. (eds.) (1999). Developmental Health and the Wealth of Nations. Gilfod Press.

KENNEDY, B.; KAWACHI I.; GLASS R. and PROTHROW-STITH D. (1998). Income distribution, socioeconomic status, and self-rated health in the United States: Multilevel analysis. Br. Med. J., Vol. 317, pp.917-921.

KOSKINEN, S. (1988). Time trends in cause-specific mortality by occupational class in England and Wales. Proceedings of IUSSP conference at Florence, June 1988. IUSSP. Florence.

KRIEGER, N.; CHEN J.T. and SELBY J.V. (1999). Comparing individual-based and household-based measures of social class to assess class inequalities in women's health: A methodological study of 684 US women. J. Epidemiol. Community Health, Vol. 53, pp. 612-623.

KUNST, A.E. and MACKENBACH J.P. (1994a). International variations in the size of mortality differences associated with occupational status. Int. J. Epidemiol., Vol. 23, pp. 742-750.

KUNST, A.E. and MACKENBACH J.P. (1994b). The size of mortality differences associated with educational levels in 9 industrialized countries. Am. J. Publ. Hlth., Vol. 84, pp. 932-937.

KUNST, A.E. and MACKENBACH J. P. (1994c). Measuring Socioeconomic Inequalities in Health. World Health Org., EURO, Copenhague (El texto completo del informe en inglés, está disponible en: http://www.who.dk/hs/Meas01.pdf).

KUNST, A.E.; GEURTS J.J.M. and VAN DER BERG J. (1992). International variation of socio-economic inequalities in self-reported health. A comparison of the Netherlands with other industrialized countries. Netherlands Central Bureau of Statistics. The Hague.

LANTZ, P.M.; HOUSE J.S.; LEPDOWSKI D.R.; WILLIAMS D.R.; MERO R.P. and CHEN J. (1998). Socioeconomic factors, health behaviours, and mortality: Results from a nationally representative prospective study of US adults. J.A.M.A., Vol. 279, pp. 1703-1708.

LECLERC, A.; LERT F. and FABIEN C. (1990). Differential mortality: Some comparisons between England and Wales, Finland and France, based on inequalities measures. Int. J. Epidemiol. Vol. 19, pp.1-10.

LECLERC, A.; LERT F. and GOLDBERG M. (1984). Les inégalités sociales devant la mort en Grand Bretagne et en France. Soc. Sci. Med., Vol. 19, pp. 479-487.

LEON, D.; VÅGERÖ D. and OTTERBLAD OLAUSSON P. (1992). Social class differences in infant mortality in Sweden: A comparison with England and Wales. Br. Med. J., Vol. 305, pp. 687-691.

MACKENBACH, J.P. (1992). Socio-economic health differences in the Netherlands: A review of recent empirical findings. Soc. Sci. Med., Vol. 34, pp. 213-226.

MACKENBACH, J.P. (1993). Inequalities in health in the Netherlands according to age, gender, marital status, level of education, degree of urbanization and region. Eur. J. Publ. Hlth., Vol. 3, pp. 112-118.

MACKENBACH, J.P. and KUNST A. E. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Soc. Sci. Med., Vol. 44, pp. 757-771.

MALSMSTRÖM, M.; SUNDQUIST J. and JOHANSSON S-E (1999). Neighbourhood environment and self-reported health status: A multilevel analysis. Amer. J. Publ. Hlth., Vol. 89, pp. 1181-1186.

MANOR, O.; MATTHEWS S. and POWER C. (1997). Comparing measures of health inequality. Soc. Sci. Med., Vol. 45, pp. 761-771.

MAYER, D.; MORA H.; CERMEÑO R.; BARONA A.B. and DURYEAU S. (1999). Health, growth, and income distribution in Latin America and the Caribbean. Preprint. Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Washington, D.C.

MIELCK, A. and ROSARIO GIRALDEZ M. (eds.) (1993). Inequalities in health and health care. Review of selected publications from 18 Western European Countries. Waxmann. Münster/New York.

MINDER, CH. E. (1991). A conceptual and methodological discussion of trans-national comparisons of socio-economic differences, and an example. Proceedings of the 5th meeting of the UN/WHO/CICRED Network on socio-economic differential mortality in industrialized countries. CICRED. Paris.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (2000). Desigualdades en los sistemas de salud y pobreza en América Latina y el Caribe: Tendencias e implicaciones para las políticas. Informe Técnico del Programa de Políticas Públicas y Salud, para el proyecto EQUILAC de la OPS, Banco Mundial y PNUD.

PAMUK, E. R. (1985). Social class and inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. Population Stud. Vol. 39, pp. 17-31.

PAMUK, E. R. (1988). Social-class inequality in infant mortality in England and Wales from 1921 to 1980. Eur. J. Population. Vol. 4, pp. 1-21.

PAPPAS, G.; QUEEN S., HADDEN W. and FISHER G. (1993). The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. N. Engl. J. Med., Vol. 329, pp. 103-109.

RAWLS, J. (1971). A Theory of Justice. Harvard University Press: Cambridge, Mass.

RAWLS, J. (1986). Justicia como equidad, Ed. Tecnos, Madrid.

SEN, A. (1973). On Economic Inequality. Oxford University Press.

SEN, A. (1997). On Economic Inequality. Expanded edition with a substantial annexe by James E. Foster and Amartya Sen. Clarendon Press.

SEN, A. (1999). Health in Development. Boletín de la OMS, Vol. 77, Número 8, pp. 619 a 623. Disponible en Internet en inglés: http://www.who.int/bulletin/pdf/issue8 /critical.pdf.

TOWNSEND, P. AND DAVIDSON N. (1988). The Black report. En: Inequalities in health, eds. Townsend, P.; N. Davidson and M. Whitehead. Penguin books. London.

VÅGERÖ, D. and LUNDBERG O. (1989). Health Inequalities in Britain and Sweden. Lancet, II, pp. 35-36.

VALKONEN, T. (1989). Adult mortality and level of education: A comparison of six countries. En: Health Inequalities in European Countries, ed. J. Fox. Gower, Aldershot.

VALKONEN, T. (1990). Socio-economic mortality differences in Finland 1971-1985. Central Statistical Office of Finland, Helsinki.

WAGSTAFF, A. (2000). Socio-economic inequalities in child mortality: Comparisons across nine developing countries. Bulletin of the World Health Organization. Vol.78, no.1, pp. 19-29.

WAGSTAFF, A.; PACI P. and VAN DOERSLAER E. (1991). On the measurement of inequalities in health. Soc. SCI. Med., Vol. 33, pp. 545-557.

WHITEHEAD, M. (1989). The health divide. En: TOWNSEND, P.; DAVIDSON N. and WHITEHEAD M. Eds. Inequalities in health, Penguin books. London.

WHITEHEAD, M. (1991). Equidad en Salud. Serie Traducciones, No. 9, HDP/HDD, OPS, Washington, D. C. El texto completo en inglés se encuentra en: http://www.who.dk/hs/concepts.pdf.

WILKINS, R.; ADAMS O. and BRANCKER A. (1989). Changes in mortality by income in urban Canada. Statistics Canada, Health Reports, Ottawa.

WILKINSON, R. G. (1996). Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality. Routledge, London.

WILKINSON, R. G. (1997). Health inequalities: relative or absolute material standards? Br. Med. J. Vol. 314, 22 February, pp. 591-595.

WILKINSON, R. G. (1998). What Health Tells Us About Society. IDS Bulletin. Vol. 29, No.1.

WINKLEBY, M.A.; JATULIS D.E.; FRANK E. and FORTMAN S.P. (1992). Socio-economic status and health: How education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. Am. J. Publ. Hlth., Vol. 82, pp. 816-820.

YERACARIS, C.A. and KIM J.H. (1978). Socio-economic differentials in selected causes of death. Am. J. Publ. Hlth., Vol. 68, pp. 342-351.

7 Satisfacción de las Necesidades Básicas Insatisfechas

Sérgio Rolim Mendonça, M. Sc.

En este artículo se presenta una de las vías más efectivas para que los países puedan mejorar de manera importante la calidad de vida de sus poblaciones, en lo que hace referencia a la prestación de servicios públicos domiciliarios, en particular agua potable, alcantarillado, tratamiento de aguas residuales, recolección y tratamiento de residuos sólidos, drenaje urbano, control de vectores, etc. Para ello existen diversas tecnologías de bajo costo, que pueden ser usadas para reemplazar las tecnologías tradicionales de alto costo, como son los llamados alcantarillados condominiales o en régimen de condominio, alternativa que los gobiernos pueden adoptar para disminuir los déficits de alcantarillado de las comunidades y consecuentemente mejorar las condiciones de bienestar de las poblaciones menos favorecidas.

Introducción

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud –PS– fue elaborada y adoptada por una conferencia internacional preparada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, realizada del 17 al 21 de noviembre de 1986 en la ciudad canadiense de Ottawa, con la presencia de doscientos delegados de 38 países que intercambiaron experiencias y conocimientos dirigidos en torno a la PS. Los participantes coordinaron sus esfuerzos para definir claramente los objetivos futuros y reforzar su compromiso individual y colectivo hacia el objetivo común de "*Salud para Todos en el año 2000*" (OMS et al 1986 a).

Esta carta define una propuesta hacia una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Las discusiones tomaron en cuenta los problemas de salud de las regiones subdesarrolladas o en vías de desarrollo así como de las regiones más industrializadas del planeta. La conferencia tomó como puntos de partida: los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la Atención Primaria, el documento "*Los objetivos de la Salud para To-*

dos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud, sostenido en la Asamblea Mundial de la Salud.

Dentro de los temas que presenta la Carta, hay uno en especial, que se refiere al área de saneamiento básico; su título es "*La Reorientación de los Servicios Sanitarios*", y contempla:

- La responsabilidad frente a la PS por parte de las instituciones y servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de PS.
- El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la PS, de forma tal que trascienda de la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Asimismo debe favorecer la necesidad de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.
- La reorientación de los servicios sanitarios, exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria así como a los cambios en la educación y en la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios, de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

1. Condiciones de equidad

El Estado puede mejorar de manera importante y eficaz la calidad de vida de la población a través de una de las vías más efectivas, relacionada con la prestación de los servicios públicos domiciliarios, en particular: agua potable, alcantarillado, tratamiento de aguas residuales, recolección y tratamiento de residuos sólidos, drenaje urbano, control de vectores, etc. La Tabla 1 presenta el déficit de cobertura de agua potable y alcantarillado en Colombia.

2. Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI–

Los indicadores de NBI captan o pretenden captar, hogares que carezcan de servicios básicos, o donde el alojamiento no cumpla con especificaciones mínimas de habitabilidad, o que por ciertas características, sus residentes tengan importantes desventajas en el mercado laboral.

En Colombia se consideran cinco indicadores de NBI, a saber:

- hogares que habitan en viviendas inadecuadas;
- hogares que habitan en viviendas sin servicios básicos;
- hogares con hacinamiento crítico;
- hogares con inasistencia escolar; y
- hogares con alta dependencia económica.

Los hogares que habitan en viviendas sin servicios básicos se pueden encontrar en dos zonas:

- ***Urbana***, que incluye viviendas sin sanitario, o aquellas sin conexión al acueducto, en las que el agua utilizada provenga de ríos, nacimientos, quebradas, acequias, carro tanques o de la lluvia.
- ***Rural***, que incluye viviendas sin sanitario y, que al mismo tiempo, no tengan acueducto y se aprovisionen de agua en ríos, nacimientos o lluvia.

Se puede verificar en la Tabla 1 cómo la situación de agua potable en Colombia está mejorando gradualmente, mientras el déficit en el área rural es enorme. En esta misma tabla se verifica que el déficit en alcantarillado cada vez aumenta en proporciones más

Tabla 1. Déficit en cobertura de agua potable y alcantarillado en Colombia.

Servicio	Nacional (%)		Urbano (%)		Rural (%)	
	1994*	2002**	1994*	2002**	1994*	2002**
1. Agua Potable	24,0	17,4	7,3	4,0	76,6	51,2
2. Alcantarillado	29,3	29,8	1,7	14,0	27,1	69,6

* *Fuente*: Adoptado de la Encuesta Nacional de Hogares CGR 1994, DNP-UDS, Sistemas de Indicadores Demográficas, en: "PÍLDORAS FISCALES" (?), 1994.
***Fuente*: OPS/OMS (1999).

dramáticas; este problema en parte ocurre por las elevadas inversiones que requiere la construcción de los alcantarillados convencionales. El Banco Mundial admite que es necesario invertir U$300/habitante para los proyectos de sistemas de alcantarillados convencionales.

Actualmente existen diversas tecnologías apropiadas y de bajo costo que pueden ser usadas para reemplazar los alcantarillados convencionales; la más factible es la llamada de "*alcantarillados condominiales*" ó en régimen de condominio.

Una de las grandes ventajas de los "*alcantarillados condominiales*", es la de garantizar coberturas del 100% de los usuarios del sistema, situación que no ocurre generalmente cuando se instalan redes de alcantarillado convencional en países subdesarrollados, o en vías de desarrollo, donde se ha probado en la práctica que a través de estos sistemas, las coberturas muchas veces no alcanzan a llegar al 20%.

Adicionalmente, los costos de instalación de los "*alcantarillados condominiales*" alcanzan en la mayoría de los casos, la mitad del valor de los convencionales. Además de estas ventajas, los responsables por el mantenimiento de las tuberías son los habitantes de cada manzana, que disminuyen así considerablemente los costos de estos servicios para las empresas de agua potable y alcantarillado.

Esta es una alternativa que los gobiernos pueden adoptar para disminuir los déficit de alcantarillado de las comunidades y consecuentemente, mejorar las condiciones de salud de las poblaciones menos favorecidas. En otras palabras, esta filosofía es la aplicación de la justicia en el ámbito sanitario (Costa 1999), concepto válido para satisfacer todas las necesidades descritas en la Carta de Ottawa (OMS et al 1986a).

Estas necesidades tienen carácter universal, nadie debe ser excluido de este tipo de servicios, y por lo tanto, es obligación del Estado y la sociedad garantizar su acceso a quienes no están en condiciones de adquirirlos mercantilmente, y crear las condiciones para que en el largo plazo haya autonomía en su adquisición. Sin el acceso a estos bienes de "*mérito*", las personas están limitadas en el desarrollo de sus capacidades (Useche y Martínez 1999).

3. La gravedad de la situación de las aguas residuales en los países latinoamericanos y en el Caribe

Los escasos sistemas de saneamiento construidos en América Latina y el Caribe, obedecieron siempre a normas y procedimientos europeos y americanos con resultados eficientes y confiables. Sin embargo, los costos siempre fueron muy elevados para las posibilidades financieras de las empresas de saneamiento o municipalidades y en consecuencia, para las poblaciones a las cuales servían.

El 90% de los desagües de América Latina son vertidos sin ningún tratamiento a

los ríos y mares, o son usados en el riego de 500.000 hectáreas agrícolas, generando serios problemas de salud pública y contaminación ambiental. La Tabla 2 presenta la influencia del abastecimiento de agua y del saneamiento en la salud humana.

Las Tablas 3 y 4 presentan respectivamente la situación del alcantarillado y del tratamiento de las aguas residuales en la región.

Los principales factores que determinan el retraso en el mejoramiento del alcantarillado en la región son:

1. ***El elevado costo de la tecnología tradicional***, asociando dos factores que dificultan la expansión del sector: el elevadísimo costo de las inversiones y la grandeza y complejidad de las instalaciones. Históricamente las empresas públicas, departamentales o municipales han compartido siempre los servicios de agua potable con los servicios de saneamiento. Como en la gran mayoría de los casos hay insuficiencia en los servicios de suministro de agua, los recursos financieros disponibles son orientados prioritariamente para este sector, medida que aunque debe ser de racionalidad técnica, funciona muchas veces al revés, ocasionando que las excesivas pérdidas aumenten considerablemente los volúmenes de las aguas residuales.
2. ***La mala gestión de los servicios de saneamiento***, con la atomización de los recursos financieros en el sistema institucional.
3. ***La utilización de soluciones parciales que ayudan a "enmascarar el problema".*** La solución definitiva es cambiada por soluciones parciales, obligando a los consumidores a convivir con aguas negras en el fondo de sus casas y en las calles o, a desviar los desechos de sus fosas a las tuberías de drenaje (cuando existen), a través de un supuesto pacto sordo con la Municipalidad o con la Empresa. En la práctica el problema de las aguas negras desaparece a los ojos de la población pero este factor es determinante en la reproducción de vectores en los sitios de imperfecta colecta, por lo que van a aparecer con mayor virulencia en los cuerpos receptores, donde son descargados esos volúmenes contaminados.

Además de esos factores, se pueden citar varios otros que hacen referencia principalmente a la dificultad de conseguir una buena cobertura en la instalación de las redes de alcantarillado convencionales:

Tabla 2. Reducciones potenciales de la morbilidad por diferentes enfermedades, como consecuencia de mejoras en el suministro de agua y en el saneamiento.

Enfermedades	Reducción de morbilidad prevista (%)
– Cólera, fiebre tifoidea, leptospirosis, sarna, dracunliasis	80-100
– Tracoma, conjuntivitis, frambesía, esquistosomiasis	60-70
– Tularemia, paratíficas, disentería bacilar, disentería amebiana, gastroenteritis, enfermedades transmitidas por piojos, enfermedades diarreicas, ascariasis, infecciones cutáneas	40-50

Fuente: OMS (1986a).

- calidad de las instalaciones internas en los hogares;
- dificultades de construcción para hacer las conexiones;
- características hidráulicas adoptadas para los diseños de las tuberías;
- consideraciones técnicas en el diseño del alcantarillado;
- cultura y mentalidad de los ingenieros civiles y sanitarios responsables por esos servicios, de los cuales muchos tienen dificultad en liberarse de la influencia tecnológica europea y americana recibida en sus universidades.

Tabla 3. Cobertura de Alcantarillado y Disposición de Excretas en Latinoamérica y el Caribe: comparación entre 1988 y 1995

País	1988	1995	Cambio
Argentina	89	75	- 14
Bahamas	56*	100	+ 44*
Bolivia	34	62	+ 28
Brasil	78	67	- 11
Chile	83	81	- 2
Colombia	65	59	- 6
Costa Rica	97	97	0
República Dominicana	60	80	+ 20
Ecuador	56	53	- 3
El Salvador	61	77	+ 16
Guatemala	57	67	+ 10
Haití	22	26	+ 4
Honduras	62	82	+ 20
México	45	76	+ 31
Nicaragua	19*	59	+ 40*
Panamá	84	90	+ 6
Paraguay	58	32*	- 26
Perú	42*	61	+ 19*
Suriname	56	74	+ 18
Trinidad & Tobago	99	96	- 3
Uruguay	60	51*	- 9*
Venezuela	92	72	- 20

* Datos insuficientes.
Fuente: PAHO/WHO (1997)

Finalmente se pueden resumir las características del uso de la tecnología tradicional, en el caso de alcantarillados y de plantas de tratamiento de aguas residuales, en:

- Utilización del lote de terreno como unidad de atención al usuario (lo que maximiza la extensión y profundidad de los colectores, además del rompimiento de la calzada y del pavimento).
- Gran concentración en el procesamiento final para el tratamiento de las aguas residuales (más gastos aliados a mayores exigencias ambientales).
- Costosas estructuras de transporte entre sectores o cuencas colectadas (colectores de gran diámetro, emisarios, estaciones de bombeo, etc).
- Rigidez del patrón de colecta (no es ajustable a las diversas formas de urbanización existentes en las ciudades, dejando en consecuencia considerables parcelas de la población sin cobertura).
- Los estudios acerca de las tasas del agua indican que las poblaciones urbanas, deben pagar como máximo 5% de su jornal mínimo para el abastecimiento de agua. Si este porcentaje se duplica con cargos de alcantarillado, la tendencia será hacia la limitación del interés de las personas en tener conexiones de alcantarillado.
- La cobertura baja o la calidad deficiente de las instalaciones internas, restringe el número de conexiones.
- Las instalaciones por debajo del nivel de la calle y la inexistencia de acometidas para la conexión a los hogares, son obstáculos comunes.
- Los colectores funcionan casi exclusivamente como flujo libre de canal abierto en tuberías parcialmente llenas. Los sistemas de alcantarillado tienen que mantener velocidades de autolimpieza o fuerzas de tracción adecuadas. Las fórmulas hidráulicas antiguas de Chézy,

Tabla 4. Porcentaje de aguas residuales urbanas tratadas antes de su disposición final.

País	Porcentaje total	Porcentaje por nivel de tratamiento			Porcentaje de descarga en ríos, lagos y mar		
		P	S	O	R	L	M
Argentina	10	0	100	0	–	–	–
Bahamas	85	60	25	15	–	–	–
Bolivia	30	33	67	–	80	20	–
Brasil	20	10	68	22	–	–	–
Colombia	5	–	100	–	–	–	–
Costa Rica	3	33	67	–	98	–	2
Rep. Dominicana	85	80	–	20	–	–	–
Ecuador	–	–	–	–	80	1	19
El Salvador	1	–	–	–	–	–	–
Guatemala	9	46	54	–	–	–	–
Haití	–	–	–	–	40	–	60
México	13	14	27	59	–	–	–
Nicaragua	21	46	54	–	19	80	1
Paraguay	1	–	100	–	100	–	–
Perú	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	1	–	100	–	–	–	–
Trinidad	45	1	99	–	95	–	5
Uruguay	15	50	28	22	90	8	–2
Venezuela	–	–	–	–	66	24	10

* P = Tratamiento Primario
S = Tratamiento Secundario
O = Otros

** R = Río
L = Lago
M = Mar

Fuente: PAHO/WHO (1997).

Kutter, Bazin y otras, todas empíricas, deberían ser sustituidas por expresiones más modernas como la fórmula de Darcy-Weisbach o Fórmula Universal, que es una fórmula racional. La fórmula de Manning, también empírica pero más reciente, es muy usada debido a su estructura monomial que contribuye a la sencillez, además de haber ya confirmado su utilidad en la práctica en los Estados Unidos, con la obtención de una cantidad extensa de datos que confirman los datos de diseño.

Se pueden obtener grandes ahorros a través de un sencillo cambio de filosofía de concepción de estos sistemas, trazándose como objetivo principal la protección de la salud y el bienestar de las poblaciones por medio de un desarrollo sostenible.

La primera condición para obtener una importante reducción de costos es la divi-

sión del sistema de alcantarillado y aguas residuales en micro cuencas, con lo que se eliminan grandes interceptores y colectores de gran diámetro, estaciones de bombeo de gran dimensión, emisarios y grandes plantas de tratamiento de agua residuales.

La segunda condición es la participación integral de la comunidad a ser beneficiada.

4. Alcantarillado condominial

4.1 Filosofía y conceptos

La principal innovación es el *"alcantarillado"* llamado con cierta impropiedad *"condominial"*, enfatizando apenas en uno de sus aspectos más revolucionarios, la conexión domiciliaria condominial. Cada manzana es considerada como si fuera la proyección horizontal de un edificio; como no hay edificio sin cobertura total de agua potable y alcantarillado (o solución individual para sus desechos líquidos), los habitantes de las manzanas también tendrían los mismos derechos.

Los llamados sistemas condominiales o en régimen de condominio, son el resultado de una concepción de saneamiento que mezcla participación comunitaria con tecnologías apropiadas y de bajo costo, para producir soluciones que combinen economía y eficiencia, buscando crear condiciones para el acceso universal a los servicios de alcantarillado sanitario.

El mayor soporte de esta propuesta es la democratización de los servicios, que se concreta a través de algunos aspectos básicos que traen consigo el ingreso de nuevos recursos y energías al sistema.

Estos principales aspectos son:

- ***Adecuación a la realidad***, a una realidad económica de falta de recursos, empleos y renta, a una realidad social de miseria, hambre y enfermedades, a una realidad física de inmensas riquezas profundamente diferenciadas entre regiones.
- ***Participación comunitaria***, como derecho de orden político y como deber del ciudadano para con su comunidad, expresada en un pacto de colaboración continua con los servicios de construcción, operación y mantenimiento.
- ***Gradualismo***, del cual los países de la Región se apartaron para adherirse al *"hecho cumplido"*, en que la decisión está restringida a algunos. La idea es que las decisiones tengan otro rumbo, la más pronta atención a todos con una solución gradual, de estándares sucesivos también graduales.
- ***Implantación de los servicios como un proceso continuo y permanente***, para que los recursos disponibles en vez de ser aplicados intensivamente en pocas grandes ciudades, tiendan a una aplicación desconcentrada en el mayor número posible de municipalidades.
- ***Cambio y diferenciación del estándar***, con las profundas desigualdades de los países de la región, el estándar básico, aquello que determina que la inversión pública, pasa a ser determinado por las mayorías, y los que se apartan pasan a enfrentar la responsabilidad correspondiente.
- ***Integración de los servicios***, en contraposición al aislamiento pleno que existe hoy: en el plano físico, la integración con otros servicios urbanos; en el social, la integración de los varios estratos en un solo servicio; y en el institucional, la articulación entre organismos a favor de las instituciones.
- ***La municipalización***, no se trata que los servicios sean administrados por los municipios sino que sean de conocimiento de las autoridades municipales. El municipio como instancia natural de intermediación entre el concesionario y la sociedad, como instrumento de movilización comunitaria y como incorporador de recursos locales (energías), y que generalmente se encuentra al margen del proceso.

Las Figuras 1 y 2 presentan a título de comparación, esquemas de redes de alcantarillado convencional y condominial.

4.2 Principales innovaciones efectuadas

a) Innovaciones en criterios de diseño

Modificación del parámetro básico de dimensionamiento hidráulico (velocidad mínima), por la tensión tractiva o tensión de arrastre de sólidos mínima. El valor mínimo adoptado por la norma brasilera NB-567: "*Diseño de Alcantarillado Sanitario*" para este parámetro es 1 N/m², por ejemplo. Según investigaciones realizadas, la tensión tractiva de 1 Pa (Pascal) o 1 N/m², puede remover partículas suspendidas en las alcantarillas de hasta 1,5 mm de diámetro.

El criterio de tensión tractiva permite la reducción de las excavaciones en colectores construidos en terrenos planos, con pendientes y diámetros menores, con una desventaja desde el punto de vista de mantenimiento, que debe ser realizado con cuidados especiales o equipos totalmente manuales. La excavación es el factor que más contribuye en el costo de los alcantarillados; la dificultad está en la fijación del valor de la tensión tractiva mínima.

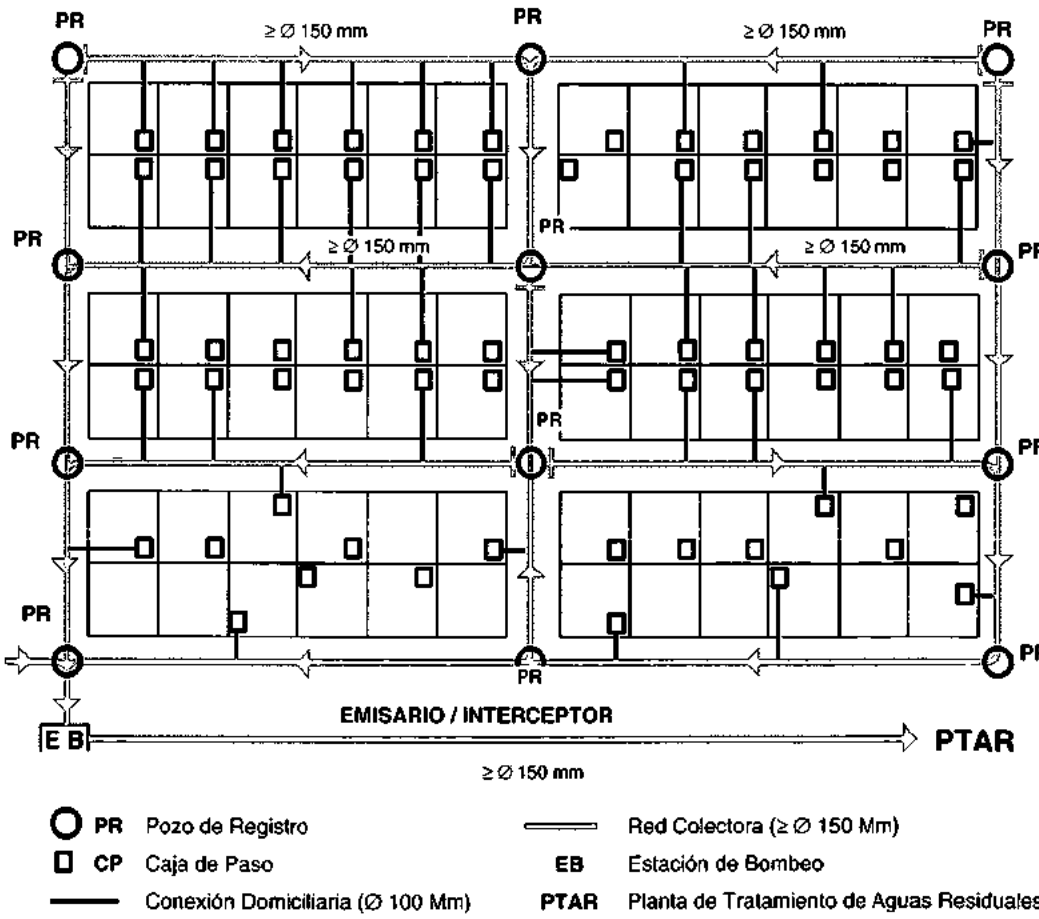


Figura 1. Sistema de alcantarillado convencional.

b) *Eliminación del límite de distancia máxima entre los pozos de registro*

Se han aceptado mayores extensiones de los tramos, principalmente por la constatación que la mayoría de los alcantarillados bien construidos no necesitan de mantenimiento por muchos años en función de su autolimpieza hidráulica.
Además existen equipos modernos para limpieza y desobstrucción de los alcantarillados, por ejemplo:

- Equipo limpiador de alta presión para alcantarillas (máquinas desatascadoras instantáneas con ahorros de agua).
- Equipo destinado a promover la limpieza de detritos de orígenes diversos, por medio de succión (aspiradora de flexión o acodamiento).

c) *Innovaciones en dispositivos para construcción de singularidades en las redes*

El único tipo de singularidad previsto por la norma original brasilera, fue el pozo de registro con tapa de hierro fundido de hasta 200 Kg. de peso. La NB-567, desde 1986 admitió además de la construcción de menor cantidad de pozos de registro los siguientes dispositivos:

- El tubo de inspección y limpieza —dispositivo que permite la introducción e inspección de equipos de limpieza—,

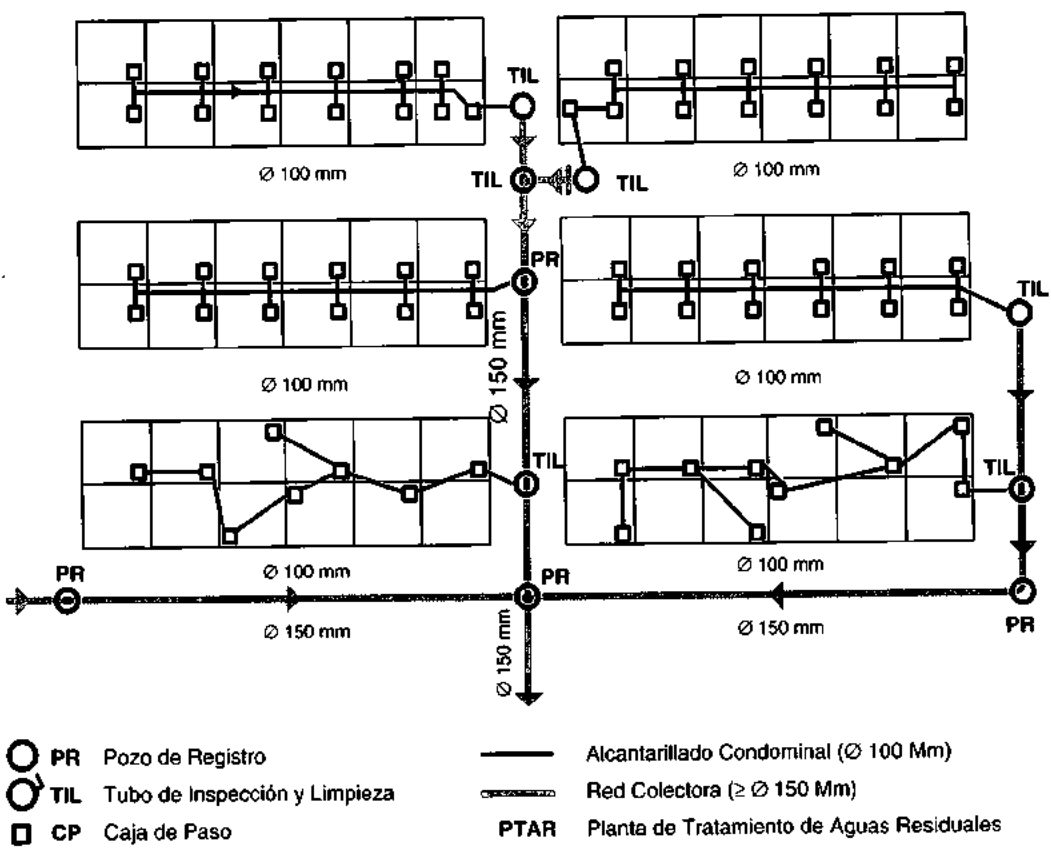


Figura 2. Sistema de alcantarillado condominial.

en reemplazo de la cámara de visita existente en la parte superior de los pozos de registro. Los tubos de inspección y limpieza sustituyen los pozos de registro, en calles de poco movimiento y también son intercalados con ellos.

- El terminal de limpieza —tubo que permite la introducción de equipos de limpieza—, ubicado en la cabecera de cualquier colector. Los terminales de limpieza sustituyen los pozos de registro en los casos de las redes asentadas en veredas, calles sin salida, villas y calles secundarias de tráfico liviano.
- La caja de paso —cámara sin acceso ubicada en puntos singulares por necesidad constructiva—.

4.3 Metodología de implantación

La implantación del alcantarillado condominial de acuerdo con la metodología expuesta por el Ing. Pery Nazareth (1998), en su excelente trabajo sobre el uso de esos sistemas en la capital de Brasil, es resumida a continuación.

La aplicación del nuevo modelo requiere la realización de un trabajo de movilización que tiene por finalidad crear condiciones para la participación de la comunidad, y como instrumento principal, la reunión condominial en torno de la que se desarrolla todo el proceso de implantación del sistema condominial.

De esta forma, la metodología de implantación del alcantarillado condominial obedece a varias etapas que preceden a su construcción.

a) Caracterización del área

Tiene como finalidad el conocimiento de la realidad local en sus aspectos físicos y sociales, para la definición de los elementos que serán utilizados en el proceso de movilización de la comunidad.

Integra esta etapa el contacto con los líderes locales e instituciones actuantes en el área, objetivando la divulgación del programa, la articulación de acciones, la identificación de materiales y servicios urbanos disponibles, y el conocimiento de la realidad socioeconómica local.

b) Reuniones de los condominios

Las reuniones con los condominios tienen por objetivo presentar las ideas básicas y reglas del programa de alcantarillado condominial, definir las alternativas de solución del problema local e incorporar la población a este programa a través de la formación de condominios.

Los condominios son la unidad de funcionamiento del sistema condominial y corresponden a las manzanas urbanas, compuestas por lotes con áreas aproximadas entre 120 a 150 m^2 en los barrios populares.

Las reuniones de la comunidad ocurren en cada manzana de acuerdo con una serie de requisitos básicos, enumerados a continuación:

- Situación del saneamiento en el área y presentación del programa condominial.
- Fundamentos y funcionamiento del sistema condominial.
- Opciones físicas de funcionamiento:
  - ***Ramal de fondo de lote***, pasando en las áreas libres disponibles en la parte de atrás de los terrenos, con participación del condominio en el mantenimiento del ramal.
  - ***Ramal de jardín***, pasando por el jardín, en la parte del frente del lote, con participación del condominio en el mantenimiento del ramal.
  - ***Ramal de las aceras***, localizado en las aceras, con responsabilidad integral de la Empresa de Agua Potable y Alcantarillado por el mantenimiento del ramal.
- Nociones de educación sanitaria.
- Costos (tarifas, pagos de conexión y formas de pago).
- Discusión con los moradores sobre la mejor alternativa de funcionamiento para ellos.

- Elección del representante responsable por la coordinación del procedimiento de elección de la opción, para el funcionamiento en la cuadra.
- Orientación relativa al procedimiento de adhesión formal del condominio al sistema, y para la elección de la opción de funcionamiento deseada.

Como instrumentos de apoyo a las discusiones, para facilitar la comprensión de la población sobre el funcionamiento del sistema, es recomendable utilizar un video que ilustre como funciona el programa condominial, maquetas y modelos reducidos de los componentes del ramal.

c) *Término de adhesión*

El proceso de adhesión al programa de una o varias manzanas, o un mismo conjunto habitacional, es oficializado por medio de la entrega de un documento llamado "*Término de Adhesión*", donde se determina con la firma de los habitantes, el tipo de ramal de su preferencia y la forma como desean efectuar los pagos de la tasa de conexión.

d) *Proyectos de ramales condominiales*

Los proyectos son compuestos de "*croquis*" y notas de servicio (apuntamientos topográficos para la ejecución de la obra), elaborados con base en levantamientos simplificados de campo y en detalles suficientes para la construcción de los ramales condominiales. Estos se elaboran luego de la entrega del "*Término de Adhesión*" en el que se determinó la opción del condominio.

4.4 Principales ventajas del alcantarillado condominial

- Cobertura permanente del 100% por cada manzana beneficiada.
- Costo menor de excavación, pequeñas profundidades de las alcantarillas condominiales.
- Costo menor del material para el alcantarillado condominial, extensión menor.
- Costo menor de los pozos de registro, pequeña cantidad de pozos de registro convencionales.
- Gran cantidad de cajas de paso en reemplazo de los pozos de registro tradicionales.
- Costo menor de las conexiones domiciliarias, pequeñas profundidades y extensión muy reducida de estas conexiones.
- Facilidad de ejecución de las conexiones domiciliarias aún para las casas vecinas, pared con pared.
- Utilización de materiales regionales en la construcción del alcantarillado condominial y conexiones domiciliarias.
- Mayor empleo de mano de obra poco calificada.
- Facilidad para desatorar el alcantarillado condominial y conexiones domiciliarias a través de equipo sencillo y de fácil manejo.
- Mayor facilidad en la definición de aportes de inversión nacional, departamental, municipal y local.

4.5 Principales desventajas del alcantarillado condominial

- Exigencia de trabajos preliminares y permanentes educación sanitaria y asistencia social para el involucramiento de la comunidad en el proceso de construcción, operación y mantenimiento de su alcantarillado condominial (en realidad esto no debe ser incluido como desventaja sino como obligación del Gobierno).
- Posibilidad de surgimiento de algunas dificultades teniendo en cuenta:
  - Derecho de paso
  - Servidumbre
  - Expropiación
  - Ampliación de áreas construidas, etc.

4.6 Tratamiento de las aguas residuales

Con la adopción de una nueva filosofía de concepción de los sistemas de saneamiento a través de su división en micro cuencas, además del incentivo a la masiva participación comunitaria, se podrán utilizar los principales procesos conocidos para el tratamiento simplificado de aguas residuales, después de su recolección a través de los alcantarillados condominiales.

Los principales tipos de tratamiento utilizados en conjunto con estas tecnologías son: tanques sépticos, tanques Imhoff, reactores anaeróbicos de flujo ascendente, lagunas de estabilización, disposición en el suelo, etc.

La fase líquida de los efluentes de tanques sépticos podrá trabajarse conjuntamente con: filtros anaeróbicos, filtros anaeróbicos sumergibles, filtros de arena, lagunas facultativas, zanjas de filtración, escurrimiento superficial, desinfección, etc. y su disposición final podrá ser efectuada a través de pozos de absorción, zanjas de infiltración, cuerpos receptores o sistemas colectores públicos.

La fase sólida podrá ingresar a digestores, lechos de secado o plantas de tratamiento de aguas residuales, luego de lo cual podrá utilizarse en rellenos sanitarios, campos agrícolas u otros.

5. Costos

Los costos recientes de implantación de obras de alcantarillados condominiales en Brasilia, D. F., de acuerdo con el Ing. Pery Nazareth (1998), son los siguientes:

Ramales condominiales	US$ 15 a US$ 18/m
Redes públicas	US$ 20 a US$ 35/m
Sistema colector (población de saturación)	US$ 30 a US$ 60/hab

Las inversiones se dividen así:

Redes públicas	40% a 50% de la Inversión
Ramales condominiales	50% a 60% de la inversión

También se verifica, desde el punto de vista de los indicadores físicos del sistema en Brasilia, D. F., una relación aproximada de 2 metros de ramal condominial por 1 metro de red pública.

Observadas las condiciones generales descritas para barrios y ciudades con perfil residencial y densidad de ocupación entre 100 a 200 habitantes por hectárea sin edificios de apartamentos, las inversiones para la implantación del sistema colector condominial podrán ser estimadas en: **US$ 55 a US$ 75 por habitante o US$ 310 a US$ 420 por familia.**

Se estima que la implantación de un sistema colector convencional en las mismas condiciones descritas, costaría entre 60 a 150% más, o sea, **US$ 88 a US$ 188 por habitante o US$ 496 a US$ 1,050 por familia.**

Para condiciones más generales, el límite de inversiones para el sistema de alcantarillado convencional es admitido en Brasil a un precio aproximado de **US$ 270 por habitante o US$ 1.500 por familia.**

En las Tablas 5, 6, 7 y 8 se presentan costos de sistemas de saneamiento, en Brasil, Colombia y otras partes del mundo.

Los "*Alcantarillados Condominiales*" (en régimen de condominio) tienen la posibilidad de reducir costos, comparados con el sistema tradicional de hasta 60%, y una cobertura posible de cerca de 100%.

Tabla 5. Alcantarillado sin arrastre de sólidos (asas), Colombia.

Corregimiento	Población atendida (hab)	Costo de inversión total (US$)*	Costo unitario (US$/hab)*
Granada, Sincé, Sucre	2.391	468.396,90	US$ 195.90
Pasacaballos, San Zenón, Magdalena	2.600	266.110,00	US$ 102.35

* Costos obtenidos por el Ministerio de Desarrollo Económico, Colombia, 1996.
Nota: Promedio para sistemas de alcantarillados convencionales sin tratamiento en Colombia: US$110/hab.
Fuente: MINDESARROLLO (1996).

Tabla 6. Alcantarillado condominial, Noreste de Brasil.

Municipio	Costos de inversión per capita*
Natal - Rio Grande do Norte	US$ 75 / hab
Parelhas - Rio Grande do Norte	US$ 105 / hab
Recife - Pernambuco	US$ 100 / hab
Petrolina - Pernambuco	US$ 80 / hab

* Obtenidos por la CAERN, Rio Grande do Norte y la COMPESA, Pernambuco, Brasil, 1989.
Fuente: AZEVEDO NETTO, J.M. (1992).

Tabla 7. Alcantarillado condominial, Sapé, Paraíba, Brasil.

Costos de Construcción*			
Item	Extensión (m)	Costo (US$)	Costo Unitario (US$/m)
Conexiones domiciliarias	1.136	8.382,44	7,38
Alcantarillado condominial	196	2.061,50	10,52
Red convencional	590	12.837,67	21,76
Costos de Inversión*			
Item	Población (hab)	Costo (US$)	Costo Unitario (US$/hab)
Inversión per cápita	695	23.281,61	33,50

* Obtenidos por la CAGEPA, Sapé, Paraiba, BRASIL, mayo a agosto de 1989.
Fuente: MENDONÇA, S.R. et al (1989).

Tabla 8. Rango típico de costos de capital de sistemas de saneamiento por familia (precios de 1990).

Tipo de Sistema	Costo (US$)
Letrina de doble pozo excavado con irrigación	75-150
Letrina de pozo excavado mejorada con ventilación	78-175
Alcantarillado superficial	100-325
Alcantarillado de conducciones estrechas	150-500
Fosa séptica convencional	200-600
Alcantarillado convencional	600-1.200

Nota: Los costos de capital por sí solos no bastan para determinar el costo de un sistema, pues el funcionamiento y la conservación de algunos sistemas, son más elevados que los de otros. Es pertinente calcular los costos totales de capital, operación y conservación, para determinar la cantidad que debe facturarse por el servicio y establecer si el resultado es asequible a las familias. Si el costo mensual del saneamiento supera 5% del ingreso familiar, se considera inasequible. La mayor parte de las alternativas de saneamiento de bajo costo resultan asequibles incluso a las comunidades más pobres, especialmente a las urbanas.
Fuente: SINNATAMBY, G. (1990).

Bibliografía

AZEVEDO NETTO, J. M. (1988). Simplified Sewerage Systems - Technical Aspects, Seminario Latino Americano sobre Saneamiento para População de Baixa Renda em Comunidades Rurais e Periurbanas, Doc. No. 37, Recife, Brasil.

AZEVEDO NETTO, J. M. (1992). Innovative and Low Cost Technologies Utilized in Sewerage, PAHO/WHO, Technical Series, No. 29, Washington, D.C.

COSTA, M. da (1999). ¿Cómo Podría Pensarse la Justicia Sanitaria desde la Bioética?, En: "Bioética y Justicia Sanitaria", Colección Bíos y Ethos, Ediciones del Bosque, Colombia.

DANE (1994). Especial: Los Indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), Manuel Muñoz, Investigador Universidad Nacional, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Colombia.

GUIMARÃES, A. S. P. (1995). Design of Simplified Sewerage under Brazilian Current Practices and its Application to the Nicaragua Water Supply and Sanitation Project, Rio de Janeiro.

GRAU, P. (1996). Low Cost Wastewater Treatment, En: Appropriate Waste Management Technologies for Developing Countries, Water Science and Technology, IAWQ, Vol. 33, No. 8, pp. 39-46.

MELO, J. C. R. et al (1983). Rocas/Santos Reis - Um Pacto Comunitário que Resolveu o Problema de Esgotamento Sanitário de toda a População, ABES, XII Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental, Camboriú, Brasil.

MELO, J. C. R. et al (1985). Sistemas Condominiais de Esgotos, Engenharia Sanitária, Río de Janeiro, Vol. 24, Nº 2, p. 237-8.

MELO, J. C. R. et al (1998). Soluciones Apropiadas para Descentralizar el Sistema de Alcantarillado Urbano, Plenaria – Retos del Manejo de Aguas Residuales en el Siglo XXI. XXVI Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, Lima, Perú.

MUÑOZ, M. (1996). Los Indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas.

NAZARETH, P. (1998). Sistemas Condominiales de Alcantarillados y su Aplicación en la Capital de Brasil, CAESB, Brasília, D. F.

MENDONÇA, S.R. (1984). Normalização Face às Alternativas Tecnológicas, En: ABES, XIII Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental, Maceió, Brasil, Vol. 3, Doc. Final, p. 186.

MENDONÇA, S.R. (1987a). Tópicos Avançados em Sistemas de Esgotos Sanitários, ABES, Río de Janeiro, 259 p.

MENDONÇA, S.R. (1987b). Tecnologías - Adequadas Novos Critérios de Projeto, En: Projeto e Construção de Redes de Esgotos, Cap. 5, S.R. Mendonça et al, ABES, Rio de Janeiro. 452 p.

MENDONÇA, S.R. (1995). O Uso da Água - Uma Questão de Racionalização e Bom Senso, Jornal "O Norte", João Pessoa, Brasil, 01/09/95.

MENDONÇA, S.R. (1996 a). Salud y Calidad del Agua en Colombia, Día Mundial del Agua, ponencia presentada en el Centro de Informaciones de las Naciones Unidas, 22/03/96, Santa Fe de Bogotá.

MENDONÇA, S.R. (1996 b). Primer Informe de Viaje a Riohacha, La Guajira, OPS/OMS, Santa Fe de Bogotá.

MENDONÇA, S.R. (1997c). Alcantarillados de Bajo Costo, Taller Regional sobre Participación Comunitaria y Saneamiento Básico Rural, Programa Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano, Proyecto MASICA, OPS / OMS, San José, Costa Rica.

MENDONÇA, S.R. et al, (1989). Otimização da Serventia de Rede de Esgotos Sanitários Utilizando Tecnologias de Baixo Custo - Um Caso Real, ABES, XV Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental, Belém do Pará, Brasil.

MINDESARROLLO (1995). Alcantarillado de Flujo Decantado, Santa Fe de Bogotá.

MINDESARROLLO (1996). Alcantarillado de Flujo Decantado, Taller sobre Tecnologías Apropiadas en Agua Potable y Saneamiento con Participación Comunitaria, Programa Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano, Proyecto MASICA, OPS / OMS, San José, Costa Rica.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS– (1986 a). Intersectoral Action for Health, Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS–, SALUD Y BIENESTAR SOCIAL CANADÁ Y ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA (1986 b). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS– (1993). Nuestro Planeta, Nuestra Salud, Informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS, Publicación Científica No. 544, Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS– (1996). Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos, HABITAT II, Establecimiento de Ciudades Sanas en el Siglo 21, Doc. Referencia, Estambul, Turquía.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1996). Una oportunidad para el cambio y un llamado a la acción, la salud y el ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible - Américas en Armonía, Washington, D. C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1999). Evaluación Global de Servicios de Agua Potable y Saneamiento 2000, Datos Preliminares, Ministerio de Desarrollo Económico, Colombia.

PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION –PAHO/WHO– (1997). Mid-Decade Evaluation of Water Supply and Sanitation in Latin America and the Caribbean, Washington, D. C.

PÍLDORAS FISCALES (?). Condiciones de Equidad en los Servicios Públicos Domiciliarios, Colombia.

PNUD (1987). Redes de Esgotos Simplificadas, Vol. Ie 2, Ministério de Desenvolvimiento Urbano e Meio Ambiente, Brasília, D. F.

SINNATAMBY, G. (1990). Low Cost Sanitation. En: HARDOY, J. E. ET AL., eds. The Poor Die Young: Housing and Health in the Third World Cities. Londres, Earthscan Publications, pp. 127-67.

UNICEF (1994). Recursos y Tecnologías Alternativas para el Mejoramiento del Ambiente y la Calidad de Vida de la Población de Escasos Ingresos, Fondo de Inversión Social de Venezuela - FONVIS, Memoria del Taller, Caracas.

USECHE, O. MARTINEZ, C. E. (1999). Hacia la Comprensión Integral de la Pobreza Urbana en Colombia, Bogotá, Doc. Mecanografiado, 12 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO– (1996). The World Health Report - Fighting Disease Fostering Development, Ginebra.

8 Cómo empoderar a los excluidos en el nivel local

Hernán Málaga - Marta Lucía Castro Ramírez

La búsqueda de la confianza social para facilitar la coordinación y cooperación de todos en beneficio mutuo, permite disminuir la exclusión social promoviendo el empoderamiento de los excluidos y con él, un poder igualitario. Para tal efecto, los excluidos deben concientizarse de su falta de oportunidades para participar en la toma de decisiones y además, que esta situación genera poblaciones y grupos con diferencias en las oportunidades de vida en los niveles continental, nacional y local. Se han excluido grupos por razones de sexo y género, edad, etnia, incapacidad o discapacidad, entre otros. Del mismo modo los grupos humanos deben concientizarse, que las intervenciones de otros sectores también pueden afectar la salud y que estos otros sectores, muchas veces pueden tener más responsabilidad en materia de salud, que el propio sector salud.

La generación de capital social, como resultado de la inversión social está asociada igualmente, con la salud de las comunidades, por lo que el proceso de empoderamiento mediante información en todos los sentidos dentro de la comunidad; su transformación en conocimiento; el rèconocimiento de una autonomía que promueva la autogestión para la solución de los problemas comunitarios dentro de ciertos límites; y la generación del trabajo en equipo, permiten la interacción social que logrará las decisiones óptimas para el bienestar comunitario.

El empoderamiento de una comunidad incluye un alto nivel de empoderamiento psicológico que se logra después de haber tenido una activa participación en grupos u organizaciones, y un empoderamiento político, que da lugar a la participación en decisiones favorables a la comunidad o grupo en cuestión y en la búsqueda de una redistribución de recursos del que hacer. De ahí, que un empoderamiento de la comunidad significa un control sobre los recursos mediante una redistribución, debido a que alguna gente gana a expensas de otros (Rissel 1994).

Swift, y Levin (1987) señalan que para que una persona se empodere, tiene que tener primero una conciencia crítica de su falta de poder, segundo sentir la inequidad y por último, a través de la interacción social, conseguir camaradería con personas similares a él en su pensamiento. Este grupo de personas participará en acciones deliberadas con el propósito de cambiar las condiciones sociales, creadas por esta falta de poder.

Por su parte Wallerstein (1992), define el empoderamiento como un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, las organizaciones y las comunidades hacia la meta de incrementar el control individual y comunitario, logrando eficacia política, mejora de la calidad de vida comunitaria y justicia social. Se produce de esta forma un capital social caracterizado por la organización social, como redes, normas y confianza social que facilita la coordinación y cooperación para el beneficio mutuo (Coleman 1988).

Por muchas razones, la vida es más fácil en las comunidades con un alto capital social; se evita el oportunismo, se desarrolla el "*yo*" en un "*nosotros*" y se estimula el "*gusto*" por los beneficios colectivos (Putnam 1995).

Estos procesos están mediados por la capacidad de decidir, de optar, de participar, y por la capacidad de la gente o su motivación para transformar la información o el conocimiento, con el fin de resolver problemas de su comunidad; capacidades que se encuentran mediadas por factores culturales, sociales, familiares, e incluso por características de personalidad.

Como resultado de la falta de empoderamiento surge la exclusión social, que se manifiesta en algunas poblaciones que no tienen oportunidad de vida, por no tener condiciones mínimas de supervivencia (De Kadt y Tasca 1993). Esta situación genera poblaciones con diferencias en salud dentro de un país y dentro de una ciudad, producto de la inequidad en la satisfacción de las necesidades básicas; así como grupos de individuos excluidos por razones de edad, género, etnia, religión, etc., exponiéndolos más a determinados riesgos, que siendo evitables, son injustos (Whitehead 1990).

La exclusión es un término complejo y relativo, y en el campo socioeconómico, un concepto reciente. La exclusión social se ha convertido en tema prioritario y de preocupación social del mundo en que vivimos. En gran medida se pueden asimilar los excluidos con los pobres, porque ser pobre, hoy en día, es ser excluido (Thai-Hop 1999). Definir la pobreza en términos puramente económicos es imposible, sobretodo en los países industrializados. En el nuevo contexto económico, los pobres no son sólo los que carecen de lo necesario, sino también los que no son tomados en cuenta a la hora de organizar la sociedad y de tomar decisiones sociales y políticas que han de incidir en su vida y en su muerte. El Concejo de la Comunidad Económica Europea, considera como pobres a los individuos, las familias y los grupos de personas cuyos recursos (materiales, culturales y sociales) son tan débiles, que están excluidos de niveles de vida mínimos aceptables en el lugar donde viven. El autor Thai-Hop, entonces se pregunta ¿No es la pobreza, la más aguda manifestación de la exclusión?

Según datos de la ONU (2000), alrededor de 3.000 millones de personas —la mitad de la población mundial— viven hoy con menos de dos dólares al día, y de ellos 1.300 millones, en lo que se considera pobreza absoluta, con ingresos equivalentes a un dólar. El Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola recuerda en este informe del año 2000, que cerca de 1.500 millones de personas no tienen acceso al agua potable, 130 millones de niños no van a la escuela, condenados de este modo al analfabetismo de por vida. Se subrayan también en él, las contradicciones que conlleva el proceso de globalización de la economía, "*como potencial y al tiempo como peligro para los países en desarrollo*". Señala además el documento, que "*la pobreza es a menudo, producto de la marginación, la*

exclusión social o el aislamiento geográfico", y que "*el crecimiento y el desarrollo marginan a los campesinos que viven en zonas remotas, a las poblaciones indígenas, a las minorías étnicas y a los campesinos sin tierra, y en particular a las mujeres y a los jóvenes de estas categorías*".

El modelo de intercambio con el que la sociedad se vincula respecto a lo que ocurre en la política, la cultura o, en el conjunto de la vida social, se asemeja al que se presenta en las transacciones del mercado. La economía mundial es históricamente nueva y a pesar que alcanza a cubrir el planeta entero, no todos los lugares ni todas las personas están incluidas directamente en ella. El discurso del mercado no logra integrar todos los sectores de la sociedad, por el contrario es un discurso de exclusión, del que surgen las subculturas, las pandillas o las etnias locales con identidades determinadas, que no se integran al resto de la sociedad (Bengoa 1996).

Tener un nivel de dignidad aceptable para vivir adecuadamente es lo que le permite a la gente vivir en la sociedad. Hoy el gran problema es que hay gente que permanece al margen de todo el intercambio social y de la gestión social; lo fundamental es que las personas sean incluidas en la vida social, con el fin de tener una sociedad más justa, más equitativa e igualitaria, donde el respeto por los derechos humanos sea considerado meta social importante (Casaretto 1998).

El crecimiento económico es una condición fundamental pero no suficiente, para promover una mejor calidad de vida, superar la pobreza y eliminar la discriminación y exclusión social. Se requiere además que dicho crecimiento se oriente a promover el desarrollo económico con equidad y justicia social, y que se acompañe con la aplicación de políticas sociales universales y focalizadas. (OEA 1997).

Según declaración de la reunión de ministros y delegados de la OEA, celebrada en Washington para definir las políticas de esa organización y elaborar el Programa Interamericano para Combatir la Pobreza y la Discriminación, se podría sintetizar la situación de los excluidos, en los siguientes niveles:

- En el plano tecno-económico, los excluidos son los que se ubican en los sectores económicamente débiles o al margen de la transformación tecnológica. Se caracterizan por tener una productividad muy baja, por la escasa o pobre tierra que poseen, por las herramientas obsoletas con las que trabajan y por la falta de calificación tecnológica; así como por los bajísimos sueldos que reciben y por los trabajos que realizan, que son considerados poco importantes en la sociedad.
- En la esfera social y política, los excluidos se encuentran en la categoría de las personas sin protección social, sin acceso a una vivienda digna ni a un trabajo estable. Son personas cuyo derecho a la justicia y a la dignidad humana no es reconocido.
- En el nivel cultural, la exclusión tiene formas diversas y todas de graves consecuencias: exclusión en el saber, en la información, en el derecho a la palabra, o en el derecho de vivir según su cultura, por ejemplo.
- Con frecuencia la exclusión se ubica en los dos extremos más frágiles y más vulnerables de la vida: los niños y los ancianos. El mercado los excluye porque económicamente no se valen todavía o ya no pueden valerse por sí mismos.
- Desde el punto de vista racial, hay una estrecha relación entre la exclusión y el color de la piel o el origen étnico. Son frecuentemente excluidos los negros, los indígenas, los afroamericanos, en general los miembros de etnias débiles.
- También existe un vínculo estrecho entre exclusión y género. Las mujeres constituyen el grupo excluido más numeroso del mundo. Aunque representan una

> mayoría de la población mundial y a menudo contribuyen mucho más que los varones a la familia y a la sociedad, suelen valer menos que los varones en términos de salario, de influencia, de oportunidades, de crédito financiero y de acceso a los puestos dirigentes. En el sistema neoliberal la pobreza se feminiza cada día más, tanto en los países pobres como en los industrializados. De hecho, las madres solteras, las mujeres solas, las esposas separadas o divorciadas, las viudas, las inmigrantes, las prostitutas, las trabajadoras domésticas, las obreras no calificadas; son las que viven en una gran pobreza y exclusión (OEA 1997).

Desde una perspectiva preferentemente tecnológica y social, Thai-Hop, al contrario de otros autores, entiende al excluido como alguien que está dentro del sistema social y económico vigente, pero se ubica en el polo opuesto al de los privilegiados. Con frecuencia, participa y contribuye en la dinámica económica, como es el caso de la mayoría de las mujeres, los informales, los inmigrantes de los países pobres en los países industrializados, los campesinos, etc.; pero está excluido de los beneficios del sistema, debido a grandes desigualdades en la distribución del ingreso, como la velocidad de la transformación tecnológica, que los deja fuera de la competencia.

El concepto de exclusión, resalta la ausencia o escasez de oportunidades que sufren los grupos sociales más débiles y los países pobres. Por su escasez de recursos, baja productividad y poca calificación tecnológica, los pobres son excluidos de las actividades más innovadoras, más dinámicas y por lo tanto más rentables. Según la conceptualización fundamental del liberalismo económico, cada persona vale en el mercado tanto cuanto vale su capacidad de oferta y demanda; los excluidos son aquellos cuya capacidad es nula o de escaso valor tecnológico y económico.

La contribución de los excluidos a la economía y su participación en la transformación democrática, no ha sido a través de los sectores llamados populares o informales, sino en los más innovadores y dinámicos; ellos no están totalmente al margen de la sociedad ni fuera del sistema social y económico vigente (Thai Hop 1999). En el mundo actual se mantiene y profundiza la vieja jerarquía de privilegios, con un centro de poder, algunas zonas intermedias y las amplias periferias de la pobreza.

Vivimos en un mundo que actualmente atraviesa por un período de profundos cambios que van más allá de las habituales crisis coyunturales, y que supondrá nuevas formas de organización social, política y económica. Transformaciones de gran importancia como las originadas por la tecnología o la economía, han estado acompañadas de una transformación en las formas de organización de la sociedad, y es eso lo que se presencia actualmente.

Si bien es cierto que diferentes grupos han sido excluidos a través de toda la historia de la humanidad por razones culturales, sociales, económicas y políticas, hoy aparece como un factor primordial de exclusión, el acceso a la información. El conocimiento es ahora la nueva fuente de poder, la posibilidad de establecer relaciones y de ser parte de una cultura y de una sociedad.

La flexibilidad de esta economía global, permite que el sistema en general conecte todo lo que sea valioso de acuerdo con los valores e intereses dominantes, en tanto que se desconecta todo lo que no sea valioso, o lo que ha llegado a devaluarse. Esta capacidad simultánea para incluir y excluir a las personas, los territorios y las actividades caracteriza a la nueva economía mundial, tal como está constituida en la era de la información, y las bases organizativas de esa capacidad son las redes de intercambio sustentadas en la tecnología de la información (Castells 1998). Vivimos en países donde existen diferencias abismales en información, desde escuelas donde los es-

tudiantes difícilmente cuentan con un texto escolar hasta centros y universidades donde la enseñanza se sustenta virtualmente y están conectados a redes. La falta de oportunidades también se origina ahora, de una manera importante y preocupante por la información, siendo uno de los factores de exclusión cada vez más difíciles de evitar entre los países.

Se requiere de un esfuerzo integrador para encontrar una nueva perspectiva de desarrollo, desde abajo o desde la periferia donde están las personas que difícilmente pueden entrar a competir y desde adentro, donde se concentra el poder; pero abierta a los nuevos cambios tecnológicos y a una transformación productiva con equidad. El Estado tiene una responsabilidad irrenunciable e ineludible sobre la cuestión social; el llamado Estado Benefactor se halla en retroceso en todo el mundo, pero aún no se ha encontrado un punto de equilibrio, porque si los servicios privados tienen la responsabilidad y la obligación de preocuparse por los asuntos sociales, el Estado tiene que encontrar su propio lugar, *"al menos en una función de conducción de toda la sociedad"* (Casaretto 1998), no puede renunciar a la acción prioritaria en temas sociales.

El empoderamiento de los excluidos permite el ejercicio de un poder de grupo para mejorar las condiciones de vida, gobernando en conjunto grupos y sociedades mediante lo que Ponce denomina un poder igualitario, en el que la gente se une para lograr una meta común, asegurando el beneficio de todos con iguales derechos y obligaciones, y respetando la autonomía de personas y grupos, bajo la coordinación de dirigentes al servicio de la comunidad (Ponce 1995).

Este tipo de empoderamiento, se da inclusó en poblaciones desplazadas por la violencia o desplazados económicos, en las que, de manera espontánea aparecen liderazgos comunitarios y es la propia comunidad la que excluye a los vividores, quienes aprovechan el fenómeno para lograr beneficios del Estado; en poblaciones como éstas, triunfa la organización, la disciplina y el deseo de superación (Viana 1999).

1. Concientización de la falta de oportunidad para participar en la decisión

En América Latina las decisiones han sido tomadas fundamentalmente por un Estado paternalista y con enfoque sectorial, muchas veces ignorando la autonomía local y frecuentemente, conducido por políticos que imponen el poder por la fuerza física, creando la división estatal entre gobernantes y gobernados, que es fuente de desigualdad y explotación (Ponce 1995). Esta forma de gobierno ha llevado a que la asignación de los recursos favorezcan a las grandes ciudades en detrimento de las áreas rurales con mayores Necesidades Básicas Insatisfechas.

Por ejemplo en México, las políticas de vivienda han beneficiado hasta hoy asentamientos urbanos en donde un 15% de sus viviendas no tienen abastecimiento de agua y un 25% carecen de servicios de desagüe (Lozano et al 1999) muy por debajo del promedio nacional. Situación detectada también, en la Administración del Régimen Subsidiado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en Colombia, al encontrar que cinco años después de haber implantado la Ley 100 (1993), que estableció como objeto central *"regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio de todos los niveles de atención"*, y alcanzar una cobertura del 57,5% en la población con NBI; las brechas posiblemente se hayan incrementado, porque de los 23 departamentos que tienen más de 36,45% de NBI sólo cinco pasaron el porcentaje nacional de aseguramiento del 57,5%, mientras que en los 11 departamentos más desarrollados con menos de 36,45 de NBI, ocho pasaron el

porcentaje nacional (SUPERSALUD y OPS 1999).

2. Inequidades sociales y su efecto en la salud de la comunidad.

Las inequidades sociales constituyen el problema dominante de la salud en las Américas, por lo que la Organización Panamericana de la Salud ha interpretado estas inequidades como un llamado a la Justicia Social y, un derrumbamiento de los muros que se han alzado hasta dejar sin esperanza, a las grandes masas de la humanidad que más lo necesitan (Alleyne 1998). La búsqueda de la equidad en salud debe incluir por consiguiente, el disfrute de aquellas condiciones sociales y ambientales que tan poderosamente repercuten en la salud. La asociación entre condiciones de vida y salud, se manifiesta por las grandes diferencias en la estructura de salud, enfermedad y muerte, de acuerdo con la oportunidad de vida de las poblaciones, correspondiendo su caracterización a la identificación de riesgos colectivos.

Así, en Venezuela se encontró que la tasa de mortalidad infantil es dos veces y media más alta en las parroquias que tienen entre 90 y 100% de las Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI–, cuando se las compara con el grupo que tiene entre 0 y 10%. La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles es tres veces superior en el grupo extremo y las tasas de mortalidad por causas perinatales seis veces mayor. Prácticamente todos los casos de tétano neonatal registrados en los últimos años, ocurrieron en municipios que tienen el 70% o más de población con NBI (UCV, OPS y MSAS 1993).

En el Perú se ha demostrado que la cobertura de suministro de agua potable (porcentaje de viviendas que la tienen), la utilización de servicios médicos, las consultas por habitante y por año y el nivel promedio del ingreso laboral por persona empleada, combinadas en una relación lineal, explican el 80% de la variación en la esperanza de vida entre departamentos (Heysen y Musgrave 1986).

En este país y en relación con la mejora de las condiciones de vida, la esperanza de vida al nacer, se ha incrementado de 44 años para el quinquenio 50-55, a 68,3 años en el quinquenio 95-2000; sin embargo, aún existen amplias diferencias entre departamentos. Es así como este indicador varía de 56,8 años en Huancavelica a 78,0 años en el Callao, haciendo evidente las marcadas diferencias en las condiciones de vida y los riesgos de enfermar y morir entre los diversos departamentos del país, debido a que los hogares de las poblaciones más pobres, tienen un escaso acceso a servicios como educación, salud, agua potable, desagüe, transportes y electricidad. Por ejemplo, en Huancavelica sólo el 34,3%, el 13,8% y el 32,9% de los hogares tienen acceso a agua potable, alcantarillado y electricidad respectivamente.

Con relación a la tasa de mortalidad infantil, ésta fue de 176,8/1.000 nacidos vivos en 1972 en este departamento, cifra 50% mayor a la tasa nacional de 117,7/1.000; 24 años después, esta tasa fué de 109,0, 118% mayor a la tasa nacional de 50/1.000. En este mismo período, la tasa de Mortalidad Infantil del Callao se ha reducido de 80,3 (31,4% inferior a la tasa nacional) a 20/1.000, (60% menor). Con relación al riesgo de morir, éste es diferenciado según niveles de pobreza, si bien la tasa de mortalidad del estrato cinco es 2,5 veces mayor que la del estrato uno, (12,0 y 4,9 por mil habitantes), el riesgo de morir por alguna enfermedad transmisible es casi cuatro veces mayor, 338,2 y 89,3/100.000 habitantes respectivamente (Ministerio de Salud del Perú 1999).

En Colombia, los municipios según condiciones de vida (expresada por las NBI), se clasifican en: 23,1% de municipios con hogares que tienen entre el 70 y el 100% de NBI, un 30,5% entre 50 y 69% de NBI, un 35,9% entre 39 y 49% de NBI y un

10,5% entre 0 y 29% de NBI, de un total de 2.090.544 hogares estudiados, con datos procedentes del censo de 1993. En los municipios donde se tiene entre el 70 y 100% de NBI, la pobreza extrema es más prevalente y se estima en el 44%, mientras que en los que tienen entre 0 y 29% de NBI, ésta sólo es del 3,4%. La presencia de Servicios Básicos en los hogares que tienen entre el 70 y 100% de NBI es del 44, mientras que en los que tienen entre el 0 y 29% de NBI es del 81,6%. Existe una correlación negativa entre condiciones de vida y mortalidad por enfermedades transmisibles y por diarreas. En las transmisibles ésta varía entre 8 al 10% para los estratos extremos y la muerte por diarreas varía entre el 0,9% y el 2,7% en municipios que tienen entre el 50 al 70% de NBI, y 2,4% en los municipios con más del 70% de NBI (DANE, Ministerio de Salud, OPS 1998).

En la Figura 1 se observan las tasas de mortalidad infantil de algunos departamentos en Colombia, según clasificación por NBI, evidenciando la relación existente entre esta problemática y el nivel de condiciones de vida.

El Infarto Agudo del Miocardio, en cambio, correlaciona en forma positiva, según el mejoramiento de las condiciones de vida, pasando de un 7,5% en los municipios con más de 70% de NBI, para alcanzar un 11% en el casco urbano de los municipios entre 50 y 70% de NBI, y descender a 10% en el casco urbano de los municipios con menos de 30% de NBI.

La poca correlación encontrada con las Enfermedades Transmisibles, se debe a que la probabilidad de defunción con certificación médica es de sólo el 28,4% en los municipios con más de 70% de NBI, mientras que en los municipios con menos de 30% de NBI, ésta es de menos de 1%. Además, las muertes certificadas con síntomas y estados morbosos mal definidos, constituyen el 17% en el casco urbano de los municipios con más del 70% de NBI y del 21% en las veredas; mientras que en los que tienen menos del 30% de NBI, éste es del 2% para el casco y del 3% para las veredas. Los homicidios en los cascos urbanos, tienden a incrementarse desde un 4% en los municipios con más del 70% de NBI a un 12% en las ciudades que tienen entre 30% y 49% de NBI, con un ligero descenso en las grandes ciudades (10%), haciendo además una presentación bimodal, con alta incidencia en las veredas más rurales y en las veredas

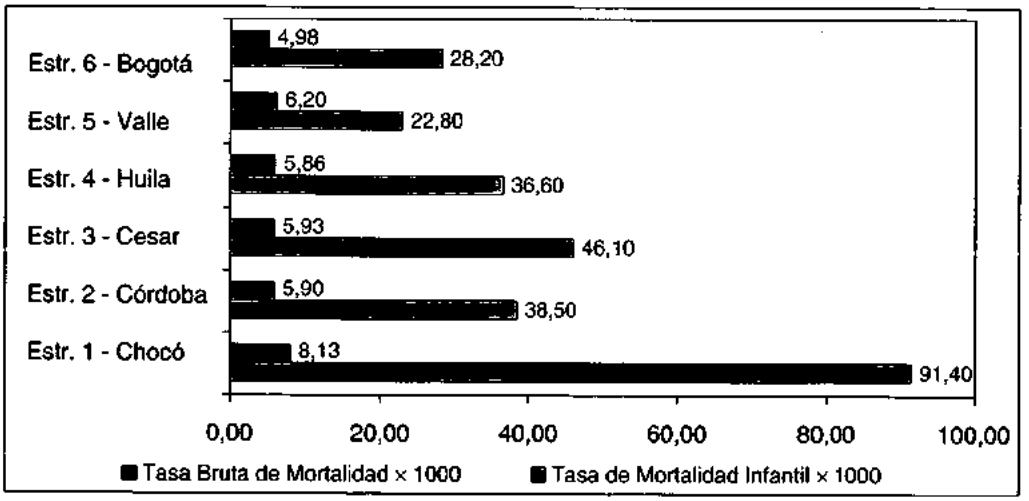


Figura 1. Tasas de mortalidad Bruta e Infantil. Departamentos seleccionados por estrato NBI. Colombia 1995-2000. Fuente: DANE, OPS 2000.

urbano-marginales. En las primeras, se pueden explicar por masacres de la violencia política y en las segundas por la delincuencia común (DANE, MINSALUD y OPS 1998).

En relación con la violencia, que constituye el primer problema de Salud Pública del país, hay grandes diferencias porque tiene una tasa de violencia de 111/100.000 en los varones y de 8/100.000 en las mujeres, no detectándose una correlación entre pobreza y violencia, puesto que uno de los departamentos más pobres de Colombia como es el Chocó, tiene la menor tasa de violencia, 8/100.000, mientras que Antioquia, uno de los departamentos más desarrollados, la tiene en 179/100.000. Sin embargo, en la gran ciudad se observa que gran aporte de los muertos por violencia, provienen de los estratos uno y dos más pobres (Guerrero 1998).

En Medellín-Colombia, se realizó un estudio comparativo del promedio anual de años de vida perdidos por 1.000 habitantes, por sub-grupo de causas y por nivel socioeconómico (ver Tabla 1), siendo los promedios en el nivel socioeconómico bajo más altos que en los niveles medio y alto, en el grupo de enfermedades transmisibles, perinatales, maternas y de la nutrición; en el grupo de las no transmisibles; y en el grupo de lesiones. (Londoño et al 1999).

En México, la provincia con la menor expectativa de vida, (58 años, igual a la expectativa nacional de 1960), está localizada en un área montañosa de Puebla, área pequeña con alta marginalidad, 70% de población indígena y escasos servicios de salud, con una mortalidad infantil de 81/ 1.000 nacidos vivos. En contraste, la población con más alta expectativa (71 años) es parte del área metropolitana de Monterrey, con muy poca marginalidad y buen acceso a Servicios de Salud. La diferencia absoluta entre provincias a 1993, es de 14 años, similar a la brecha entre Estados en 1980 (Lozano et al 1999).

En Argentina, si bien la mortalidad general descendió de 8,2/1.000 en el período 1986-1988, a 7,8 en 1995, las causas principales no se distribuyeron homogéneamente. Así en las regiones del Norte, con poblaciones de menores ingresos, las enfermedades infecciosas fueron las de mayor proporción, mientras que en las regiones centro y sur, las muertes por cáncer tienen el mayor peso proporcional. La mortalidad infantil cayó de 26,9 a 22,2/1.000, siendo la caída menor en el norte. La mortalidad materna, mostró inequidades similares (Verdejo y Bortman 1999).

La OPS clasificó a los países de la región de las Américas en cinco grupos, según su Producto Nacional Bruto (PNB), y

Tabla 1. Años potenciales de vida perdidos por la población de Medellín,1994-1996. Promedio anual poblacional de años potenciales de vida perdidos (× 1.000) por grupo de causas y por nivel socio económico. Medellín, 1994-1996.

Grupo de causas	Nivel socioeconómico			Total
	Bajo	Media	Alto	
Transmisibles, perinatales, maternas y de la nutrición	46,1	19,3	16,0	31,0
No transmisibles	76,3	44,5	37,4	58,1
Lesiones	168,6	117,7	54,9	132,3
TOTAL	291,0	175,6	107,9	221,4

ha calculado un índice resumen denominado Indice de Condiciones Saludables (ICS), de acuerdo con seis indicadores:

1. Número de médicos por diez mil habitantes.
2. Número de camas de hospital por mil habitantes.
3. Cobertura de vacunación antipoliomelítica oral en niños menores de un año de edad.
4. Cobertura de los servicios de abastecimiento de agua potable.
5. Cobertura de los servicios de alcantarillado y eliminación de excretas.
6. Porcentaje de población urbana.

El ICS representa el número de indicadores favorables, es decir de condiciones saludables presentes en un espacio geográfico determinado.

Para cada uno de los cinco grupos de países clasificados según PNB, se calcularon los valores promedios de ICS ponderados por tamaño de población, y tres indicadores de resultados de salud: tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer y tasa global de fecundidad, a fin de presentar un análisis comparativo de las tendencias e ilustrar la relación entre presencia de entornos saludables y los resultados favorables en salud en la región, recomendando para ello el análisis de situación de salud y sus tendencias, basado en las condiciones locales, de tal forma que puedan dirigirse las intervenciones de salud a los espacios de población prioritarios (OPS 1997).

Con estos ejemplos se puede concluir que en algunos países de América Latina, existen dos tipos de inequidades:

- Las inequidades en salud, producto de diferencias en las condiciones de vida, derivadas de la falta de justicia social, y
- Las inequidades en el acceso a los servicios de salud y dentro de éstas, las inequidades en el acceso a servicios de alta calidad, determinadas por una mala distribución de respuestas a las necesidades de asistencia sanitaria derivadas de la falta de justicia sanitaria.

Una de las mejores metodologías para identificar estos grupos, es el uso de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), porque a diferencia del establecimiento de niveles de pobreza, las primeras pueden ser localizadas geográficamente por comunidades, mientras que las segundas ubican individuos, casas y/o municipios enteros, que dificulta su uso para la posterior focalización, procedimiento descrito en el artículo "*Focalización y Priorización en la Práctica de la Promoción de la Salud*" de este libro.

Las NBI se recogen cada diez años, cuando se elaboran los censos poblacionales y en ellas, se caracterizan los niños que no van a la escuela, las viviendas inadecuadas, las viviendas sin saneamiento básico, los hogares con alta dependencia económica y los hogares en los cuales, más de tres personas habitan en una sola habitación. En el medio urbano basta que una de estas características se cumpla para que el hogar sea considerado con NBI, mientras que en el medio rural se precisa que dos de estas características sean las que falten, para considerarlo.

Los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica también pueden detectar grupos extremos de postergación, utilizando por ejemplo, la notificación de casos de tétanos neonatal, enfermedad que con mayor probabilidad, sólo se encuentra en las comunidades con un alto porcentaje de NBI, así como también de desnutrición extrema, en los que se manifieste el Kwashiorkor o el marasmo, así como la medición de riesgos individuales.

También son muy útiles, como indicadores el índice de escolaridad y promedio de notas, la deserción escolar, el nivel de ingresos y de desempleo. Dentro de estos se ha evidenciado que el nivel de educación es un excelente indicador global de oportunidad de vida. Esto se demostró en Budapest, al comparar las inequidades entre distritos, en relación con la probabilidad de mortalidad temprana de hombres entre 35 a 64 años entre 1980 a 1983, evidenciándose una correlación entre el

nivel de educación y esta probabilidad, de 26,9% para el nivel de educación superior contra 36,6% para el nivel de educación primaria. Esta asociación también fué encontrada en Holanda, al expresar la población con educación elemental la más alta prevalencia de mala salud en comparación con los de educación secundaria y superior (Kunst y Mackenbach 1994).

El nivel de ingresos se relaciona con la prevalencia de enfermedades crónicas: así en un estudio realizado en 1987 en 6.402 mujeres españolas entre 20 y 44 años, encontró que la ajustada por edad, disminuye con el incremento del ingreso. El nivel de empleo también se correlaciona con la tasa estandarizada de mortalidad, al ser menor ésta, en los trabajadores de oficina que en los obreros (Kunst y Mackenbach 1994).

El nivel de desempleo es un buen indicador de falta de oportunidad de vida. Aunque no se conocen bien sus consecuencias, se le puede responsabilizar como un importante factor de riesgo, pues en dos áreas altamente industrializadas de Holanda y mediante un estudio caso-control, se verificó el efecto del desempleo en hombres de 30 a 50 años sobre las diferencias en salud. El estudio encontró que la incidencia de problemas de salud es más alta en las clases sociales bajas y que hay más desempleo por su menor preparación, siendo los ingresos menores, tanto por trabajo de menor categoría como por desempleo. La comparación se realizó en función de una escala de desórdenes somáticos (órganos internos, discapacidades motoras y de los sentidos) y depresivos (sueño, dolores de cabeza, mareos, irritabilidad, nerviosidad), y a una escala de enfermedad auto-notificada (asma, bronquitis crónica, úlceras estomacales, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, várices, enfermedades crónicas de la piel, migraña, cáncer, etc.), siendo más afectados en los tres valores, los desempleados tanto en los niveles sociales bajos como en los altos (Hesselink y Spruit 1992).

En general, los países de América Latina y el Caribe presentan una de las mayores tasas de desigualdad en el mundo (OPS 1996), por lo que las vertientes actuales de salud y desarrollo, hacen necesario redefinir las articulaciones entre la gestión de salud y las propuestas de desarrollo (Castellanos 1994), porque así como hay diferencias entre países, también hay diferencias entre departamentos, municipios y parroquias, éstas últimas de gran importancia en la Salud Pública.

Además, es probable que el capital social ayude a mejorar la equidad, del mismo modo que la formación del capital humano por medio de la educación, pueda llevar al logro de este fin; por lo que crear capital social precisa que los participantes se vinculen y reconozcan su interdependencia, estimulando la clase de interacción y asociación que produzca el bien que es la salud (Alleyne 1997). Además existen variables individuales, que afectan la salud y que pueden ser atribuibles al azar, a los genes, al medio ambiente, (incluidos factores físicos y sociales) y a la interacción entre los genes y el ambiente; que también deben ser tenidas en cuenta, en esta era de proyectos sobre el genoma humano (Murray et al 1999).

Sin embargo, enfatizar en las variables individuales de riesgo puede hacer que se le preste menos atención a las influencias sociales históricas en la escogencia de conductas que pueden ser de riesgo (Mc Michael 1995), y en las diferencias de oportunidad de vida de las comunidades; por esta razón, es que en la mayoría de las sociedades hay un consenso que estas brechas, evitables en el estado de salud entre individuos y grupos, son moralmente inaceptables (Mills 1998).

3. Inequidades sociales en materia de sexo y género dentro de la comunidad.

El desarrollo humano plantea como propósito ampliar las oportunidades de todas las personas; la continua exclusión de las

mujeres respecto a muchas oportunidades de la vida, retrasa y distorsiona el proceso de desarrollo. Las mujeres son agentes imprescindibles del cambio político y económico. La inversión en la capacidad de la mujer y su potenciación para que ejerza sus opciones, no sólo es un fin valioso en sí mismo, sino la manera más segura de contribuir al crecimiento económico y al desarrollo en general. En las décadas pasadas, se han hecho inversiones en la educación y la salud de las mujeres, pero las puertas hacia las oportunidades económicas y políticas se han ido abriendo en forma más lenta y con reticencias (PNUD 1995).

Los hombres y las mujeres, desempeñan diferentes roles en las sociedades que involucran diferentes factores de riesgo y que facilitan el desarrollo de diferentes habilidades y destrezas. Los roles y las responsabilidades asignados culturalmente, las habilidades y las destrezas que se desarrollen a partir de ellos, y el nivel diferencial de acceso y control sobre los recursos dan lugar a las inequidades de género.

> "*Tanto mujeres como hombres son agentes activos de su propio desarrollo, y del desarrollo en general, siempre que los recursos y las oportunidades estén disponibles sobre una base igualitaria*" (Emakunde 1998).

Para lograr equidad en salud hay que reconocer que cada grupo social y poblacional tiene diferentes necesidades que deben ser identificadas, para poder brindarles respuesta adecuadas con el propósito de mejorar sus condiciones de salud. Particularmente, los hombres y las mujeres presentan diferencias ligadas al género y diferencias biológicas que se traducen también en perfiles de salud/enfermedad, diversos.

Actualmente se conocen con respecto a la situación de salud tanto de los hombres como de las mujeres, aspectos importantes como el origen de las diferencias de las necesidades en salud entre hombres y mujeres, que deben considerar los gobernantes, los técnicos y la sociedad en el momento de crear opciones y oportunidades para todos los ciudadanos y las ciudadanas.

Se encuentran situaciones, condiciones o problemas en salud:

- exclusivos de uno de los sexos,
- más prevalentes en uno de los sexos,
- con características diferentes en mujeres y hombres,
- que reciben respuestas diferentes del sistema según se trate de hombres o mujeres (OPS 1997a).

3.1 Situaciones, condiciones o problemas exclusivos de cada sexo

- Embarazo (especialmente en la adolescencia), cáncer cervicouterino, menopausia, mortalidad materna, aborto
- Cáncer de próstata, hemofilia

3.2 Situaciones, condiciones o problemas con diferentes tasas de prevalencia

En mujeres:

- Anemia por deficiencia de hierro, por factores biológicos o por el privilegio que gozan los hombres en algunos grupos sociales, en la distribución intrafamiliar de los alimentos.
- Osteoporosis, ocho veces más alta en mujeres que en hombres, asociada no sólo con factores biológicos sino también con estilos de vida.
- Diabetes, hipertensión y obesidad, condiciones más frecuentes en mujeres que hombres, pero también más frecuente en grupos de menores ingresos.
- Depresión, dos o tres veces más frecuente en mujeres que en hombres en todas las etapas de la vida, relacionada con estilos de personalidad y experiencias ligadas a tipos de socialización, y a oportunidades diferenciales de hombres y mujeres.
- Violencia sexual, en la niñez, la adolescencia y la adultez.

- Alta mortalidad por cáncer durante la edad adulta, asociado más al acceso limitado a tecnologías médicas de detección temprana, y al tratamiento en fases iniciales que con la letalidad de los cánceres propios de la mujer.
- Várices.
- Incontinencia urinaria.
- Artritis.
- Enfermedades del sistema autoinmunitario.

En hombres:
- Cirrosis hepática, asociada con abuso en el consumo de alcohol.
- Esquizofrenia.
- Cáncer del pulmón, asociado con tabaquismo.
- Alta mortalidad por accidentes y violencia, incluyendo homicidio y suicidio, asociado con actitudes y conductas estereotipadamente masculinas como agresividad, intrepidez, osadía, ingestión excesiva de alcohol.
- Silicosis, causada por trabajo en minas.
- Hernias.
- Defecto de visión en colores, 20 veces más en hombres.
- Enfermedades arteriales coronarias, causantes de mayor mortalidad durante las edades productivas.
- Mayor incidencia de dislexia, hiperactividad y tartamudez en la niñez.

3.3 Situaciones, condiciones o problemas con características diferentes

Incluyen diferentes factores de riesgo, diferentes manifestaciones y evolución:
- Las enfermedades de transmisión sexual son asintomáticas por más tiempo en las mujeres y tienen consecuencias más severas para ellas, como la inflamación pélvica y la esterilidad.
- Las deficiencias nutricionales pueden causar muertes en el parto.
- La violencia sexual para las mujeres puede significar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- La malaria durante el embarazo es causa importante de mortalidad materna, aborto espontáneo y mortalidad fetal.
- La muerte por armas de fuego ya sea suicidio u homicidio, ocurre más en los hombres que en las mujeres.
- En crímenes violentos, las mujeres con mucha mayor frecuencia son víctimas de personas con quienes están relacionadas íntimamente.
- En nuestra sociedad, la "*impotencia*" sexual genera una sanción social más negativa cuando se trata de un varón, en comparación con la "*frigidez*" femenina.
- La falta de conexión intradomiciliaria de agua afecta más a las mujeres que a los hombres, debido a que son sus mayores usuarias, y también son ellas y sus niños y niñas quienes se encargan del acarreo.

3.4 Diferencias por sexo en la percepción de síntomas y en la conducta de búsqueda de atención

Por ejemplo:
- Las mujeres sólo acuden a los servicios cuando presentan ya complicaciones de su enfermedad.
- Los hombres no acuden a las clínicas de enfermedades de transmisión sexual por el estigma social asociado con estas enfermedades.

3.5 Diferentes respuestas de las personas del sector salud y la sociedad

Se consideran las situaciones más comunes e importantes que afectan tanto a hombres como a mujeres.
- Problemas cardiovasculares. Se sigue teniendo la idea de que son enfermedades exclusivas de los hombres, por lo tanto no se reconocen los síntomas en las mujeres.

- Esterilización voluntaria. La proporción es de 1/300 esterilizaciones masculinas/femeninas, no obstante que la vasectomía es una intervención más sencilla, más económica y menos invasiva que la esterilización femenina.
- La violencia doméstica contra la mujer es juzgada de manera diferente a la violencia pública contra desconocidos. La sociedad tiene un mayor grado de tolerancia frente a la violencia contra la mujer, cuando ésta es cometida por su pareja. Además, en casi todos los grupos sociales, las mujeres sufren más lesiones serias por causa de lesiones provocadas por sus compañeros, que las causadas por la suma de los accidentes, violaciones por desconocidos y asaltos.
- La exclusión de las mujeres en los estudios clínicos, sobre las patologías que afectan a ambos sexos, tiene como consecuencia que las terapias derivadas de dichos estudios se basen en información que puede no ser aplicable a las mujeres. También, el considerar el cuerpo masculino como el estándar, ha dado lugar a que los equipos de seguridad industrial y vial traigan consecuencias desfavorables a las mujeres.
- La baja prioridad asignada a la investigación de patologías y a los tratamientos que afectan exclusiva o prioritariamente a las mujeres. Un ejemplo muy diciente en nuestros países se refiere a que el cáncer cervicouterino continúa constituyendo una de las primeras causas de mortalidad de las mujeres adultas, aún siendo esencialmente prevenible.
- La focalización de los servicios de planificación familiar en la mujer, ha implicado exclusión y por lo tanto limitación del acceso de los hombres a estos servicios.
- Diferencia según sexo en la calidad de la atención en los servicios, de acuerdo con investigaciones realizadas en Estados Unidos, Canadá, Australia y Suecia, y países latinoamericanos.

Las situaciones, condiciones o problemas de salud que viven o afectan tanto a los hombres como a las mujeres son el resultado de interacciones entre influencias socioculturales durante todo su ciclo vital, así como de acontecimientos individuales en cualquier momento de su vida.

Se puede considerar que algunas de las situaciones, condiciones o problemas de salud, se originan principalmente por inequidades individuales y otras por inequidades sociales. Por inequidades individuales se encuentran las situaciones, condiciones o problemas en salud exclusivas de uno de los sexos y más prevalentes en uno de ellos; y por inequidades sociales, las que tienen características diferentes entre hombres y mujeres, y las que reciben respuestas diferentes del sistema, según se trate de hombres o mujeres.

En realidad, los hombres y las mujeres son seres integrales, y como tales nuestras vidas y nuestras posibilidades de desarrollarnos plenamente dependen de la dinámica de la sociedad donde vivimos. La pobreza es uno de los mayores determinantes de las inequidades, especialmente existen grupos sociales donde las niñas, las jóvenes y las mujeres se ven sometidas a situaciones como: mayor desnutrición, menor oportunidad de acceder a la información y educación, falta de control sobre su tiempo, menor control sobre recursos políticos y económicos, menor remuneración en los trabajos que desempeñan, "*gran parte de su trabajo sigue sin valorar, sin reconocer y sin apreciar*" (PNUD 1995), mayor carga laboral y si son jefas de hogar, los ingresos familiares y las posibilidades de que sus hijos tengan una vida digna, son escasos.

Entonces, en situaciones tales como la mortalidad materna y la anemia por deficiencia de hierro, a pesar de estar incluidas en inequidades individuales, es indudable que tienen un claro origen en la falta de oportunidades sociales, principalmente en información y educación, acceso a la alimentación y a los servicios básicos de salud.

Quizá uno de los mayores problemas en nuestras sociedades es la violencia de género. Sus repercusiones son graves para la construcción de una sociedad más equitativa y más justa. La violencia contra la mujer representa un obstáculo para el desarrollo económico y social. Al atacar su confianza y comprometer su salud, la violencia de género priva a la sociedad de su plena participación (Heise 1994).

Constituye además, un serio problema de salud para la mujer, siendo una causa significativa de morbi-mortalidad femenina que no es considerado como tema de salud pública. Los datos disponibles, son en general suficientes para justificar una mayor atención a tan importante tema de la salud de las mujeres.

Los patrones particulares de la violencia y las causas de los mismos, sólo pueden ser totalmente comprendidos y remediados dentro de contextos sociales y culturales específicos. Diferentes mecanismos como la tradición oral, la educación formal y los sistemas legales, definen las pautas de conducta aceptable para hombres y mujeres, que son aprendidas desde edad temprana en la familia, y reforzadas a través de la presión de los pares, las instituciones de la comunidad y los medios de comunicación masiva.

La violencia no es inevitable. Aunque la violencia contra la mujer es parte integral de casi todas las sociedades, existen algunas en las que la violencia de género no existe (Sanday 1981; Levinson 1989 y OPS 1997a). Tales sociedades son prueba de las relaciones sociales que se pueden dar sin que la violencia sea mediadora. Donde existen situaciones de violencia, la intervención estratégica del Estado, la comunidad y las organizaciones de mujeres puede salvar vidas, reducir el daño y aliviar los efectos a largo plazo de la victimización de las mujeres y sus hijos.

Cualquier estrategia para combatir la violencia debe atacar las causas del problema además de los síntomas. Esto significa, cuestionar la forma en que se articulan en la sociedad los roles de género y las relaciones de poder (Heise 1994).

4. Intervenciones sectoriales (algunas por fuera del sector Salud) e intersectoriales para la obtención de la Equidad en Salud

La participación y el empoderamiento de los grupos más vulnerables de la población se fortalecen cuando se privilegia la Promoción de la Salud, prioritariamente con el enfoque de oportunidad de vida (De Kadt y Tasca 1993), tendiente a la búsqueda de la justicia social. La salud depende también de otros factores diferentes a la asistencia médica, y a estos factores se les da una prioridad menor por su capacidad resolutiva. La Equidad en Salud requiere de equidad en la distribución de los determinantes de la salud, incluyendo, pero no limitándolos a los Servicios de Salud (WHO 1998).

El sólo acceso a servicios de Salud con relativa equidad, no contrarresta las inequidades en otros determinantes de la salud, como ingreso y educación (Mills 1998). Situación que se observa en Inglaterra, donde existe la cobertura universal de la atención médica, pero no se han acortado las brechas entre estratos en materia de salud, sino que por el contrario, se han incrementado. Esta situación se verifica en un seguimiento realizado entre 1921 y 1972 según el cual, la mortalidad estandarizada ha bajado para el grupo más privilegiado, pero para el grupo más pobre, el de los obreros no calificados, las brechas en lugar de disminuir, se han incrementado (Saracci 1978).

Otro estudio (Susser 1993), demuestra que la ampliación de las brechas continúa siendo evidente, por lo que paralelo a tratar de corregir las inequidades en acceso, se deben corregir las inequidades en oportunidades de vida, puesto que, los solos cuidados médicos, nunca aplacarán el

hambre, ni proporcionarán vivienda a quienes viven en chabolas, ni harán llegar el agua a quienes no la tienen (Ginawi 1990), no obstante los progresos alcanzados en el abastecimiento del agua potable. Así por ejemplo, en América Central se ha evidenciado una relación inversa entre el acceso al agua y la mortalidad infantil; cuanto mayor es el acceso al agua, menor es la mortalidad infantil, sugiriéndose que un 1% de aumento en el acceso a agua potable, disminuye en 0,5 las muertes por cada 1000 nacidos vivos (OPS 1999).

Mediante esta estrategia se busca hacer realidad la misión de la Salud Pública, de asegurar las condiciones en las que la gente puede estar saludable (Mann 1997), reduciendo o eliminando los factores evitables e injustos que condicionan diferencias en oportunidad de vida. De ahí, que las intervenciones que se llevan a cabo pueden situarse en cualquier punto de la historia natural de la enfermedad, o bien, antes de que ésta aparezca (Gómez Zamudio 1998).

5. Capital Social y Salud

La falta de inversión en capital social está asociada con la salud de las comunidades, porque la confianza social y la afiliación a grupos sociales voluntarios se relacionan con la mortalidad general y con las tasas de mortalidad por enfermedad coronaria, cáncer y mortalidad infantil (Kawachi et al 1997). Existe un nivel de correlación ecológica entre el capital social y la mala salud, que puede ser explicado porque la mayoría de los individuos socialmente aislados, residen en comunidades con poco capital social, dichos lugares proporcionan menos oportunidades de establecer lazos locales, existiendo aparentemente una gradiente de "*dosis-respuesta*" en la base de las desigualdades para la regular o mala salud, de acuerdo con los indicadores de capital social (Kawachi et al 1999).

6. El Proceso de Empoderamiento

De acuerdo con Blanchard, Carlos y Randolph (1999), las tres llaves del empoderamiento, las constituyen:

- La información de arriba hacia abajo, de abajo hacia arriba, de lado y en diagonal, que beneficie a todos, y su transformación en conocimiento.
- La autonomía dentro de ciertos límites; y
- El trabajo en equipo, constituyendo éste, la jerarquía que genera la interacción necesaria para proporcionar la dirección y soporte para el uso y desarrollo de los talentos que la gente tiene y adquiere (Blanchard, Carlos y Randolph 1999). Un verdadero equipo define sus objetivos y encuentra manera de alcanzarlos, integrando la concepción de las tareas en su ejecución (Helgesen 1997).

Adicionando a estos tres elementos, la capacidad de las personas de transformar el conocimiento en resolver los problemas de su comunidad.

De acuerdo con el proceso referido, el empoderamiento comunitario significa: elaborar una visión con participación de todos; conocer y participar en el diagnóstico; priorizar problemas y potencialidades de desarrollo; participar en la gestión y ejecución de los proyectos; evaluar su impacto y redefinir prioridades; entender los límites de autonomía que tiene la solución local, dentro del marco de la política global, nacional y departamental; y manejar los proyectos y programas de intervención por equipos intersectoriales, interdisciplinarios y liderados por la comunidad excluida.

El proceso de empoderamiento de una comunidad también pasa por etapas, se inicia con la identificación de líderes comunitarios y el establecimiento de redes para convocatorias a través de estos líderes, la sensibilización del nivel político que

comprende las mismas etapas de concientización hacia la comunidad; así como la sensibilización de todos los sectores gubernamentales y no gubernamentales. El proceso deberá ser liderado por el Alcalde como líder nato y elegido por la Comunidad; es él quien tiene la máxima capacidad de convocatoria y quien debe comprometerse a través de una declaración formal que cuente con el aval de sus Concejales, para permitir que estos grupos vulnerables sean los que definan sus planes de desarrollo municipal, que él mismo deberá avalar en su presupuesto.

7. Interacción Social

Mediante el proceso de empoderamiento se consigue camaradería, permitiendo discusiones entre los diferentes comités, como la observada por el primer autor de este artículo, en Barrancabermeja, Colombia, a propósito de la formulación del Plan de Desarrollo de 1999, cuando:

- El Comité Empresarial propuso integrar el proyecto de restaurante escolar con el de comedor popular.
- El Comité de Cultura, Recreación y Turismo, se propuso resolver el problema del tiempo libre de los jóvenes y del 70% de desempleo, planteando establecer un Club Social y una Escuela de Formación de Líderes.
- El Comité de Salud informó que la salud es un producto social y que en la Comuna, no existe un auténtico Sistema General de Seguridad Social; que la Promoción de la Salud se hace de una forma poco eficiente por las Administradoras de Régimen Subsidiado –ARS– y que se deben establecer procedimientos de control social. Además, describió algunos objetivos específicos como: lograr que las ARS hagan Prevención y Promoción, promover la participación de la Administración Municipal en el Plan de Atención Básica –PAB–, el abastecimiento de medicamentos y el establecimiento de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- El Subcomité de Educación mencionó que establecerá durante el año 1999 la Estrategia de Escuelas Saludables en Barrancabermeja y que usará como laboratorio la Comuna 1.
- La Iglesia Católica planteó la necesidad de establecer una biblioteca en el barrio Cabrales, ante la pérdida de los valores de integración comunitaria.
- El Subcomité de Planeación comunicó que la Comuna 1 de Barrancabermeja ya había logrado algunos de sus sueños, como es la construcción de la muralla en el Caño Castillo y que se proponían la realización de un foro ambiental.
- La Comisión del Medio Ambiente, mencionó el problema de las ciénagas y que su función es velar por el aire, la tierra, el agua, la flora y la fauna de la comunidad.
- El Comité de Jóvenes, por último destacó: el problema del empleo, de los juegos de azar en los que participan muchos jóvenes para matar el tiempo y la necesidad de recibir asesorías en prevención de ETS, IRA, EDA, etc.; de establecer un Centro Cultural; de recibir asesoría ambiental; y sobre el grave problema de embarazos de adolescentes, entre otros.

Bibliografía

ALLEYNE, G. (1997). Mensaje del Director: Gente sana en entornos saludables. Informe Anual del Director, 1996. Doc. Oficial No. 238, OPS, Washington D. C. pp. XI – XV.

ALLEYNE, G. (1998). Liderazgo en Salud Panamericana. Mensaje a todos los interesados en la Salud de Américas En: Informe Cuadrienal del Director, 1994 – 1997, Org. Panamericana de la Salud. pp. 1-5.

BENGOA, J (1996). Exclusión, droga y delincuencia. Mensaje (Santiago de Chile) No. 449. pp. 32-35.

BLANCHARD, K., CARLOS, J., RANDOLPH, A. (1999). The 3 Keys to Empowerment. Berret – Koehler Publiskers, Inc., San Francisco, USA. 286 p.

CASTELLANOS, P.L. (1994). Perfiles de mortalidad, nivel de desarrollo e inequidades sociales en la región de las Américas. VI Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Guadalajara, México. 29 p.

CASTELLS, M. (1998). El Capitalismo de la información y la exclusión social. Discurso pronunciado en la Conferencia UNRISD sobre tecnologías de Información y Desarrollo Social.

COLEMAN, J.S. (1988). Social Capital in the creation of Human Capital. Am. J. of Sociology (Supplement), pp. 94:95 – 120 p.

DANE, MINISTERIO DE SALUD, OPS (1998). Condiciones de Vida y Salud en Colombia, Informe Preliminar, 11 p.

DANE, OPS (2000). La Mortalidad en Colombia según condiciones de vida, Estudios Censales. Santa Fe de Bogotá, Colombia. pp. 123.

De KADT, E., TASCA, R. (1993) Promover la Equidad, un nuevo enfoque desde el Sector Salud. OPS/OMS. Programa de Políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo, Washington D. C. 102 p.

GINAWI, Y. (1990). Atención Primaria en Salud – Que queda aún por hacer? Foro Mundial de la Salud. pp. 11: pp. 365-571.

GOMEZ ZAMUDIO, M. (1998). Teoría y guía práctica para la Promoción de la Salud. Ed. Unidad de Salud Internacional. Universidad de Montreal, Canadá: 189 p.

GUERRERO, R. (1998) La Violencia como problema de Salud Pública en la Región de las Américas, el caso Colombia. En: Memorias Prevención de la Violencia: Una oportunidad para los Medios. OPS/OMS, Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación FES, Inst. for Mental Health Initiatives, Asoc. Colombiana de Actores, Directores y Dramaturgos. pp. 41-49.

HEISE, L. (1994). Violencia contra la Mujer: La Carga oculta de Salud. OPS/PWD/94-006, Washington D. C.

HELGESEN, S. (1997) Liderar desde la base. En: Hesselbein, F., Goldsmith, M., Beckhard, R. El líder del futuro. Editora Espasa Calpe, Argentina S.A., Buenos Aires 2ª Reimpresión, pp. 49 – 53.

HESSELINK, J., SPRUIT, I. (1992) The Contribution of Unemployement to Socio – Economic Health Differences. Int. J. of Epi. 21 (2): pp. 329 – 337.

HEYSEN, S., MUSGRAVE, P. (1986), Esperanza de vida y su relación con los ingresos: Agua potable y consultas médicas en el Perú. Boletín OPS 100 (1): pp. 33-46.

KAWACHI, I., KENNEDY, B.P., Ed., D., GLASS, R. (1999). Social capital and self – rated health: A contextual analysis. Am. J. of Pub. Health 89 (8): 1187 – 93 p.

KAWACHI, I., KENNEDY, B.P., LOCHNER, K., PROTHROW – STITH, D. (1997) Social Capital, income inequality and mortality. Am. J. Pub. Health 87 (9): 1491 – 8 p.

KUNST, A., MACKENBACH, J. (1994). Measuring Socioeconomics Inequalities in Health. WHO/EURO PD 416, Copenhagen, 115 p.

LEVINSON, D. (1988). "Family violence in cross-cultural perspective". En: VAN HASSELT V. ET AL editors. Handbook of Family Violence. New York: Plenum Publishers.

LONDOÑO, J.L., GRISALES, H., FERNANDEZ, S., AGUDELO, B., SANCHEZ, J. (1999). Años potenciales de vida perdidos por la población de Medellín 1994 – 1996. Facultad Nacional de Salud Pública "Hector Abad Gómez", Medellín. 28 p.

LOZANO, R., ZURITA, B., FRANCO, F., RAMIREZ, T., TORRES; J.L., HERNANDEZ, P. (1999). Health Inequalities in Mexican Countries: 1990 – 1996. En: Health Equity Consultation Summary. Current Activities and Future Directions in Health Equity, June 23 – 24, 1999. The Rockefeller Foundation, Arlington, VA.

MANN, J. (1997). Medicine and public health ethics and human rights. Hasting Center Report 1997, 27 (3), pp. 6-13.

Mc. MICHAEL, A. (1995). The health of persons, populations and planets: Epidemiology comes full circle. Epidemiology 6: 633-6.

MILLS, C. (1998). Equity and Health: Key issues and WHO's role. WHO/CHS/HSS/98.3, Equity initiative: 5, 18 p.

MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ (1999). Bases para el análisis de la situación de salud.

MURRAY, C.J.L., GAKIDOU, E.E., FRENK, J. (1999). Health inequalities and social group differences, Bulletin of WHO, 77 (7): pp. 537 – 545.

ORGANIZACION DE ESTADOS AMERICANOS –OEA– (1997). Declaración de la Reunión de Ministros y Delegados en Washington para definir las políticas de la OEA con el fin de elaborar un Programa Interamericano de Combatir la Pobreza y la Discriminación. Washington 20-21 febrero.

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS –ONU– (2000). Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. Informe presentado en la Conferencia Anual. Roma. Tomado de Portafolio. Sección Opinión. Febrero 17.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1996). Inequidades en salud y la región de las Américas. Bol. Epid. OPS 17 (3): pp. 1 – 9.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1997a). Taller sobre género, salud y desarrollo: Guía de facilitadores, Módulo 3: Origen de las necesidades en salud, Washington, D. C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1997b). La situación de salud: Entornos saludables en las Américas. Informe Anual del Director. 1996 Documento Oficial No. 283, OPS, Washington, D.C.: pp. 1-47.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1999). Información para la Salud: Informe Anual del Director, 1998. Doc. Oficial Nr. 293, OPS, Washington, D. C. 130 p.

PNUD (1995). Informe sobre Desarrollo Humano, 1995. Nueva York.

PONCE, H. (1995). El Poder igualitario. Ed. Brasa, Lima, Perú, 144 p.

PUTNAM, R. (1995) Bowling Alone: America's Declining Social Capital Journal and Democracy 6 (1): pp. 65 – 78

RISSEL, C. (1994) Empowerment: The holy grail of Health Promotion? Health Promotion International 9 (1): pp. 39-47.

SANDAY, P. (1981). "The Sociocultural Context of Rape. A Cross-Cultural Study". Journal of Social Issues 37 (4): pp. 5-27.

SARACCI, R. (1978). Epidemiological Strategies and Enviromental Factors. Int. Journal of Epidemiology, 7 (2): pp. 131-138.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (1999). Indicadores de Cobertura 1998, Régimen Subsidiado. Serie Estadística No. 1, Bogotá, Colombia, 126 p.

SUSSER, M. (1993). Health as Human Right: An Epidemiologist Perspective on the Public Health, Am J of Pub. H., 83 (3): pp. 418-426.

SWIFT, C., LEVIN, G. (1987). Empowermet: an emerging mental health technology. Journal of Primary Prevention, 8: pp. 71-94.

TEDESCO, JC. (1998). Educación y Exclusión Social: El fenómeno de la segregación en la sociedad de la información. Proyecto Educativo y Sociedad. Página web del Ayuntamiento de Barcelona.

THAI-HOP, P. (1999). Los excluidos, extraña criatura del nuevo paradigma tecnocientífico. Ponencia presentada por el Centro Bartolomé de las Casas. Lima.

UCV, OPS, MSAS (1993). Perfiles de Mortalidad según Condiciones de Vida: Experiencia en Venezuela, Boletín Epidemiológico OPS 14 (3): pp. 11-14.

VERDEJO, G., BORTMAN, M. (1999). Argentina: Health situation. Analysis and Trends, 1986 – 1996. The XV International Scientific Meeting of the International Epidemiological Association, Florence, Italy, Abstract Book, Vol. II: 44 p.

VIANA, R. (1999). Desplazados de la toma de Peya: Un ejemplo de superación de la adversidad de la violencia. Proyecto Atención Psicosocial Desplazados en Cartagena de Indias. Inf. Mecanografiada, 8 p.

WALLERSTEIN, N. (1992). Empowerment and Health. Implications for Health Promotion Vol. 6 No. 3.

WALLERSTEIN, N. SANCHEZ-MERKI, V. (1994). Freiran praxis in health education: Research results from an adolescent prevention program. Health Ed. Research. Theory and Practice Vol. 9(1): pp. 105-118.

WHITEHEAD, M. (1990). The concepts and principles of equity and health. EURO/WHO, Conpenhagen. 18 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO– (1998). Final report of meeting on policy-oriented monitoring of equity in health care. WHO/ARA/98.2, 35 p.

9 Sistema de Información y Comunicación Municipal en Colombia

Humberto Montiel Paredes

En este artículo se describe un Sistema de Información y Comunicación Municipal, planteado como una red nacional de información y comunicación municipal que permita a las autoridades sanitarias, profesionales sanitarios, sociedad civil y al conjunto de usuarios en el ámbito internacional, mediante un «listserver» y diferentes módulos de información, el intercambio de información básica y experiencias de intervención en respuesta a las prioridades de salud de cada municipio. Su diseño esta basado en la elaboración de módulos de información de inclusión progresiva para su intercambio a través de Internet; y su implantación, en tres etapas que son: diseño, prueba piloto y extensión de la red. El proyecto red nacional de información y comunicación municipal está funcionando en 6 municipios de Colombia donde se completa el montaje de la etapa de prueba piloto (Etapa No. 2). La red, desde el punto de vista de la infraestructura tecnológica, de la capacidad humana así como de la información, está diseñada para funcionar.

Introducción

En el marco del desarrollo e implantación de la iniciativa de Municipios Saludables en Colombia, se ha definido una serie de prioridades sanitarias que los municipios pretenden impulsar con especial interés, no solamente por tratarse de los problemas más comunes e importantes de Salud Pública sino también, porque se está consciente que las estrategias para la solución de los mismos, dependen en gran medida de la integralidad y simultaneidad de las acciones de y entre los municipios, sobre todo porque es necesario sistematizar, documentar e intercambiar experiencias que permitan facilitar el desarrollo y puesta en marcha de la estrategia en estos municipios.

La necesidad de conocer y disponer de información acerca de los componentes de la estrategia de Municipios Saludables, y de las intervenciones que se realizan en los

diferentes municipios, exige el desarrollo de sistemas apropiados de información y comunicación preferiblemente electrónicos, acordes con los desarrollos tecnológicos de modo que permitan y faciliten, el acceso a información oportuna para la toma de decisiones sobre estos problemas, en y entre los municipios.

Es importante destacar los esfuerzos de algunos municipios para estructurar sistemas de información. Aunque existe abundante información relacionada con los componentes de la estrategia de municipios saludables, aún es fragmentada y se utiliza solamente para el estudio descriptivo de las diferentes categorías de problemas, recursos, programas y servicios de salud; por esta razón, el sistema de información requerido debe ser más explicativo y comparativo. Es necesario construir "*un Sistema de Información más analítico y de prevención, que incorpore los diversos enfoques de la Salud Pública*" y que garantice el monitoreo de condicionantes y determinantes de los daños a la salud.

> "*El municipio es la mínima estructura geopolítica del Estado y con el proceso de descentralización se han venido convirtiendo en los gestores de su propio desarrollo, de hecho, los municipios han venido realizando acciones integrales, lideradas por el sector político, las cuales han impactado en los indicadores de salud, principalmente en los problemas de salud pública más relevantes: ejemplo de ello han sido políticas decretadas por las alcaldías de Versalles, Medellín, Cali y Bogotá que han influido positivamente en la disminución de las muertes violentas, entre otros. Además, en el municipio actúan otros sectores como salud, educación, ambiente, economía, etc., lo que garantiza que de ser factible la coordinación de sus acciones, pueda lograrse mayor impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes y, por ende, en el mejoramiento de su estado de salud. Por otro lado, tenemos que cada uno de ellos recoge y procesa información, la cual, en la mayoría de las veces es transferida a niveles superiores de decisión política, dejando de lado el compromiso local, haciendo que en muchas oportunidades los mismos alcaldes desconozcan lo que los diferentes sectores operativizan en su municipio*" (Málaga et al 1998).

Implica una nueva concepción de la información pues la tradicional no tiene capacidad para apoyar este esfuerzo. Sin embargo, para alcanzar estas metas es necesario desarrollar esquemas de trabajo y tecnologías apropiadas, eficientes y de alto impacto.

Este Sistema de Información está estructurado en tres fases para su puesta en marcha: "*Etapa de Diseño*" (evaluación de la infraestructura tecnológica, recursos humanos, discusión de la información que circulará en la red, etc.), "*Etapa dePruebaPiloto*" (montaje de estaciones, capacitación, creación del "listserver", etc) y "*Etapa de Extensión de la Red*" (establecimiento de la pagina Web municipal, capacitación, etc.). Para cada una de estas etapas se definen plazos de ejecución, y básicamente se desarrollan con este proyecto las bases para facilitar el intercambio de información entre Municipios Saludables, lo que permita luego evaluar los resultados obtenidos y la posibilidad de incorporar nuevas etapas de ejecución.

Si bien en Colombia el proyecto está en su fase de establecimiento, se ha creído importante su divulgación en este libro, porque un proyecto como éste, puede ser la base para el funcionamiento de una Red de Municipios Saludables.

1. Propósito

Desarrollar una red nacional de información y comunicación en Municipios Saludables, que permita a las autoridades sanitarias, profesionales sanitarios, sociedad civil y al conjunto de usuarios en los ámbitos regional, nacional e internacional, el intercambio de información básica y experiencias de intervención,en respuesta a las prioridades de salud de cada municipio.

2. Objetivos

- Conformar con las Secretarias de Salud, los Comités de Participación Comunitaria, las Alcaldías y los Departamentos Administrativos de Salud de los municipios de Colombia, un "*listserver*" y módulos de información, que permitan de una manera fluida enviar y recibir información.
- Crear capacidades locales en los municipios de Colombia para que mediante el uso, las posibilidades de la informática y del Internet (páginas Web, correo electrónico, Chats, Conferencias, etc.), puedan intercambiar módulos de información e informes sobre avances en la implantación de la estrategia de Municipios Saludables en Colombia.

3. Resultado esperado

Tener en funcionamiento una Red Nacional de Información y Comunicación entre Municipios Saludables, para el uso de las autoridades, instituciones y público en general, vinculados con el sector salud en los niveles nacional, regional y local, así como de los Organismos Internacionales comprometidos con la Promoción de la Salud.

4. Componentes

Los elementos más importantes a tener en cuenta en el diseño del Sistema de Comunicación e Información Municipal se describen a continuación:

4.1 Estructuración y composición del Sistema de Información

Su diseño se basa en los componentes hasta ahora desarrollados por aquellos municipios en donde la puesta en marcha de la estrategia de Municipios Saludables, ha sido más importante. Componentes que se constituyen en módulos básicos de información de inclusión progresiva. Hasta el momento se han definido los siguientes:

- Módulo de Línea de Base (1).
- Módulo de Políticas Públicas (2).
- Módulo de Participación Social (3).
- Módulo del Plan de Atención Básica –PAB– (4).
- Módulo de Escuelas Saludables (5).
- Módulo de Atención Primaria en Salud –APS– (6).
- Módulo de Banco de Datos (7).
- Módulo de Comunicación (8).
- Módulo de Acceso a Servicios (9).

Nota: La numeración entre paréntesis indica el orden de inclusión de estos módulos.

A continuación se relaciona la información más relevante que debe incluirse en los módulos: Línea de base, Políticas Públicas y Participación Social, con algunas variables e indicadores.

a) Módulo de Línea de Base

- Perfil demográfico (tasa de natalidad, fecundidad, esperanza de vida al nacer y población por edad, sexo y procedencia).
- Aspectos socioculturales.
- Cobertura de servicios públicos.
- Demografía.
- Diagnóstico de salud.
- Economía.
- Porcentaje de mujeres cabeza de familia.
- Porcentaje de menores trabajadores.
- Indice de accesibilidad a servicios de salud.
- Indice de empleos.
- Indice de gasto en promoción.
- Indice de gasto en inversión en salud.
- Indice de hogares con NBI.
- Indice de IPS y ARS con programas de promoción.
- Indice de maestros por población escolar.
- Indice de retención escolar.
- Infraestructura en salud y educación.

- Inventario de recursos.
- Inventario de talento humano.
- Perfil de morbi-mortalidad del municipio por comuna.
- Perfil de morbi-mortalidad del municipio por régimen de afiliación.
- Servicios públicos.
- Vivienda.
- Porcentaje de inversión en políticas públicas.
- Grado de escolaridad.
- Porcentaje de analfabetismo.
- Seguridad Alimentaria.
- Empleo.

b) *Módulo de Políticas Públicas*

- Plan de desarrollo.
- Plan de ordenamiento territorial.
- Plan local de salud.
- Políticas públicas saludables existentes por sector.
- Proporción de asentamientos en zonas de alto riesgo.
- Porcentaje de políticas públicas conocidas por la comunidad.
- Cumplimiento del uso del casco.
- Cumplimiento del uso del cinturón de seguridad.
- Impacto de políticas públicas (cualicuantitativo).
- Número de acuerdos del consejo con relación a políticas publicas.
- Número de instituciones involucradas en el proceso.
- Número de políticas públicas del municipio.
- Número de sectores involucrados en el proceso.
- Número de simulacros de evacuación.
- Proporción de colegios que aceptan embarazadas.
- Proporción de escuelas que han adoptado la estrategia de escuelas saludables.
- Proporción de establecimientos educativos que tienen plan de contingencia.
- Número de programas de cultura ciudadana.
- Proporción de presupuesto asignado a salud y de éste a municipio saludable.
- Porcentaje de locales públicos con restricciones para fumar.
- Porcentaje de empresas de más de 500 trabajadores con programas de salud ocupacional.

c) *Módulo de Participación Social*

- Porcentaje de escuelas que participan en acciones de salud.
- Porcentaje de organizaciones que intervienen en la planificación.
- Porcentaje de organizaciones que participan en la ejecución de proyectos.
- Porcentaje de participación de la comunidad en el plan de inversiones.
- Existencia de diagnósticos comunitarios.
- Grado de conocimiento de la comunidad frente al mejoramiento de la calidad de vida.
- Logros obtenidos a través de líderes.
- Número de asociaciones comunitarias constituidas y con participación comunitaria.
- Número de líderes comunitarios activos.
- Número de líderes comunitarios capacitados.
- Participación del alcalde en la estrategia.
- Participación en términos de representatividad en organizaciones.
- Proporción de juntas directivas de las empresas del Estado con participación comunitaria.
- Proporción de la inversión social de proyectos que presenta la comunidad.
- Proporción de proyectos ejecutados con veeduría.
- Cultura de participación (en planeación, ejecución, toma de decisiones, etc.).
- Organizaciones de base (comités, ONG's, veedurías ciudadanas, asociaciones de usuarios, etc.).
- Porcentaje de proyectos en los que interviene la comunidad.
- Capital Social.

Las actividades a desarrollar para la estructuración y diseño de los módulos son:

- Definición de necesidades de información, de acuerdo con los objetivos del proyecto y las prioridades en cuanto a los módulos de información a desarrollar.
- Precisión de fuentes de información.
- Definición de variables para cada módulo de información: debe considerarse en la perspectiva de desarrollo y a la vez, precisar el mínimo de datos requeridos y disponibles, además de la incorporación sistemática de otras variables.
- Definición de responsables en los municipios y puntos focales de acuerdo con las características de desarrollo de la estrategia de Municipios Saludables, que deben tener capacidad de convocatoria y autoridad para la recolección oficial de la información correspondiente.

4.2 Fortalecimiento de la plataforma tecnológica

Está basado en el análisis de las capacidades tecnológicas municipales, en la estructuración de la base de datos, el equipamiento y la capacitación de recursos humanos, necesarios para que la comunicación y diseminación electrónica vía INTERNET sean viables y factibles, permitiendo la definición de estrategias y actividades dirigidas a complementar y reforzar para homogenizar estas capacidades y oportunidades.

Las actividades a desarrollar en este aspecto son:

- Diagnóstico de los datos de los municipios, equipamiento y recursos humanos disponibles.
- Definición de los módulos de información.
- Complementación de equipos.
- Capacitación del recurso humano.
- Asesoría técnica a los municipios.

4.3 Sistema de monitoreo y evaluación

Debe responder al necesario seguimiento sobre la puesta en marcha de esta red municipal, en función de las revisiones, ajustes y cambios que se visualicen en su implantación.

Actividades a desarrollar:

- Definición de indicadores de monitoreo y evaluación.
- Informes sistemáticos de progreso.
- Reuniones conjuntas de evaluación.

5. Plan operativo

El plan operativo se presenta en tres etapas que corresponden a las etapas de diseño, de proyecto piloto, y de sostenibilidad y extensión de la red. Para cada una de ellas, se presenta una serie de actividades con su respectiva justificación.

En la preparación de este plan operativo se tomó como base la experiencia desarrollada en Colombia en los municipios de Bucaramanga, Cali, Manizales, Versalles, Neiva, La Vega y Barrancabermeja, donde se viene trabajando este proyecto de Red Nacional de Comunicación e Información Municipal, que completa la etapa de prueba piloto con el montaje de estaciones (equipos de cómputo y conexión a Internet) en cada uno de estos municipios y donde ya se ha elaborado una versión preliminar de la pagina Web y de los sitios Web, así como de los módulos de información de Línea de Base, Políticas Públicas, Escuelas Saludables, Vigilancia Epidemiológica, PAB y Participación social.

5.1 Etapa 1 : Diseño

a) Evaluación de la infraestructura actual, municipio por municipio

En caso de no disponer de información esencial acerca de la infraestructura actual o que la información necesaria no esté dis-

ponible o sea inconsistente, es necesario recoger información y analizarla municipio por municipio.

El análisis de la infraestructura actual incluye:

- La tecnología de información electrónica
- Los sistemas telefónicos
- Las computadoras
- La disponibilidad de Internet, y
- La disponibilidad de otros recursos como la proporción de profesionales de informática en salud.

Para lo anterior, se llevan a cabo visitas a los municipios a fin de realizar sesiones de trabajo con los encargados de sistemas de información y estadísticas, y conocer las características de la infraestructura de cada municipio.

b) Discusión sobre la información que circulará a través de la Red

Se elabora cada módulo del Sistema de Información y Comunicación que circulará a través de la red con cada municipio, para que posteriormente el municipio prepare y apruebe el módulo hasta su versión final. El módulo también debe contener el tipo de uso que se dará a la información transmitida, la periodicidad con que se realizará el intercambio y el tipo de usuarios que tendrá acceso a ella. Para fomentar la participación y la cooperación de los involucrados en el Sistema de Información de cada municipio, se utiliza la misma visita de recolección de información sobre infraestructura. Antes de esta visita, se suministran a cada municipio vía correo, los borradores preliminares de los módulos y algunos elementos a ser considerados.

c) Reunión Nacional de Municipios Saludables para la aprobación de la información que circulará y el establecimiento de acuerdos

Se realiza una reunión nacional con la participación de los responsables de la ejecución de la estrategia de Municipios Saludables y los responsables de Sistemas de Información y Estadística de los municipios, a fin de discutir y aprobar los módulos e indicadores que contendrá la información que circulará a través de la red de información y comunicación.

5.2. Etapa 2 : Prueba Piloto

a) Acceso a Internet de los encargados de sistemas de información en los municipios

Con el uso de Internet como red de comunicación, se garantiza en esta etapa, el acceso a la red de las personas e instituciones que tienen bajo su responsabilidad el Sistema de Información. Esto se hace con el propósito que mediante correo electrónico, se pueda enviar la información que según acuerdos establecidos por las autoridades municipales, estará circulando en la red.

b) Creación de un "listserver" de la red municipal

A fin de garantizar que la información llegue a todos los usuarios de la red, se plantea crear una lista electrónica (listserver) que por ejemplo, para el caso colombiano se encuentra físicamente funcionando en el nodo de Internet de la representación de OPS/OMS en Colombia.

c) Capacitación al personal de la red

Una vez establecido el acceso a Internet de los municipios y creada la lista electrónica, se procede a capacitar al personal de los municipios en el uso del correo electrónico y sobre cómo suscribirse y enviar la información a través del "listserver". Esta actividad, incluye la definición de software para la elaboración de los formatos que contendrán la información y capacitación en el mismo, así como la preparación de materiales.

d) Supervisión y monitoreo

Se realizan visitas de supervisión y monitoreo a los municipios de la red, a fin de verificar:

- El cumplimiento de los acuerdos en cuanto a la periodicidad y contenido de la información.
- La factibilidad de incorporación de nuevos módulos de información.
- El intercambio de experiencia con las autoridades nacionales, y
- La discusión de actividades de la siguiente etapa.

e) Reunión nacional de seguimiento

Al finalizar esta segunda etapa se realiza una reunión nacional de seguimiento y evaluación con las autoridades de cada municipio a fin de examinar:

- Los logros alcanzados.
- Las dificultades encontradas.
- reafirmación del compromiso político para la continuidad de la red.
- La aprobación de actividades para la siguiente etapa, y
- El establecimiento de acuerdos.

5.3 Etapa 3 : Sostenibilidad y extensión de la red

a) Realización de estudios para el establecimiento de páginas Web

Estos estudios incluyen en el ámbito de cada municipio:

- La exploración para la elaboración de Las páginas web en los nodos.
- La valoración del costo de disponer de la página web en los municipios a través de un proveedor comercial.
- La determinación sobre cuál sería el contenido de la página web de cada municipio, y
- La forma idónea de capacitación para el diseño de páginas web en Colombia.

b) Capacitación para el diseño de páginas web

Capacitación del personal de sistemas de información de los municipios involucrados en el Sistema de Información y Comunicación en Municipios Saludables, en el diseño de páginas web, utilizando los formatos y diseños definidos anteriormente por los municipios. Esta actividad incluye las transferencias de dichas páginas a los nodos y el mantenimiento de las mismas.

c) Visita de seguimiento y monitoreo

Se llevan a cabo visitas a los municipios para:

- Apoyar la creación de la página web de cada municipio.
- Establecer pautas para el mantenimiento de dichas páginas.
- Identificar las necesidades técnicas para la creación del nodo de Internet, de los puntos focales de cada municipio.
- Promover el uso de la página web a fin de desarrollar la participación de todos los involucrados en el proceso de generación de la información.
- Difundir y poner a disposición de las audiencias respectivas, en forma electrónica, la literatura, los documentos especializados y los materiales educativos producidos en cada uno de los municipios de Colombia.

d) Asesoría técnica para elaboración de proyectos

En esta actividad se formulan perfiles de proyectos que permitan desarrollar nodos de Internet en los municipios del país; de igual manera, se identifican las organizaciones que tengan recursos de información y tecnología para apoyar esta iniciativa tanto técnica como financieramente.

e) *Reunión nacional de evaluación del proyecto*

Al final de esta tercera etapa es procedente realizar una reunión nacional de evaluación con las autoridades de cada municipio, para verificar los logros alcanzados y las dificultades encontradas, así como para reafirmar la continuidad de las acciones de integración municipal en esta área.

6. Tipo de información y comunicación a intercambiar

Las categorías de información y datos de intercambio en el sistema de información y comunicación, según los módulos de inclusión progresiva son:

Información general: que incluye el análisis de los aspectos de orden físico-geográficos, demográficos, económico-sociales, problemas de salud y factores de riesgo, servicios de salud y programas en general que debe realizarse en todos los municipios de la red. Esta información corresponde a una versión preliminar de lo que sería el módulo de Línea de Base (1) de inclusión progresiva.

Información específica de cada municipio: es la información que cada municipio pondrá a disposición de la red y que corresponde a los módulos (1), (2), (3), (4), (5) y (6) de inclusión progresiva. Los contenidos correspondientes a cada uno de estos módulos, serán intercambiados entre los municipios que estén vinculados a la Red.

La secuencia de incorporación de los municipios al sistema de información para cada uno de los módulos (1), (2), (3), (4), (5) y (6), dependerá del avance en el montaje de la infraestructura tecnológica y las conexiones a Internet logradas, lo que corresponderá a la etapa de prueba piloto.

Bibliografía

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1997). Proyecto Información y Comunicación en Centroamérica. Documento presentado en la reunión preparatoria de Directores Generales de Salud. Agosto 13-15, Belice, CA.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1999). Informe Reunión sobre Sistema de Información y Comunicación en Municipios Saludables, Bogotá, Colombia Hotel Bacatá 18-19 de febrero.

MÁLAGA H., PERDOMO M. (1998). Sistema de Información Municipal (SIM). Boletín Epidemiológico Distrital, Santa Fe de Bogotá 3 (3): pp. 4-8.

10 Ideas básicas para el desarrollo de la Sala de Situaciones a nivel departamental y municipal

Humberto Montiel Paredes

Este artículo hace referencia a la implantación de una Sala de Situaciones, como instancia de apoyo al proceso de toma de decisiones que enfrentan las autoridades locales en cada uno de los municipios y departamentos de nuestros países, tanto en períodos normales como en situaciones de emergencia. La instalación de las Salas de Situación para agilizar y facilitar el proceso de toma de decisiones en cada municipio, se enmarca dentro del proceso de descentralización que se impulsa en los Ministerios de Salud de nuestros países. La instalación de Salas de Situación debe basarse en el desarrollo en el ámbito local de la capacidad del territorio a descentralizar, para gerenciar su actividad, garantizando una toma de decisiones oportuna y ágil, con la participación de la comunidad objeto de su atención.

Introducción

La importancia asignada por las autoridades de salud al proceso de modernización y descentralización de los sistemas de salud de la región, en el marco de la Agenda de Promoción de la Salud, exige la implantación de un proceso de planificación y gerencia estratégica en los ámbitos locales y regionales (municipios y departamentos).

El punto de partida para la ejecución de las intervenciones gerenciales (planes o proyectos) no sólo es su diseño, sino el reconocimiento que estas intervenciones implican un proceso permanente e incesante de monitoreo y evaluación, en cada una de las etapas del proceso gerencial (recolección de datos, análisis, planteamiento de alternativas, selección de soluciones, programación, ejecución y evaluación).

El desarrollo de la *"Sala de Situaciones"* en los municipios es la base para el monitoreo de esas etapas del proceso gerencial, iniciándose en un primer momento con la recolección y análisis de datos, el planteamiento de alternativas, y la selección de las soluciones alrededor de los problemas selectivos y de alta prioridad, mediante la organización de datos (tabulación, procesamiento, graficación y mapeo) y su análisis (compara-

ción, valoración de frecuencias y elaboración de alternativas) (Montiel 1995).

El desarrollo de la "*Sala de Situaciones*" se inicia con el monitoreo de la información básica (necesidades y problemas), para ir creando las condiciones en cuanto a disposición de información para comenzar a prever lo que se podría ver como un "*Sistema Predictivo*". Significa igualmente, vigilar los principales problemas que inciden en el bienestar de las poblaciones, junto con los factores de riesgo y la respuesta institucional, asociados a los mismos, tanto en la organización de los datos como en su análisis (Montiel 1995). Es decir, mientras se continúen "*vigilando daños*" se continuarán "*analizando daños*". Se requiere "*monitorear riesgos para analizar riesgos*".

En un primer momento de desarrollo, se trata de iniciar con el análisis de la información relacionada con alteración del bienestar y, posteriormente, ir articulando la información sobre el riesgo y grupos humanos específicos (la mujer y la niñez), la organización de los servicios, la participación comunitaria, los costos y algunas variables del contexto socioeconómico y político del nivel local. (Montiel 1995).

Los principales problemas identificados en el desarrollo de los ámbitos locales, de manera general en la región, y que justifican la implantación de la "*Sala de Situaciones*", son los siguientes:

- Insuficiente capacidad de los ámbitos locales para identificar y analizar la información que se requiere para la planificación y la gerencia.
- Escasa práctica de la comunidad organizada en el ámbito local, para el uso e interpretación de los conocimientos aportados por la información para mejorar la calidad del proceso de toma de decisiones.
- Falta de definición de los mecanismos de organización y análisis de datos, así como de los diferentes niveles de análisis de los datos (municipal, departamental y nacional).
- Falta de análisis sistemático de los componentes técnico-administrativos del proceso de descentralización y de las etapas del proceso gerencial.
- Deficiente articulación de los distintos flujos de información existentes en los niveles locales.

1. Marco de referencia: conceptos y aplicaciones

El desarrollo de la "*Sala de Situaciones*" es el intento de "*seguir la realidad a tiempo para poder actuar a tiempo, sobre todos los sectores y, de esa forma, favorecer el sector salud, tan dependiente y con una alta incertidumbre, situación que se agrava en períodos de emergencia*" (Matus 1987).

En primera instancia, el desarrollo de la Promoción de la Salud, demanda información oportuna y medios de análisis eficaces, como soporte para el proceso normal de toma de decisiones, así como para el soporte de las que se deben tomar en situaciones de emergencia, en la comunidad. En segundo lugar, demanda un adecuado proceso de tratamiento del dato, que va desde su recolección, pasando por su organización y análisis, hasta la toma de decisiones. Estos dos momentos pueden articularse y coordinarse en una "*Sala de Situaciones*".

En lo fundamental, este sistema permite crear las condiciones básicas, para pasar de un sistema de registro de datos a un sistema de interpretación de la información. Además, permite una estrecha coordinación entre la planificación y la gestión, lo coyuntural y lo estratégico, así como las conexiones entre los diversos sistemas de información, previamente establecidos y puestos a funcionar de manera instantánea.

Un tercer elemento es la posibilidad de conciliar el análisis de la situación y los riesgos presentes en el espacio/población donde éstos se producen, constituyéndose en el eje más importante de este proyecto. La estratificación de los territorios, basada en la relación de los problemas, los riesgos y

la respuesta institucional, será la estrategia de trabajo más importante a considerar en la implantación de este proyecto.

El principio es que toda la información relevante y los medios requeridos para su análisis, estén disponibles para cuando los equipos de dirección y de toma de decisiones, discutan sobre problemas estratégicos y de alta sensibilidad, que generan tensionamiento organizativo en la comunidad. Es importante desarrollar la capacidad de relacionar las decisiones operativas con la direccionalidad del plan previamente definido. En definitivo, es articular la conducción del plan con la direccionalidad del plan, frente a escenarios estables o cambiantes.

Se trata de implantar una "*Sala de Situaciones*", que apoye el desarrollo de decisiones integrales en el nivel local, y crear las condiciones óptimas para su funcionamiento.

Lo anterior significa que "*la Sala de Situaciones*" puede concebirse como un proceso continuo de articulación de tres niveles:

- *Nivel 1*: de recolección, tabulación, procesamiento, graficación y mapeo de datos.
- *Nivel 2*: de análisis y comparación de datos, elaboración de alternativas y valoración de frecuencias.
- *Nivel 3*: de valoración de problemas, intervenciones y toma de decisiones.

"*La Sala de Situaciones es como una rueda central que mueve todo el sistema*"; sin embargo, hay que señalar que ningún proceso de articulación es independiente de los otros, cada adecuación en un nivel, instancia, u operación, puede tener repercusiones creando necesidades de ajuste en otros, y de ésto hay que estar conscientes (Matus 1987).

Se puede afirmar que, "*la Sala de Situaciones es una instancia de apoyo al proceso de toma de decisiones en períodos normales y de emergencia, que enfrentan las autoridades superiores de los ámbitos locales, mediante un ambiente dotado de recursos tecnológicos y humanos; la localización territorial de los problemas de salud; el manejo de información selectiva y de una presentación visual apropiada que permita a estas autoridades acompañar y evaluar los problemas de salud prevalentes y emergentes, así como los riesgos y la respuesta institucional*" (Matus 1987 y Montiel 1995).

2. Componentes básicos

Se plantean dos componentes básicos:

- El análisis de los problemas, factores de riesgo y respuesta social.
- La estratificación de los espacios-población (departamentos y municipios).

3. Estrategias de desarrollo

Para el desarrollo de la "*Sala de Situaciones*", se integran e interrelacionan las siguientes estrategias:

3.1 De la información

La información es la esencia de la "*Sala de Situaciones*" cuya fuente de generación es la demanda de información y análisis, que es lo que desencadena su funcionamiento como "*Sala de Situaciones*". La sala es un cascarón vacío sin un sistema de información inicial, ni un plan de informaciones, para mejorar permanentemente la memoria y la capacidad de análisis.

Puede ser:

- Información primaria computarizada: mapas de diversos tipos, fotografías, legislación, reglamentación, disposiciones legales, estadísticas no procesadas, estadísticas instrumentales (presupuesto, contabilidad), información comunicacional (noticias de prensa, opiniones de políticos, líderes de la comunidad, etc.).
- Información procesada: informes ejecutivos de análisis, informes ejecutivos

sobre los actores sociales, indicadores económicos y sociales del escenario, estadísticas procesadas de salud (índices, relaciones, indicadores, coeficientes, estructuras, tendencias, patrones standard de normalidad o eficiencia, indicadores de alarma, canal endémico, etc.).

- Información sobre modelos: modelos que permitan explicar el pasado inmediato, estimar el impacto de las decisiones y las tendencias normativas de diversos tipos, para verificar la consistencia de las normas y redes de posibilidades para la toma de decisiones.

Un elemento importante con relación a la información, es su oportunidad y calidad; en este sentido, no es que se requiera información en tiempo real, pero tampoco con atraso máximo; depende de las situaciones que se analizan y ameriten decisiones.

3.2 De los módulos de análisis

De acuerdo con las características específicas de cada nivel local se plantea el diseño de módulos de información, de implantación progresiva:

Modulo 1: Problemas de salud, factores de riesgo y respuesta social

El análisis de los problemas, de sus factores de riesgo y de la respuesta social que provocan, así como la ubicación del espacio-población en donde se dan, se constituye en el eje inicial y módulo más importante de este programa, pues es el termómetro que brinda un panorama de la situación global de la comunidad.

Los problemas que están sujetos a este sistema son: todos aquellos que inciden en el bienestar de la población, incluyendo los que se refieran a la situación de salud de la mujer y la niñez. En general, los problemas sujetos de análisis, están determinados por el perfil de cada territorio.

Módulo 2: Desarrollo económico y social

Uno de los elementos fundamentales en la toma de decisiones, sobre todo en el campo de la Promoción de la Salud, es la capacidad de involucrar los elementos que caracterizan el contexto económico-social del espacio/población.

No necesariamente esta información debe estar siendo registrada por el sector salud, lo importante es tenerla accesible y actualizada con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales, de modo que permita relacionar los problemas de salud y sus determinantes en una dimensión de contexto, para que la decisión que se tome potencialice los recursos disponibles y la interacción con otros sectores.

Módulo 3: Intervenciones y recursos

El análisis de las intervenciones que se realizan en los ámbitos locales, las fuentes de financiamiento, los recursos asignados y los recursos empleados, se constituyen en otro elemento clave a desarrollar para la articulación estratégica de la planificación y gerencia.

No sólo es necesario el conocimiento de los problemas, los factores de riesgo y la respuesta social, sino también la forma como se emplean los recursos disponibles para organizar esa respuesta en términos de eficiencia y equidad, siempre con la consideración básica de espacio/población.

Módulo 4: Acceso a servicios básicos

El análisis del acceso a servicios básicos (agua potable, alcantarillado, vivienda, salud y educación) y en general todos aquellos que inciden en el bienestar de la población, son elementos fundamentales en el análisis del espacio-población.

3.3 De la estratificación de municipios

La estratificación de los espacios-población (barrios, comarcas y municipios) de

los niveles locales, se constituye en un aspecto esencial para diferenciarlos como de bajo, mediano o alto riesgo.

Se deben utilizar como criterios básicos: el análisis de la problemática enfrentada, la cobertura de la red de servicios, la capacidad administrativa local, el perfil epidemiológico, la situación higiénico-sanitaria, los recursos humanos y la participación social.

De acuerdo con el desarrollo de la información intersectorial es posible incluir otros criterios como: Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI–, Índice de Desarrollo Humano –IDH–, indicadores de pobreza, etc.

A partir de la estratificación de los municipios se ubican barrios y comarcas priorizados en mapas, en donde se relacionan el análisis de la problemática enfrentada, la cobertura de la red de servicios, la capacidad administrativa local, el perfil epidemiológico, la situación higiénico-sanitaria, los recursos humanos y la participación social.

3.4 De la capacitación

La capacitación es otro de los ejes importantes de este programa y se debe diseñar a partir de los requerimientos específicos para la organización y el análisis de los datos. De la misma manera, esta capacitación específica debe estar dirigida a fortalecer la organización y el análisis de los datos. Los contenidos básicos serán: estadística, computación y metodologías de análisis de datos.

El monitoreo de las etapas del proceso gerencial en el ámbito local, exige del acompañamiento de un programa de capacitación que sea coherente con el crecimiento organizativo de actividades y recursos en los municipios.

Las áreas temáticas a considerar son: estadística básica, lenguaje básico de computación, manejo de paquetes estadísticos (EPI-INFO, HARVARS GRAFICS, EPI-MAP y otros), manejo de redes de información computarizadas, metodologías de análisis de datos, metodologías de tipo sitios-centinela (encuestas que complementen la información del sistema de registro continuo), y otros que, conforme al desarrollo de los módulos de información, se vayan generando.

3.5 De la organización de las estructuras de planificación

Para que exista una mejor coordinación frente a la información que se vigila, monitorea y evalúa, es conveniente que en la "*Sala de Situaciones*" estén físicamente presentes los responsables de la vigilancia, estadística y planificación, para cotejar la información de cara a las actividades establecidas en el Plan de Desarrollo Municipal y con una visión de facilitadores del proceso gerencial en el ámbito local.

La organización de la "*Sala de Situaciones*" en los diferentes niveles gerenciales, va a depender de las prioridades estratégicas del proceso de reforma de diferentes sectores, entre ellos el sector salud, aunque es deseable, empezar por la unidad básica de descentralización e ir ascendiendo a los niveles nacionales, así como ir descendiendo si los procesos de modernización y las prioridades de cada sector así lo exigen.

4. Estructura y organización

4.1 Estructura

La estructura de la "*Sala de Situaciones*" corresponde a:

- Una infraestructura física: espacio especialmente acondicionado para la discusión informada y sistemática.
- Una infraestructura informativa: sistema de información que fluya y se renueve constantemente en función de la demanda que generan las decisiones tomadas. La idea es aprovechar los flujos de información existentes y no crear sistemas de información paralelos.
- Una infraestructura computacional dura: equipos con capacidad y conexiones adecuadas, para el procesamiento

y análisis de datos que requieren las decisiones.
- Una infraestructura computacional blanda: modelos y programas pertinentes al tipo de problemas sobre los cuales se tomaran las decisiones.
- Un equipo humano técnico: responsable de operar en la "*Sala de Situaciones*" los elementos anteriormente señalados, en interconexión con las unidades del sistema de información y vigilancia epidemiológica.
- Una legalidad reconocida: como parte esencial de la toma de decisiones en el ámbito local y el reconocimiento de la "*Sala de Situaciones*" como un espacio informado y preparado para la discusión.

4.2 Organización

La "*Sala de Situaciones*" es un local que debe estar especialmente acondicionado, para que la discusión informada y sistemática culmine con decisiones.

Desde el punto de vista físico puede concebirse como un sistema de tres espacios conectados entre sí, que de acuerdo con el contexto específico donde se implanten, pueden ser adecuados sobre la base de la disponibilidad física de salas y cubículos. Tres espacios físicos definidos, serían tres momentos o niveles que deben estar articulados entre sí.

Se plantea la siguiente organización (Matus 1987 y Montiel 1995):

Sala de Comando o Sala "C":

Es el centro que controla el sistema en su alimentación. Carga permanentemente y apoya el funcionamiento del equipo de análisis y decisión.

Este centro de flujos de información está constituido por: estadísticas básicas, enfermedades de notificación obligatoria, SVE, indicadores, mapas, fotografías, organigramas, registros de disposiciones legales, variables del escenario, operaciones diseñadas para los problemas de salud priorizados, información de programas específicos, etc. Estos flujos de información deben alimentar constantemente los equipos de computación.

Es el lugar donde:
- se recepcionan los datos según procedencia, tipo de problema y grupos de población,
- se validan, comparan y tabulan los datos,
- se almacenan en una base de datos,
- se actualizan gráficos de tendencia, y
- se actualizan los canales.

Sala de trabajo o Sala "T"

Es en esta sala donde se encuentra la información acumulada, la capacidad de procesamiento y la capacidad de análisis. Puede funcionar antes, preparando las reuniones de la sala "D" o puede funcionar a la par de la misma. Es el espacio donde se concentra el mayor trabajo.

Es aquí donde se exploran y analizan: mapas, gráficos, fotografías, estadísticas no procesadas, estadísticas instrumentales (presupuesto, contabilidad, etc.), legislación y reglamentaciones generales, noticias de prensa, opiniones de dirigentes políticos, mapa de actores sociales y sus características, etc.

Es en esta sala donde:
- se inicia el proceso de análisis de datos,
- se valora la frecuencia e incidencia de la problemática,
- se confirma el registro del dato, con personal de la Sala de Comando y de los municipios,
- se comparan los datos,
- se grafican y mapean los datos respectivos, por municipio, barrio y comarca,
- se analizan posibles causas y factores de riesgo, y
- se valoran medidas de intervención y alternativas de solución.

Sala de Decisiones o Sala "D"

Esta sala se reserva para la discusión de los equipos de dirección de mayor jerarquía y

para la decisión última del nivel correspondiente.

Debe ser un espacio corriente para sesiones con capacidad para el equipo de dirección de los niveles locales y actores sociales relevantes, situada de forma central a la Sala de Trabajo con comunicación directa visual con la Sala de Comando.

Es el lugar en donde se retoman los flujos de información constatados en la Sala de Comando, explorados y analizados en la Sala de Trabajo, pues así adquieren mayor relevancia.

Es el lugar donde:

- se discuten los datos analizados por el personal de la Sala de Trabajo,
- se analizan las propuestas de intervención, y se inicia el proceso de comparación con actividades definidas en el plan de desarrollo local,
- se valoran los recursos disponibles para las intervenciones propuestas, y se analiza la viabilidad técnico-política de las mismas,
- se toman las decisiones pertinentes alrededor de intervenciones para resolver el problema, ajustar el plan si es necesario, o realizar una revisión exhaustiva de los datos analizados.

5. Resultados esperados

- Mejorar la coordinación entre la gerencia y la planificación en los niveles locales.
- facilitar y mejorar la calidad de las decisiones que se adoptan en los niveles locales, tanto en tiempos normales como ante situaciones de emergencia.
- Proporcionar los instrumentos necesarios para la realización de valoraciones sistemáticas, sobre la actividad planificada y los cambios que se producen por efecto de las intervenciones realizadas en el nivel local.
- Mejorar la interrelación que debe existir, entre los diferentes flujos de información que se generen en los niveles locales y las instancias con las que se relacionan, sean intersectoriales o comunitarias.
- Crear las condiciones básicas para pasar de un sistema de registro de datos a un sistema interpretativo de información.
- Mejorar la coordinación para la intervención entre los flujos de información y las decisiones tomadas, y la coordinación con los equipos técnicos que ejecutan las acciones definidas como prioritarias en los niveles locales. La idea es que se activen los equipos técnicos específicos, dependiendo del problema y la decisión tomada.

Durante la implantación se debe constatar que la problemática visualizada desde el nivel nacional, sea especialmente considerada y que se tenga presente para que el desarrollo de la "*Sala de Situaciones*" y la organización por fases de implantación, sean coherentes con las capacidades y los medios que se acumulan en los departamentos y municipios, producto de otras estrategias que el proceso de modernización del Estado impulsa, en períodos normales y en situaciones de emergencia.

Se considera prioridad de cada municipio, incorporar la capacidad de análisis e intervención necesarias para el abordaje de sus principales problemas desde una perspectiva global, e incorporar la participación comunitaria como paso previo fundamental, para fortalecer el proceso gerencial en el ámbito local.

Lo anterior exige que se fortalezca el proceso de toma de decisiones estratégicas, tácticas y operacionales alrededor de los principales desafíos de la gerencia; sobre todo, el abordaje de las situaciones asociadas a la eficiencia en la utilización de los recursos de la localidad, la eficacia de sus intervenciones y la búsqueda de la equidad en la entrega de servicios a las poblaciones priorizadas.

En este sentido, la "*Sala de Situaciones*" se constituye en un importante soporte en

la identificación de problemas, la formulación de decisiones de intervención y el seguimiento de las consecuencias y resultados de las mismas.

La utilización de la "*Sala de Situaciones*" como instrumento de decisión gerencial en el plan de desarrollo municipal, es evidente, significa que en las situaciones de emergencia, están dadas las condiciones para un mayor grado de desarrollo de las mismas, debido a que se han realizado diversas mediciones de las condiciones socioeconómicas que permitirán una mayor facilidad para la caracterización y monitoreo del contexto, lo que implica desarrollar el resto de módulos de información de la "*Sala de Situaciones*".

Gran parte de la información necesaria puede ser obtenida de los sistemas continuos de registros de información ya existentes, complementada con datos provenientes de fuentes sectoriales, accesibles a través de la manipulación directa de menús en redes informatizadas, que permitan su procesamiento y análisis a través de cuadros, gráficos y mapas.

Estos datos pueden ser discriminados en función de variables que sean de interés para la elaboración de interpretaciones, la presentación de propuestas de acción que enriquezcan el contenido, y la contribución en los informes efectuados por los equipos técnicos de cada nivel gerencial.

6. Fases de implantación

Para la implantación de la "*Sala de Situaciones*" se plantean dos tipos de actividades por módulo de información: actividades generales y actividades específicas.

6.1 Actividades generales

- Estratificación de los municipios de los departamentos tomando como base: el análisis de la problemática enfrentada, la cobertura de la red de servicios, la capacidad administrativa local, el perfil epidemiológico, la situación higiénico-sanitaria, la ubicación de los recursos humanos y la participación social.
- Identificación de los principales problemas del municipio.
- Elaboración del mapa del municipio sobre la base de mapas (escala 1:50.000), elaborados por los institutos nacionales de estadísticas y censos u otras instituciones.
- Elaboración de mapas municipales sobre la base del mapa del municipio (escala 1:50.000), ampliando lo necesario su proyección, para permitir la localización de barrios y localidades (1:1.000).
- Mapeo, en el ámbito general del municipio, de la red de servicios (escuelas, parques, hospitales, centros o puestos de salud, comedores escolares, servicios de comunicaciones, etc.), en mapa (escala 1:50.000), utilizando medios de señalización diferentes para cada tipo de unidad.
- Mapeo, en el ámbito de cada municipio, de barrios, comarcas y localidades, priorizadas sobre la base de criterios del primer punto, con la situación de los principales problemas que lo afectan.
- Graficación de la tendencia de los principales problemas del municipio, sobre la base del registro diario de la vigilancia, y asociación en gráficas de los factores determinantes de estos problemas.
- Ubicación al pie del mapa de cada municipio, de la información básica correspondiente a criterios del primer punto.
- Suministro del equipamiento básico.

6.2 Actividades específicas:

a) Fase 1: FASE DE MONTAJE

Se considera que el módulo de "*problemas de salud*", dá inicio al desarrollo de la "*Sala de Situaciones*" y que el montaje de los módulos siguientes, tiene como referencia este módulo.

El análisis de la situación debe permitir profundizar en el conocimiento del estado

general del municipio, a partir de los principales problemas de salud que enfrenta y consecuentemente en la necesidad de la atención integral (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación), valorando e interrelacionando, aquellos índices que caracterizan el estado de salud de la población, las condiciones higiénico-sanitarias, y el sistema de salud y su actividad; para ésto, se utilizan índices de salud indirectos, entre los que se hallan los de mortalidad, morbilidad, medio ambiente, entornos, calidad de vida, recursos, actividades de salud y otros.

Actividades y procedimientos:

1. ***Identificación de la magnitud, distribución y características de los problemas de salud***, para los que la población solicita los servicios de salud mediante el análisis de la morbilidad y su estructura específica:
   - por grupos de edad: fetal, infantil y adulto, materna, bruta y proporcional a 50 años y más,
   - por causas: transmisibles y de notificación obligatoria, y por el resto de las enfermedades que causaron defunciones en el niño, la madre y el adulto,
   - por municipios.

   Se deben utilizar las diferentes fuentes de información del Ministerio de Salud (las redes de vigilancia y los registros continuos), así como la notificación informal o sin formato por parte de los brigadistas; con lo que se pretende utilizar en forma adecuada los datos que se recopilan de manera rutinaria.
2. ***Interrelación de los problemas de salud identificados con sus respectivos determinantes***, relacionados con las condiciones higiénico-sanitarias, socioeconómicas y de servicios de salud susceptibles a la intervención intersectorial.
3. ***Identificación de los 10 problemas principales de salud***, relacionados con el perfil epidemiológico y los servicios de respuesta.
   Se considera de consenso nacional que ciertas patologías son problemas de salud con alta prioridad, sea por tasas de incidencia y mortalidad o por ser parte de las políticas de salud del Ministerio de Salud.
   En cada municipio de acuerdo con sus características, se revisan los problemas y se colocan en orden a los parámetros de incidencia, mortalidad, política de salud, criterios de lugar, tiempo y persona.
   Se plantea que en términos generales son problemas prioritarios, los siguientes:
   - Enfermedades diarreicas agudas
   - Enfermedades respiratorias agudas
   - Malaria
   - Dengue clásico y hemorrágico
   - Cólera
   - Leptospirosis
   - Meningitis bacteriana
   - Estado de inmunización de la población menor de 5 años.

   Estos problemas se deben explicar estableciendo sus principales descriptores y nudos críticos.
4. ***Priorización de los problemas de salud identificados utilizando los criterios definidos***, pues cada municipio debe definir los problemas a los que va a dar prioridad, sobre la base de su perfil epidemiológico, situación higiénico sanitaria, red de servicios, etc.
5. ***Estratificación del territorio sea este departamental o municipal***, según sea el nivel gerencial de implantación de la "*Sala de Situaciones*", utilizando criterios del primer punto de las actividades generales.
6. ***Análisis de cada problema de salud identificado***, sus determinantes y la respuesta institucional existente.
7. ***Elaboración de mapas de riesgo***, que en la "*Sala de Situaciones*":
   - apoya la planificación del trabajo,
   - mejora la oferta de los servicios,

- mejora los registros y los datos,
- favorece el monitoreo del desempeño y efectividad de las acciones,
- se constituye en fuente de información para los equipos de dirección,
- mejora la exactitud y puntualidad de los informes de vigilancia entre las diferentes unidades,
- fortalece la disponibilidad inmediata y de fácil comprensión de la información requerida,
- puede ayudar a los brigadistas a manejar los casos o brotes, así como a organizar sus actividades y ampliar sus servicios, y
- facilita la actualización de la información que permite reflejar los cambios en la situación de la comunidad.

Pueden realizarse estos mapas, a tres niveles:

- Nivel comunitario, en donde los requerimientos serían: cartulinas; lápices de colores, marcadores, bolígrafo, tijeras, lápices; y mapas de cabeceras municipales disponibles en Instituto Nacional Estadísticas y Censos y, en algunos sitios en los programas de prevención y control de enfermedades.
  Los mapas de comunidades pequeñas contienen información de alta calidad, y con ellos, se pueden dirigir mejor las intervenciones apropiadas y focalizar la atención especial a los grupos o individuos que más necesitan los servicios.
- Nivel departamental, mapas de escala 1:50.000 y 1:250.000, en donde se pueden ubicar mapas de zonas urbanas. Pueden ser montados en base de corcho o similar, cubiertos con láminas de acetato o plásticos para localizar la información que se requiera.
  La información generada será mapeada según informes de Vigilancia Epidemiológica y otras fuentes sectoriales y extra-sectoriales.
- Nivel Nacional, mapas escala 1:250.000 de todo el país y mapas a 1:50.000, uno por cada municipio, en donde se refleje la información definida en cada módulo de información, por ejemplo, la situación epidemiológica nacional y las zonas de alta incidencia de enfermedades que permita la formulación de intervenciones apropiadas.
  El mapa debe ilustrar la delimitación de territorio, la ubicación de todas las viviendas de la comunidad y los principales componentes geográficos como: ríos, caminos, carreteras, escuelas, centros de salud, parques, servicios de comunicaciones, mercados e iglesias.
  Lo anterior, ayuda a identificar como se distribuyen las viviendas en la comunidad y puede revelar subgrupos de viviendas, relacionados con la ruta más directa o más eficiente que puede tomar el trabajador de salud para visitar las casas, las casas base/maternales y otro tipo de colaboración con el centro o puestos de salud.
  El mapa debe tener información sobre los siguientes aspectos: ubicación de focos de infección, lugares de control de foco, pacientes con profilaxis o tratamiento y pacientes contactos de alto riesgo de contraer la enfermedad.
  Debe decidirse el tipo de símbolos a utilizar para representar las diversas características y elementos de su área, así como los colores para indicar la situación epidemiológica de la zona.
  Las personas que dibujan mapas generalmente colocan estos símbolos y colores para representar los elementos, brotes epidémicos y categorías de situación. Esto depende de los materiales disponibles en cada comunidad. Pueden utilizarse lápices de colores, autoadhesivos de colores, alfileres de colores, círculos de colores para localizar focos de enfermedades y brotes y, flechas para indicar la ruta más cercana a la vivienda.

8. ***Elaboración de gráficos de tendencia y canal endémico***, que sobre la base de la información recibida, permitan establecer un perfil de la tendencia de los problemas evidenciados, así como el curso que sigue, por ejemplo el contagio de una enfermedad que se expresa en gráficos estadísticos apropiados, que reflejen este tipo de tendencias.

b) Fase 2: FASE DE ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

El fundamento de esta fase es desarrollar capacidades en el recurso humano, mediante la capacitación en bioestadística básica, lenguaje básico de computación y manejo de sistemas EPI-INFO y HG, que permitan la aplicación de metodologías de análisis de datos.

Actividades y procedimientos:

1. ***Elaboración de indicadores***, sobre los problemas de salud y sus determinantes.
2. ***Elaboración de indicadores*** para medir el impacto de las acciones.
3. ***Establecimiento del comportamiento de los indicadores seleccionados*** en cuanto a sus patrones de normalidad.
4. ***Elaboración de indicadores y valores de alarma*** sobre los problemas y acciones de salud.
5. ***Elaboración de informes*** diarios, semanales, mensuales, trimestrales y anuales por municipio o por departamento, según sea el caso.

c) Fase 3: FASE DE COORDINACIÓN CON LOS EQUIPOS TÉCNICOS DE LOS PROGRAMAS

Se caracteriza por el desarrollo de sesiones de discusión y análisis con los equipos técnicos de los programas que más impactan en la morbilidad y mortalidad. La actividad central de capacitación es el desarrollo de cursos sobre metodología para el control, es decir, prevención a través del conocimiento y manejo de información básica. Lo primordial en esta fase, es establecer la coordinación entre la "*Sala de Situaciones*" y los equipos técnicos específicos, que deben ser activados para intervenir de manera inmediata.

Una vez se haya implantado la "*Sala de Situaciones*" e identificado las condiciones de salud de la localidad, va a ser posible para la población identificar sus necesidades para un desarrollo integral y para el mejoramiento de sus condiciones de vida, con la participación de todos los sectores. El diseño e implantación de propuestas de intervención en torno a la Promoción de la Salud puede apoyarse en la *Sala de Situaciones,* como herramienta para la toma de decisiones y la articulación de recursos tanto institucionales como de la sociedad, en la perspectiva de construcción de un Desarrollo Sostenible desde el ámbito local.

Bibliografía

MATUS, C. (1987). Política, planificación y gobierno OPS/OMS. Washington, D. C.

MONTIEL, H. (1995). Ideas básicas para el montaje de salas de situaciones en los SILAIS. OPS/OMS. Nicaragua.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1991). Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. Washington, D. C., HSTA.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1995). La administración estratégica. Lineamientos para su desarrollo: Los contenidos educacionales. HSS/SILOS-32.

11 Focalización y priorización en la práctica de la Promoción de la Salud

Hernán Málaga - Juan Ignacio Arango - Humberto Montiel Paredes

América Latina es la región del mundo que registra los más elevados índices de desigualdad. Se han ensayado diferentes estrategias en la región para subsidiar a los grupos excluidos con el propósito de disminuir estas desigualdades, sin embargo, los procesos de integración económica incrementan la inequidad, sustentando la necesidad de dar prioridad a ésta sobre la eficiencia y ensayar procedimientos de búsqueda, asignando recursos por igual a la población, o focalizando la asignación con mayores fondos a quienes más lo necesitan. Como en general en estos países los recursos son insuficientes, se requiere ordenar los problemas según diagnósticos de situación realizados con base en determinantes de salud en tres escenarios de enfermedad: pobreza, desarrollo e inestabilidad social, pero también según potencialidades de desarrollo. El diagnóstico de los problemas de salud en tiempo y espacio, y del acceso a los servicios básicos, así como de las potencialidades de desarrollo de la comunidad, servirá para determinar los problemas en sus diferentes niveles de complejidad: los condicionantes (básicos), los determinantes (subyacentes) y las causales (inmediatas) de la enfermedad, pues no es factible enfrentar todos los problemas y todas las potencialidades de la comunidad al mismo tiempo.

Introducción

América Latina se ha caracterizado por ser la región del mundo con los más elevados índices de desigualdad en la distribución del ingreso (Ocampo 1998). El mayor desafío es su extrema pobreza relacionada con la inequidad en la distribución de la riqueza —el 20% de la población controla el 67% de los recursos, y otro 20% no gana más del 7,5%— (Barocchi et al 1999). Con la finalidad de reducir estas brechas, en muchos países se ensayaron subsidios totales y parciales en alimentos, vivienda, transporte, educación, etc.; pero su instrumentación no diferenció entre ricos y pobres, incre-

mentando las inequidades al hacer más asequible la abundancia para los grupos privilegiados. Simultáneamente, se ensayaron en Escuelas Públicas algunos procedimientos de focalización tales como: becas escolares para adquisición de alimentos, vaso de leche escolar, etc., lo que llevó a una mejor distribución de los subsidios, pero al no ser focalizados en los grupos más vulnerables, que en muchas oportunidades ni siquiera asisten a escuelas generaron más inequidades, pues los padres de hogares pobres al saber, por ejemplo que su hijo estaba recibiendo alimentos en la escuela, se los restringía en la casa y en los hogares ricos, al no creer en los programas oficiales sobrealimentaron a los hijos, generando incluso hasta obesidad (Cohen 1993).

Además, las integraciones económicas del nivel global y regional, parece que no sólo tienen efecto en el ámbito internacional, sino que pueden incrementar las inequidades dentro de los países a través de efectos en el empleo y la inversión (Mills 1998), tal como sucede en los países en reforma del sector salud, en que se aplican con el propósito de disminuir brechas de acceso; sin embargo, siguen las reglas del mercado no dándose la asociación esperada entre pobreza regional y acceso al servicio de salud de los más pobres (Málaga 1999), por lo que debe priorizarse la equidad, sobre la eficiencia, que es el aspecto que predomina en estos procesos (Mills 1998).

Existen dos concepciones de equidad con diferentes implicaciones políticas: equidad horizontal y equidad vertical. La primera significa la asignación de recursos iguales o equivalentes para igual necesidad, y la segunda se refiere a la asignación de diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad (OPS 1999). Es deber del Estado atender por igual las necesidades esenciales de la población, proceso que se describe en el artículo "*Satisfacción de las Necesidades Básicas Insatisfechas*", en el que se ilustra con un ejemplo de satisfacción de necesidades por igual a toda la población o equidad horizontal. Sin embargo, como el Modelo de Desarrollo predominante en América Latina ha promovido las diferencias, a veces se requiere dar prioridad a la inequidad para disminuir las brechas. Este segundo enfoque de equidad vertical, también es denominado focalización.

1. Focalización

Actualmente se plantean dos enfoques: *el enfoque de riesgo*, que determina la probabilidad de la ocurrencia de un problema en un individuo a través de estudios epidemiológicos de carácter espacial y temporal, ó la utilización de la caracterización del nivel de pobreza individual y, el *enfoque de oportunidad de vida* (De Kadt y Tasca 1993) que identifica comunidades con más riesgo de encontrar problemas, a través de indicadores indirectos que son capaces de predecirlos. Este último es bastante más sensible y más específico que el enfoque de riesgo que etiqueta (al enfermo), estigmatiza al individuo pobre y favorece el clientelismo político (Golbert 1995). El enfoque comunitario tiene el inconveniente que en oportunidades puede dejar islas de individuos que tienen también predictores de problemas, pero que se encuentran insertos en áreas más ricas de población.

De otra parte, la focalización deja a un lado la planificación normativa que utiliza para distribuir recursos, criterios de gravedad de problemas y magnitud de población afectada, para pasar a una planificación más justa que busque la equidad, reconociendo la importancia del problema con cierto grado de independencia del tamaño de la población (García 1997). En general se cree, que cuanto mayor sea la proximidad entre el organismo que ejecuta la focalización y los beneficiarios finales, mayor es la posibilidad que los bienes y servicios lleguen a los grupos deseados (Solórzano et al 1997).

Cohen y Franco (1992) plantean un modelo de asignación de recursos por juris-

dicción, ponderando Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI– y Grado de Urgencia del problema existente, en cada área geográfica.

El Grado de Urgencia se obtiene utilizando una medición en desvíos standard expresados con un valor Z, que se obtiene de comparar la media de cada departamento con la media nacional, la media municipal con la media departamental o la media comunal con la media municipal, y dividir esta comparación entre su desvío standard. El puntaje obtenido —expresado en valores Z—, se transforma en un valor positivo sumándole un valor constante, que dé al mínimo valor negativo un puntaje de 1. Así por ejemplo, si se obtiene un mínimo valor Z de –2,64 se le sumará 3,64 para obtener un valor = 1, encontrando así el Grado de Urgencia corregido.

Posteriormente se establece una matriz de asignación de recursos por áreas geográficas (Tabla 1), elaborada con los siguientes datos: **1.** Nombre del área geográfica, **2.** Población, **3.** NBI, **4.** Grado de Urgencia —prevalencia del problema—, **5.** Producto de la población por el NBI (N_i), **6.** Valor ponderado resultado del Grado de Urgencia —corregido— multiplicado por el valor N_i; y **7.** Asignación de los fondos del programa por jurisdicción, obtenido por la proporción del resultado jurisdiccional de la columna **6**, de la suma total de grados de urgencia, correspondiendo el valor obtenido al porcentaje de recursos que se le asignará a cada jurisdicción geográfica.

Si bien la meta de un programa debe ser la eliminación del problema, en determinadas oportunidades por contar con un recurso limitado solamente puede pensarse en su control, recomendándose para ello la metodología de focalización, con el fin de distribuir proporcionalmente y con equidad los escasos recursos disponibles, siempre y cuando el problema esté asociado a la pobreza estructural; tal es el caso de la tuberculosis, el parasitismo intestinal, la desnutrición, EDAS, IRAS, etc.

Un ejemplo de distribución de recursos para un programa de control de una enfermedad "X" en el municipio "N" sirve de ilustración a lo anterior.

Se trata de un municipio conformado por cuatro caseríos, con diferentes niveles de NBI, en el que se ha estimado una prevalencia del 7% de Tuberculosis Humana (Grado de Urgencia = P), mediante una muestra n de 2.600 individuos (ver datos Tabla 2).

Para la obtención de la columna seis, y por tratarse de la prevalencia de una enfermedad, una distribución binominal se puede aproximar a la distribución normal, para la obtención del valor Z, mediante la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{\bar{P} - P}{\sqrt{\frac{pq}{n}}} \qquad \text{(Woolf 1968)}$$

Dónde Z, para el caserío 1 es igual a:

$$Z = \frac{.01 - .07}{\sqrt{\frac{(.07)(.09)}{2.600}}} \qquad Z = \frac{.01 - .07}{.005} = -12$$

Este tipo de asignación de recursos hará que los responsables de Sistemas de Información, busquen obtener la mejor información que los caracterice para obtener el máximo grado de recursos en función a las inequidades existentes. La focalización para asignación de recursos globales se puede hacer utilizando la misma metodología, pero sin tener en cuenta el grado de urgencia, que ya está definido por las NBI existentes en cada comuna, municipio o departamento.

Cuando se distribuyen recursos es importante tener presente que las necesidades no son necesariamente sentidas por la población,

Tabla 1. Matriz de asignación de recursos por áreas geográficas.

1 Jurisdicción	2 Población	3 NBI	4 Grado Urg.	5 Grad. Urg. X N_1	6 Pobl. X NBI = N_1	7 % Asign. X Jurisdic.
TOTAL						Σ100%

Tabla 2. Características de cuatro caseríos de un municipio X.

Caseríos	Población	NBI	Grado de urgencia (P)	Pob.x NBI (N_1)
1	11.783	25	,01	294.575
2	16.986	41	,07	696.426
3	13.148	49	,13	644.252
4	336	96	,14	32.256
TOTAL	42.253	39	,07	1.667.509

Tabla 2a. Características de cuatro caseríos de un municipio X.

Caserío	Grado de urgencia en valores Z	Grado de urgencia * corregido	Grado de urgencia corregido X N1	Peso en %
1	–12	1	294.575	1,1
2	0	13	9'053.538	34,4
3	12	25	16'106.300	61,2
4	14	27	870.912	3,3
			26'325.325	100

* sumar 13 a cada grado de urgencia.

y al no ser sentidas, no se pueden transformar en demanda. Por ejemplo, una comunidad que desconoce la existencia del jabón, no puede considerarlo una necesidad y por lo tanto no se transformará en demanda. Es preciso destacar esto porque en el proceso de ordenamiento de las urgencias, pueden verse afectadas algunas comunidades.

Es conveniente considerar además, que las inequidades se pueden pronunciar con los procesos de liberación de la economía por los que pasa el mundo actual. De ahí la importancia de la tarea regularizadora y fiscalizadora de los gobiernos en sus niveles nacionales, departamentales y municipales para que éstas no se incrementen, pues la función política más importante, debe ser la de disminuir las brechas en factores condicionantes de los problemas que aquejan a una población.

2. Diagnósticos de situación: determinantes de salud

Con la finalidad de identificar los problemas existentes en una comunidad y su impacto en la salud, es muy importante la elaboración de diagnósticos que incluyan diseño, recolección y procesamiento de la información, y el análisis de la situación local. Este proceso permitirá seleccionar los problemas, buscar alternativas de solución, programar las actividades, costear y destinar recursos, y preparar los proyectos respectivos para realizar las intervenciones (DANIDA y WHO 1989).

El proceso debe incluir un análisis de los factores condicionantes de la presencia de problemas, es decir: una caracterización del nivel de educación, la seguridad alimentaria, el saneamiento básico, las condiciones de vivienda, el nivel de ingresos, la estabilidad del ecosistema, el nivel de delincuencia y violencia, y si existe, una propuesta de justicia social y equidad con el objeto de cumplir con los pre-requisitos de la salud que señala la Carta de Ottawa (OMS 1986); así como del acceso al bienestar que la población haya alcanzado (Declaración de Bogotá 1992). Este acceso al bienestar se puede basar en un diagnóstico de las potencialidades de Desarrollo Humano Sostenible que tiene el municipio o la comunidad sobre la que se quiere fijar prioridades de intervención.

Estos tipos de diagnóstico son muy pertinentes toda vez que los estados de salud están definidos por las condiciones de vida de los grupos poblacionales y por las jerarquías existentes (Evans et al 1994). Los países con alto desarrollo y menos jerarquías tienen en sus estratos más pobres mejor nivel de salud que los estratos más ricos de países con más jerarquías, razón por la que países con menores ingresos, han alcanzado niveles de mortalidad infantil por debajo de los alcanzados por las ciudades americanas a menor costo (Berman et al 1994).

Los problemas de salud en el ambiente urbano corresponden a tres escenarios: las enfermedades relacionadas con la pobreza, las relacionadas con las condiciones del desarrollo propuesto por el hombre y las relacionadas con la inestabilidad social (DANIDA y WHO 1989), por consiguiente, los diagnósticos de situación deben caracterizar geográficamente la distribución de estos factores.

2.1 Salud y pobreza

En este primer escenario se deben caracterizar los factores condicionantes de la pobreza tales como: condiciones inadecuadas de vida, bajo nivel de educación, frecuencia de alimentación inadecuada, baja cobertura de acceso a servicios básicos, deficiencia de protección, etc., y ordenarlos en cuadros o tablas que indiquen el porcentaje de población con el problema predictor distribuido por regiones geográficas de la comuna a ser caracterizada, para posteriormente asociarlas con enfermedades transmisibles, desnutrición, bajo peso al nacer, etc.

Como ejemplo se puede observar la Tabla 3, que registra la distribución de la población de la Provincia de Huechuraba según el porcentaje de hogares con carencias —aquellos que tienen una NBI— existentes en cada distrito. En promedio la comuna de Huechuraba tiene un 37% de población con carencias, siendo los distritos de mayor porcentaje, La Pirámide (96%), República de Francia (49%) y La Pincoya (41%). Con excepción de La Pirámide que tiene características de distrito rural de baja población, en los otros dos distritos se concentra el 65% del total de la comuna (INEI 1996). De esta manera se explican las condiciones de vida diferenciadas. Cuadros y mapas similares se pueden elaborar para los otros condicionantes. Cuando se hacen mapas es muy interesante hacerlos en acetatos, y superponerlos para identificar las coincidencias existentes en los factores caracterizados.

2.2 Salud y desarrollo

En este escenario se diagnostica el deterioro realizado por el hombre como la contamina-

Tabla 3. Distribución de la población de Huechuraba por distritos.

Distritos	No. Manzanas	Población	No. carenciados	Carenciados	
				Num.	%
Huechuraba	105	11.783	8.796	2.987	14
%		100	75	25	
La Pincoya	151	16.986	10.046	6.940	34
%		100	59	41	
Av. Principal	82	8.951	6.742	2.209	11
%		100	75	25	
Rep. De Francia	116	13.148	6.738	6.410	31
%		100	51	49	
La Pirámide	5	349	13	336	2
%		100	4	96	
P. El Recuerdo	35	4.872	3.118	1.754	8
%		100	64	36	
TOTAL	**494**	**56.089**	**35.453**	**20.636**	**100**
%		**100**	**63**	**37**	

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (1996).

ción ambiental, el tráfico, el stress, los hábitos alimenticios entre otros, en cuadros de frecuencias según las áreas geográficas que conforman la comunidad. La conjunción de estos factores se correlaciona con las enfermedades cardiovasculares, con el cáncer y la salud mental, etc. Hasta hace algún tiempo se pensaba que esta relación influenciaba más a los estratos ricos de la población, sin embargo, actualmente están afectando en mayor proporción a los estratos más pobres, debido a las diferencias de educación dentro de la gran ciudad, haciendo que estos factores nocivos de hábitos y estilos de vida tengan menos efecto en los estratos altos de la población. Un ejemplo de esta situación se puede observar en el Tabla 4 "*Emisiones del parque automotor t/día registrado en siete sitios diferentes en la comunidad de Puente Aranda en Santa Fe de Bogotá en 1997*", utilizado para el cálculo de emisiones contaminantes.

2.3. Salud y aspectos sociales

En este último escenario se registran las características de inestabilidad e inseguridad por carencia de tierra, vivienda y pocos ingresos que dan origen a enfermedades sociales como el alcoholismo, la drogadicción, las infestaciones e infecciones de transmisión sexual, los crímenes y la violencia, por lo que se recoge esta información en cuadros de distribución geográfica y mapeos de la distribución de los problemas. Como ejemplo se presenta la Tabla 5 que muestra las localidades con el mayor número de atracos a personas en Bogotá, que debe estar correlacionado, posiblemente, con el número de homicidios.

3. Diagnósticos de Situación: Problemas de salud y de acceso a servicios básicos

La aplicación del enfoque epidemiológico es fundamental para apoyar las diferentes etapas del proceso gerencial (diagnóstico de situación, identificación de problemas, programación, ejecución y evaluación); principalmente la etapa relacionada con el

Tabla 4. Emisiones del parque automotor (t/día).

Lugar	Contaminante	Liviano	Público	Pesado	TOTAL
Sitio 1	HC	0,126	0,033	0,040	0,199
Calle 13	Cox	1,576	0,582	0,721	2,879
Oriente	Nox	0,051	0,018	0,029	0,098
	Sox	0,005	0,003	0,005	0,014
Sitio 2	HC	0,179	0,071	0,040	0,290
Av. Américas	Cox	1,981	1,162	0,569	3,712
Occidente	Nox	0,063	0,036	0,023	0,123
	Sox	0,007	0,006	0,004	0,017
Sitio 3	HC	0,179	0,071	0,040	0,290
Av. Américas	Cox	2,230	1,251	0,669	4,151
Oriente	Nox	0,171	0,039	0,027	0,137
	Sox	0,008	0,007	0,005	0,019
Sitio 4	HC	0,160	0,073	0,030	0,263
Av. 68	Cox	1,996	1,281	0,577	3,854
Sur	Nox	0,064	0,040	0,023	0,127
	Sox	0,007	0,007	0,004	0,018
Sitio 5	HC	0,152	0,073	0,030	0,254
Av. 68	Cox	1,891	1,280	0,621	3,792
Norte	Nox	0,061	0,040	0,025	0,126
	Sox	0,006	0,007	0,005	0,018
Sitio 6	HC	0,038	0,002	0,010	0,050
Cra. 50	Cox	0,469	0,039	0,186	0,695
Norte	Nox	0,015	0,001	0,007	0,024
	Sox	0,002	0,000	0,001	0,003
Sitio 7	HC	0,142	0,034	0,050	0,225
Calle 13	Cox	1,764	0,598	1,018	3,379
Occidente	Nox	0,057	0,019	0,041	0,116
	Sox	0,006	0,003	0,008	0,017

HC: Hidrocarburos
Cox: Óxido de Carbono
Nox: Óxido de Nitrógeno
Sox: Óxido de Azufre

Fuente: Universidad del Bosque (1998).

Tabla 5. Localidades con mayor número de atracos a personas (número de hechos y tasa por 100.000 habitantes). Bogotá D. C. Primer Semestre 1997.

Localidades	1er. Sem. 1997	Población	Tasa x 100.000
Kennedy	782	646.148	121
Santafé	648	140.924	460
Engativá	467	822.761	57
Chapinero	482	168.353	286
Suba	478	559.476	85
TOTAL	**2.857**	**2.337.662**	**122**

Nota: Elaborado con base en los Boletines de Estadísticas de Violencia y Delincuencia en Bogotá, del Observatorio de Cultura Urbana de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. No. 1 - 25 y Base de Datos del Grupo de Patología Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

diagnóstico de situación que permite darle direccionalidad a este proceso.

"*El diagnóstico de Estado de Salud de la Comunidad debe ser dinámico. En un mundo cambiante, los epidemiólogos tienen el deber especial de observar las repercusiones del modo de vida en la población, a fin de reconocer donde tiene lugar un incremento de bienestar y donde se produce una pérdida de éste, de describir las consecuencias indeseadas y de identificar las tendencias y adelantarse a los hechos*" (Morris 1985).

A continuación se plantea una matriz con los principales problemas que enfrentan los diagnósticos de situación de salud, con el propósito de presentar una visión diagnóstica que permita identificar los nudos críticos y las principales consideraciones para optimizar su uso (Tabla 6). Posteriormente se plantean una serie de variables e indicadores mínimos, requeridos para estructurar un diagnóstico de situación.

Las siguientes son algunas de las variables e indicadores mínimos requeridos para estructurar un diagnóstico de situación:

1. Estructura de la población
   - En el ámbito nacional y departamental según sea el caso, discriminado por territorio y sexo.
   - Tasa de Crecimiento Poblacional de acuerdo con el nivel, tomando como referencia la nacional.
   - Tasa de Natalidad de acuerdo con el nivel, tomando como referencia la nacional.
2. Condiciones Higiénico-Sanitarias (nacional y departamental)
   - Población servida con agua potable, en urbana y rural.
   - Población que usa otras fuentes de abastecimiento de agua de consumo humano, en urbana y rural.
   - Población que cuenta con letrinas, en urbana y rural.
   - Población que cuenta con sistema de eliminación de residuales sólidos (basura), en urbana y rural.
   - Estado de salubridad de industrias alimenticias y centros de alimentación colectiva.
   - Condiciones Higiénico-Sanitarias de las viviendas, establecimientos y escuelas.
   - Habitantes por vivienda.
3. Estructura de la Morbi-Mortalidad (nacional y departamental), discriminada por territorio, urbano/rural y sexo.

Tabla 6. Principales problemas que enfrentan los diagnósticos de situación de salud.

Estructurales	Funcionales	Efectos
Dificultad en conceptualizar los diagnósticos y análisis de situación de salud.	– Existen múltiples diagnósticos de salud. – Existen múltiples puertas de entrada para el abordaje de los problemas de salud (daño, riesgos y grupos humanos). – El análisis de situación de salud representa una versión más integral para el análisis de los problemas con relación a los tradicionales diagnósticos de salud. – La falta de articulación de los diagnósticos de salud en los ciclos gerenciales, como una etapa necesaria y fundamental. – Existencia de múltiples metodologías para realizar los diagnósticos de salud.	– Existencia de diferentes "términos de referencia" para los diagnósticos de salud determinados por los múltiples intereses y demandas. – Existencia de múltiples diagnósticos de salud desarticulados y que no se operacionalizan en planes concretos de intervención.
El enfoque de apertura de programas refleja una atomización en el abordaje de problemas de salud.	– Difícil acceso a la información generada por los diferentes programas. – Los indicadores se definen en función de los programas y no de los problemas. – Existencia de múltiples flujos de información y formatos de captura de datos.	– Información fragmentada de los problemas en varios programas. – Duplicidad de datos, sobrecarga del personal de estadísticas e información.
Ausencia de un espacio adecuado para el manejo de la discusión informada y la toma de decisiones en el ámbito local.	– No articulación en el ámbito local de los diferentes flujos de información. – Insuficiente circulación del dato al interior de las unidades en el ámbito local. – Fortalecimiento del sistema de registro y notificación del dato y ausencia del análisis local del mismo.	– Se dificulta el proceso de análisis de coyuntura y de intervención en el abordaje de los problemas.
Insuficiente capacidad de los responsables de estadísticas e informática en el manejo de datos automatizados.	– El estadístico y el informático aún no optimizan la tecnología disponible en el ámbito local. – El proceso de recolección y análisis de los datos no está completamente automatizado. – Existe un marcado incremento en los errores manuales de consolidación y comunicación de datos entre niveles.	– Sistema de registro y notificación de datos marcadamente lento e inoportuno.
Insuficiente continuidad en la sistematización de los diagnósticos y análisis de la situación de salud en el ámbito local.	– Realización de diagnóstico de salud de tipo coyuntural. – Insuficiente desarrollo de la evaluación y monitoreo del cambio situacional, dentro del proceso gerencial.	– Diagnósticos de salud repetitivos y sin medición del impacto de los planes de intervención.
Poco uso de datos estructurados en módulos de información.	– Datos no estructurados, dificultan ir más allá del estudio descriptivo de las diferentes categorías de problemas.	– Sistemas de información poco explicativos, comparativos y analíticos.

- Morbilidad referenciada por consultas en la red de servicios, en orden de frecuencia.
- Morbilidad por Enfermedades de Notificación Obligatoria –ENO– según grupos especiales con sus 10 primeras causas, especialmente EDA e IRA.
- Morbilidad por egresos hospitalarios, según grupos especiales (desagregar los menores de un año en menores de 27 días y de 27 días a 11 meses), sus diez primeras causas. Además los egresos ocurridos por causas de salud mental, rehabilitación y pacientes crónicos.
- Diez primeras causas de muerte, según grupos especiales de población y las diez primeras causas de mortalidad general con sus respectivas tasas según sistema de estadísticas vitales.
- Mortalidad referenciada por egresos hospitalarios, según grupos especiales de población; sobretodo mortalidad infantil (desagregado a los menores de 1 año), fetal tardía, neonatal temprana (en menores de 27 días) y tardía (de 28 días a 11 meses), sus 10 primeras causas en el ámbito general, por hospital con sus respectivos tasas.
- Accidentes de trabajo, según daño ocasionado.
- Frecuencia de violencia contra la mujer.

4. Estructura de la Producción de Servicios (nacional y departamental), discriminada por territorio, urbano/rural y sexo.
   - Consultas médicas según grupos especiales de población: menor de un año, uno a cuatro años, cinco a 14 años, 15 y más. Cobertura y concentración por edades en la red de servicios de municipios y en el ámbito departamental.
   - Egresos totales, egresos por camas, índice ocupacional, promedio de estancia, intervalo de sustitución en hospitales de corta estancia, larga estancia y centros de salud con cama.
   - Cirugías, cirugías por egresos y por quirófanos.
   - Medios diagnósticos (exámenes o estudios) en áreas de salud y hospitales por consultas y egresos.
   - Consulta odontológica, por grupos especiales de población, cobertura y concentración general.
   - Consulta psiquiátrica, consulta por rehabilitación, consulta a pacientes crónicos.
   - Control prenatal, cobertura y concentración, captación precoz (primer trimestre) y tardía (segundo trimestre).
   - Parto institucional, cobertura, aborto.
   - Control puerperial, cobertura, concentración.
   - Alto Riesgo Ostétrico –ARO–, cobertura, concentración.
   - Cesáreas: índice
   - Control de fertilidad, cobertura, concentración.
   - Control de mamas y Cáncer Cervicouterino, cobertura, y concentración.
   - Control de crecimiento y desarrollo, concentración.
   - Control de desnutridos, cobertura y concentración.
   - Control a adolescentes, cobertura y concentración.
   - Atención en Unidades de Rehidratación Oral –URO–, cobertura y concentración.
   - Inmunizaciones, cobertura y concentración con todos los biológicos, especialmente sarampión.
   - Rabia, vacunación y eliminación canina, cobertura.
   - Tuberculosis, Sintomático Respiratorio, casos nuevos en tratamiento, altas y abandonos.

Nota: Tener en cuenta las definiciones de:
Cobertura: Relación porcentual existente en-

tre el número de controles otorgados por primera vez y la población objetivo hacia quién van dirigidos los controles.
Concentración: Número de controles administrados a cada caso. Se obtiene al dividir el total de controles entre el número de casos nuevos.

5. Indicadores socio-económicos:
   - Cobertura de servicios básicos
   - Porcentaje de desempleo
   - Escolaridad
   - Acceso al bienestar

6. La participación social/sociedad civil:
   - Actores sociales, sus recursos, su punto de vista con relación a la problemática de salud.
   - ONG's, sus objetivos, sus recursos, su punto de vista con relación a la problemática de salud.
   - Organismos comunitarios, sus objetivos, sus recursos, su punto de vista con relación a la problemática de salud.

7. Financiamiento, presupuesto y gasto:
   - Fuente de financiamiento, monto por rubro económico, actividad o servicio de salud o unidad de salud.
   - Presupuesto aprobado desglosado por centro de costo y rubro económico.
   - Gasto por rubro económico y actividad.

4. Diagnóstico de situación: series de tiempo en el estudio de condicionantes, determinantes, causales y morbi-mortalidad

Así como es importante caracterizar el problema en el espacio, lo es también caracterizarlo en el tiempo, porque el problema puede tener tendencias ascendentes o descendentes, mostrar ciclos, es decir comportamientos de varios años con épocas periódicas de aumento y disminución y dentro del año mostrar estacionalidades o momentos en los cuales su incidencia sea mayor. Estos comportamientos deben ser estudiados con el propósito de hacer las intervenciones en los puntos más bajos del ciclo o previos a las estacionalidades o a los puntos de mayor incidencia durante el año. Cuando se trata de problemas o de incremento de la producción, se debe estudiar la conveniencia de utilizar los momentos óptimos, es decir los momentos previos a alcanzar la máxima producción —punto máximo del ciclo y punto máximo de la estacionalidad— para fomentarla aún más.

En el artículo "*Elaboración de programas y proyectos de intervención*" de este mismo libro, se describen las evaluaciones ex–ante y ex–post. Cuando se quiera predecir el comportamiento del problema, es preciso estudiar en el tiempo la correlación de los condicionantes con los determinantes y de éstos con la morbi-mortalidad para lograr hacer intervenciones en los diferentes niveles de complejidad del problema y reducir su incidencia.

Un ejemplo de este tipo de asociaciones se encuentra en la brucelosis humana de origen caprino en el Perú, que tiene un comportamiento cíclico ligado a la ciclocidad de las lluvias en los contrafuertes de la cordillera, que produce una mayor abundancia de pastos y por ende un incremento en la producción de leche y en la producción de queso de cabra, lo que genera una frecuencia mayor de la enfermedad. Además tiene un comportamiento estacional muy definido ligado al régimen migratorio de las cabras: cuando las cabras se encuentran en la costa, entre octubre y marzo, la brucelosis humana alcanza su mayor frecuencia; cuando estás se dirigen a la sierra en busca de pastos naturales entre abril y septiembre, disminuyen los índices de brucelosis en el hombre; es decir, la mayor incidencia está asociada con la mayor cercanía a la producción o a los grandes mercados (Zapatel y Málaga 1971).

Otro ejemplo de esta relación es la población bovina, cuya distribución temporal está determinada por la abundancia de pastos naturales dependiendo de la precipitación pluvial. Esta a su vez determina el ciclo de abundancia de las poblaciones animales, que crecen con tendencias positivas por determinado número de años hasta alcanzar una tasa de saturación. Con esta situación se definen ciclos regulatorios de la misma, que dependiendo de las especies tendrán duraciones definidas. Los ciclos de población bovina en Colombia tienen una duración de seis a siete años determinada por los índices de precios (Federación Antioqueña de Ganaderos 1976), fijando éstos su demanda, lo que a su vez incide en la oferta de porcinos y aves, especies no tan dependientes de la naturaleza para la crianza y que pueden actuar como sustitutos.

5. Diagnóstico de potencialidad de desarrollo

5.1 ¿Qué se entiende por desarrollo?

Es muy estrecha la relación entre salud y desarrollo, incluso si se asumiera un concepto muy reducido ligado casi exclusivamente al desempeño económico de las comunidades; pero es mucho más fuerte esta relación, si se aborda como un concepto integral que incluye pero trasciende lo económico —el crecimiento— y abarca un conjunto de dimensiones adicionales, básicas para el bienestar de las personas.

El PNUD (1990, 1996) ha acuñado el concepto de Desarrollo Humano Sostenible buscando dar dos mensajes principales: el desarrollo debe ser humano, porque el hombre es su objetivo, y el hombre requiere mucho más que los bienes materiales que puede consumir; requiere bienestar integral con seguridad, educación, salud, solidaridad; y segundo, que el desarrollo debe ser sostenible, apunta a que el desarrollo tiene que abarcar la relación del hombre con su medio, relación que debe ser armónica y sostenible a lo largo del tiempo. Derivada de esta relación, surge una nueva: un desarrollo equitativo entre generaciones.

Es pues el rescate de una concepción humanista, aunque muy diferente al humanismo renacentista. Más que un humanismo individualista "*liberal*" es un humanismo social, que considera al hombre-social como parte de un universo, del que además, depende; y piensa en el desarrollo a largo plazo, como un proceso donde intervienen múltiples generaciones y que debe mantener en el tiempo su armonía con la naturaleza.

Por eso, en su Índice de Desarrollo Humano, el PNUD acude a tres dimensiones que en conjunto, producen variables "*trazadoras*" del nivel de desarrollo de una sociedad:

- El nivel educativo, con dos variables: la tasa de analfabetismo y la cobertura del aparato educativo.
- La salud, con una: la esperanza de vida
- El ingreso con una: el Producto Bruto Interno per Cápita.

Será entonces tanto más o tanto menos desarrollada una sociedad, en la medida en que esté en capacidad de garantizar a todos sus asociados, un mayor o menor nivel de bienestar que incluya para todos la auténtica realización de sus capacidades y el logro de sus objetivos básicos como seres humanos.

Se menciona en la definición anterior una dimensión fundamental del desarrollo: la equidad. Los beneficios del desarrollo deben llegar en forma justa y equitativa a todos los asociados; el desarrollo debe propender por una sociedad incluyente que a diferencia de los procesos excluyentes que hoy se dan en todos los países latinoamericanos, tenga la capacidad de incorporar a todos los grupos sociales al proceso de desarrollo.

Nuestras sociedades han aprendido a convivir con al menos tres tipos graves de inequidad y de exclusión:

- La inequidad de género, que ofrece a los varones más y mejores oportunidades de realización humana que a las mujeres.

- La inequidad de regiones, que acepta como algo "*natural*" que ciertas regiones de cada país dupliquen en calidad los indicadores económicos y sociales de otras.
- La inequidad de grupos sociales, que reproduce el atraso y la exclusión de las poblaciones indígenas, campesinas u obreras.

Se requiere pues, de un diagnóstico preciso y ágil de los niveles de desarrollo que —en forma similar a un Índice de Precios al Consumidor o a un Índice de Inflación—, diga mes a mes y con discriminación de género, región y grupo social, el avance o retroceso social en términos del desarrollo. Este Índice de Desarrollo Humano, servirá también para hacer seguimiento a la calidad de los programas de gobierno de los mandatarios de turno, no sólo a nivel nacional, sino también a nivel regional y local.

Varios son los indicadores que en forma complementaria permiten observar estos avances y retrocesos:

- El Indice de Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas.
- El Indice de Pobreza por Ingresos (o por Línea de Pobreza).
- El Indice de Pobreza Humana.
- El Indice de Condiciones de Vida, desarrollado por el equipo de Misión Social (DNP/PNUD) en Colombia.

Pero lo importante no es contar con índices; lo importante es tener la capacidad de utilizarlos en forma permanente para el monitoreo y el diagnóstico del desarrollo.

5.2 ¿De qué depende el desarrollo?

No se puede asumir tampoco frente al desarrollo una actitud "*contemplativa*", de simples observadores. La pregunta fundamental será entonces: ¿qué se puede hacer para dinamizar los procesos de desarrollo de una comunidad?

No basta el crecimiento para generar el desarrollo; el crecimiento puede traducirse en mayor inequidad y puede perfectamente coexistir con una sociedad de pobreza generalizada. Es necesario por lo tanto, impulsar políticas específicas de desarrollo que garanticen la equidad de oportunidades y el acceso universal a los servicios y bienes fundamentales.

Estas políticas tienen que ver con:

- Educación, vivienda, protección al medio ambiente, acceso a los bienes productivos (incluyendo financiación, asistencia técnica, condiciones equitativas de mercado, etc.), empleo digno, etc.
- Una estructura socio-económica participativa –sin polarizaciones extremas–, capaz de aprovechar todo el dinamismo y el capital humano de los sectores populares y campesinos para producir riqueza y prosperidad; capaz de introducir productos y procesos productivos que incorporen la sabiduría de lo ancestral en forma competitiva a los mercados modernos.
- Una inserción sabia en los mercados internacionales, sin aperturas ingenuas y desventajosas; que se apoye en las ventajas naturales recibidas (derivadas del trópico, de la tradición, de la posición geográfica, etc.), pero también –y quizás ante todo– en ventajas construidas a través de la educación, la difusión y el arraigo del desarrollo tecnológico, y el fortalecimiento del espíritu empresarial con dimensión social.
- El fortalecimiento del tejido social, a través del arraigo de valores como la solidaridad, la tolerancia, el disfrute de la convivencia y el respeto.

Este será el contexto óptimo para que en cualquier país, en cualquier medio, en cualquier contexto histórico, florezca el desarrollo.

5.3 ¿Cuáles son los indicadores del desarrollo?

Desarrollo no es igual a crecimiento económico; es capacidad de generar un bienestar integral —todas las necesidades básicas del

ser humano, por ejemplo según Max Neef (1986)— y universal —a todos los miembros de la sociedad—. Por lo tanto, se tiene que disponer de "*Indicadores del Desarrollo*" capaces de reflejar esa integralidad y esa universalidad:

a) Índice de Desarrollo Humano:
   - Variables "*trazadoras*": Salud, educación e ingreso, con la óptica de oportunidades.
   - Índice de Desarrollo Humano, ajustado por equidad de género.
   - Índice de Desarrollo Humano, ajustado por equidad en la distribución del Ingreso (Gini).

b) Indice de Pobreza Humana:
   - Educación, salud e ingreso, con la óptica de carencias.

c) Indice de Condiciones de Vida –ICV–.

d) Otras dimensiones más complejas: cultura, medio ambiente, seguridad, etc.

5.4 Estrategias para promover el desarrollo

Para alcanzar una sociedad sin exclusiones, participativa y próspera, se plantea la promoción de los siguientes componentes:

- ***Capital humano***: salud y educación como fines y medios del desarrollo.
- ***Capital social***: tejido social, seguridad, solidaridad, participación.
- ***Riqueza***, en términos de prosperidad:
  - competitividad: identificar oportunidades y nichos de mercado.
  - tecnología adecuada
  - dinámica empresarial.

  Basada en un modelo, no de acumulación (modelo capitalista tradicional), sino de crecimiento con equidad; nuevas relaciones sociales. Que sea la base para la generación de oportunidades:
  - ¿La meta es sólo un buen salario? ¿Hay alternativas diferentes?
  - Acceso a recursos productivos: crédito, asistencia técnica, equipos, tierra.
  - Un modelo asociativo y participativo: empresa con equidad.
  - Empoderamiento para el crecimiento y el desarrollo.
  - Desarrollo Humano Sostenible, con una visión integral del hombre y su medio (ecosistema), no sólo antropocentrismo (visión "renacentista").

5.5 Procesos concretos de desarrollo

Las anteriores consideraciones deben conducir al diseño de proyectos concretos de desarrollo. Se puede hacer el seguimiento de las diferentes fases de un proceso de desarrollo local, a través de un ejemplo real.

El municipio de Santuario-Risaralda es un municipio cafetero de la región central de Colombia, pero no todas sus tierras son aptas para el cultivo del café, motivo por el cual las veredas altas presentaban tradicionalmente elevados índices de pobreza, acompañados de alto desempleo y de subutilización de las tierras.

La Unidad Municipal de Asistencia Técnica Agropecuaria —UMATA—, identificó un cultivo que al darse en forma espontánea, evidenciaba unas buenas condiciones para su implantación. Identificó también, que existía en el país un desplazamiento de la demanda de bebidas gaseosas hacia los jugos naturales, fenómeno acompañado con el ingreso de importantes grupos económicos al negocio de los jugos. Factores que se constituyeron en básicos del diagnóstico inicial: oferta y demanda viables para el producto "*la mora de castilla*".

La UMATA realizó en parcelas de la vereda, cultivos demostrativos ajustando las normas técnicas a las características específicas de la región. Se apoyó luego en el Programa de Diversificación de Cultivos de la Federación de Cafeteros y en el Proyecto de Desarrollo Asociativo -PNUD-Ministerio de Trabajo, para ofrecer a todos los interesados un completo programa de asistencia técnica, tanto en los aspectos productivos como en la gestión empresarial.

Se realizaron contactos con la empresa Postobón, productora de jugos naturales y una de las dos grandes demandantes de frutas para jugos en el país, cumpliéndose así la segunda gran condición: "*transferencia tecnológica y mercadeo*". Con la presencia de Postobón se puso en práctica la estrategia de "*Cadenas Productivas*", al articular la producción de la empresa asociativa al círculo económico nacional; la naciente Asociación de Cultivadores de Mora de Santuario —AMOROSA— estableció con Postobón, una "*alianza estratégica*" por medio de la que Postobón se comprometía a comprar el 80% de la producción de la Asociación, y a brindarle asistencia técnica en tecnologías de empaque y transporte y en procesos de garantía de calidad. AMOROSA por su parte se comprometía a venderle el mismo porcentaje y a poner en práctica los procesos de garantía de calidad.

La administración municipal de Santuario aportó al proyecto el centro de acopio, con un cuarto frío para hacer viable la conservación del producto y constituir así una estrategia rentable de transporte. Además, se establecieron alianzas con otros sectores del municipio como los transportadores. La Asociación se encarga de la administración del centro de acopio, del transporte y de todos los aspectos operativos del cobro y pago a los campesinos asociados, a cambio de un pequeño porcentaje sobre el valor de las ventas.

Es fundamental que los proyectos productivos populares sean competitivos, manejen niveles tecnológicos que garanticen una alta productividad y estén insertos ventajosamente en la dinámica del mercado. La estrategia de "*cadenas productivas*" busca garantizar el éxito del proyecto en cada una de sus "*etapas productivas*": los insumos, la financiación, la asistencia técnica, el empaque, el transporte, la distribución y la comercialización. De alguna manera se trabaja también con la filosofía del "*cluster*" local y por ello es importante la vinculación de las autoridades locales.

Al cabo de un año se habían vinculado a AMOROSA, cerca de 30 campesinos con parcelas en promedio de una hectárea. Cada uno de los cultivos garantiza tres empleos estables y mano de obra adicional para los días de cosecha, que son dos a la semana. Los campesinos que antes salían de su vereda a "*jornalear*" ahora tienen garantizado el empleo de su mano de obra familiar. En promedio, la explotación de cada hectárea está generando tres salarios básicos y el equivalente a un salario básico adicional de utilidades. Una familia campesina que ocupe tres de sus miembros en el cultivo puede tener ingresos netos cercanos a los US$ 600 mensuales (en un país donde el salario mínimo es de US$ 150).

Con el 20% del producto de libre disposición, AMOROSA está buscando una "*alianza estratégica adicional*", está próxima a suscribir un convenio con una cadena de supermercados para la venta de la calidad "extra" de mora, de tal forma que se pueda obtener un mejor precio y disminuir el riesgo de tener un solo comprador.

La UMATA ha implantado este mismo modelo con los cultivadores de plátano, creando la Asociación de Cultivadores de Plátano de Santuario. Posteriormente se iniciarán nuevas fases del proyecto: comprar en común los insumos, establecer un fondo rotatorio de crédito (especialmente para financiar el inicio de la producción a nuevos socios), complementar la producción con cultivos de "*pancoger*" (autosuficiencia alimentaria) y adquirir conjuntamente otros productos alimenticios complementarios. Además han iniciado un proceso de "*cooperación horizontal*" con otros proyectos productivos semejantes, para ofrecer y recibir cooperación técnica. En su agenda tienen también programas de mejoramiento de vivienda.

Hoy los campesinos de la vereda Los Planos empiezan a tener ingresos suficientes, aprovechan óptimamente sus pequeñas parcelas, participan proactivamente en la vida del municipio y forman parte activa de la economía nacional y, en consecuencia, se ha contrarrestado la migración hacia las ciudades.

6. Utilidad de los diagnósticos

Los diagnósticos son la base para determinar el orden de prioridad de los problemas existentes en el nivel local, pasando de una fase subjetiva a una lo más objetiva posible que considere la complejidad del problema, de lo que se deriva: la posibilidad de su solución, el costo-beneficio y el costo-eficacia de la intervención, el tiempo en el que se van a obtener los resultados de la intervención, y el impacto de la intervención en el Desarrollo Humano Sostenible.

Como las decisiones son de la comunidad, se evita en parte la tradición de la decisión política, que al basarse en un análisis costo-beneficio se considera como una decisión técnica; mientras que cuando tiene que tomar una decisión amparada en el costo-efecto, depende del político que la decisión se tome, porque para la comunidad las decisiones con impacto social tienen la misma importancia que las decisiones de impacto meramente económico.

Además, este enfoque basado en evidencias, deja de lado las decisiones subjetivas pasando del "*mas o menos*" a lo exacto (White 1998), que ha sido por lo general la forma tradicional de las decisiones políticas en el área social.

7. Problemas por niveles de complejidad

Los problemas de enfermedad son resultantes de la sumatoria de factores en un proceso (Samaja 1997). Esta es la razón por la que los problemas de salud pertenecen a sistemas complejos, correspondientes a interfases jerárquicas que pueden agruparse en factores condicionantes, factores determinantes, factores causales y finalmente producir como resultado la enfermedad.

Al estudiar problemas de salud, se encuentra que existen factores jerárquicos comunes a muchos problemas, como por ejemplo, la relación entre condiciones de vida y enfermedades transmisibles; o problemas ligados a determinantes específicos, como la relación entre las salmonelas predominantes en los animales y las predominantes en el hombre, que ocasionan en éste, un problema diarréico.

Estos niveles de complejidad son los que definen la necesidad o no de intervenciones intersectoriales. En la Tabla 7 se presentan los niveles de ejecución de políticas, que se pueden agrupar en macro-económicas, con impacto en las determinantes de salud y equidad, particularmente políticas redistributivas; de inversión social, como educación;

Tabla 7. Reduciendo inequidades: Mecanismos ilustrativos en políticas a diferentes niveles.

Nivel de Política	Mecanismos ilustrativos
Políticas macro-económicas y de redistribución.	Crear impuestos progresivos, políticas laborales y de redistribución del crecimiento económico.
Políticas de inversión para el desarrollo socio-humano.	Invertir en una educación primaria universal y sin costo, en cultura de la mujer y en infraestructura de vivienda y transporte.
Políticas de salud de la población y Sistemas de Salud.	Asegurar el acceso universal al agua segura y saneamiento; enfatizar en Promoción y Prevención; diseñar una estructura legislativa para alcanzar estándares del medio ambiente y ocupacionales; establecer una financiación progresiva basada en principios solidarios, abolir los subsidios a los más ricos; garantizar el acceso universal a los servicios básicos de calidad.

Fuente: Mills (1998).

y las que están directamente relacionados con el Sistema de Salud (Mills 1998).

Otro ejemplo de niveles de explicación de problemas y su intervención fue desarrollado por Fathalla (1996) mediante la metodología de estudios de caso en mortalidad materna, que se muestra en la Tabla 8.

La metodología que se presenta en el artículo "*Elaboración de programas y proyectos de intervención*" de este libro, implica la relación de causa-efecto entre los factores condicionantes, determinantes y causales con el problema para su aplicación. Construir un modelo que explique la presencia de un problema requiere entonces, establecer relaciones causales entre variables independientes (factores condicionantes, determinantes y causales) y las variables dependientes (problemas).

En muchas oportunidades la relación causa-efecto no es inmediata, pueden pasar a veces muchos años para que se produzca, o se haga evidente el efecto. Para el establecimiento de la asociación causa-efecto, se utilizan diferentes metodologías estadísticas, con el objeto de detectar evidencias epidemiológicas: de secuencia temporal, de dosis-respuesta, de diferencias, de concordancia o de analogía (Schwabe et al 1977). Se pueden comparar los grupos que poseen el factor o la combinación de factores, con los que no lo poseen, calculándose el riesgo a través de estudios prospectivos, retrospectivos y caso–control, haciendo uso de los sistemas de vigilancia de oportunidad de vida, vigilancia epidemiológicas o estudios especiales realizados en muestras representativas.

8. La prioridad de los problemas

La prioridad de los problemas se determina desde el punto de vista negativo por su incidencia y severidad, por su efecto en la mortalidad y, si la intervención es efectiva y barata. Desde el punto de vista positivo por la intensidad del incremento, la disminución de las pérdidas, o la satisfacción de las necesidades, eficiencia y costo.

La complejidad de los problemas determina la decisión de la elaboración de planes de intervención a corto, mediano y largo plazo. Generalmente, las intervenciones a corto plazo son las que actúan sobre las causas, las de mediano sobre los factores determinantes y las de largo plazo sobre los factores condicionantes. Fundamentalmente, el trabajo sobre factores condicionantes es eminentemente intersectorial, mientras que las intervenciones en factores causales son bastante sectoriales.

Tomando en cuenta estos considerandos y la existencia de diferentes metodologías de planeación local participativa, que permiten priorizar los problemas o potencialidades de desarrollo, se han planteado fórmulas como las de Hanlon (Spasoff 1999), con las siguientes expresiones:

Grado Básico de Prioridad =
(tamaño + seriedad) × efectividad de solución

donde los diferentes participantes asignan rangos:

para valorar tamaño y seriedad:

- de 0 a 10

para calificar la efectividad:

- de 0,5 si el problema no puede ser resuelto,
- de 1,0 si se resuelve parcialmente, y
- de 1,5 para resolución total.

Una vez obtenido este Grado Básico de Prioridad se puede multiplicar por la voluntad política, o PEARL, asignando puntajes de 1 ó 0 a la presencia o ausencia de los siguientes componentes:

- Compromiso Comunitario (P)
- Factibilidad Económica (E)
- Aceptabilidad (A)
- Disponibilidad de recursos (R), y
- Legalidad (L)

Tabla 8. Metodología de estudios de caso en Mortalidad Materna.
Análisis de caso: muerte de la Sra. X

	Entradas	Viacrucis	Salidas	
Factores inmediatos	Placenta previa.	Hemorragia antes del parto.	MUERTE	Atención inmediata
	Falta de equipo técnico y médico en el hospital.	Cesárea tres horas después del ingreso al hospital.	Servicios adecuados y personal médico suficiente para atender emergencias.	
	Sangre insuficiente.	Ingreso al hosptial con sangrado grave y en estado de shock; recibe sólo 500 ml de sangre.	Sangre en cantidades adecuadas.	
Factores subyacentes	Falta de transporte subyacente - zona rural apartada.	Cuatro horas para llegar al hospital.	Transporte disponible. Centros de salud cercanos.	Acciones focalizadas en grupos de riesgo
	Falta de información, poco conocimiento sobre el cuerpo. Falta de acompañamiento de personas cercanas.	Dos hemorragias leves anteriores.	Información accesible. Conocimiento del cuerpo. Cuidado de la familia y de la comunidad.	
	Falta de cuidado prenatal durante el embarazo.	Anemia crónica. Desnutrición crónica. Parasitosis crónica.	Servicios de cuidado prenatal.	
Factores básicos	Poco poder de decisión sobre la vida sexual y reproductiva.	Embarazo indeseado.	Decidir sobre el propio cuerpo-autonomía.	Políticas integrales de protección a la maternidad
	Valoración social de la mujer y de la maternidad.	Siete partos (cinco hijos vivos).	Transformaciones culturales sobre los roles de género. Valoración de las concepciones culturales sobre la maternidad.	
	Falta de información Ausencia de educación sexual.	Nunca usó un método anticonceptivo.	Educación sexual integral. Servicios accesibles de planificación familiar.	
	Falta de oportunidades de trabajo.	Desempleo.	Iguales oportunidades y condiciones de trabajo.	
	Falta de educación	Analfabetismo.	Acceso universal a educación de alta calidad.	
	Falta de alimentación adecuada.	Desnutrición desde la infancia.	Alimentación adecuada.	
	Inequidades de género.	Poca valoración de la niña.	Construcción de la autoestima y de una identidad positiva. Equidad de género desde la infancia.	
	Pobreza. Inequidades sociales.	Familia numerosa. Hogar de bajos ingresos.	Justicia social y económica. Participación política.	

Fuente: Fathalla (1996).

El Grado Final de Prioridad, estará dado entonces por:

Grado Final de Prioridad = Grado Básico de Prioridad × PEARL

Para dar prioridad a los problemas y potencialidades del desarrollo se presenta en las tablas 9 y 9a un procedimiento sencillo, en el que la comunidad asigna rangos a cada uno de los problemas y potencialidades identificadas, para obtener un rango final a través de la suma de los puntajes individuales obtenidos en cada ítem.

Finalmente, y de manera temporal hasta alcanzar la autonomía del movimiento comunitario, se debe considerar la importancia que tienen las políticas de desarrollo municipal correspondientes a plataformas electorales, que aunque no necesariamente pueden haber sido consultadas con la comunidad, si han logrado una aprobación presupuestal. Se debe tratar que las decisiones comunitarias concilien con los planes de Gobierno Municipal, para ganar los recursos ya aprobados de los presupuestos municipales.

Lograr lo anterior, implica conocer muy bien estos lineamientos de política y compararlos con el diagnóstico de la problemática existente. Esta política puede ser también considerada como otro ingrediente de priorización, sin olvidar el marco de política nacional, que considera además de prioridades nacionales, las obligaciones que el país tiene con la comunidad internacional.

Tabla 9. Rango de criterios para la priorización de problemas del desarrollo.

No. Orden	Problemas	Complejidad (1)	Incidencia prevalencia (2)	Compromiso comunitario (3)	Costo efecto (3)	Factibilidad (5)	Tiempo (6)	Puntos
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

(1) Dependiendo de si el problema va a ser atacado en sus factores condicionantes, determinantes o causales.
(2) Usar la información técnica disponible.
(3) Criterio con que la comunidad califica el problema.
(4) La metodología se describe en el artículo *"Elaboración de Programas y Proyectos de Intervención"*.
(5) Disponibilidad de recursos financieros.
(6) Corto, mediano o largo plazo.

Tabla 9a. Rango de criterios para la priorización de potencialidades del desarrollo.

No. Orden	Potencialidad de desarrollo	Complejidad (1)	Demanda insatisfecha (2)	Compromiso comunitario (3)	Familias beneficiadas (4)	Costos beneficio (5)	Factibilidad (6)	Tiempo (7)	Puntos
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

(1) Dependiendo si las limitantes de su desarrollo son condicionantes, determinantes o causales.
(2) Del estudio técnico, incluir la potencialidad de atender otros mercados diferentes al local.
(3) Criterios con los que la comunidad califica el potencial.
(4) Número de familias entre las que se distribuyen los ingresos .
(5) La metodología se describe el artículo "*Elaboración de Programas y Proyectos de Intervención*".
(6) Disponibilidad de recursos financieros.
(7) Si es a corto, mediano o largo plazo.

Bibliografía

BAROCCI, M., CAFFERY, C., CLAUDINE, K., et al (1999). The Threefold way: A proposal for the Pan American Health Organization. University of California at Berkeley. 39 p.

BERMAN, P., KENDALL, C., BHATTACHARYA, K., (1994) The household production in health: Integrating Social science perspectives on Microlevel health determinants. Soc. Sci. 38 (2): pp. 205 – 215.

COHEN, E. (1993) Apuntes, curso de Evaluación de Proyectos, Quito/Ecuador. 9 p.

COHEN, E., FRANCO, R., (1992), Evaluación de Proyectos Sociales. Siglo Veintiuno Editores, México, 205 p.

CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCION Y PREVENCION (1992) Declaración de Bogotá, Colombia.

DANISH INT. DEV. AGENCY, WHO (1989) Training Workshop on Health System Reorientation in urban areas to reach the underserved. WHO/SHS/NHP/89.4, 71 p.

De KADT, E., y TASCA, R. (1993) Promover la Equidad: un nuevo enfoque desde el sector social. Programa de Políticas de Salud, OPS, Washington. 102 p.

EVANS, R., BARER, M., MARMOR, T. (1996) ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Ediciones Díaz de Santos, Madrid, España. 411 p.

FATHALLA, M. (1996) Quinto Programa de Estudios de la Salud Sexual y Reproductiva. Brasil, 15 de Mayo al 15 de Junio de 1996. OMS.

FEDERACION ANTIOQUEÑA DE GANADEROS (1976). La extracción de ganado vacuno en Colombia, Medellín, Colombia. 28 p.

GARCIA, F. (1997) Un método para asignación de recursos por departamentos, aplicando criterios de equidad. Boletín Epidemiológico, Paraguay 3 (9): pp. 5 – 7.

GOLBERT, L. (1995) Viejos y nuevos problemas de las políticas asistenciales. Boletín Oficial Rep. Argentina Nr. 28293, 17 p.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA -INEI- (1996), Información sobre Población y Pobreza para programas sociales. Perú. 383 p.

MALAGA, H. (1999) Perspectivas de la Epidemiología en la Reforma de la Seguridad Social. Revista de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia 1 (2): 128 - 136.

MAX NEEF, M. (1986). Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Fundación Dag Hammarskjold. Santiago de Chile.

MILLS, R. (1998) Equity and Health: Key issues and WHO's role, WHO/CHS/HSS/98.3 Equity initiative: 5; 18 p.

MORRIS, J. M. (1985) Aplicaciones de la Epidemiología Salvat Editions, S.A., Mallorca, Barcelona-España.

OCAMPO, J. A. (1998) Distribución de Ingresos, Pobreza y Gasto Social en América Latina. Conferencia de las Américas, OEA. 10 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -OMS-, MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE CANADÁ, ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA (1986), Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa, Ontario-Canadá.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS/OMS- (1999), Principios y conceptos básicos de Equidad y Salud. Salud y Desarrollo Humano, Washington D. C., 14 p.

PNUD (1990). Informe sobre Desarrollo Humano. Nueva York.

PNUD (1996). Informe sobre Desarrollo Humano. Nueva York.

SAMAJA, J. C. (1997) Ontología de la complejidad, III Congreso Iberoamericano de Epidemiología, Caracas-Venezuela, Nov. 1997.

SCHWABE, C., RIEMAN, H., FRANTI, CH., (1977) Epidemiology in Veterinary Practice, Lea and Febiger, Philadelphia. 303 p.

SOLORZANO, X., BAMBERGER, M., y HURTADO, M. (Editores) (1997) La focalización de Programas de Salud y Nutrición para Poblaciones Pobres en América Latina. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS) e Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial (IDE-BM). 103 p.

SPASOFF, R. (1999). Epidemiologic Methods for Health Policy. Oxford University, New York. 228 p.

UNIVERSIDAD DEL BOSQUE (1998), Contaminación del Aire y Enfermedad Respiratoria de la Población Infantil de Puente Aranda, Santa Fe de Bogotá, 160 p.

WHITE, F., (1998) De la evidencia al desempeño: Como fijar prioridades y tomar buenas decisiones. Rev. Panamericana de Salud Pública 4 (1). pp. 69 – 74.

WOOLF, CH. (1968) Principles of Biometry, D. Van Nostrand Company, INC., Princeton, New Jersey, 359 p.

ZAPATEL, J., y MALAGA, H. (1971) Epidemiología de la Brucelosis Caprina en el Perú, Bol. OPS 71 (2): pp. 121-131.

12 Elaboración de programas y proyectos de intervención

Hernán Málaga

El diseño y preparación de proyectos de intervención implica siempre el cumplimiento de dos etapas básicas, la prefactibilidad y la factibilidad; a través de ellas se puede determinar con análisis específicos de costo-efecto o costo-beneficio si el proyecto en realidad puede solucionar un problema o atender una necesidad con eficiencia y eficacia. Por tratarse de una introducción a la metodología de preparación y evaluación de proyectos, en este artículo se hará un análisis detallado de la fase de prefactibilidad, dejando varios aspectos de factibilidad y de inversión para libros más especializados en este campo.

Introducción

En materia de programas y proyectos sociales se han generado demasiadas iniciativas sin resultado, producto de hacer intentos por solucionar un problema que apenas se presenta, sin haber determinado primero los factores condicionantes, determinantes y causales; ni haber establecido los indicadores de la situación al inicio de la intervención; queriendo disminuir factores causales al acudir por ejemplo, a un afiche o panfleto en el que se explican medidas higiénicas, sin haber identificado si la población es capaz de interpretar lo que en ellos está escrito o incluso si son leídos por la comunidad, desperdiciándose a veces inútilmente, esfuerzos y enormes cantidades de recursos, sin obtener mínimos resultados.

También es muy frecuente, la realización de actividades ante la necesidad de invertir un recurso económico existente, sin tener en cuenta si éste será suficiente, para enfrentar los diversos factores que ocasionan la presencia de un problema. Ningún tipo de acción (social, cultural o educativa) que pretenda alcanzar un objetivo debe dejarse sujeta a la total espontaneidad de quien o quienes la realizan (Ander-Egg y Aguilar 1996). Actualmente las decisiones de políticas de salud, se toman basadas en evidencias científicas que por razones éticas deben ser un intento de reducir la fre-

cuencia de exposición a un factor, que se asume incrementa la probabilidad de incidencia del problema (Norell 1992). La epidemiología es una herramienta sumamente útil para la elaboración del modelo, al permitir identificar cuáles son las variables ambientales, de estilos de vida, de oportunidad de vida, biológicas y de respuestas sectoriales e intersectoriales, gubernamentales y no gubernamentales para la solución del mismo.

Por esto los Proyectos, entendidos como conjunto de acciones que se realizan en un determinado espacio físico, en un determinado tiempo, sobre una población objetivo y con recursos definidos, constituyen la mejor forma de enfrentar nuestros problemas.

En términos de elaboración de proyectos, se denominan como tales a aquellos que requieren una inversión en infraestructura capaz de hipotecarse. Los programas utilizan la misma metodología de elaboración, pero no tienen inversión en infraestructura hipotecable, o ésta es mínima y por tanto la banca no dará financiación bajo las condiciones en que lo hace con los proyectos de inversión.

La elaboración de proyectos o programas de intervención se desarrolla en dos etapas: de prefactibilidad y de factibilidad (Sapag y Sapag 1998, y Cohen y Franco 1992); en la primera se define el perfil del proyecto y se realiza una evaluación ex-ante, para comparar el efecto de las diferentes alternativas de intervención. Se realiza del mismo modo un análisis costo-beneficio si se trata de proyectos de inversión con resultados productivos, o análisis costo-efecto si se trata de programas de intervención cuyo efecto va a ser la reducción de la incidencia de un problema, tratando de modificar factores de riesgo o conductas de riesgo existentes (Nutbeam 1986). La segunda etapa de factibilidad, determina el paso a la fase de inversión y operación. En la ejecución del proyecto, se controla la gestión y al término, se realiza la evaluación ex–post.

1. Prefactibilidad

Es la etapa en que la participación comunitaria tiene una gran responsabilidad en la elaboración del programa o proyecto de intervención.

1.1 Método del marco lógico

Todo proyecto debe partir de la identificación en conjunto con la comunidad de los principales problemas, que se irán seleccionando en orden de prioridad para la elaboración del perfil del o de los proyectos, tomando como base lo que la comunidad plantea como "*el sueño*" frente a ese problema en particular (Marco de Acción). Posteriormente, se recomienda seguir la metodología de Marco Lógico (OPS 1996), por ser muy participativa y de fácil utilización y comprensión por parte de las comunidades; esta metodología permite plasmar el perfil del proyecto de una forma puntual (ver Tabla 1), facilitando así su divulgación y comprensión. Utiliza para su planteamiento cuatro niveles de objetivos. Cada nivel del esquema es excluyente, por consiguiente no se puede expresar un objetivo por la unión de objetivos de niveles diferentes, ya sea por la palabra "*mediante*" o "*a través*".

Como herramienta para la definición de las líneas de acción del proyecto o resultados, es muy importante la realización de un árbol del problemas y un árbol de objetivos, que son los que darán las bases para definir el plan de trabajo.

a) Árbol del problema

Tomado como ejemplo "*el embarazo de adolescentes*" (Figura 1) se puede caracterizar la problemática en las siguientes variables:

- Variables Biológicas:
  - ***Aparición de la menarquia***: niñas que tienen menarquia a los doce años o menos tienen una mayor probabilidad de tener embarazos de adolescentes que las que la tienen

Tabla 1. Matriz de Marco Lógico

Nombre del Proyecto: _____ **Responsable:** _____
Areas del Problema: _____ **Ubicación:** _____
Período de Ejecución: _____

Resumen de Objetivos	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos
FINALIDAD Equivale al enunciado de "El sueño" o finalidad última a la que el proyecto o programa va a contribuir: "Lograr el bienestar de todos los habitantes de la comuna X".	Medición del logro general que el proyecto ha alcanzado: - Disminución en un 20% las brechas de mortalidad infantil entre el estrato más pobre y el más rico. - Disminución en X% las brechas en expectativa de vida entre estratos extremos.	Se deben incluir las fuentes de información para comprobar el cumplimiento de los indicadores: Informes estadísticos pre y post elaborados en la comuna X.	
PROPOSITO Define el objetivo específico y puntual que se pretende con la intervención: Disminuir el embarazo de adolescentes menores de 15 años en la comuna X.	Este objetivo puede ser medido con el indicador: - En cuatro años se habrá reducido el embarazo de adolescentes menores de 15 años de 8/1000 a 6/1000, en el estrato ≥ de 70% de NBI.	Sus fuentes serán: - Las estadísticas hospitalarias sobre No. de partos. - Las estadísticas hospitalarias y de consultorios sobre el No. de consultas de menores embarazadas. - Encuestas, etc.	Aquí se deben incluir aquellos factores que una vez logrado este nivel, permitan pasar a un objetivo mayor. En el ejemplo: Satisfacción de necesidades básicas de las niñas en educación, salud, recreación, empleo, seguridad, etc. y sus supuestos.
RESULTADOS Son los elementos constitutivos de la intervención; es decir, aquellas acciones que van a permitir el cumplimiento del propósito...	con sus indicadores,	sus fuentes de verificación	Para establecerlos se requiere de la preparación de un árbol del problema y un árbol de objetivos.

Actividades	Insumos	Presupuesto		
		Año 1	Año 2	Año 3
Una vez establecidos los resultados o productos que se quieren obtener, se listan las actividades o tareas puntuales de cada resultado...	el recurso requerido,	y la distribución anual del presupuesto a invertir.		
	TOTAL			

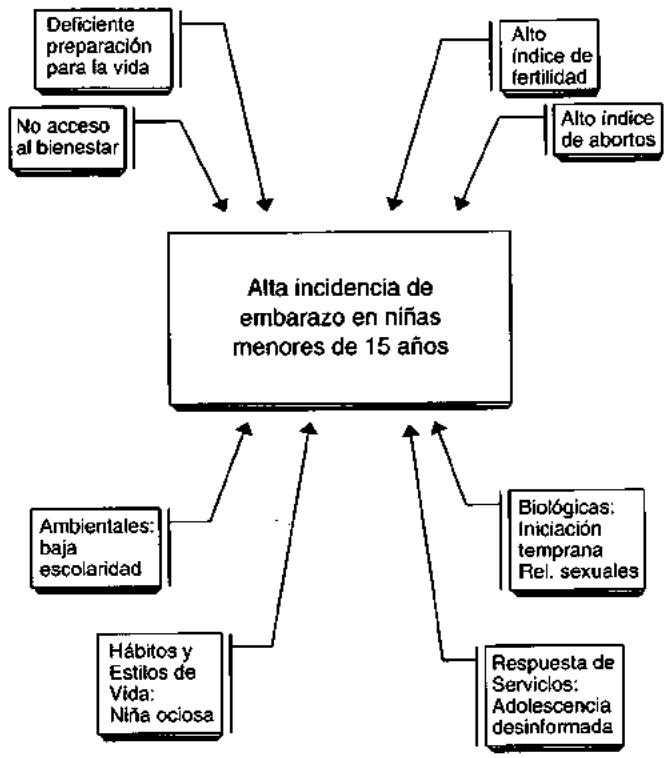


Figura 1. ARBOL DEL PROBLEMA. Variables condicionantes, determinantes y causales según origen: ambientales, hábitos y estilos de vida, biológicas y respuesta de servicios, Problemas y Efectos.

posteriormente, siendo la diferencia observada entre un 54% para las primeras y un 45,6% para las segundas.

- ***Inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años***: el 60% de las niñas embarazadas tienen relaciones sexuales en los tres primeros años después de la menarquia, siendo este porcentaje inferior en las niñas controles.
- ***Deseo de las relaciones sexuales***: existe en un 77% de los casos contra un 44% en los controles, y
- ***Deseo de embarazarse***: es prevalente, en un 75% de las niñas que han resultado embarazadas (Costagliola 1995).

De estas variables hay una sobre la que no sería ético intervenir como lo es la aparición de la menarquia, en cambio, las otras tres variables son factibles de intervención, y podría dar como resultado mantener a las niñas y niños por más tiempo en la infancia o con una relación sexual responsable. En el primero de los casos habría que incidir en actividades de recreación y en el segundo en actividades educativas y de recreación. Como indicadores para el primero de los resultados se podría postergar la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en un año y en el segundo, que de darse relaciones sexuales, en ellas se deben evitar los embarazos no deseados.

- Variables de Estilos de Vida:
  - ***No estudiar, estar ociosa***: da a la niña un riesgo expresado en una relación de desigualdades (OR) entre doce a ciento cuarenta y dos veces

más riesgo (límites de confianza al 95%), siendo su OR = 42.

- ***El ser hija de madre adolescente y que el concubinato sea socialmente aceptado***: con una razón de desigualdades que va entre 3,85 a 7,25, con un riesgo 4,6 veces mayor.
- ***Que la menarquia simbolice ser mujer***: por lo tanto ser madre, (situación muy enraizada en las culturas indígenas americanas).
- ***Que un familiar o una amiga adolescente haya estado embarazada***: es también un factor asociado.
- ***El uso inadecuado del tiempo libre***: no practicar deportes, le confiere un riesgo de 3,95 veces más con límite de confianza al 95% entre 1,74 y 9,05, por lo que el practicar un deporte, puede ser considerado un factor protector (Costagliola 1995).

Ante estas variables el resultado más importante será el de disminuir el tiempo libre y como otro resultado, el cambio de valores sobre el significado de la maternidad, obteniendo la maternidad y paternidad responsables, resultado similar al que se llega por el lado de las variables biológicas.

- Variables Ambientales:
  - ***Vivir en hogares con necesidades básicas medianamente satisfechas o insatisfechas***, aparece como un factor condicionante y,

  como variables determinantes:
  - ***Tener menos de seis años de escolaridad***, que le da a la niña una razón de desigualdad entre 2,95 y 21,1 con un riesgo 7,95 veces mayor.
  - ***Una deficiente educación sobre el aparato reproductor*** (Costagliola 1995).

De estas variables se puede concluir un resultado esperado sumamente importante, asociado con el de la disminución del tiempo libre, pero que se podría medir (indicador) en el incremento de los años de escolaridad en la comunidad o en la disminución de la deserción escolar, lo que puede obtenerse, modificando los contenidos educativos con el fin de preparar mejor a los adolescentes para la vida, haciendo los estudios más atractivos.

- Variables de Respuesta de los Servicios:
  - ***El no acceso a consultas de planificación familiar.***
  - ***El acceso limitado a los métodos anticonceptivos.***
  - ***La inexistencia de programas de educación sexual.***
  - ***La inexistencia de consultas de atención al adolescente*** (Costagliola 1995).

b) Arbol de Objetivos

En él se verifican las transformaciones del Árbol del Problema, planteando los cambios de lo que inicialmente fue negativo, en positivo como producto de la intervención. (Figura 2).

c) Resultados Esperados

Los resultados esperados estarían bastante relacionados con los resultados que se derivan de las variables biológicas y de Estilos de Vida, como el de obtener una maternidad y paternidad responsable, por lo que una intervención que apunte a la disminución de los embarazos de adolescentes entre otros resultados posibles, y dentro del modelo explicado, obtendría los siguientes:

R1: Retardo de la edad del inicio de las relaciones sexuales.
R2: Maternidad y paternidad responsable.
R3: Uso adecuado del tiempo libre por los muchachos y muchachas.
R4: Fomento de la productividad familiar.
R5: Desmitificación del símbolo maternal de la menarquia.
R6: Autoestima y motivación al logro
R7: Disminución de la deserción escolar.

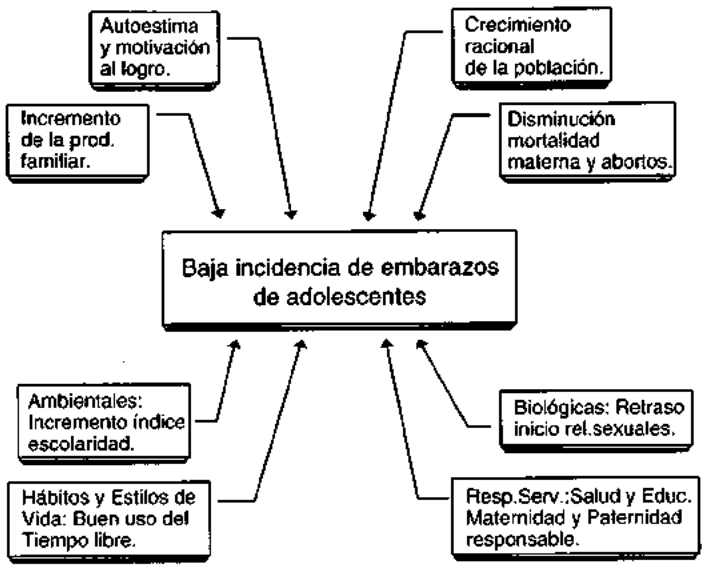


Figura 2. ARBOL DE OBJETIVOS: Cambio observado en las variables condicionantes, determinantes y causales, su efecto sobre el problema y de éste, en la mejora de la calidad de vida.

d) Indicadores

Tanto en el primer nivel –finalidad–, como en el nivel de propósitos se han introducido indicadores. Estos indicadores deben ser cuantificables y deben tener claramente explicitadas las condiciones para su logro, en términos de calidad, cantidad y tiempo. Si se observa el indicador de propósito, se ve que la "*calidad*" está expresada en la "*disminución del embarazo de adolescentes en el estrato de más de 70% de NBI*", teniendo en cuenta que, por ejemplo en Venezuela, este estrato tiene casi tres veces más incidencia de este tipo de embarazos que el estrato con menos de 25% de NBI (Nuñez 1996). La "*cantidad*" está expresada en la disminución del 8/1000 al 6/1000; y el "*tiempo*", al decirse que esta meta va a ser alcanzada en cuatro años.

La cantidad y el tiempo en este tipo de problemas se han especificado en función de una regla de dedos, que indica que los problemas de Salud Pública, se reducen en su incidencia en un 20% después de una intervención de cuatro años. Sin embargo, con la experiencia acumulada en este tipo de intervenciones, esta clase de indicadores podrá ser mejor especificado como sucede en los proyectos de ingeniería, si el registro histórico permitiera predecir con más propiedad estos porcentajes, ya sea de una forma determinística o de una forma probabilística.

e) Plan de Actividades para alcanzar los resultados esperados

Para ilustrar esta etapa se usará el perfil del Programa de Salud Visual Escolar en el Municipio de la Vega.

Proyecto:

PROGRAMA SALUD VISUAL ESCOLAR EN LA VEGA[1]

[1] Elaborado con la asesoría del Doctor Juan Carlos Silva, Consultor regional de Salud Ocular y Prevención de Ceguera. OPS-Colombia.

Propósito:

Corregir deficiencias visuales en la población escolar.

Indicadores:

- La prevalencia del defecto visual del 10%, disminuye al 2% al término del programa.
- El promedio de notas de los estudiantes en los que se corrige el defecto visual, incrementa en un 10%.

Resultados:

1) Detección del defecto visual.
2) Empresas Solidarias de Salud comprometidas con el programa, corrigen el defecto visual de los escolares.
3) Mejoría del rendimiento escolar.

Actividades:

1.1) Identificación de escuelas y escolares a cubrir: 500 alumnos.
1.2) Compromiso formal de directores de escuelas.
1.3) Capacitación en Salud Visual a los maestros.
1.4) Identificación de escolares con deficiencia visual.
2.1) Reunión con directores de Empresas Solidarias de Salud, Administradoras de Régimen Subsidiado –ARS–, y Autoridades de Salud.
2.2) Establecimiento de compromisos para la continuidad del programa.
2.3) Recepción de referencias y consulta de optometría.
2.4) Provisión de prescripción y ayudas ópticas necesarias (monturas donadas por Damas de Naciones Unidas y lentes proporcionados por las Empresas Solidarias de Salud o Alcaldía).
3.1) Establecimiento de una línea de base de rendimiento escolar.
3.2) Verificación si los niños usan los anteojos prescritos (seguimiento).
3.3) Comparación al término de un año si hubo o no mejora.

Con el cumplimiento de las actividades 1.1), 1.2), 1.3) y 1.4), se posibilita el alcance del resultado R1, y así sucesivamente.

1.2 Método del camino crítico

A través de este método, la lista de actividades se ordenan nuevamente, teniendo en cuenta pre-requisitos y secuencias.

ACTIVIDAD		SECUENCIA
1.1)	Identificación de escuelas.	1.3)
1.2)	Compromiso de directores.	1.1)
1.3)	Capacitación a maestros.	3.1), 1.4)
1.4)	Identificación de escolares con deficiencia.	2.3)
2.1)	Reunión directores de empresas.	2.2)
2.2)	Compromiso empresas.	2.3)
2.3)	Recepción de referencias.	2.4)
2.4)	Provisión de prescripción.	3.2)
3.1)	Línea de base.	3.2)
3.2)	Seguimiento.	3.3)
3.3)	Comparación evaluativa.	---

Concluida la identificación de secuencias, se representan las actividades por una red de flechas, identificándose los eventos iniciales en aquellos que no poseen secuencias: 1.2) y 2.1); y se continua con la graficación de secuencias de cada una de las actividades iniciales (ver Figura 3).

Para su reconocimiento se puede utilizar la metodología del camino crítico, en cuya aplicación es necesario reconocer cuáles son las actividades iniciales, de manera que se puedan ahora recodificar las actividades, enumerando los eventos de izquierda a derecha (cuadros o círculos) según se muestra en la Figura 4.

En esta figura además de las secuencias ya establecidas, se observa que en las casillas inferiores de cada cuadro se han añadido dos espacios: uno a la izquierda y otro a la derecha, representando los tiempos de inicio de la actividad. El tiempo más temprano de inicio es el de izquierda y el más

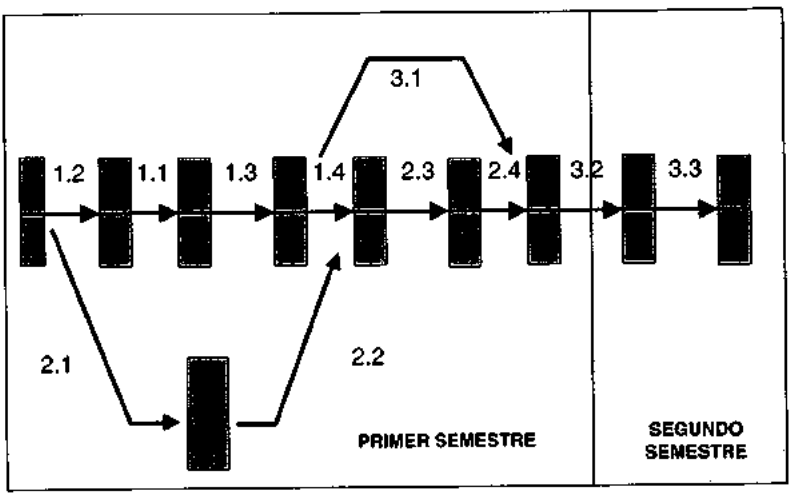


Figura 3: Graficación de secuencias actividades iniciales, Proyecto Salud Visual Escolar en La Vega.
Nota: El largo de las flechas no significa tiempo de ejecuación de las actividades.

tardío el de la derecha. Para llenar estos tiempos se debe elaborar una matriz de información (Tabla 2).

En este nuevo ordenamiento de actividades se reconocen: los códigos de actividad, el nombre de la actividad y las secuencias; se ha añadido una nueva columna de tiempos, elaborada con los participantes en la formulación del Proyecto, de acuerdo con la experiencia acumulada en el manejo de este tipo de proyectos, o por estimativos de duración de acuerdo con una asignación racional por los participantes. Una vez diligenciada esta columna, se llenan los tiempos de iniciación temprana y de iniciación tardía; por ejemplo en el caso de la actividad (0 - 10) su tiempo de iniciación más temprana es el tiempo 0 y su tiempo de iniciación más tardía es el tiempo 7 porque la actividad dura 7 días; en cambio, en la actividad (0 - 30) va a figurar como el tiempo de culminación más temprano el día 1 y como tiempo de culminación más tardía el día 28, porque este cuadro, es el punto de partida para la ejecución de la actividad (30 - 50) que puede iniciarse en el día 1 y a más tardar el día 28, porque debe estar culminada el día 29, fecha crítica de terminación de la actividad (40 - 50). Con la elaboración de esta gráfica, es posible estimar para el ejemplo, que el proyecto dura 198 días y que el camino crítico de este proyecto es aquel que va unido por las flechas rojas (Figura 5).

Terminadas las cuatro primeras columnas de la matriz, se pasa a representar el cronograma de Gantt, en dónde se van a expresar los días de duración de cada actividad a través de barras de colores, y en su representación van a quedar unidas con rojo las actividades que pertenecen al camino crítico; las actividades que tienen tiempos disponibles para iniciarse más tardíamente, representan holguras para el proyecto y se van a describir en el cronograma con puntos suspensivos, que delimitan el tiempo libre en el cumplimiento del camino crítico. En la última de las columnas figurará el responsable (Figura 6).

Es muy importante realizar estas gráficas para los proyectos, porque permiten verificar la gestión del mismo y determinar su presupuesto en el tiempo. Para una discusión más completa de esta metodología, se recomienda la lectura de los libros existentes sobre la Metodología del Camino

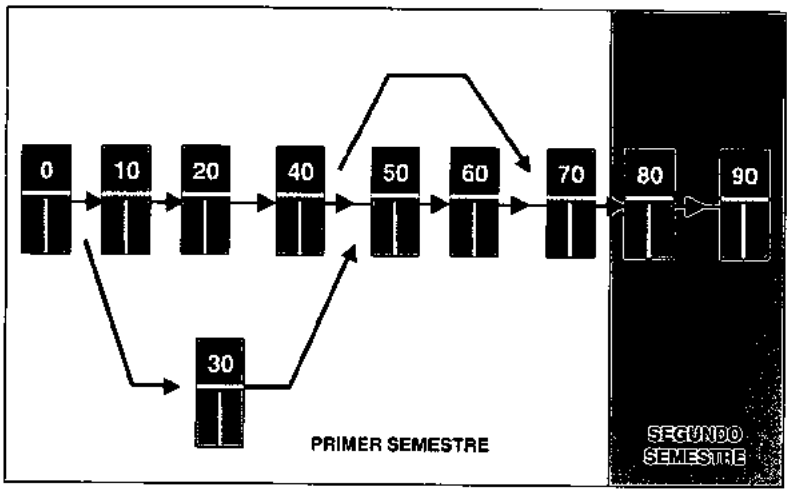


Figura 4: Recodificación de actividades, Proyecto Salud Visual Escolar en la Vega.

Crítico que están disponibles para la venta en el mercado.

1.3 Costeo del proyecto

Cada actividad contemplada dentro del proyecto debe ser costeada y estos costos, diferenciados en fijos y directos; para el ejemplo del Proyecto de Salud Visual Escolar, los costos fijos corresponden a los salarios por el tiempo que los maestros dedican a la identificación de escolares; el costo del equipo necesario y su depreciación o un prorrateo, o el alquiler del mismo; y los salarios de los optómetras para hacer la prescripción. Los costos directos,

Tabla 2. Matriz de Información de actividades.

Código Actividad	Nombre de la Actividad	Secuencia a	T. Días
(0 - 10)	Compromiso directores de las escuelas	(10 - 20)	7
(0 - 30)	Reunión directores ARS, Alcaldía y autoridades de Salud	(30 - 50)	1
(10 - 20)	Identificación de escuelas y escolares y su afiliación	(20 -40)	7
(20 - 40)	Capacitación a maestros	(40 - 70) (40 - 50)	1
(30 - 50)	Compromiso directores ARS, Alcalde y autoridades de Salud	(50 - 60)	1
(40 - 50)	Identificación de escolares con deficiencia visual	(50 - 60)	14
(40 -70)	Línea de base de rendimiento escolar (100 intervenciones: comparativo antes y después)	(70 - 80)	7
(50 - 60)	Recepción referencias y resultados de optometría	(60 - 70)	28
(60 - 70)	Prescripción y dotación	(70 - 80)	14
(70 - 80)	Seguimiento	(80 - 90)	120
(80 - 90)	Evaluación final	-	7

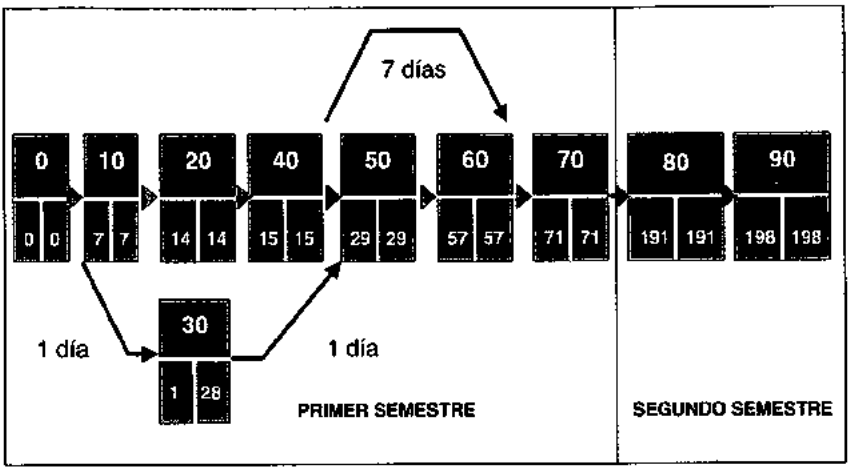


Figura 5: Red de Flechas, Proyecto Salud Visual Escolar, La Vega.

en este caso, están ligados a la compra de los lentes, porque las monturas fueron donadas; de esta forma se podrá establecer el presupuesto del Programa.

1.4 Evaluación ex – ante

a) Efecto en la tendencia

Para la realización de un Proyecto o Programa, se debe comparar el efecto de la intervención con la proyección de la historia natural del problema a ser intervenido. Por ejemplo, si se trata de la demanda de un producto y ésta crece con el incremento de la población, el uso de una regresión lineal puede ser suficiente para estimar la demanda futura. En general, los problemas de enfermedades son cíclicos, porque dependen de ciclos mayores de los factores determinantes o de ciclos biológicos (de renovación de poblaciones).

Por ejemplo, la renovación del ciclo de enfermedades de los bovinos está determinada por los ciclos económicos; las enfermedades en los perros siguen los ciclos de renovación de población y tienen una duración de tres a cuatro años; y las enfermedades transmisibles en el hombre dependen del ingreso de nuevos susceptibles como es el caso del sarampión, que se producía cada cinco o seis años, correspondiendo a la edad en que los niños inician la escuela. Los ciclos de los suicidios, generalmente coinciden con los ciclos económicos. Para proyecciones de ciclos y análisis de series de tiempo, se puede utilizar el método de los promedios móviles, que aíslan el efecto de la tendencia y de la estacionalidad que pudiera existir dentro de los ciclos (Spiegel 1969).

En la evaluación ex – ante se compara la proyección cíclica del problema, (proyección sin proyecto) con la estimación de los valores esperados como resultado de la intervención (propuesta nueva), pudiendo compararse además con la optimización del modelo de intervención anterior; el momento óptimo de intervención es al inicio de un ciclo previo a un incremento estacional (Figura 7).

b) Evaluación Costo-Beneficio

Para determinar si un Proyecto de Inversión es económicamente rentable, técnicamente factible y óptimo, es decir con una minimización de costos, esfuerzos y tiempo, se utiliza comúnmente la técnica de análisis costo - beneficio (Thrusfield 1986),

Código Actividad	Nombre de la Actividad	Secuencia	T. Días	DIAS 7	14	21	28	35	42	49	56	63	70	100	130	160	190	197	198	Responsable
(0 - 10)	Compromiso directores de las escuelas	(10 - 20)	7																	Directores escuelas
(0 - 30)	Reunión directores ARS, Alcaldía y autoridades de Salud	(30 - 50)	1																	Cecilia Vásquez
(10 - 20)	Identificación de escuelas y escolares y su afiliación	(20 -40)	7																	Cecilia Vásquez
(20 - 40)	Capacitación a maestros	(40 - 70) (40 - 50)	1																	Juan Carlos Silva
(30 - 50)	Compromiso directores ARS, Alcalde y autoridades de Salud	(50 - 60)	1																	Directores ARS
(40 - 50)	Identificación de escolares con deficiencia visual	(50 - 60)	14																	Maestros adiestrados
(40 -70)	Línea de base de rendimiento escolar (100 intervenciones: comparativo antes y después	(70 -80)	7																	Maestros adiestrados
(50 - 60)	Recepción referencias y resultados de optometría	(60 - 70)	28																	ARS
(60 - 70)	Prescripción y dotación	(70 - 80)	14																	ARS y Damas NNUU
(70 - 80)	Seguimiento	(80 - 90)	120																	Maestros adiestrados
(80 - 90)	Evaluación final		7																	Maestros adiestrados

Figura 6. Matriz de información. Programa de Salud Visual La Vega.

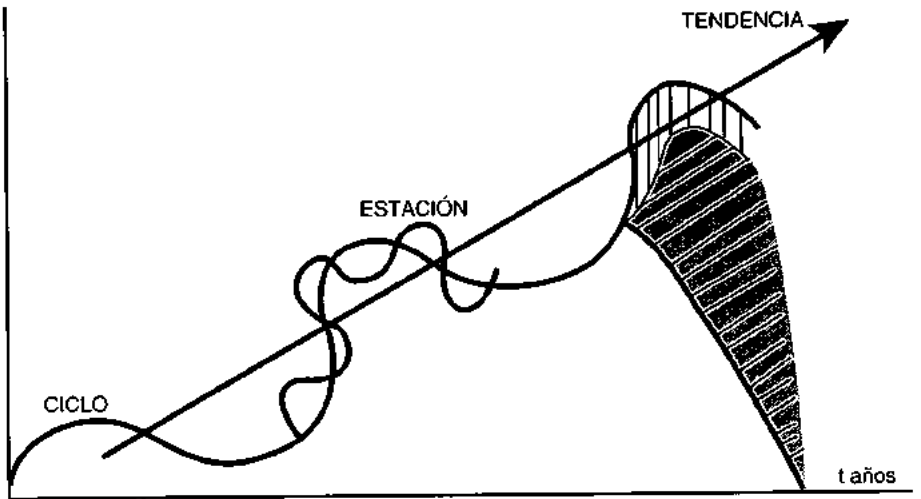


Figura 7. Tendencia y ciclicidad de un problema, proyección de la tendencia (sin proyecto) y efecto de la intervención (en sombreado), con optimización del modelo vigente y con nuevo proyecto.

que asegurará una tasa interna de retorno satisfactoria con los recursos invertidos (Valadez y Bamberger 1994), justifique la viabilidad económica del proyecto y permita una decisión sobre la conveniencia definitiva de la inversión. Sin embargo, su uso en problemas de Salud Pública puede tener problemas éticos, porque en principio se debe valorar la vida humana, y no simples intentos indirectos de valoración económica; por ejemplo, si a través de la intervención se incrementa la escolaridad de una comunidad, este incremento puede tener un impacto en su productividad, con lo que podría medirse, indirectamente, el beneficio del proyecto.

La metodología se puede utilizar sin reparos en proyectos para satisfacer demandas sentidas. Aquí se ilustra su uso en un proyecto de control de Mastitis Bovina, basado en información recogida después de un estimado de prevalencia y pérdidas directas producidas por la enfermedad (Málaga et al 1979).

Propósito:

Reducir la prevalencia de Mastitis Bovina e incrementar la producción lechera en una comunidad X.

Indicadores:

- Reducir la prevalencia del 20 al 5% en un plazo de 2 años.
- Reducir la pérdida de producción lechera del 4% a un 1% en un plazo de dos años.

Resultados Esperados:

1. Establecimiento de la práctica de ordeño higiénico.
2. Tratamiento inicial de la población enferma.
3. Tratamiento de las vacas al secado.

Actividades del Programa:

1.1 Programa de educación sanitaria. Curso de ordeñadores y de propietarios.

1.2 Monitoreo de ejecución de prácticas de ordeño higiénico, durante los dos años del programa.

2.1 Tratamiento inicial de la población enferma.

2.2 Screening (tamizado) de toda vaca que entre en producción.

2.3 Descarte de animales viejos positivos.

3.0 Tratamiento preventivo de toda vaca al secado.

Costeo de las actividades:

Insumos	Costo sin descuentos (datos ficticios)	
	1er Año	2º Año
Educación sanitaria	200	100
Monitoreo higiene del ordeño	200	200
Compra de reactivos	200	200
Diagnóstico y tratamiento	1.000	400
Descarte	1.600	400
Tratamiento preventivo al secado	500	500
Costos totales	**3.700**	**1.800**

Se esperan a través del programa, beneficios por la mayor venta de leche, que sin descuentos darán los siguientes ingresos:

Por concepto	Beneficios sin descuentos	
	1er Año	2do Año
Mayor venta de leche	14.450	14.750

Con esta información se puede calcular el valor neto presente del proyecto, que expresa la diferencia entre los ingresos y los egresos en valores corrientes ajustados, haciendo comparables los costos para los diferentes años y posible la evaluación costo–beneficio (Tabla 3), por lo que se requiere actualizar previamente los valores (Valor neto presente) con la siguiente fórmula:

$$\text{Actualización de valores o valor neto presente} = \frac{1}{(1+r)^t}$$

$$\text{Razón costo/beneficio} = \frac{\text{VNP de Beneficios al 1er año}}{\text{VNP de Costos al 1er año}} = \frac{21.613}{4.580} = 4{,}72$$

Es decir, la razón es de 1:4,72

Estableciendo de esta forma, la relación costo–beneficio que daría para cada año del proyecto el beneficio de su aplicación. Para verificar si el proyecto es rentable, se requiere determinar la tasa interna del retorno, que es la tasa de descuento que iguala el valor neto presente de los costos con el valor neto presente de los beneficios, los que se obtienen resolviendo la ecuación para

$$VNP\ B_t - VNP\ C_t = (1 + r)^t$$

Sustituyendo los datos de la fórmula, se obtiene la tasa de retorno:

$$21.613 - 4.580 = (1 + r)^2$$
$$17.033 = 1 + 2r + r^2$$
$$r^2 + 2r - 17.032 = 0$$
$$r = 129\%$$

Tabla 3. Análisis costo-beneficio del Proyecto.

Años	Costos		Beneficios	
	Sin descuento	Con descuento*	Sin descuento	Con descuento*
1er. Año	3.700	3.700	14.400	14.400
2do. Año	1.800	880	14.750	7.213
		4.580		21.613

* valor neto presente.

Esta tasa de retorno, se compara con la tasa de descuento, que es igual a:

Tasa de inflación + interés vigente

Ejemplo = 30% +13%
= 43%

Como la tasa de retorno calculada para el proyecto es mayor que la tasa de descuento en vigencia, r = 43, el programa es viable desde el punto de vista económico.

Una aproximación al análisis del costo–beneficio se realiza en Salud Pública estimando el costo promedio de hospitalizaciones por el número de casos de la enfermedad que se evitaran durante el año, y se relaciona con el costo de la aplicación del programa preventivo propuesto, favoreciéndose desde el punto de vista poblacional, la relación entre intervenir en protección o gastar en recuperación.

Así en meningitis por Haemophilus influenza Tipo B, se decidió vacunar niños menores de 1 año en Bogotá, después de comparar el costo promedio de hospitalización estimado en 1.500 dólares, con el costo de prevenir la enfermedad en los menores de un año, arrojando una relación costo beneficio entre 1 a 181 y 1 a 353.

Además en este ejemplo hay una externalidad (efecto que no se localiza en el ámbito del proyecto), porque además de casi eliminar la meningitis, reduciría la neumonía por esta etiología, entre el 15 y el 20%. No se estima el costo de ésta en términos de disminución, por lo difícil de confirmar esta enfermedad por parte del laboratorio (Rodríguez 1998).

c) *Evaluación Costo-Efecto*

Este tipo de análisis es el que más frecuentemente se utiliza en los programas sociales, estimándose el costo de la intervención y su efecto en la reducción del problema. Por ejemplo, si se trata de analizar el efecto de un programa de restricción del porte de armas, su ejecución tiene un costo y se podrá comparar el efecto en la reducción de homicidios, con la fase *"sin proyecto"* y de esa manera, obtener el resultado de la intervención en la disminución del número de homicidios.

2. Etapa de factibilidad

Cuando un programa o proyecto alcanza esta etapa es porque ya se ha evaluado su impacto y ya se ha optado por la realización del mismo. Para determinar su factibilidad, será necesario realizar un estudio del mercado, si se trata de un proyecto de producción, en dónde se verifique la demanda y oferta del producto, y su elasticidad. Esta última, referida a si el producto tiene sustitutos, es complementario o es independiente.

El proyecto, al término de esta fase debe quedar listo para la búsqueda de su financiamiento, ya sea dentro del Plan de Desarrollo Municipal o por iniciativa de solidaridad comunitaria, entidades gubernamentales y no gubernamentales que aportan fondos para programas sociales, o entidades financieras.

3. Evaluación continua

Este tipo de formulación permite la evaluación de la gestión de un proyecto, porque facilita la comparación del tiempo de ejecución de las actividades con la programación realizada y permite verificar si el proceso va siguiendo el cronograma, enfatizando en las actividades del camino crítico, puesto que cualquier retardo en éstas, significará un retrazo en la culminación del proyecto.

Puede suceder que en la ejecución surjan nuevas actividades, lo que se prevé en la Red de Flechas del proyecto al numerar éstas de 10 en 10, permitiendo así la inclusión de actividades intermedias, por

ejemplo entre (10 – 20) se puede separar en dos (10 – 15) y (15 – 20). El Cronograma sirve también para orientar la ejecución del presupuesto, porque si se trata de inversiones, éstas se deben hacer al inicio del año, para evitar el efecto de devaluaciones de la moneda y el consiguiente incremento de los precios de los insumos necesarios para el desarrollo de las actividades.

4. Evaluación Ex – Post

En la evaluación ex – post se realiza el comparativo del impacto obtenido frente al impacto esperado, estimándose así la eficacia del proyecto.

Para la verificación de la eficiencia se harán los análisis de costo – beneficio y costo – efecto, basados en los términos reales de inversión ocasionados por el proyecto.

Bibliografía

ANDER-EGG, E., AGUILAR, M. (1996). Como elaborar un proyecto, 14 Ed. Editorial Lumen/Humanitas, Buenos Aires. 127 p.

COHEN, E., FRANCO, R. (1992). Evaluación de Proyectos Sociales, Siglo XXI Editores, S.A. de C.V., México D. F. 318 p.

COSTAGLIOLA, A. (1995). Factores de Riesgo del Embarazo Precoz en el Municipio Zamora del Estado Falcón, Venezuela. Tesis de Grado para optar al título de Especialista en Epidemiología, UCV Caracas.

MALAGA, H., MOCCETI, N., MARTINEZ, P. (1979). Methods used in a Study of the Epidemiology and Production Effects of Mastitis in an Area of Perú, Procedings 2nd International Symposium on Vet. Epidemiology and Economics, Camberra, Australia. pp. 233 – 242.

NORELL, S. (1992). A short course in Epidemiology, Press, N.Y. 192 p.

NUÑEZ, N. (1995). Situación y Tendencias de la Salud de la Mujer y las diferencias de Género y Condiciones de Vida, Venezuela 1980 – 1990. IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995. OPS Venezuela, 72 p.

NUTBEAM, D. (1986). Glosario de Promoción de la Salud. En: Promoción de la Salud: Una Antología (1996) Organización Panamericana de la Salud, Publ. Científica 557: pp. 338-403.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1996). Enfoque Lógico para Gestión de Proyectos en la Organización Panamericana de la Salud, OPS/DAP/96.1.18.

RODRIGUEZ, R. (1998). La situación epidemiológica de la Meningitis por Haemophilus influenza Tipo B en Estratos 1,2,3 y 4 de Santa Fe de Bogotá, 1994 – 1997. Bol. Epidemiológico Distrital, 3 (1): 1-8 p.

SAPAG, N., SAPAG, R. (1998). Preparación y Evaluación de Proyectos. 3ª Ed. Panamericana, Formas e Impresos S.A. Colombia. 404 p.

SPIEGEL, M. (1969). Teoría y Problema de Estadística. Serie de compendios Schaum, Mc Graw Hill, Colombia 357 p.

THRUSFIELD, M. (1986). Veterinary Epidemiology. Butterworth and Co. Pub. Ltd. Great Britain. 280 p.

VALADEZ, J., BAMBERGER (1994). Monitoring and evaluating Social Programs in developing countries. The World Bank, Washington D. C. 519 p.

13 Procesos de negociación comunitaria

Devi Ramírez Díaz

Las nuevas dinámicas sociales han permitido el resurgimiento del ámbito local como lugar de creación de estrategias efectivas para los cambios hacia el bienestar que exige cada comunidad. Cada sociedad responde a su ritmo propio y a sus formas características de actuar sobre su realidad, que exigen nuevas miradas y aproximaciones a partir de nuevos paradigmas. En este nuevo escenario, los procesos de negociación y participación cobran una importancia especial, pues a partir de ellos es posible concertar planes de desarrollo que trasciendan ideales o partidos políticos, y que busquen la participación de todos los sectores de la comunidad en el trabajo conjunto por lograr mejores condiciones de vida.

Introducción

La nueva visión de la salud, que la concibe como "*producto de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico - sociales que se dan en la sociedad*", exige un replanteamiento de la forma tradicional en que se definen las acciones desde el sector salud (OPS 1991).

Los conceptos de empoderamiento y participación social son el resultado del avance y desarrollo de nuevas dinámicas sociales que se han forjado gracias a procesos como la descentralización, en los que se otorga al gobierno local la responsabilidad sobre las decisiones que afectan directamente a las comunidades.

Se ha demostrado que en el nuevo esquema del ritmo comunitario, las acciones impuestas o planeadas fuera del ámbito local no tienen la repercusión ni la acogida necesarias para lograr los resultados deseados. Por el contrario, acciones que parten de las necesidades reales de la población, con participación de ella en las posibles soluciones y con el respeto por sus características culturales y sociales, son las que presentan mejores resultados y verdaderos cambios que a largo plazo, repercutirán en el bienestar y calidad de vida de las poblaciones involucradas.

En el proceso de desarrollo de las comunidades, intervienen múltiples actores sociales que cumplen roles interdependientes entre sí, es decir que las acciones de uno repercuten en los otros. Algunos de estos son actores que tienen muy en claro sus intereses básicos, se han organizado para darles una representación y una defensa operacional, han podido programar sus intervenciones y las pueden llevar a la práctica de una manera coherente. Otros en cambio, no han aprovechado todo su potencial de acción, aunque podrían hacerlo si se dieran las condiciones para ello.

Ante la realidad de diseñar y estructurar proyectos y acciones con base en la participación de líderes y organizaciones que representan los intereses de las comunidades menos favorecidas, es posible que se presenten conflictos, pues existen necesidades o intereses insatisfechos que buscan ser resueltos mediante la interacción de los interesados.

El conflicto es inherente a la naturaleza humana y como tal, constituye una de las tensiones que conforman la esfera social, permitiendo el cambio y avance de las sociedades. Sin embargo, es importante establecer las diferencias entre las acciones que dinamizan y conciben su resolución mediante un proceso de negociación, con el compromiso de ambas partes; y las posiciones en las que el conflicto pretende ser solucionado independientemente de la otra parte, que sólo traen consecuencias negativas.

Por lo anterior, los procesos de negociación y concertación han pasado a ocupar los primeros lugares en la esfera comunitaria, y es necesario prepararse para negociar y lograr un trato satisfactorio para las dos partes.

En términos generales, la negociación se entiende como la búsqueda, creación y definición de opciones que satisfagan los intereses de las partes, superen la mejor alternativa por fuera de ella, legitimen el acuerdo y comprometan a las partes.

La negociación es un medio lógico y natural para obtener acuerdos, resolver conflictos, y constituye además, una alternativa para resolver las controversias. La dimensión de la negociación está presente en todas las actividades de interacción de las personas, pero requiere de la voluntad de todos los actores para que se incorporen en el proceso, pues queda claro que todos deben participar y facilitar la concertación porque no es responsabilidad de una sola parte.

Para el sector salud, "*la negociación es un acto político, para la gestión de políticas públicas, que busca generar la viabilidad por medio de acuerdos duraderos y respetados en determinado tiempo y espacio geográfico, entre los actores sociales institucionales y no institucionales, que tienen intereses, poder y recursos para enfrentar situaciones o problemas que les afectan en común, y por consiguiente tienen derecho y posibilidades de participar responsablemente y en pie de igualdad en la solución de dichos problemas*" (Ganeva y Marín 1994).

1. Hacia un modelo de negociación

En un verdadero proceso de resolución de conflictos es posible identificar cuatro fases:

1.1 Decisión hacia negociar

Los procesos de resolución de conflictos se enriquecen y cambian de acuerdo con cada situación específica porque al involucrar personas, se dinamiza de acuerdo con las vivencias, percepciones y sensaciones de cada una de ellas. Sin embargo, existen unos mínimos de respeto, tolerancia y voluntad que deben ser tenidos en cuenta en el momento de afrontar una situación conflictiva.

Para iniciar un proceso de negociación es definitivo que las partes involucradas hayan identificado la necesidad y estén dispuestas a entrar a negociar, sabiendo que en este proceso no habrá ni ganadores ni perdedores, sino acuerdos que buscan satisfacer los intereses de las dos partes; es decir, que es-

tén dispuestos a establecer una relación de cooperación y no de competencia.

La decisión para negociar está conformada por una **dimensión motivacional**, que consiste en la necesidad de enfrentar adversidades que son compartidas y en la anticipación de los beneficios que podrían ser logrados por la acción conjunta; y una **dimensión operacional**, que consiste en que un actor toma la iniciativa y da un primer impulso al proceso, ya sea el gobierno central como parte de una estrategia facilitadora, un municipio, o diversos organismos de la sociedad civil de manera espontánea.

Para iniciar un proceso en el que se pretenda lograr una solución conjunta a un problema común, la primera negociación que debe darse es al interior de cada una de las partes. En este aspecto, el valor de la tolerancia juega un papel determinante, pues "*la tolerancia tiene como condición la conciencia de la propia identidad y un sentido realista del propio valor. Sólo quien está seguro de su identidad cultural y la reconoce como accidental y, sin embargo, dada, está en condiciones de aceptar como legítimo todo lo extraño y diferente*" (Fetscher 1995).

Cada actor debe definir aquello que puede ceder y aquello que considera intransable, aunque estas definiciones no son rígidas ni permanentes, pues existen procesos de persuasión que pueden transformar las posiciones de las partes.

Es importante señalar que la decisión y voluntad de negociar y concertar, depende entre otras, de las concepciones y actitudes que se ha formado cada uno sobre las demás partes, y sobre las características del proceso en general, pues todo proceso de negociación tiene aspectos objetivos y subjetivos.

Los aspectos subjetivos son aquellos en los que cada persona tiene su propia opinión, y los objetivos son aquellos en los que existe una cierta coincidencia de opiniones entre las diferentes personas. Sin embargo, ningún proceso de resolución de un conflicto o una negociación, puede basarse únicamente en criterios objetivos, porque la negociación sería una distribución matemática de los asuntos y no se necesitarían personas para negociar. Además, la objetividad en las negociaciones sirve para definir reglas de juego que reduzcan la incertidumbre y definan las condiciones para el proceso.

Por otra parte, si las negociaciones sólo tuvieran aspectos subjetivos, sería muy difícil lograr un acuerdo en el que las dos partes queden satisfechas. Es por esto que la combinación de elementos subjetivos y objetivos es la clave de negociaciones exitosas.

Es posible que las partes decidan no negociar cuando no existe un acuerdo sobre el problema, o no existe un compromiso real para buscar un acuerdo.

1.2 Comunicación: dejar saber que se está dispuesto a negociar con el otro

Crear una buena relación de cooperación es tener una buena comunicación, que significa facilitar canales abiertos para que se ventilen adecuadamente los problemas y las opiniones.

La base para la creación de una buena relación de cooperación entre las partes que van a negociar, depende en gran medida de los procesos de comunicación que se gestan entre ellas. El flujo de información oportuna, así como una actitud abierta para escuchar y dialogar con la contraparte, son elementos definitivos para crear una atmósfera propicia para la negociación, que además permitirá el intercambio y un mejor entendimiento de las preocupaciones de la otra parte.

Sin embargo, es importante reconocer que el ser humano tiene una mayor tendencia hacia la competencia que hacia la cooperación, por lo que es relevante reconocer, que siempre se llegará a un acuerdo después de un proceso en el que han participado elementos cooperativos y competitivos, pues la solución misma de los conflictos no debe ir orientada a eliminar las diferencias sino a establecer comunicaciones fluidas dentro de la red de tensiones y conflictos.

De igual manera, es posible que se presenten malentendidos o ruidos en la comunicación debido a múltiples factores, como las características personales, sociales y organizacionales de las partes, que enriquecen los usos del lenguaje y posibilitan diferentes formas de abordar un mismo tema. Para avanzar a pesar de estas situaciones, lo importante es mantener una actitud persuasiva y no impositiva, y ser tolerantes para aceptar la existencia de un otro diferente, pero igualmente válido.

Es así, como la tolerancia está sustentada en procesos racionales y en procesos comunicativos, que es lo que permite llegar a unos acuerdos racionales sin necesidad de recurrir a la violencia o a la agresión como forma de mediar las diferencias con el otro.

La solución de los conflictos se juega entonces en la comprensión del otro, en el esfuerzo por penetrar en sus motivaciones más recónditas, en la brega por entender sus intereses, en la búsqueda obsesiva por satisfacer los anhelos humanos, todos, en la lucha por suprimir la imposición, así sea la imposición de una idea, de una razón, mediante un argumento discursivo o la votación democrática.

La negociación es una actividad inmersa en la vida diaria, por lo que todas las personas poseen una habilidad para ella, aunque algunas poseen ciertas características que favorecen especialmente estos procesos. Por esto, uno de los factores de éxito, radica en la escogencia de la persona o el grupo que va a entrar a negociar con la otra parte. Siempre es mejor un negociador que tenga una actitud positiva frente al proceso, que sea flexible y con capacidad para escuchar y para expresarse, con sensibilidad hacia las personas y el problema, y dominio del tema, de los intereses y de las alternativas que se tienen.

Asimismo, la creatividad es importante para la resolución de los conflictos, porque permite superar ciertos obstáculos como el ver una única solución, no abordar la totalidad del problema sino tener una percepción parcial de él, o no imaginar la diferencia de universos que puede tener la otra parte.

Sin embargo, es posible que la empatía entre las personas que negocian no sea la más alta, por lo que hay que separar el problema de las personas y ser *"suave con la persona, duro con el problema"* (Rincón Aguilar y Cía 1997).

1.3 Negociación: cara a cara

Para llegar a la negociación, es importante tener una preparación previa, en la que cada parte haya definido los siguientes elementos:

a) Separar los intereses de las posiciones

La habilidad para negociar reside en la capacidad de identificar los intereses de cada una de las partes; para lograrlo es necesario, separar los intereses reales de las posiciones, que son las posturas que asume cada parte, y que en cierta manera son difíciles de cambiar.

Al inicio de una negociación es frecuente encontrar posiciones rígidas y fuertes, con las que los individuos están expresando sus puntos de vista, sus desacuerdos y sus ideas más relevantes. Generalmente, una vez cada parte ha expresado sus posiciones, éstas resultan antagónicas. El éxito de la negociación consiste en encontrar, detrás de las posiciones, los intereses que puedan resultar comunes a las personas implicadas en el conflicto. Para lograrlo, es preciso indagar en las características de las partes, sus hábitos culturales, deseos, miedos, logros y expectativas.

En efecto, las posiciones son la parte visible de los intereses, y detrás de toda posición hay un interés. Los intereses son las necesidades más importantes que motivan a las partes a entrar en un proceso de negociación. En la negociación es necesario indagar cuáles son los intereses reales de cada una para priorizarlos y confrontarlos, con el ánimo de identificar puntos de convergencia y divergencia.

La habilidad de los negociadores consiste en no permitir que el proceso se con-

vierta en un intercambio de posiciones, porque de esta manera se torna en un enfrentamiento de voluntades en el que cada negociador expone sus criterios creyendo que son absolutos y por tanto, la otra parte debe ceder ante ellos. Esto termina fácilmente en un choque de personalidades en el que cada uno trata de imponer su posición sobre el otro.

Trascender estas expresiones de poder y autoridad para buscar una solución común que implique los intereses y las necesidades de ambas partes y las satisfaga, a pesar de que cada una haya tenido que ceder en beneficio del mutuo acuerdo, es el objetivo de un verdadero proceso de negociación.

b) *Construir opciones creativas*

Las opciones son las múltiples maneras que tienen las partes de lograr un acuerdo. Tienen como característica que se construyen durante la negociación y a partir del intercambio de intereses de cada una de ellas, por lo que deben ser expuestas en su totalidad y conversadas con la contraparte, para que así el acuerdo sea el mejor de todas las opciones existentes.

La creatividad es definitiva para lograr construir un universo de opciones que contemplen los intereses de ambas partes, y sean cómodas y satisfactorias aunque no se opte por ellas para llegar al acuerdo definitivo.

En muchas ocasiones, las partes construyen opciones únicamente desde su perspectiva, y desconocen así la validez de los intereses de la otra. De esta manera es muy difícil avanzar hacia un acuerdo conveniente, pues se genera malestar y parcialidad en el proceso de negociación.

Para la construcción de opciones es necesario vencer algunos prejuicios, sobre todo aquellos que otorgan una visión parcial del conflicto e impiden considerar nuevas alternativas y propuestas como igualmente válidas a las propias. En este sentido, se trata de reconocer, aceptar y disfrutar la existencia de la otra parte como una ganancia para el proceso.

El proceso de crear opciones lleva necesariamente, a soluciones creativas que pueden comenzar con una lluvia de ideas con la contraparte, para tomar las más adecuadas y seleccionar aquellas que tengan en cuenta los intereses mutuos. Otra posibilidad es mirar el problema desde otras perspectivas, con personas expertas que presenten opciones diferentes a las contempladas anteriormente. Finalmente, es preciso tener en cuenta que para la construcción de cada opción, se dé una mirada desde la perspectiva del otro a fin de saber qué siente, cómo piensa y desde qué lugar está expresando sus necesidades. Así resulta más fácil comprender sus puntos de vista y se facilita un posible acuerdo negociado.

c) *Definir criterios objetivos*

Cuando el proceso de negociación ha llegado al momento del intercambio con la contraparte, es definitiva la preparación previa que haya tenido cada una de las partes. Una de las razones la constituyen los criterios o razones lógicas y racionales que van a sustentar los objetivos.

Es necesario que las propuestas que se planteen estén sustentadas sobre principios racionales de equidad, para que se puedan discutir sobre criterios claros y precisos, y no sobre deseos y demás móviles subjetivos.

Definir criterios objetivos no implica necesariamente, que se constituyan éstos en la única posibilidad, pues parte de la objetividad está en ser capaces de escuchar los criterios igualmente objetivos que nos presenta la otra parte.

d) *Identificar Alternativas*

Las alternativas son las posibilidades que tiene cada parte en caso que no haya ningún acuerdo. Dentro de ellas se define la Mejor Alternativa al Acuerdo Negociado –MAAN–, que da a las partes un límite, pues no se debe negociar para acordar algo peor que la MAAN.

Esto significa que se negocia para mejorar las alternativas, puesto que éstas son definidas antes de entrar a la negociación, y una de las causas para no negociar es cuando no se supera su mejor alternativa.

Dentro de un proceso de negociación hay que contemplar la posibilidad de no poder llegar a un acuerdo. Igualmente, es necesario considerar que no todo acuerdo resulta favorable para los intereses de alguna de las partes, y si después de un proceso de análisis y discusión no es posible llegar a una solución sensata, es necesario tener otras alternativas de posible solución fuera del ámbito de la negociación.

En este sentido, la definición previa de la MAAN protege de un acuerdo desfavorable que lesione intereses propios o que empeore la situación anterior al proceso de negociación.

e) *Establecer acuerdos y compromisos*

El objetivo final de toda negociación es el establecimiento de acuerdos, para satisfacer los intereses que estaban en conflicto. A los acuerdos es posible llegar después de un auténtico proceso de negociación, donde se haya generado un intercambio de ideas e intereses.

Para que una negociación sea productiva, se debe hacer énfasis en la importancia de cumplir y realizar los acuerdos. De lo contrario, se perdería la legitimidad del proceso de negociación. Para ello es preciso, establecer acuerdos realizables y verificables, lo que depende de los alcances y límites de las partes, de la pertinencia de quien hizo el acuerdo para luego velar por su cumplimiento, etc.

En ocasiones es posible que ante la presión de los negociadores por llegar a un acuerdo, las partes pacten soluciones y compromisos que son difíciles o imposibles de cumplir. De ahí la importancia que lo acordado sea razonable y realizable.

Para cerrar con éxito una negociación, es importante que los acuerdos puedan ser verificados por personas expertas y neutrales para que lo pactado sea respetado por las partes, porque suele suceder que si los acuerdos no son respetados, deterioran el proceso de negociación, generando una gran crisis en la confianza y la relación entre las partes. Después de un incumplimiento de los acuerdos establecidos, resulta difícil retomar una negociación.

En ciertas ocasiones, con el ánimo que se respeten los acuerdos, es pertinente acordar un costo en caso de incumplimiento, y mientras más alto sea dicho costo, mayor será el compromiso para cumplirlo y viceversa.

2. La mediación: Una alternativa a los procesos de negociación

El proceso de mediación se refiere a la intervención de un tercero neutral y lejano a las dos partes, quien facilita la continuación de la negociación en caso de que haya un desacuerdo que a primera vista parezca irreconciliable entre las partes.

"La mediación es una negociación en la que interviene la ayuda de un tercero. El mediador realiza reuniones conjuntas y separadas con las partes en conflicto, a fin de:

- *Reducir la hostilidad y establecer una comunicación eficaz.*
- *Ayudar a las partes a comprender las necesidades y los intereses del otro.*
- *Formular preguntas que pongan de manifiesto los intereses reales de cada parte.*
- *Plantear y aclarar cuestiones que han sido pasadas por alto, o que no han recibido la suficiente atención.*
- *Ayudar a las personas a concebir y a comunicar nuevas ideas.*
- *Ayudar a reformular las propuestas en términos más aceptables.*
- *Moderar las exigencias que no son realistas.*
- *Comprobar la receptividad a nuevas propuestas.*

- *Ayudar a formular acuerdos que resuelvan los problemas actuales, salvaguarden las relaciones y permitan prever necesidades futuras".* (Fischer, Ury y Patton 1997)

Este procedimiento de mediación es beneficioso cuando la negociación se centra en discusiones que se apartan de una solución concertada, generando desgaste y altos costos para la relación de las partes.

El mediador debe ser alguien aceptado por todas las partes involucradas en el proceso, y su responsabilidad es facilitarlo tratando de lograr los acuerdos que beneficien a las partes y disminuyan la tensión que pueda existir. Sin embargo, es necesario aclarar que el mediador no es un juez ni tiene poder de decisión sobre el conflicto.

Cabe señalar que la mediación es un proceso voluntario al que las partes llegan por mutuo acuerdo y voluntad propia. Además, una vez ha comenzado la mediación, cada parte está en libertad de aceptar o no el acuerdo y puede retirarse en el momento en que lo considere necesario, si no está a gusto con el proceso.

3. La negociación en el ámbito local

La negociación aplicada a procesos de autogestión y participación comunitaria debe buscar un mejor entendimiento entre los planificadores de las acciones y la población, para lograr soluciones concertadas que sean pertinentes para la realidad comunitaria, sus intereses y características. Es decir, el aspecto esencial de la negociación apunta hacia un entendimiento entre los diferentes actores, para complementar esfuerzos en la búsqueda de objetivos comunes.

El ideal de los procesos de negociación comunitaria, es que contemplen planes de acción en los que participen instituciones públicas, privadas y las organizaciones de la comunidad.

Con la participación y la negociación entre los diferentes actores, es posible la racionalización y el mejor uso de los recursos disponibles en los diferentes niveles de acción, siempre y cuando se dé un proceso de auténtica negociación, basado en estudios claros y concretos, que presenten una visión integrada de la situación de la población, de los actores adecuados y de la necesidad de culminar con acuerdos prácticos en pro del beneficio comunitario.

A pesar que la participación social es reconocida por ley en muchos países, existe una distancia entre la formalidad y la realidad de la participación ciudadana, pues además del marco legal, la participación requiere de un espacio real para que se haga efectiva.

En este aspecto, cada día diferentes actores sociales y nuevas organizaciones comunitarias, han ido buscando espacios dentro de la vida pública de sus comunidades; al mismo tiempo que los gobernantes han fomentado y apoyado estas iniciativas.

Las comunidades en las que se da la participación social, presentan un avance con respecto a las otras en las que no existe, porque la participación se convierte en la primera forma para la resolución de conflictos de manera concertada y pacífica. Por el contrario, toda forma excluyente de participación, es violenta por su naturaleza vertical y unidireccional, y sólo puede esperar respuestas violentas (Vidal 1991).

Ante la necesidad que la participación comunitaria siga en aumento, es preciso que desde los diferentes sectores, se facilite la creación de espacios de diálogo para promover entendimientos e intercambios, que van a representar una mayor apropiación de los procesos y el compromiso de la población.

Sin embargo es pertinente reconocer, que los procesos de participación y negociación se encuentran estrechamente relacionados con el problema de la equidad. En la mayoría de los casos, la negociación se da entre actores sociales que son desiguales en múltiples sentidos, presentándose así una relación asimétrica en la que no todos los actores entienden sus propios intereses –el origen y las causas de sus problemas y las formas de respuesta hacia

ellos–, o no están en capacidad de hacer una buena defensa de dichos intereses. Esto se traduce especialmente en oportunidades desiguales para proponer, resolver y lograr acuerdos positivos para ambas partes.

Uno de los pasos importantes para contribuir a la disminución de estas inequidades, sin duda lo constituye un cambio en la visión de la educación, en la que se fomente el fortalecimiento de habilidades de los líderes y se integre el desarrollo humano al esfuerzo por el desarrollo socio-económico.

En la acción conjunta orientada hacia objetivos compartidos, se va produciendo un aprendizaje para concertar, para participar, para respetar y valorar a los otros, para ganar confianza sobre las propias capacidades, para adquirir una mejor disposición en la superación de los inevitables problemas que irán surgiendo, para entender el beneficio de la complementación de roles en el logro de beneficios comunes, y para detectar nuevas dimensiones de entendimiento con los otros y nuevas posibilidades de acción conjunta.

Otro de los aspectos fundamentales lo constituye la democratización de la información, como elemento esencial para contribuir a visualizar los problemas sociales, precisar diagnósticos, monitorear los cambios y diseñar estrategias de intervención. Igualmente la disponibilidad de información y comunicación, son elementos vitales para habilitar la efectiva participación social en la determinación de prioridades de política y en el desarrollo de estrategias.

Sin embargo es necesario tener en cuenta, que la democratización de la información no se refiere a una inundación de datos sino por el contrario, a facilitar a cada usuario lo que requiere, dependiendo de sus necesidades específicas. Se trata entonces de facilitar la elaboración de diagnósticos sociales y producir información clara y sencilla, que pueda ser fácilmente utilizada por usuarios aunque no sean especialistas en el manejo de información social.

En conclusión, el propósito fundamental es reforzar la capacidad de utilización de datos e indicadores sociales de los sectores involucrados en el diseño y gestión de políticas y programas sociales, con el fin de diseñar e implantar propuestas que respondan a las necesidades reales de la población, priorizando en las zonas de sectores marginados.

En el juego democrático, a pesar que es la mayoría quien decide, es importante tener en cuenta a la minoría, que aunque no eligió, tendrá también que vivir con las decisiones de los demás. De lo contrario, es posible que el régimen democrático se convierta en un régimen autoritario y opresor para las minorías.

"Los miembros de las agrupaciones mayoritarias no pueden tener la absoluta certeza de que sus decisiones son las más correctas. Deben reconocer por principio, su propia capacidad de error, así como la posibilidad de que la opinión de la minoría sea acertada. Por encima de estos, la mayoría tiene una especie de responsabilidad con respecto a la minoría derrotada por el voto. Por eso, sólo puede y debe promover la aceptación de sus decisiones dentro de un marco de competencia política para la legislación, que no anule la autonomía de las minorías. Esto significa que el contenido y la naturaleza de la decisión tomada bajo tales condiciones no deben implicar el intento de arrancar por la fuerza la aprobación incondicional de la minoría" (Fetscher 1995).

Mediante procesos de negociación y participación, es posible concertar planes de desarrollo que trasciendan ideales o partidos políticos, y que busquen la participación de todos los sectores de la comunidad en el trabajo conjunto por lograr mejores condiciones de vida.

El hecho de reconocer a cada uno de los actores que conviven en una misma sociedad, es el primer paso para la construcción de una sociedad saludable. *"Una sociedad mejor es una sociedad capaz de tener mejores conflictos. De conocerlos y de contenerlos. De vivir no a pesar de ellos, sino productiva e inteligentemente en ellos. Que sólo un pueblo escéptico sobre la fiesta de la guerra y maduro para el conflicto es un pueblo maduro para la paz"* (Zuleta 1995).

Bibliografía

FETSCHER, I. (1996). Democracia y Tolerancia Política. La tolerancia: Una pequeña virtud imprescindible para la democracia. Editorial Gedisa. Barcelona. 167 p.

FISCHER, R.; URY, W.; PATTON, B. (1997). Sí... de Acuerdo!. Editorial Norma, Colombia. 225 p.

GANEVA, I.; MARIN, J. M. (1994). Capacidad de Negociación en el Sector Salud. Organización Panamericana de la Salud, Guatemala. 154 p.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1991). Administración Estratégica Local. Washington, D. C. 154 p.

RINCON, AGUILAR y Cía. (1997) Seminario-Taller Técnicas de Negociación y Resolución de Conflictos. Santafé de Bogotá.

VIDAL, M. (1991). Participación, Comunicación y Organización. En: Signo y Pensamiento No. 19. Bogotá.

ZULETA, E. (1995). Educación y Democracia: Un Campo de Combate. Corporación Tercer Milenio. Bogotá.

14 Evaluación de procesos locales de Promoción de la Salud

Hernán Málaga - Marisela Perdomo

Cuando se realiza una intervención para enfrentar un problema o para fortalecer una potencialidad de desarrollo, la medición de la ejecución es fundamental. Es necesario determinar si la propuesta de intervención diseñada se viene ejecutando dentro de lo programado, o hasta que punto la intervención está produciendo la reducción del problema o la satisfacción de una necesidad. Inicialmente, y durante el proceso de intervención, la evaluación da más peso al proceso y paulatinamente, el impacto adquiere una mayor valoración, al comparar los resultados respecto al estado inicial. En este artículo se propone la valoración de estos dos aspectos mediante un proceso de evaluación que toma en consideración tres componentes: la acción intersectorial, la acción comunitaria, y la acción política. Para cada uno de estos componentes se plantean elementos y criterios de valoración, que luego serán complementados con la valoración del efecto de la intervención, como fin último del proceso.

Cuando se inicia un proceso de transferencia de competencias —de descentralización y desconcentración hacia los municipios—, como el producido en casi todos los países de América Latina, con el empoderamiento de grupos excluidos, que se constituyen en nuevos actores de los modelos de desarrollo local; se hace entonces necesario establecer sistemas de evaluación que permitan realizar un seguimiento al proceso de cambio, porque su impacto en la modificación de las tendencias y la disminución de las brechas de los diferentes problemas, no se produce en general de manera inmediata sino a mediano o largo plazo. Este proceso debe promover la equidad disminuyendo al mínimo posible las diferencias evitables e injustas, tanto en el estado de salud, como en la prestación de los Servicios de Salud (Whitehead 1990). La evaluación en el contexto de un proceso de gestión debe ser también un proceso permanente, principalmente encaminado a corregir y mejorar las acciones, con el fin de aumentar la pertinencia,

eficiencia y eficacia de las actividades de salud (OMS 1981).

Con el propósito de hacer comparaciones de la situación inicial con el avance del proceso, y entre las diferentes iniciativas locales que puedan partir de situaciones similares, se deben establecer inicialmente sistemas que evalúen con mayor peso el proceso de su implantación y con menor peso su impacto, para que estos resultados, a más largo plazo, pasen a ser los principales indicadores de evaluación del éxito o fracaso de los procesos desarrollados.

Los "*indicadores de proceso*" que miden el nivel de organización comunitaria, la concientización, la participación de los diferentes actores y la cooperación entre las instituciones participantes, permiten identificar cambios muy rápidos en procesos de ciudades sanas (Werna y Harpham 1995).

Los procesos de evaluación de la construcción de una comunidad saludable se basan en tres fuentes principales de información: el componente de acción intersectorial, el componente de acción comunitaria y el componente de acción política.

1. Componente de acción Intersectorial

Se ha visto que la intervención para la solución de diferentes problemáticas, posee diferentes niveles de complejidad y que mientras más jerárquico sea el nivel de los factores determinantes, más intersectorial será la solución de los mismos. Al evaluar la intervención intersectorial local, primero se debe establecer un compromiso de los diferentes sectores, en el entendimiento que ellos no son los responsables de la identificación, jerarquización y caracterización de los problemas, sino que ésta es una responsabilidad de la comunidad, y que los técnicos de los diferentes sectores deben estar al servicio de esta comunidad y actuar coordinadamente. Esto significa que dentro del Plan de Intervención hacia un determinado problema, cada sector asume una responsabilidad en el proyecto de acuerdo con su experticia, y en las zonas de sobreposición con otro u otros sectores debe haber una coordinación entre éstos, con el propósito de no duplicar esfuerzos.

1.1 Diagnóstico de situación sectorial e intersectorial local

En el diagnóstico de la situación local deben involucrarse todos los sectores, apoyando técnicamente la comunidad para la priorización de sus problemas, evaluándo el compromiso sectorial y su intervención.

1.2 Participación intersectorial del departamento y la nación en apoyo del nivel local

Las prioridades municipales, sentidas y escogidas por la comunidad local, son prioritarios a compromisos de política departamental o nacional, mientras no expongan los niveles departamentales o nacionales a un riesgo proveniente desde una iniciativa local; por lo que este aspecto se evalúa en función al apoyo normativo, metodológico y de supervisión técnica que estos dos niveles hacen sobre la intervención de sus sectores en el nivel local, no con un interés policivo sino con el de apoyar al nivel local.

1.3 Participación en la gestión y evaluación de proyectos y/o programas de intervención

En esta área debe medirse el compromiso de los diferentes sectores con el Plan de Desarrollo Local, destinando recursos de sus presupuestos específicos, así como recursos técnicos para asesorar la elaboración de los proyectos por la comunidad, para finalmente intervenir en el monitoreo y evaluación hacia el logro de la equidad por medio de la intervención.

1.4 Acceso a la Atención Primaria

La evolución de este acceso debe ser caracterizada atendiendo las recomendaciones de Alma Ata (OMS 1978).

2. Componente de Acción Comunitaria

Este es el ítem al que se debe dar mayor peso en la evaluación de un proceso, reconociendo por supuesto como líder de la intervención al dueño del problema, la comunidad. Ella deberá identificar los Organismos No Gubernamentales presentes localmente y que puedan tener injerencia en los proyectos o programas de intervención. El efecto de este componente se mide en la motivación y compromiso de las organizaciones o Comités de Participación Social relacionados con los proyectos de intervención que se elaboren, teniendo en cuenta la búsqueda de la máxima autonomía, porque es en el nivel local donde debe encontrarse un altísimo porcentaje de las respuestas a los problemas identificados.

La participación social en la cogestión de la salud se entiende como la acción de los actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas, en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas a través de las que la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud de una manera deliberada, democrática y concertada (OPS 1994).

2.1 Empoderamiento de los excluidos

En este aspecto de la evaluación se determina la influencia de los excluidos en el Plan de Desarrollo Municipal, medida en términos de ganancias en la distribución de recursos, para que no suceda lo que en muchos procesos de privatización de América Latina, que se favorece cada vez más a quienes tienen más en detrimento de quienes tienen menos. Este es uno de los puntos que debe poseer mayor peso en la evaluación de la participación social.

2.2 Solidaridad

Los grupos más pudientes de la comunidad deben apoyar a los grupos excluidos, no en función paternalista sino para trabajar mancomunadamente con ellos, y buscar juntos la solución a sus problemas.

2.3 Diagnóstico Comunitario

La utilización de los diagnósticos sectoriales por la comunidad, para la identificación de sus prioridades teniendo en cuenta que los recursos no son infinitos sino limitados, supone que algunas veces se escojan problemas prioritarios de complejidad relativa y de pequeña inversión sobre problemas de alta complejidad y de alta necesidad de inversión, aplicando el adagio popular *"la suma de las pequeñas soluciones proporciona las grandes soluciones"*.

2.4 Toma de decisiones sobre el quehacer local

La toma de decisiones debe producir unidad y compromiso, a pesar que algunas de ellas puedan afectar a pequeños grupos, éstas deben hacerse en función del bien común.

2.5 Liderazgo en la gestión, ejecución y evaluación de Proyectos de Intervención

El liderazgo comunitario debe ser también evaluado, reconociéndose el efecto de la comunicación y abogacía para hacer un mercadeo social de los proyectos que se pretendan desarrollar, y que puedan contar con el respaldo político y con el de los grupos poderosos de la comunidad.

2.6 Participación en la red departamental y nacional de Municipios Saludables

El compartir con otras comunidades las experiencias exitosas producidas por una comunidad, es una fortaleza que generará recursos económicos, como también la satisfacción de haber colaborado con el desarrollo de municipios, departamentos, naciones; y por haber recibido en contraprestación la colaboración de otros para el desarrollo y solución de problemas comunes.

3. Componente de Acción Política

Otro de los componentes importantes a ser evaluado es el respaldo y la voluntad política en pro de la disminución de las brechas, trabajando con los grupos excluidos y destinando mayores recursos para reducirlas.

3.1 Ordenanzas en apoyo al proceso

El compromiso expresado a través de un Acuerdo Municipal de transformar un municipio en un Municipio Saludable, es un punto de partida importante del proceso, pues a través de esta resolución, tanto el Alcalde como sus concejales deciden apoyar el movimiento y destinar recursos de su presupuesto para favorecer la iniciativa.

3.2 Políticas Públicas Saludables en el ámbito municipal

Existen una serie de políticas que pueden ser originadas en el ámbito municipal y pueden resolver problemas complejos, por ejemplo una política pública relacionada con la necesidad de disminuir la deserción escolar, generará un incremento de la capacidad productiva del municipio. Una política de esta naturaleza puede tener un gran peso en la evaluación del proceso. Políticas más puntuales pueden también resolver parte de un problema interviniendo en factores causales del mismo, y pueden provenir de niveles departamentales, nacionales, continentales o hasta mundiales. Como ejemplo se pueden citar:

- Uso obligatorio del casco protector para motociclistas y la consecuente disminución de muertes por traumatismo cráneo-encefálico.
- Restricción del uso de los juegos pirotécnicos y la disminución de las quemaduras.
- Restricción del porte de armas y la consecuente disminución de homicidios.
- La restricción de los horarios de expendio de licor y la consecuente disminución de accidentes de tránsito y de la violencia en general.
- Promoción de la lactancia materna como un factor protector contra las enfermedades transmisibles.
- Disminución de la contaminación atmosférica y la evidente disminución de la mortalidad por causa cardiorespiratoria.
- Fortificación de la sal con yodo y la disminución de los desórdenes causados por las deficiencias de este elemento.
- Fomento del deporte y el uso adecuado del tiempo libre como factor protector del embarazo precoz y la mortalidad materna.
- Suministro de agua potable y la disminución de las enfermedades diarreicas agudas.

Y algunas otras, como agricultura ecológica o control del tabaquismo asesino, constituyen modelos de excelentes políticas públicas que se han gestado y que contribuyen al logro de la equidad en salud.

3.3 Recursos del Plan de Desarrollo Municipal destinados al empoderamiento de los excluidos

Evaluar las tendencias de cambio de los Planes de Desarrollo Municipal y la utilización de procesos de focalización en es-

tos planes, por ejemplo, hacia grupos excluidos en la distribución de los recursos, puede ser un ingrediente de gran impacto en el proceso, así como también lo es el porcentaje de recursos destinados a este tipo de población. Evitar el clientelismo político y la corrupción en el uso de estos recursos mediante el manejo comunitario, empodera auténticamente a los grupos excluidos.

3.4 Cabildeo para la obtención de recursos de otros niveles

Las autoridades locales están acostumbradas a este tipo de gestión hacia el nivel local. Todavía existen en el nivel nacional proyectos y programas como los Fondos de Inversión Social y Fondos Sectoriales de Desarrollo, que el Gobierno Nacional conserva y destina, algunas veces para problemas auténticamente nacionales y otras, para una distribución con fines políticos.

3.5 Recursos extra-presupuestarios

La cuantificación de recursos provenientes de los diferentes grupos de Gobierno, de los Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales, de la Cooperación Bilateral o Multilateral, negociada a través de cabildeos o de compromisos de solidaridad, deben ser cuantificados y sus tendencias evaluadas como parte de la evaluación del proceso.

4. Evaluación del proceso

Para caracterizar el proceso es preciso utilizar la técnica de construir índices sumatorios, y para evitar la subjetividad, utilizar variables dicotómicas y coeficientes (González Dagnino et al 1994). Las medidas deben ser calificadas según su validez, es decir por la frecuencia con que un resultado positivo es confirmado por un diagnóstico aceptable (habilidad de separar aquellos que tienen el problema de los que no lo tienen). Además se debe tener en cuenta el concepto de "*repetibilidad* o *replicabilidad*" referido a la repetición de resultados consistentes sobre una caracterización que hace un mismo individuo u otros individuos; y el concepto de "*exactitud*", que constata que el resultado de la evaluación del indicador por una medida indirecta, sea el valor exacto del indicador, es decir, que si se lee 45 mg éste en verdad corresponda a 45 y no 44 ó 46, por ejemplo (Málaga 1990).

Para la Evaluación de Proceso se propone el siguiente instrumento, a través del que se pueden medir sus diferentes componentes:

4.1 Componente de acción intersectorial

a) Participación Intersectorial en el diagnóstico y priorización de los problemas

Presencia de Sectores	Si - No	Puntos
Salud		1,0
Educación		0,5
Ambiente		0,5
Agricultura		0,5
Vivienda		0,5
Empleo		0,5
Otros Sectores (número)...*		1,5

* por cada otro sector que participe 1/4 punto. Máximo: 5 puntos.

Investigaciones aplicadas, por sector e intersectoriales para definir línea de base de los problemas.

Problema en Estudio	Embarazo de adolescentes	Desempleo	Seguridad Alimentaria	Etc.
Sector Salud	✓		✓	
Sector Educación	✓	✓	✓	
Sector Ambiente	✓		✓	
Sector Agricultura		✓	✓	
Sector Vivienda		✓		
Sector Empleo	✓	✓	✓	
Otros sectores				
Puntos	**1**	**1**	**1**	

Nota: Las investigaciones deben ser compartidas con la comunidad y con el nivel político (cada investigación con participación de más de dos sectores recibe el doble de puntuación). Máximo 5 puntos.

b) *Sectores que actúan coordinadamente en los proyectos de intervención (evaluación de presencia y coordinación)*

Presencia de Sectores	Si	No	Puntos
Salud			1,0
Educación			0.5
Ambiental			0,5
Agricultura			0,5
Vivienda			0.5
Empleo			0.5
Otros Sectores (número)...*			1.5

* cada sector que participe colabora con 1/4 punto.
Nota: Para evaluar presencia, debe contarse el Número (No.) de funcionarios profesionales asistentes por sector/sobre el total de funcionarios profesionales existentes y su presencia en todas las reuniones convocadas por los Comités de Participación Comunitaria. Máximo 5 puntos.

La coordinación se mide por la integración de insumos, racionalizando recursos y previniendo duplicidad de esfuerzos (WHO 1998a).

$$\frac{\text{No. de proyectos con intervención intersectorial} \times 100}{\text{No. de proyectos de intervención de alta complejidad *}}$$

* Se denominan de alta complejidad, cuando requieren de intervención de dos o más sectores. Máximo 5 puntos.

c) *Participación intersectorial del departamento y del nivel nacional en los proyectos de intervención*

$$\frac{\text{No. de Proyectos con intervención del nivel Deptal y/o Nal.} \times 100}{\text{No. de Proyectos de intervención de alta complejidad *}}$$

* Se denomina de alta complejidad, cuando requieren de intervención de dos o más sectores. Máximo 5 puntos.

d) Cobertura de Atención Primaria en Salud

La comparación entre la línea de base y el avance de estos indicadores constituyen un ingrediente muy importante en la evaluación del proceso, recomendándose usar como mínimo, los indicadores propuestos por la OMS, a saber:

- Nivel de "*analfabetismo sanitario*".
- Disponibilidad de agua potable en la vivienda o a corta distancia a pie.
- Instalaciones sanitarias suficientes en la vivienda o en la vecindad inmediata.
- Acceso de las madres y los niños a la atención de salud local.
- Asistencia a los partos a cargo de personal adiestrado.
- Porcentaje de niños expuestos inmunizados contra las principales enfermedades infecciosas de la infancia.
- Disponibilidad de medicamentos esenciales durante todo el año.
- Accesibilidad a las instituciones de envío de pacientes.
- Número por habitante de las diferentes clases de agentes de salud en el nivel de la atención primaria y de envío de pacientes.

(OMS 1981)

En 1990, estos indicadores para evaluar la atención primaria de salud fueron reformulados en:

- Agua potable, disponible en la vivienda o con un acceso razonable y facilidades adecuadas para la disposición de excretas
- Inmunización contra la difteria, tétanos, tos convulsiva, sarampión, polio y tuberculosis
- Servicios locales de salud que incluyen acceso a medicamentos esenciales dentro de una hora de camino o viaje
- Atención por personal adiestrado de embarazos y partos y cuidado del niño hasta por lo menos de un año de edad
- Porcentaje de mujeres en edad fértil que estén usando planificación familiar
- Porcentaje de la población que alcanza al menos 20 medicamentos esenciales disponibles a una hora de camino o viaje

(WHO 1998b)

Máximo 15 puntos

Total puntaje del "*Componente de Acción Intersectorial*": **40 puntos**

4.2 Componente de Acción Comunitaria

a) Participación de líderes y ONG's

El reconocimiento de los líderes y de los Organismos no Gubernamentales existentes, y la participación de éstos en los Comités Sociales o Comités de Participación Comunitaria deben ser evaluados.

	Identificados	Participación activa en Comités de Participación Social	%
Líderes			
ONG			

Máximo 20 puntos.

b) *Motivación comunitaria para respaldar las Políticas Públicas Saludables, a ser determinada indirectamente por encuestas*

Política según nivel	% de respaldo
Nacionales	
Casco Protector para motociclistas	
Vehículos no contaminantes	
Vuelos Nacionales con prohibición de fumar	
Departamentales o Municipales	
Espacio para fumadores en lugares públicos	
Restricción de expendio de licores	

Máximo 10 puntos.

c) *Fuentes de recursos económicos, financieros y humanos para el proceso, generados en la comunidad*

También se debe medir la contribución comunitaria del municipio con la Red, estableciéndose de esta forma el intercambio de experiencias.

Recurso	Aportado por la Comunidad	Total de recursos necesarios para el Proceso	%
Económico-financiero			
Humanos (diferenciando aporte del voluntariado).			
Red de Municipios Saludables (contribución al proceso).			

Máximo 10 puntos.

Total puntaje "*Componente de Acción Comunitaria*": **40 puntos**

4.3 Componente de acción política

Esta área evalúa principalmente la gestión de Políticas Públicas Saludables y su sostenibilidad, así como el respaldo político del Alcalde y su respectivo Concejo para proporcionar recursos económico-financieros y respaldo técnico a la Estrategia de Municipios Saludables. En muchas oportunidades, la alcaldía proporciona el espacio físico para la iniciativa comunitaria.

a) *Políticas Públicas Saludables*

Corresponde al grado de cumplimiento de Políticas Públicas Saludables, por las Instituciones y por la Comunidad:

Políticas Públicas	No. de Multas	Total de instituciones y/o Población que se adhieren a la norma	%
Respeto a la norma por la ciudadanía.			
Cumplimiento de la norma por las instituciones.			

Máximo 10 puntos.

b) Aporte de recursos

Recursos	Aportado por el Municipio	Total de recursos necesarios para el Proceso	%
Económico – financiero			
Humano			

Máximo : 10 puntos.

Total puntaje del *"Componente de Acción Política"*: **20 puntos**

4.4 Total Evaluación del Proceso: 100 puntos

5. Efectos en Salud logrados por la intervención

Evalúa el impacto anual de los programas y proyectos de intervención.

Al término del año es conveniente evaluar si los programas y/o proyectos de intervención tuvieron impacto en el problema (disminución del mismo), o en la satisfacción de la demanda (incremento en la producción). Si el efecto es negativo, la valoración de este rubro es *0*, si el efecto es positivo, la valoración se da en el % de avance al cumplimiento del indicador del proyecto, expresándose el % de logro con valores de *0* a *10*, equivaliendo el *0* al *0%* de avance A, el 1 al 10%, el 2 al 20%..... y el 10 al 100% La prioridad, si se trata de 10 proyectos en evaluación, expresada en valor V de máxima prioridad igual a 10 y mínima igual a 1, vaciándose la información en el siguiente cuadro para estimar el efecto alcanzado de la intervención:

Programa y/o Proyecto	A Avance del Proyecto (1-10)	V Valor de Prioridad	Efectos A x V
Avance Ponderado			Σ AV

obteniéndose con la sumatoria de AV el efecto anual conseguido, el que se transforma a un porcentaje del máximo alcanzable, al terminar los 10 proyectos con 100% de logro.

Ejemplo: El Municipio X, quien evalúa el avance en impacto global de sus cinco proyectos al 2º año del plan, habiendo obtenido los siguientes resultados:

Programa y/o Proyecto	A Avance del Proyecto	V Valor de Prioridad	Efecto A x V
Incremento del Empleo Urbano – Marginal	4	4	16
Disminución de Embarazos en Adolescentes	2	8	16
Incremento de la Producción Agrícola en establecimientos de < 3 de há	4	6	24
Agua potable rural	5	10	50
Reforestación	3	2	6
			Σ AV = 112

El máximo puntaje alcanzable en el ejemplo es la $\Sigma (10 \times 2 + 10 \times 4 + 10 \times 6 + 10 \times 8 + 10 \times 10) = 300$

Siendo el avance global de impacto $= \frac{112}{300} \times 100 = 37\%$

6. Evaluación anual final

Esta se obtiene de ponderar la suma del avance del proceso con el avance del efecto o impacto, variando el peso de acuerdo con el número de años en proceso de evaluación. Ejemplo: si el Plan de Desarrollo se evalúa a 4 años, el primer año de ejecución el proceso vale 4 y el impacto vale 1, el segundo año el proceso vale 3 y el impacto vale 2, el tercer año el proceso vale 2 y el impacto vale 3 y el cuarto año el proceso vale 1 y el impacto vale 4, dividiéndose la sumatoria de estos valores entre 5, que es la suma de los pesos dados a cada variable.

En el ejemplo, si en el proceso el Plan ha alcanzado 80 puntos en el segundo año, y 37% de avance global, la evaluación final será:

$$\frac{80 \times 3 + 37 \times 2}{5} = 62{,}8$$

$\therefore$ El Indice Global Anual de Proceso e Impacto es = 62,8%

Bibliografía

GONZALEZ DAGNINO, A.; DE PABLOS HEREDERO, A.; AGUILERA, M.; GARCIA, E.; GIL GARCIA, J. (1994). Calidad Total en Atención Primaria en Salud. Edit. Díaz de Santos, Madrid. 115 p.

MALAGA, H., (1990). Epidemiología Veterinaria, EDILUZ, Maracaibo, Venezuela, 243 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS– (1978). Atención Primaria en Salud, Serie Salud para todos No. 1, 91 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS– (1981). Evaluación de los Programas de Salud, Normas Fundamentales. Serie Salud para Todos No. 6, 49 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1994). Evaluación para el fortalecimiento de Procesos de Participación Social en la Promoción y Desarrollo de la Salud en los Sistemas Locales de Salud, OPS/HSS/HSD-HED/94 – 18, 35 p.

WERNA, E., HARPHAM, T., (1995). The Evaluation of Healthy City Projects in Developing Countries, Habitat Intl. 19 (3): pp. 1-13.

WHITEHEAD, M. (1990). The concepts and Principles of Equity and Health, Copenhagen, EURO/WHO. 18 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO– (1998a). Evaluation of the implementation of the Global Strategy for Health for All by 2000, 1979 – 1996, WHO/HST/98.2, 229 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO– (1998b). The Basic Development Needs Initiative, WHO-EH/PHS/480/E/G., Reg. Office for the Eastern Mediterranean, 11 p.

15 Generalidades sobre evaluación de experiencias y proyectos de Promoción de la Salud

Helena E. Restrepo

Este artículo se refiere a las generalidades sobre aspectos de evaluación de la PS, recogiendo algunas de las consideraciones de la literatura actual sobre evaluación de proyectos específicos en materia de Promoción de Salud. Se profundiza en la fase de diagnóstico situacional porque de éste dependerá primordialmente, lo que se vaya a evaluar, y las mismas consideraciones que se hacen con respecto a los aspectos a tener en cuenta para este proceso, deberán hacerse en la evaluación. Por último aporta criterios a tener en cuenta en el diseño y establecimiento de procesos, mecanismos e indicadores de evaluación para experiencias de Promoción de la Salud.

Introducción

La evaluación de las experiencias[1] y proyectos de PS es una tarea difícil y compleja. Muchos autores y grupos involucrados en proyectos y movimientos como los de ciudades/municipios/comunidades saludables, se han preocupado por este aspecto importante de la PS, y se dispone en la actualidad de valiosos aportes tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Sin embargo, persisten grandes vacíos y dificultades que hacen que el tema siga siendo considerado como prioritario en el desarrollo de la nueva salud pública, y amerita serias reflexiones. Uno de los aspectos que se han señalado como causas de la complejidad de los procesos evaluativos en PS, es la carencia de indicadores positivos para caracterizar procesos de producción social de la salud y de aquellas acciones salutogénicas del nivel individual y colectivo.

[1] Entendemos como experiencias, todas aquellas intervenciones dirigidas a la población con fines de incrementar su nivel de salud y calidad de vida.

1. La planificación de intervenciones de Promoción de la Salud

Pensar en la evaluación cuando se está en la etapa de diseño de un proyecto o intervención de salud, es algo considerado como secundario y, en general, se evita desarrollar un verdadero plan de evaluación en esta etapa. Si ésta es la constante en proyectos biomédicos, es una actitud aún más acentuada en los de PS, dadas las características de sus modelos de intervención –ecológicos, sociopolíticos y socioculturales– tal como se ha mencionado en los artículos anteriores de este libro. En primer lugar, el hecho que en la promoción los interventores sean de campos diversos y que se involucren además actores políticos y comunitarios junto con técnicos de diversas disciplinas, implica ya bastante complejidad; en segundo lugar, la PS privilegia la puesta en marcha de una serie de, a su vez, complejos procesos, algunos de muy largo plazo; y en tercer lugar, la planificación participativa es difícil, hay poca motivación hacia ella y requiere de competencia metodológica.

No obstante, la evaluación debe considerarse como parte de la planificación, y como tal, deben tenerse en cuenta las recomendaciones que se hacen para lograr un buen proceso de planificación en la PS.

Una primera consideración es la de desarrollar la estrategia de "*planificación participativa*", reconocida por los expertos en promoción como básica para incentivar desde el inicio de un proyecto la participación comunitaria y la creación de espacios que la faciliten. Para la planificación participativa, hay que referirse siempre en primer término al ejercicio de diagnóstico de la situación o punto de partida, y de retroalimentación del ciclo del proyecto o intervención. El diagnóstico obviamente tiene que ser participativo, es decir con el insumo de la comunidad sujeto y objeto del proyecto de PS, lo que usualmente se recoge por medio de una consulta más o menos amplia, dependiendo de varios factores, entre los que se destacan los siguientes:

- Grado de compromiso de los conductores del proyecto con los procesos participativos.
- Grado de desarrollo y madurez de las organizaciones comunitarias y de los líderes.
- Interés de la comunidad y sus líderes por el tipo de proyecto propuesto, si perciben o no, que su participación va a ser útil y pertinente a sus necesidades.
- Existencia de recursos técnicos, financieros y de tiempo, para llevar a cabo un proceso participativo con metodología confiable y adecuada.
- Grado de confianza de la comunidad en los proponentes del proyecto.

Generalmente al componente participativo del diagnóstico se le conoce como "*necesidades sentidas*" de la comunidad, que tienen que ver no sólo con problemas de enfermedades, sino con otras necesidades básicas y humanas.

Existe otro componente que Kretzman y Mcknight (1993) han destacado como esencial para procesos de desarrollo de la capacidad de las comunidades y los individuos, y que se refiere a los activos o bienes (assets) de la comunidad, representados en las fortalezas y potencialidades de ellos; con estos se construye un "*mapa*" que incluye: en un primer plano, los "*dones*", y habilidades de las personas y de grupos especiales (artistas, jóvenes, ancianos, etc.); en un segundo plano, las asociaciones ciudadanas y organizaciones comunitarias de toda índole (grupos culturales, religiosos, clubes, etc.); y en un tercero las instituciones locales (escuelas, universidades, hospitales, bibliotecas, negocios, etc.). Estos autores dan un gran valor para el desarrollo de la PS a este tipo de diagnóstico positivo a tener en cuenta en proyectos de base comunitaria.

Hay otros aspectos a mencionar en relación con la fase de diagnóstico participativo, como son los componentes técnico y

político que contribuyen a la delimitación de los problemas a abordar. El primero se refiere al diagnóstico o caracterización de la situación de salud, que debe comprender información epidemiológica, e información sobre la situación social, económica y cultural de la población. El componente político se refiere a la agenda de gobierno y las prioridades definidas para mejorar la situación de salud de la respectiva comunidad o grupo blanco del proyecto. Este aspecto tiene relevancia para tener en cuenta las posibilidades de contar con más o menos recursos financieros provenientes del sector gubernamental; por ejemplo, si un alcalde ha puesto énfasis en su programa de gobierno al problema de provisión de agua, éste será un elemento a considerar en un proyecto de municipio saludable, para que haya coherencia y sinergismo en los diferentes planes de acción. De igual modo, las prioridades señaladas por la comunidad deberán tener un peso especial al entrar a definir las particulares del proyecto de PS, y los indicadores epidemiológicos deberán tener una mirada diferente a la exclusivamente académica, complementados con los juicios de valor que dé la comunidad a determinados problemas epidemiológicos. Un ejemplo de esto es la prioridad que tienen para algunos grupos de ancianos los problemas de deficiencia visual, los que no aparecen generalmente en los datos epidemiológicos.

Los pasos del proceso de planificación de intervenciones de PS según Gómez (1998), comprenden tres momentos:

1) Identificar el problema, el grupo blanco y pensar en un programa; éste momento a su vez incluye todo el proceso de consulta y de asociación con otros, que es fundamentalmente participativo.
2) Diseñar el programa o intervención con base en toda la información y su respectivo análisis.
3) Desarrollar un plan de acción que incluya toda la planeación de la organización del programa.

Este autor no toma en cuenta la evaluación del proyecto como parte de la planificación, sino como una etapa específica de su desarrollo, pero resalta la importancia de involucrar a la comunidad en ella.

2. Investigación participativa en la Promoción de la Salud

Así como la PS ha tenido grandes repercusiones en la concepción de la planificación, incorporando a la población, la investigación sobre salud pública también está siendo cuestionada con relación al papel de las comunidades en ella. Crear las condiciones para que las comunidades y los individuos aumenten el control y mejoren su salud, como lo establece la Carta de Ottawa (1986), significa que puedan ejercer control también en la investigación que afecta su salud (Hancock 1999)[2].

La investigación-acción-participativa es hoy un nuevo paradigma de la PS, lo que no asegura que realmente haya sido incorporado plenamente en la academia. En teoría se menciona mucho, pero en la práctica se implanta menos, por las mismas razones que se enunciaron sobre las dificultades que encierra, además de la resistencia que aún genera la PS en algunos grupos más tradicionales en las concepciones de investigación científica.

También debe mencionarse la reflexión que hacen Kelly y col. (1993, pp. 159-167), refiriéndose a la investigación en ciudades saludables sobre que *"el concepto de Ciudades Saludables y su principio filosófico subyacente de Salud para Todos, son simplemente incompatibles con modelos convencionales que impone la disciplina del método*

[2] Trevor Hancock, «Healthy People in Healthy Communities in a Healthy World: Public Health's Challenge for the 21st Century». Documento diseminado por Internet.

científico y la administración racional", y sugieren que esto se debe a que los "*métodos científicos pertenecen al mundo moderno y el concepto de Ciudades Saludables pertenece al post-modernismo*"[3].

3. Evaluación de ciudades y municipios saludables

Los proyectos de ciudades saludables en el mundo han contribuido mucho a la búsqueda e investigación de metodologías e indicadores, que permitan contar con la evidencia de su beneficio para lograr metas de Salud para Todos y de Equidad en Salud (Ashton 1993; Davies and Kelly 1993; Dnuhl 1986; Ministerio de Salud de Colombia y OPS/OMS 1999; Takano y Col 1992; Werna y Harpham 1995). Se mencionan aquí sólo algunas reflexiones que despiertan en la actualidad los intentos de evaluar dichos proyectos.

Para Duhl (1986), uno de los creadores de la estrategia de ciudades saludables, la evaluación de este tipo de experiencias es difícil porque es muy "*subjetiva*", por lo tanto lo importante es valorar si la ciudad "*va por buen camino*" de acuerdo con una serie de criterios que él expone, referidos a los diversos aspectos que hacen vivible una ciudad, y que abarcan aspectos urbanísticos de infraestructura física, ambientales, sociales, físicos y culturales, de calidad de vida, de mejoramiento de indicadores de salud, de creación de soporte social y solidaridad, etc.

Para Werna y Harpham (1995) el tiempo es un factor importante a tener en cuenta, pues se requiere que haya transcurrido un tiempo razonable para obtener resultados. Les preocupa sobretodo, definir cuáles serían los "*indicadores de éxito*". Critican el énfasis en establecer impacto en estos proyectos antes de haberse implantado razonablemente, y de contar con unos recursos financieros que permitan inversiones altas en bienestar. También se muestran a favor de contar con indicadores de proceso preferentemente, puesto que este tipo de proyectos más que proyectos deben mirarse como "*procesos*", de acuerdo con la propuesta de las Naciones Unidas. Resaltan además, la identificación de indicadores de los procesos participativos y sobretodo, la construcción de la capacidad de las comunidades y de las instituciones. Insisten en recomendar que deben combinarse los indicadores de proceso con algunos indicadores de impacto, como complementarios una vez haya transcurrido algún tiempo (3 a 5 años) de haber iniciado el proceso de ciudad saludable –CS– y de todas maneras, los indicadores deben tener en cuenta el contexto o sea la situación local y la priorización de sus problemas.

Otro aspecto discutido por Werna es el de usar o no "*indicadores internacionales*" que proponen organismos como la OMS, que para algunos son inadecuados, porque consideran más importantes los que se generan en el nivel local donde suceden los hechos; en este sentido citan el libro de Davies y Kelly (1993, pp. 55-60) en el que se insiste en el error de aplicar indicadores internacionales; aunque Werna y Harpham aceptan que en algunas circunstancias son muy necesarios, sobretodo con fines de efectuar comparaciones ya sea dentro de una misma localidad o entre varias. Con respecto a países en vías de desarrollo, comentan que muchas veces las ciudades no tienen un nivel de desarrollo tecnológico y científico que facilite los procesos de evaluación, por lo que recomiendan enfáticamente a las universidades, ligarse mucho más a estos proyectos y apoyarlos en los procesos evaluativos.

En América Latina, la OPS/OMS ha promovido la búsqueda de metodologías e in-

[3] Traducción del inglés por la autora del artículo.

dicadores para evaluar los proyectos de municipios y comunidades saludables con resultados variables, pero todos los interesados han coincidido con algunos expertos de otras regiones en aspectos aplicables a otros tipos de experiencias en PS.

4. Conclusiones

La literatura amplísima sobre evaluación de la PS y en especial de proyectos de ciudades/municipios/comunidades saludables, proporciona elementos para plantear las siguientes conclusiones a manera de recomendaciones o puntos a tener en cuenta en todo proceso evaluativo de PS:

- La evaluación de proyectos de PS comprende procesos sociales que requieren tiempo para consolidarse. La evaluación debe siempre basarse en las condiciones propias de cada contexto en donde se desarrolle el proyecto o experiencia; no se puede aplicar una lista única de indicadores para evaluar procesos socioculturales y sociopolíticos (Springett 1999[4]).
- No existe ninguna duda sobre la obligatoriedad que la evaluación siempre deba ser participativa, y que las comunidades deban involucrarse activamente en ella. Las "*historias*" construidas por las mismas comunidades son muy importantes.
- Los indicadores deben ser tanto cualitativos como cuantitativos, y se resalta la importancia de los cualitativos que deben ser elaborados de nuevo, con base en el contexto; los indicadores tradicionales cuantitativos de salud, como los de morbilidad y mortalidad, tienen grandes limitaciones para medir aspectos como capacidad de actuación de una comunidad o el soporte social, etc., por lo que la evaluación debe enfocarse también en el "*por qué*" y en el "*cómo*" y no sólo en el "*qué*" y "*cuántos*".
- La evaluación de procesos comunitarios requiere enfoques y aproximaciones multidisciplinarias y transdisciplinarias, lo que significa construcción conjunta de marcos explicatorios a los problemas y fenómenos de una comunidad, para adecuar las metodologías de análisis de cada disciplina participante.
- Los procesos participativos deben ser sostenibles, por lo tanto, esta característica de la sostenibilidad debe ser objeto de la evaluación.
- Las metodologías e indicadores recomendados internacionalmente son útiles como guía, pero deben adecuarse a las propias realidades de cada lugar.
- El monitoreo y evaluación de las políticas públicas y en especial de *las "Políticas Públicas Saludables"* deben ser impulsados y formar parte de las evaluaciones de proyectos de PS a todo nivel[5].
- No hay que olvidar que los procesos de empoderamiento de comunidades y de individuos tienen un carácter fundamentalmente "*político*", que determina muchas de las actividades de un proyecto de PS, por lo tanto la evaluación también debe contemplar este carácter; hay que tomar de las ciencias políticas elementos de evaluación.
- La aplicación de métodos científicos tradicionales en investigación biomédica, no resulta apropiada para la evaluación de proyectos de PS (Kelly y col 1993).

---

[4] Jane Springett, presentación en "Reunión de Grupo Técnico ad hoc" convocado por OMS, Departamento de Promoción de la Salud para asesorarlo. Septiembre 15 y 16, 1999.

[5] En este sentido, la autora propone que en cada instancia gubernamental de salud pública (Ministerios y Secretarías de Salud), se debería crear una unidad de análisis de Política Pública Saludable.

- Si lo que está presente en todo proyecto de PS, es influir positivamente en el nivel de bienestar de la gente, debe enfocarse la evaluación en aspectos "*salutogénicos*" y no "*patogénicos*", tal como lo planteó Antonovsky (1979, 1987).

El tema de la evaluación en PS y en la actualidad de la "*Evidencia*" de sus beneficios, continúa en evolución, por lo tanto se recomienda a los lectores mantenerse informados de los nuevos desarrollos que la literatura respectiva registra. En las referencias de este artículo se citan sólo algunos de los documentos que sustentan las recomendaciones expuestas, pero existe una amplia bibliografía al respecto para los interesados.

Bibliografía

ANTONOVSKY, A. (1979). Health, Stress and Coping. Jossey-Bass Publishers. San Francisco. Washington. London.

ANTONOVSKY, A. (1987). Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass.

ASHTON, J. (1993). Ciudades Sanas. (Versión española del original Healthy Cities, 1992, publicado por Open University Press de Buckingham). Traducción de Alvarez-Dardet, C., Colomer, C. White, Masson, S.A. Barcelona, París, Milano.

DAVIES, J. K. and KELLY; M. P., editors (1993). Healthy Cities. Research and Practice. Routledge. London New York.

DUHL, L. J. (1986). The Healthy City: Its function and its future. Health Promotion 1: 55-60.

GÓMEZ ZAMUDIO, M. (1998). Teoría y guía práctica para la Promoción de la Salud. Unidad de Salud Internacional de la Universidad de Montreal. Centro de Investigaciones y Estudios de Salud de Nicaragua. Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional.

KELLY ,M. P.; DAVIES, J. K.; CHARLTON, B.G. (1993). Healthy Cities: A modern problem or a post-modern solution? Chapter 12. En: DAVIS and KELLY editors.

KRETZMAN, J. P., MCKNIGHT, J. L. (1993). Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community assets. ACTA Publications, Chicago, Illinois.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, OPS/OMS Colombia. (1999). Experiencias de Municipios Saludables por la Paz. RESTREPO, H.E.(editora).

TAKANO, T.; ISHIDATE, K.; NAGASAKI, M. Eds. (1992). Formulation and Development of a Research Base for Healthy Cities. Kyoiku Syoseki, Co. Ltd. Tokyo.

WERNA, E., HARPHAM, T. (1995) The Evaluation of Healthy City Projects in Developing Countries. HABITAT INTL. Vol. 19, No.3. pp. 1-13.

16 Conceptos sobre Salud Urbana*

Helena E. Restrepo

La ciudad,... parecía estar trazada
en los corazones de los hombres
desde mucho antes de las primeras pirámides,
parecía la vocación esencial de lo humano.
William Ospina[1]

No hay ninguna duda que el futuro del mundo va hacia la urbanización total; el final del segundo milenio se caracterizó por la tendencia al crecimiento acelerado de ciudades y el dominio de la vida urbana como modelo único de sociedad. En todas las épocas desde el abandono de la vida cavernaria, la humanidad se ha agrupado en conglomerados que se han venido perfilando como ciudades. Es por lo anterior de gran importancia para el tema de la salud como fenómeno social, tener el referente de la ciudad como el lugar donde suceden los hechos que la afectan. Para ello es indispensable, analizar el fenómeno salud/enfermedad dentro de este modelo social de vida urbana, con el fin de proponer pautas de organización de servicios, y de desarrollo de estrategias para la PS y la prevención de la enfermedad.

En este artículo se discuten conceptos de salud urbana, con referencia especial a las diferentes estrategias que se han desarrollado para incrementar el nivel de salud y bienestar colectivo, de los habitantes de las ciudades en las últimas décadas.

1. Antecedentes históricos

Es importante iniciar esta revisión de la vida urbana y su relación con la salud describiendo algunos antecedentes históricos que ilustran aspectos de las concepciones, a través del tiempo[2].

---

* Este artículo fue preparado para la Fundación de Apoyo a Programas de Salud –FUNDAPS– quien lo ha cedido para la publicación de este libro.

1 Fuente: El Naufragio de la Metrópolis, capítulo del libro: Es Tarde para el Hombre de William Ospina (1994).

2 Las referencias históricas se encuentran casi en su totalidad en los dos primeros artículos iniciales de este libro, de las que se extractan aquí sólo algunas.

1.1 Ciudad y ciudadanía

La definición de "*ciudad*" es un concepto bastante difuso, sólo entendible cuando se piensa en los lugares concretos que conocemos como ciudades.

Las diferentes definiciones no alcanzan a suplantar el concepto adquirido directamente por nuestra vivencia. Algunas de dichas definiciones ven la ciudad como: "*Espacio geográfico, cuya población, generalmente numerosa, se dedica en su mayor parte a actividades no agrícolas*"[3]; o "*Un lugar habitado por una comunidad grande permanente y organizada*"[4]. Los economistas tienen definiciones propias: "*ciudad es un asentamiento que genera consistentemente su crecimiento económico de su propia economía local*" y "*pueblo es un asentamiento que no genera su crecimiento de su propia economía local y nunca lo hará*" (The Ecomist 1995).

Según Mendoza Morales[5] "*el nacimiento de las ciudades oculta un misterio que anida en la historia, un arcano aún no resuelto por la especie*". Este autor dice que las primeras ciudades fueron las eópolis, siendo una de ellas Jericó en Palestina que existió durante 6.500 años.

Para la cultura occidental, el concepto de ciudad se origina en la "*ciudad-estado*" o "*polis*" de los griegos que consistía en una ciudad independiente y soberana. En Aristóteles se encuentra la primera noción de ciudadano o sea del habitante de la polis. En Atenas –la polis por excelencia– se dieron las relaciones políticas o sea la posibilidad de tratar de aquello que les incumbía a todos los ciudadanos, y que es el origen de las políticas públicas cuya importancia es capital para la salud pública y en especial para la PS.

A pesar que la concepción más importante de ciudad y de ciudadanía viene de los griegos, éstos no fueron los únicos que organizaron la vida colectiva en ciudades; Alejandro Magno fundó ciudades importantísimas y, por la historia de sus conquistas, se sabe que destruyó otras de civilizaciones antiguas que habían alcanzado un nivel muy alto de organización. En nuestra América, los vestigios de grandes e imponentes ciudades aztecas, mayas, incas, etc., son prueba del grado de ordenamiento espacial y del tipo de jerarquización que primaba en la organización social de estos pueblos.

Ospina (1994, pp.91-112) establece en forma extraordinaria la comparación entre el ideal de ciudad y de vida urbana soñada desde la antigüedad por el hombre, y el deterioro progresivo que afecta a las urbes actuales. Describe la ciudad antigua como el habitat donde el hombre tenía todos los servicios (mercados, gimnasios para la salud, sitios para recreo y para oración, hospitales para el dolor, sanatorios para la sinrazón), donde se construía una vida con ética y estética, y clama porque se tome conciencia sobre la necesidad de volver a esta concepción de ciudad antes que sea muy tarde. Hoy se observa que para recuperar los conceptos de vida urbana saludable, tendríamos que nutrirnos de la historia de los espacios públicos.

1.2 Las ciudades antiguas y la salud pública

Los primeros indicios de práctica médica como tal, se remontan al gran escenario de la Mesopotamia y en la tierra adyacente a Egipto (Guthrie 1947); lugar donde floreció la gran civilización "*sumeria*" unos 4000 años a. C. Allí se sabe existió la gran ciudad de Ur, a orillas del río Eufrates; hay evidencia que indica que en ésta ciudad existieron los primeros médicos, y es muy posible que algunas reglas y recomendaciones higiéni-

[3] Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española, vigésima primera edición.
[4] Enciclopedia Británica.
[5] Parábola de la ciudad. Alberto Mendoza Morales, Magazín de El Espectador, agosto 29, 1999.

cas empezaran a surgir, todavía muy mezcladas con magia y hechizos. Estas recomendaciones se hicieron más claras en Babilonia, ciudad esplendorosa, cuna del rey Hamurabi (2000 a. C.) autor del primer código de leyes, que contenía una parte relacionada con la práctica médica. (Guthrie 1947, pp. 26-29).

La medicina en las ciudades egipcias parece fue más atrasada que en otras civilizaciones; sin embargo hay indicios en el papiro de Ebers, sobre recomendaciones de medidas preventivas para las enfermedades intestinales, como purgarse periódicamente. Los hebreos en cambio, fueron los fundadores de la sanidad pública, se encuentran evidencias en los textos de la Biblia. Como se describió en otro artículo de este libro, los griegos dieron las primeras nociones de promoción de la vida saludable.

En resumen, existió en la antigüedad preocupación por la salud colectiva en las ciudades, de acuerdo con las concepciones ideológicas dominantes con respecto a las causas de las enfermedades.

1.3 La salud urbana en el siglo XIX en Europa

El siglo XIX fue de una gran riqueza en adelantos científicos tanto en medicina clínica como en microbiología, patología, fisiología, y medicina preventiva. Son muchos los nombres ilustres de esta época como Pasteur, Jenner, Finlay, Snow, etc., pero los que hicieron aportes a la salud pública urbana, fueron aquellos que a mediados de este siglo señalaron enfáticamente las relaciones entre salud y condiciones de vida en las ciudades y sus suburbios. La revolución industrial de Inglaterra puso en evidencia las terribles condiciones de vida de los trabajadores en las ciudades incluyendo mujeres y niños, siendo causa de una gran mortalidad prematura. Las obras literarias de Dickens revelan cómo eran las condiciones de vida de los marginados en esta época. Entre los más ilustres autores, cuyas contribuciones también se mencionaron en la primera parte de este libro, figuran Edwin Chadwick, Louis-René Villarmé, siendo el más importante de todos, Rudolf Virchow por la contribución al marco teórico de la medicina social. Finalmente, debemos recordar a William H. Duncan precursor de los proyectos de ciudades sanas en Europa (Ashton and Seymour 1988, Ashton 1993, pp. 2-11).

2. La Promoción de la Salud y la salud urbana

El tema de la salud urbana necesariamente tiene que relacionarse con el movimiento mundial de la PS, que se fortaleció a partir de los 70´s y 80´s y donde se insertaron, los proyectos de ciudades saludables en sus diversas corrientes. Los postulados de la Carta de Ottawa sobre los pre-requisitos de la salud y los cinco grupos de intervenciones que propuso como agenda para operacionalizar la PS, son todos los que se aplican al desarrollo de la salud en las ciudades. Los modelos socio-políticos, socio-culturales y socio-ecológicos con los que se implanta la PS, son los que permiten un trabajo integrador y efectivo para el mejoramiento de la salud urbana, de ahí que se considere que existe una interrelación muy estrecha conceptual y operativa entre PS y salud urbana.

2.1 Salud urbana en la salud pública

Es conveniente precisar los puntos de partida para nuevas formas de conceptualizar la salud en un contexto de ciudad. La contribución de Leonard Duhl[6] es muy importante, porque influyó en el desarrollo de

[6] Notas de conversaciones personales de la autora con el profesor Duhl.

los conceptos y estrategias de salud urbana y posteriormente, en los movimientos de ciudades y pueblos saludables en Canadá, Europa y Estados Unidos. El profesor Duhl en la Universidad de Berkeley, planteó en la década del 70 que para hacer programas efectivos de salud pública, se requería un enfoque urbano y que la base para ellos debía ser el estudio de la forma como viven las comunidades modernas en los nichos urbanos. Lo innovador de Duhl es la unión que hizo de la planeación urbana con la salud pública, de una manera integrada[7].

2.2 Ottawa y otras Conferencias Internacionales

A partir de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa-Canadá, se dió un gran impulso a la aplicación de los conceptos de la PS en los escenarios urbanos, que se plasmaron en los proyectos de ciudades saludables en Canadá y posteriormente en Europa y Estados Unidos. En América Latina como ya se conoce, se gestó el movimiento de municipios saludables bajo los mismos principios filosóficos de la PS.

Las conferencias y declaraciones que siguieron a Ottawa, se deben mencionar por cuanto forman parte del bagaje teórico-práctico que se ha ido acumulando alrededor de la PS y otros temas afines relacionados con salud urbana. La Conferencia de Adelaida-Australia (1988) se centró sobre el tema de las políticas públicas; la de Sundsvall-Suecia (1990) tuvo como foco los entornos saludables tanto físicos, como sociales, culturales, económicos y políticos; la Conferencia de Santa Fe de Bogotá (1992) se centró sobre la relación entre PS y equidad, y en su declaración reconoció la estrategia de municipios saludables como una forma acertada para hacer frente a los grandes desafíos de América Latina; y la de Jakarta (1997) retomó el tema de los determinantes de la salud, en especial la pobreza y recomendó el fortalecimiento de las alianzas estratégicas.

Además de estas conferencias específicas de PS, otras conferencias y cumbres mundiales tales como: la Cumbre Mundial por la Infancia, la Conferencia Mundial de Roma sobre Alimentación y Nutrición, la Conferencia de Río de Janeiro sobre Medio Ambiente, las Cumbres para la Lucha contra la Pobreza, las Conferencias de Mujer de Nairobi y Beijing, el Primer Congreso Mundial sobre Salud y Medio Ambiente Urbano de Madrid, las Conferencias Mundiales de HABITAT, entre muchas otras, han tocado temas fundamentales para el mejoramiento de la calidad de vida y por ende temas de salud urbana.

2.3 Conceptos sobre Ciudades Saludables

El concepto de Ciudades Saludables tiene varias interpretaciones según el autor de que se trate, pero lo fundamental prevalece en todas ellas. Se revisan aquí, las contribuciones de varios expertos[8]:

- *"Una ciudad saludable (healthy city) es aquella que está continuamente creando y mejorando los ambientes físicos y sociales, y expandiendo los recursos comunitarios que habilitan a la gente para apoyarse mutuamente en el desempeño de todas las funciones de la vida y para desarrollar su máximo potencial"* (Hancock y Duhl 1986).
- *"El concepto de Ciudades Saludables es verdaderamente una receta para mejorar la calidad de vida en un ambiente urbano. Las ciudades deben, de acuerdo con la filosofía de Ciudades Saludables, proporcionar un ambiente físico*

[7] Se recomienda revisar las publicaciones de Duhl contenidas en las referencias 1986a y 1986b, 1993 Flower 1993.

[8] Traducciones de textos del inglés por la autora.

limpio y seguro, de alta calidad, basado en ecosistemas sostenibles. Ellas deben ofrecer a sus habitantes acceso a los prerequisitos para la salud (alimento, ingreso, vivienda) y una amplia variedad de experiencias, basadas en la economía diversa, vital e innovativa" (Tsouros 1990).

- "*El concepto de Ciudades Saludables es ciertamente acerca de romper barreras o, en la jerga, trabajar intersectorialmente. Es acerca de romper barreras entre las organizaciones locales y nacionales (de salud y de otras) las cuales proveen servicios a las comunidades. Es también romper barreras entre proveedores y usuarios, de tal forma que los usuarios tengan una voz propia, y una gran participación sobre el control de ellos, y el tipo de servicios que les son proveídos. Es también romper barreras entre los investigadores académicos con interés en salud, la provisión de servicios y los problemas sociales de los hombres y mujeres comunes y corrientes, acerca de quien, y sobre quien, se hace la investigación convencional*" (Davies y Kelly 1993, pp. 55-60).
- "*El concepto de Ciudades Saludables es viejo y nuevo a la vez: viejo en cuanto la gente ha estado luchando por hacer las ciudades más saludables desde el nacimiento de la civilización urbana, nuevo en sus manifestaciones como el vehículo más importante para la Promoción de la Salud –la nueva salud pública– en su empeño de alcanzar Salud para Todos*"(Hancock, Duhl 1986).
- "*El Proyecto de Ciudades Saludables debe ser visto y entendido dentro del contexto de la promoción de la salud, el cual ha sido definido en la Carta de Ottawa como el 'proceso de habilitar a la gente para aumentar el control sobre, y mejorar su salud' (OMS 1986)*".
- "*El programa de Ciudades Saludables es un programa político que se refiere a un cambio en las relaciones de poder con respecto a la salud y la enfermedad, y a un viraje fundamental epistemológico en la conceptualización de la salud misma; o al menos, tiene el potencial de ser eso. Argüimos que las Ciudades Saludables son movimientos nuevos post-modernos sostenidos por una visión post-moderna, estética y moral de la salud, más que por una definición biológica o física de la enfermedad*" (Kelly, Davies y Charlton 1993, pp. 159-167).
- "*El proyecto de ciudades saludables como un proceso es axiomático... El énfasis es casi enteramente en el proceso y en las estructuras que soportan el proceso*"(Hancock 1993, pp. 14-24)[9].
- "*El proyecto tiene sus raíces en un concepto de lo que es una ciudad y de la visión de en lo que se puede convertir una ciudad saludable. Una ciudad es vista como un organismo vivo complejo que vive, respira, crece y cambia constantemente. Una ciudad saludable es aquella que mejora sus ambientes y expande sus recursos para que la gente pueda apoyarse mutuamente y alcanzar su máximo potencial." "El concepto de ciudad saludable significa proceso, no sólo resultados... Cualquier ciudad puede ser Ciudad Saludable si se compromete con la salud y tiene una estructura y un proceso para trabajar por su mejoramiento*" (OMS, Europa 1992).

Duhl utiliza mucho la analogía de ciudad saludable como un organismo vivo que no puede tener una parte enferma sin que se afecte todo; en este sentido la armonía, el

[9] Esto es importante porque hay personas que cuestionan si se trata de un proyecto, o de un proceso, porque creen que no puede ser ambas cosas, lo que es equivocado, es ambas cosas, pero es más proceso que proyecto finito (nota de la autora).

equilibrio y por consiguiente la ausencia de grandes desigualdades e inequidades sociales intra-ciudades, deben ser asuntos de prioridad para el trabajo conjunto de todos los habitantes y organizaciones de una ciudad.

Con relación a las características y elementos que definen si un proyecto o proceso es de ciudad/municipio saludable, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones, basadas en experiencias de diversos lugares:

- Según Tsouros (1990), las características de un proyecto de Ciudad Saludable exitoso son las siguientes:
  - Apoyo político fuerte
  - Liderazgo efectivo
  - Amplia pertenencia comunitaria
  - Alta visibilidad
  - Orientación estratégica
  - Recursos adecuados y apropiados
  - Administración correcta del proyecto
  - Comités efectivos
  - Fuerte participación comunitaria
  - Colaboración intersectorial
  - Rendición de cuentas (accountability) en lo político y en lo gerencial.

- Ashton (1993), a su vez señala como elementos fundamentales de un proyecto de ciudad saludable los siguientes:
  - Desarrollo de iniciativas y procesos llamados "*modelos de buena práctica*".
  - Implantación y evaluación de dichos modelos.
  - Diseminación de experiencias de ciudades saludables.
  - Apoyo mutuo, colaboración y aprendizaje entre las ciudades participantes.

- En el documento de la OMS/ Europa (1992) sobre los 20 pasos para poner en marcha un proyecto de Ciudad Saludable, se enumeran como características comunes a este tipo de proyectos las siguientes:
  - Compromiso con la salud, reconociendo sus dimensiones físicas, mentales, sociales y espirituales.
  - Decisión política con la salud pública.
  - Generación de acciones intersectoriales, negociando contribuciones con organizaciones de fuera del sector salud.
  - Énfasis en la participación comunitaria, para que la gente tenga influencia directa en las decisiones.
  - Innovación a través de búsqueda de nuevas ideas y métodos.
  - Política Pública Saludable; los resultados de un proyecto se reflejan en el grado de efecto de las políticas públicas saludables al crear escenarios saludables para la vida cotidiana.

2.4 Conceptos sobre Municipios Saludables

La Organización Panamericana de la Salud –OPS/OMS– (1990) aprobó a la PS como una de las grandes orientaciones estratégicas para impulsar y mejorar la salud de los habitantes de la región de las Américas durante el cuatrienio 1991 – 1994; a partir de entonces, se identificaron diversas iniciativas para la operativización de la estrategia en diversos escenarios (settings). Inspirándose en el movimiento europeo y del Canadá de Ciudades Saludables, se propuso el movimiento de Municipios Saludables, teniendo en cuenta tres situaciones propias del contexto: 1) que los países de América Latina iniciaban reformas del Estado basadas en procesos de descentralización y desconcentración, que en salud son importantes para fortalecer los sistemas locales (Silos), y para apoyar dichos procesos; 2) que los gobiernos municipales en esta región ejercen gobernabilidad tanto en áreas urbanas como rurales, que son todavía muy importantes en algunos países y 3) que con el trabajo en salud en los niveles municipales, se fortalecería la construcción de ciudadanía y los

procesos democráticos, débiles en muchos países, después de largos años de gobiernos autoritarios.

El papel de los servicios de salud, se centró en aprovechar las experiencias y ganancias del movimiento de fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (Silos) en los países de la región. El municipio saludable ofrecía entonces, un ámbito de concreción de varias estrategias impulsadas desde la OPS, como eran: los Silos, la reorganización del sector salud, la PS, la utilización de la comunicación social, la focalización en grupos de alto riesgo, la integración de la mujer en la salud, y el desarrollo y mejoramiento de la salud ambiental para mejorar la calidad de vida. En este último campo de la salud ambiental, se señaló la importancia del reconocimiento de aspectos propios de la competencia municipal tales como agua, basuras, contaminación, etc. (OPS 1992).

Sin embargo los conceptos que se fijaron para municipios saludables, coinciden totalmente con los expuestos para ciudades saludables, como se ilustra a continuación.

2.5 Similitudes y diferencias entre los movimientos de ciudades y municipios saludables

Para fines de este artículo, se hará referencia a "*ciudades*" cuando se trate del movimiento europeo y canadiense, y a "*municipios*" para el contexto de América Latina, aunque en algunos países de esta región, también se les denomine ciudades saludables. Para municipio saludable se optó por definiciones adaptadas de ciudades saludables y que incorporan los mismos elementos fundamentales, como son: "*el compromiso político por la salud, el fortalecimiento de la participación social y el empoderamiento de individuos y grupos, y la intersectorialidad en las acciones*".

La OPS/OMS propuso la siguiente definición: "*Un municipio saludable es aquel donde todos sus ciudadanos, instituciones y organizaciones trabajan conjuntamente para la salud, el bienestar y la calidad de vida de sus habitantes*"; otros ejemplos de definiciones acuñadas son: "*experiencia de carácter holístico que integra todas las estrategias de Promoción de la Salud y compromete a los sectores institucionales y políticos con la concreción de acciones definidas territorialmente para una población determinada*"; "*Municipio saludable es cuando todos trabajamos juntos por el bienestar de nuestra población*" (niño de 8 años de Versalles-Colombia).

Pero cada país o grupo que inició el proceso de crear experiencias de municipios saludables, optó por su propia definición. De igual modo, las decisiones políticas de los Ministerios, o las decisiones más libres de los primeros alcaldes y líderes que asumieron la responsabilidad de implantar la estrategia de municipios saludables, dieron como fruto una diversidad de nombres a los movimientos. Así, se dió el nombre de: "*Municipios por la Salud*" en México y posteriormente también en Cuba; Venezuela los llamó "*Municipios hacia la Salud*"; Colombia optó inicialmente en 1992 por "*Municipios Saludables*" y posteriormente cambió en 1996 a "*Municipios Saludables por la Paz*", teniendo en cuenta la prioridad de la paz en este país; Chile dió al principio el nombre de "*Ciudades Saludables*" y lo modificó luego por "*Comunas Saludables*"; Costa Rica los denominó "*Cantones Ecológicos y Saludables*"; Brasil se inclinó por el de "*Municipios Saludables*" pero también en algunos estados los llamaron "*Cidades Saudáveis*"; En Panamá, por su parte, se les dió el nombre de "*Municipios Siglo XXI*".

En otros países, por razones de políticas predominantes, se buscaron denominaciones que se apartaran de las implicaciones políticas que encierra el nombre de municipio y se les llamó "*Espacios Saludables*" en El Salvador y "*Comunidades Saludables*" en Perú. En los países del Caribe de habla inglesa, por ra-

zones de sus estructuras político-administrativas, se planteó más el término de "*healthy communities*" y de "*parroquias o Parrish*", que son las unidades locales propias de esta región.

Como puede verse los principios filosóficos de integralidad, solidaridad y participación son similares en los dos movimientos (ciudades y municipios), así como la importancia del compromiso político y la integración de esfuerzos de los actores de diferentes sectores, instituciones y organizaciones, públicas y privadas. Las diferencias se encuentran mucho más en los aspectos específicos de las prioridades y sobretodo, en el tipo de dificultades para poner en marcha estrategias que requieran mayor madurez y estabilidad políticas.

Las ciudades europeas y norteamericanas tienen una historia diferente que también marca los procesos. Las ciudades latinoamericanas por su parte son mucho más jóvenes y la cultura ciudadana se ha sedimentado mucho menos, a lo anterior se agrega la importante masa de población migrante del campo a las ciudades, con patrones de vida de épocas anteriores a la modernidad.

Los problemas de urbanización acelerada y anárquica, marcan las necesidades y prioridades de calidad de vida en este lado del mundo en forma más ostensible, determinando forzosamente la necesidad de provisión de servicios públicos básicos. Mientras en las ciudades latinoamericanas, el manejo de las basuras, la provisión de agua potable, son asuntos de mayor urgencia, en las ciudades de países desarrollados puede ser que la preocupación se centre más en mejorar la estética de la ciudad o en la modernización tecnológica de los medios de transporte, etc.; pero fundamentalmente, la estrategia para conseguir resultados es la misma.

El acceso universal a los servicios de salud y otros servicios sociales también marca una meta diferente para los movimientos del mundo en desarrollo, donde aún no se ha obtenido esta conquista. Existen países desarrollados como Estados Unidos que a pesar de su poderío económico, no ha logrado este propósito. No obstante, para ambos escenarios –el del desarrollo y el del subdesarrollo– existen problemas comunes importantes, como son la persistencia de inequidades sociales en la exclusión de grupos por diversas causas (etnias, religión, género, edad, pobreza); la violencia urbana y la falta de seguridad; los problemas de acceso y cobertura de la seguridad social; la carencia de espacios públicos para disfrute colectivo; las deficiencias en planeación urbana para que se tengan en cuenta las necesidades de los grupos específicos como son los ancianos, los jóvenes, las mujeres, los discapacitados, etc.; el desempleo; las carencias de servicios sociales que facilitan el trabajo de la mujer; la falta de oportunidades para la población joven; etc. Todo ello constituye una agenda que está por trabajarse en el contexto urbano, para mejorar los niveles de salud y bienestar en nuestras ciudades.

El tipo de compromiso político también puede ser diferente en los dos contextos con relación al nivel de desarrollo socioeconómico. En el caso de América Latina, como se señaló antes, los procesos de descentralización y de "*municipalización*" de los sectores sociales, como salud y educación, tiñen muy fuerte el quehacer político de los gobernantes. La presencia de un conflicto ocasionado por estos procesos, está presente en todos estos movimientos que buscan fortalecer la autonomía local. Los conflictos por los grados de poder se manifiestan entre los niveles centrales, nacionales, estaduales o regionales, en cada país.

Los cambios frecuentes por las luchas partidistas y la inestabilidad de los gobernantes, se manifiestan más agudamente en los países latinoamericanos, marcando una diferencia en posibilidades de generar procesos más o menos permanentes. A lo anterior se agrega una disciplina más débil, en el contexto de nuestros países, para sistematizar procesos y evaluarlos.

Una diferencia positiva, al menos a nivel de percepción[10], es la fuerza de los movimientos comunitarios en algunas de las experiencias de América Latina; ésto es más obvio en comunidades urbanas y locales con una larga historia de exclusión social, cuando alcanzan una mayor concientización sobre sus problemas.

En el Encuentro Europa/América celebrado en Sevilla-España (1992)[11] se presentaron experiencias de ciudades saludables de Europa y de América, haciéndose evidentes algunas de estas diferencias.

2.6 La salud en las metrópolis

El tema de las metrópolis o megaciudades preocupa al mundo entero. Según algunos, en el 2002 habrá 17 de estos gigantes en el mundo, de los que 10 estarán en los países del tercer mundo y 5 en América Latina –México, San Pablo, Río de Janeiro, Buenos Aires y Lima– (The Economist 1995). La definición de "*área metropolitana*" de los economistas es la misma que la de ciudad ya citada anteriormente; pero políticamente, se trata de una ciudad que se ha expandido más allá de sus fronteras, englobando otros pueblos y ciudades que existían ya y en algunos casos coalesciendo con otros que estaban separados. Es decir, se trata de los fagocitos urbanos –asimilando la imagen a lo que sucede en los organismos vivos–; éste problema también se presenta desde el punto de vista político, las áreas metropolitanas tienden a absorber los recursos de un país en forma tal que pueden llegar a ser más poderosas que el país mismo, repercutiendo lógicamente en todos los aspectos asistenciales y de salud pública.

La atención sanitaria de las áreas metropolitanas presenta toda clase de complejidades, tanto por los recursos limitados como por la proliferación de los problemas más determinantes del nivel de salud y de calidad de vida, tales como pobreza extrema, grandes exclusiones sociales por diferentes causas, problemas de escasez y de adecuación de las viviendas, carencia de servicios de agua y de saneamiento básico, deterioro ambiental, etc.; de otro lado, la planeación urbana se opone en muchos casos a las opciones saludables para la población. Por ejemplo, la construcción de viviendas con áreas mínimas es cada vez más frecuente a medida que las ciudades crecen y el valor de la tierra se encarece, independientemente del grado de desarrollo del país. En ciudades como París los espacios habitacionales son cada vez más reducidos. La diferencia entre países de mayor desarrollo y los en vías de desarrollo –como se les llama eufemísticamente a los más subdesarrollados–, es que en los primeros se suple esta estrechez habitacional con mayores espacios públicos para disfrute de las comunidades, lo que no siempre ocurre en los países pobres.

Pero el mayor desafío para el sector de la salud en las metrópolis, sigue siendo el de la provisión de servicios no solamente de salud, sino de todos los servicios sociales, además de los de saneamiento básico y energía. Con el crecimiento de estas áreas, la cobertura universal se hace cada vez más lejana, agravada por la creciente privatización de los servicios.

El problema de la accesibilidad física a las instituciones prestadoras de atención médica incide también en algunos grupos especiales, por ejemplo, el hecho que los hospitales y centros de salud tiendan cada vez más a mudarse a la periferia de las ciudades, ocasiona altos costos en el transporte de las personas, siendo la población anciana y discapacitada la que sufre más aguda-

[10] Percepción personal a través de viajes y eventos de intercambio de experiencias.

[11] Este Encuentro fue organizado conjuntamente por la OPS, la Oficina de EURO de la OMS y el gobierno español como parte de la celebración de los 500 años del descubrimiento de América.

mente este problema. En Ciudad de México, un estudio mostró que muchas personas de edad avanzada viven en el centro de la ciudad, porque allí han transcurrido la mayor parte de su vida; pero los centros asistenciales han ido desapareciendo y moviéndose a la periferia donde habitan las familias más jóvenes, afectando la atención de los ancianos que por su edad requieren cuidados más frecuentes. Las distancias son tan grandes que la atención de partos también se ve afectada en las grandes urbes. En otros países como Estados Unidos, el modelo de servicios de salud de grandes consorcios privados de Cuidados de Salud por Administración (HMO), se implanta cada vez más en ciudades grandes y son las pequeñas las más desprovistas de servicios médicos.

La relevancia del tema de la salud de las grandes urbes en el medio latinoamericano es objeto de estudios de varios grupos, especialmente en Brasil y México, donde la magnitud de las ciudades es impresionante. En Colombia aunque no haya megaciudades, existe un número importante de ciudades grandes y secundarias, por lo tanto las consideraciones sobre la organización, accesibilidad y cobertura de los servicios de salud, así como la epidemiología de los problemas de las ciudades, son temas igualmente trascendentes que ameritarían la creación de grupos de estudio para encontrar propuestas conjuntas de solución a estos problemas.

3. Globalización y salud urbana

El modelo económico de la globalización que está presente en todo el mundo moderno, no puede desconocerse; lo importante es analizar cuáles son las ventajas y desventajas que ofrece para cada área de la vida de las poblaciones. Con respecto a la salud en general, los efectos negativos parecen superar a los positivos. Esto se traduce en la aplicación de las leyes del mercado a la salud, que ha traído funestas consecuencias. Como dijera la ex-ministra de salud de Inglaterra, V. Bottomley *"El Sistema Nacional de Salud no es un negocio... nuestro interés es humano, no financiero"*.

La experiencia acumulada de los últimos años en América Latina, ha mostrado hasta la saciedad la relación que existe entre la globalización y el incremento de la exclusión social, que también se ha descrito en otros continentes y aún en países desarrollados. Con el neoliberalismo no se ha obtenido la *"sociedad más solidaria e igualitaria"* que se había pronosticado. Tampoco la integración se ha dado, al contrario, por el hecho de existir mayor exclusión social hay más segmentación y fragmentación social. El capital social por consiguiente, se ha debilitado. El capital social está relacionado con la confianza de ciudadanos y organizaciones entre sí y con sus gobiernos, que se pierde cada día más en las áreas urbanas.

Otro efecto de la globalización –aunque paradójicamente se aduce que el desarrollo tecnológico de la información es una de sus justificaciones– es que la brecha entre los que acceden al desarrollo tecnológico y los que permanecen sumidos en el atraso, se ha hecho mayor. En las ciudades esto es muy ostensible, hay una élite que accede a los descubrimientos más modernos de las tecnologías de información, comunicación y de atención médica, mientras una gran masa no se beneficia de estos adelantos (Milio 1996). Si a lo anterior se agrega, que en el capitalismo dominante hay una tendencia a reducir las políticas de bienestar social (welfare) porque así lo exigen los mercados laborales, la exclusión se aumenta aún más (ALAMES 1998).

Con relación a la salud urbana, la globalización ha tenido un efecto perverso, pues ha causado el fenómeno indigno de considerar *"desechables"* a aquellos que no tienen capacidad de consumir y por lo tanto, no existen para los mercados globalizados. Esto ha repercutido en las coberturas de servicios de salud y en toda la atención de

salud a la población, además de agravar la violencia social en las ciudades. Por último, las leyes de mercado exigen mejor competencia de los trabajadores y mayor competitividad de las ciudades, ejerciendo una gran presión y contribuyendo al aumento del desempleo, determinante muy importante de la salud según se ha comprobado por diversos estudios científicos (Evans et al 1994). Las ciudades latinoamericanas cada vez más desarrollan una cultura de subsistencia mínima, caracterizada por una población flotante de subempleados cuya supervivencia diaria depende de la venta de cualquier producto en una esquina. No hay duda que esta situación es de precariedad absoluta en todos los campos, incluyendo la salud.

3.1 Lo local versus lo global en la salud pública

Por las mismas razones que se han expuesto con relación a la globalización, y el consecuente aumento de la exclusión social, la tendencia actual es la de sumergir las comunidades locales más pobres en el anonimato. Según Tognoni[12], los análisis sobre las predicciones de problemas de salud en el nivel global auspiciados por el Banco Mundial, han tenido fundamentalmente en cuenta los datos de los países que tienen información confiable, es decir con mayor desarrollo, y los problemas de salud de comunidades locales de países pobres por carecer de información, no pesan en el contexto mundial. Sin embargo en este aspecto se presenta una paradoja, mientras los procesos de descentralización como parte de las reformas del Estado, se intentan fortalecer, las exigencias que se les hace a las comunidades locales para descentralizarse son tantas, que ponen en peligro su existencia.

Se menciona este tema al hablar de salud urbana por varias razones. En primer lugar algunas poblaciones de conglomerados urbanos o suburbios, pueden asimilarse a comunidades locales por sus patrones de vida, y por las características de exclusión social; en segundo lugar, las grandes urbes se forman de comunidades locales satélites que se van integrando a la ciudad; es el caso de Bogotá con las localidades menores que forman el Distrito Capital. Por último, la situación de lo local incide profundamente en los problemas urbanos, porque determinan desplazamientos e inmigraciones que abruman a la urbe más cercana. Es necesario enfatizar el trabajo en salud en el nivel local, para que sus problemas sean tenidos en cuenta en los diagnósticos de salud y por ende, en las intervenciones y programas de salud pública, así como para el desarrollo y el acceso a servicios de salud.

La participación comunitaria es la herramienta más potente para luchar por las comunidades locales, de tal manera que en la salud urbana hay que destacar las estrategias de empoderamiento de individuos y grupos, la creación de espacios participativos, la activación de procesos democráticos, el uso de herramientas de educación, información y comunicación, y el desarrollo de una cultura ciudadana más salutogénica.

La oportunidad de la globalización en sus planteamientos de generar un mundo más homogéneo, solidario y equitativo sólo será posible, si ninguna comunidad por pequeña y pobre que sea, es condenada al olvido.

3.2 Reformas del Sector Salud

Las Reformas del Sector Salud –RSS– no pueden considerarse aisladas de las refor-

[12] Presentaciones del profesor Gianni Tognoni en el Seminario sobre Epidemiología Comunitaria, Ríonegro, Antioquia. Abril, 1997.

mas del Estado, porque forman parte fundamental de ellas. Ante la realidad que se presentó en la mayor parte de los países del tercer mundo a raíz de la crisis económica de los 80, y ante el gran endeudamiento en que habían caído dichos países, las agencias financieras internacionales –Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial–, dieron orientaciones muy claras a los países para que redujeran el gasto público y por lo tanto recuperaran la capacidad de pago de dichas deudas. La fórmula que se ha llamado "*paquetes de ajuste estructural*" incluía un recorte de recursos de toda índole en las instituciones del Estado y naturalmente los sectores sociales que son los de responsabilidad pública por excelencia, han sido los más afectados.

La educación y la salud como sectores sociales, han sido priorizados en todas las propuestas de reformas del Estado en todos los países, de ahí que las RSS se inserten dentro de estos planteamientos para reformar todo el aparato público.

También éste es un tema que incumbe a las ciudades, puesto que los procesos de RSS se han caracterizado por una gran contradicción; por un lado exaltan los principios del derecho universal a la salud, cobertura total, solidaridad, equidad, eficiencia y efectividad de los servicios, pero por otro lado, en su implantación ha primado siempre la urgencia del financiamiento del sistema, dada la incapacidad del Estado para ello (Restrepo 1996). Esto ha conducido a la privatización cada vez mayor, a la implantación del modelo estadounidense de Cuidado Gerenciado por Administradoras (HMOs), con resultados desastrosos para el logro de los objetivos ideales que justificaban las RSS (Perez-Stable 1999, Stoker et al 1999). Estas pues, no han producido los efectos esperados, por el contrario, aunque se ha avanzado en algunas coberturas, la inequidad en salud se ha agravado y lo que es ampliamente reconocido, es que los programas e intervenciones de salud pública se han deteriorado significativamente en las ciudades[13].

4. Conclusiones

Como conclusiones de estas reflexiones –aún muy incompletas sobre el vasto y desconocido tema de la salud urbana–, se presentan en primer lugar los vacíos que se reconocen o los aspectos en los que sería importante profundizar y, en segundo lugar, los aspectos controversiales que ameritan mayores discusiones y debates.

4.1 Vacíos de conocimientos

Los vacíos que se reconocen y que ameritarían una profundización mayor son de varios tipos; una primera categoría relacionada con aspectos conceptuales y de construcción teórica, entre los que se identifican los siguientes:

- Profundización de los conceptos sobre la relación ciudad y salud, con el fin de lograr un marco de referencia unificado que facilite la comunicación, la investigación y el intercambio de experiencias, tanto en los ámbitos nacionales como internacionales.
- Definición de una serie de indicadores o criterios sobre salud urbana dentro de la construcción de dicho marco. Por ejemplo indicadores históricos, culturales, políticos, de organización de servicios de salud, de desarrollo urbanístico, etc. que caractericen los asuntos propios del tema de salud urbana. Sería conveniente también la elaboración de un glosario de términos para propósitos prácticos.
- Falencias en la sistematización de experiencias concretas de salud urbana. Si bien existe una amplia bibliografía

[13] Información de la Secretaria de Salud del Distrito de Santa Fe de Bogotá en 1998.

sobre ciudades y municipios saludables en diversos países, no es claro aún cuáles de ellas podrían catalogarse como desarrollos concretos de salud urbana, sin antes tener una definición de criterios, como se menciono antes.

4.2 Aspectos controversiales

Al revisar la literatura, se detectan puntos y tópicos que llaman a una discusión amplia y pluralista que sin duda, contribuiría al avance conceptual y operativo de la salud urbana, en especial con referencia al contexto latinoamericano y al específico colombiano. Entre ellos se identifican los siguientes:

- ¿Es salud urbana equivalente a calidad de vida?
- ¿Qué aspectos son específicos de *"salud"* y cuáles de otros campos del desarrollo?
- ¿Es la organización del sistema de servicios de salud el aspecto más importante de resolver para mejorar la salud urbana? Si no es así, ¿cuáles serían los más prioritarios?
- ¿Cómo analizar las RSS con respecto a la salud urbana?, ¿Qué propuestas deberían hacerse al respecto en el caso colombiano?
- ¿Qué papel juega la Promoción de la Salud en la teoría y práctica de la salud urbana?
- ¿Cómo lograr más interrelación entre planeamiento urbanístico con la salud pública urbana?
- ¿La estrategia de ciudades/municipios saludables responde adecuadamente a la concepción teórico-práctica de salud urbana?
- ¿Qué mecanismos se deben utilizar para la discusión política de la salud urbana?
- ¿Cuál es el papel y cuáles son las responsabilidades de la Academia en el desarrollo de la salud urbana?
- ¿Cuáles son los aspectos críticos de salud urbana para el siglo XXI?

Además de estos puntos que podrían iniciar una discusión a fondo del tema, se identifican otros aspectos interesantes para posibles investigaciones y trabajos futuros, entre los que se pueden señalar sin ser exhaustivos en el tema, los siguientes:

- Epidemiología de la vida urbana
- Determinantes de la salud y del bienestar urbano en países en desarrollo, comparaciones con países desarrollados.
- Políticas Públicas Saludables en el medio urbano.
- Género y salud urbana
- Envejecimiento y salud urbana
- Juventud y salud urbana
- Violencia urbana
- Evaluación, Diseño de indicadores, Definición de experiencias exitosas y fracasos en salud urbana.

La salud urbana es un escenario fascinante para el futuro de la salud pública, por fortuna, se inician ya nuevas formas de abordar la temática de la vida en las ciudades en forma más integral, articulando diferentes perspectivas y experticias. Un ejemplo de ello fue la realización del Primer Congreso Mundial de *"Salud y Medio Ambiente Urbano"*, realizado en Madrid en julio de 1998 y donde se creó un escenario multisectorial, multidisciplinario y multi-institucional para la mirada conjunta de los problemas y soluciones que determina la vida en comunidades urbanas[14].

[14] En el Congreso mencionado se fundó también la Asociación Internacional sobre Salud y Medio Ambiente Urbano, bajo el liderazgo del Ayuntamiento de Madrid.

Bibliografía

ALAMES (1998). Boletín de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social –ALAMES–, 2do. Trimestre.

ASHTON, J.; SEYMOUR, H. (1988). The New Public Health. Open University Press, Milton Keynes. Edición española (1990) La Nueva Salud Pública. Masson, S. A., Barcelona.

ASHTON, J. (1993). Ciudades Sanas. Versión española, Masson, S.A. Barcelona España.

DAVIES, J. K.; KELLY, M. P., editors (1993). Healthy Cities. Research and Practice. Routledge. London New York.

DUHL, L. J. (1986a). Planning for and getting a healthy city. Communities. Summer-Fall.

DUHL, L. J. (1986b). The Healthy City: Its function and its future. Health Promotion 1: 55-60.

DUHL, L. J. (1993). Ciudades sanas: Mito o realidad. En: ASHTON Ed. (1993).

FLOWER, J. (1993). Building healthier cities. A conversation with Leonard Duhl. Health Care Forum Journal 48 may-june.

GUTHRIE, D. (1947). Historia de la Medicina. Salvat Editores. Barcelona. Buenos Aires.

HANCOCK, T. (1993). The healthy city from concept to aplication: Implications for research. En: DAVIES and KELLY (1993). pp. 14-24.

HANCOCK, T. and DUHL, L. J. (1986) W.H.O. Healthy cities paper. Healthy cities: promoting health in the urban context. FADL, Copenhagen.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, MINISTERIO DE SALUD DE CANADÁ, ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA (1986). La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - EUROPA (1992). 20 pasos para desarrollar mi proyecto de ciudad saludable. Traducción al español por la Red Valenciana de Ciudades Sanas.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD OPS/OMS (1990). Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuatrienio 1991-1994. Washington. D.C.

OSPINA W. (1999). Es tarde para el hombre. Editorial Norma. Santa Fe de Bogotá. D. C.

PÉREZ-STABLE, E. J. (1999). Managed Care Arrives in Latin America. Editorial in The New England Journal of Medicine. Vol. 340, april 8.

RESTREPO E., H. (1996). La promoción de la salud y las reformas del sector salud. Memorias del congreso de epidemiología. Manizalez, Colombia.

STOKER, K.; WAITZKIN, H.; IRIART, C. (1999) The Exportation of Managed Care to Latin America. Health Policy Report. The New England Journal of Medicine. Vol. 340, april 8.

THE ECONOMIST (1995): Survey of Cities, The Economist, July 29th.

TSOUROS A. (1990). Word Health Organization Healthy Project: A project becomes a movement. Review of progress 1987 - 1990. WHO/FADL, Copenhagen.

17 Violencia, Seguridad y Salud

Hugo Acero Velásquez

Toda gestión de gobierno que busque mejorar la calidad de vida de los habitantes de las ciudades debe necesariamente enfrentar el tema de la inseguridad y del irrespeto a las normas de convivencia. El ciudadano requiere la existencia de acciones concretas que le permitan enfrentar su vida diaria con tranquilidad, es decir, sin temor de poder llegar a ser víctima de un delito, de un acto violento o del irrespeto de otros ciudadanos o de las autoridades. Por lo tanto, la seguridad y la convivencia ciudadana se deben entender como la condición de libertad de los ciudadanos para ejercer sus derechos, libertades y deberes sin sentirse víctimas de amenazas, y gozar de adecuadas condiciones de bienestar y tranquilidad en todo sentido. Este escrito pretende mostrar a manera de ejemplo, cada una de las políticas públicas saludables implantadas en la ciudad de Bogotá-Colombia, tal y como se concibieron y se aplicaron, así como sus resultados, para que en sano debate se reflexione sobre sus verdaderos alcances, y se fortalezcan las acciones del Estado para permitir que los ciudadanos puedan ejercer sus derechos, libertades y deberes en adecuadas condiciones de bienestar y tranquilidad.

1. Introducción

El problema de la inseguridad no debe asumirse sólo como la ocurrencia de un determinado delito en un lugar específico de las ciudades. Si bien es evidente que algunos ciudadanos sienten miedo porque han tenido que vivir personalmente un hecho delictivo o violento, o porque a familiares o amigos les ha tocado enfrentar una experiencia de este tipo, es necesario considerar que éste no es el único factor que da la sensación de que las ciudades no son lugares seguros.

La inseguridad es también el temor latente del ciudadano, originado por ejemplo, en la sensación que le produce tanto la impunidad ante el delito, como la falta

de solidaridad de la población para combatirlo. Igualmente, es la sensación de intranquilidad que producen lugares en donde el desaseo, la falta y el deterioro del espacio público, el ruido, la indigencia, la agresión verbal y el crimen, se conjugan como si nada ni nadie pudiera poner fin a su existencia.

Uno de los nueve puntos centrales de la constitución de la Organización Mundial de la Salud expresa que "*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*"; y la violencia cotidiana, que cobra miles de vidas e incapacitados, y que lleva a que los ciudadanos vivan en un ambiente de inseguridad, intranquilidad y desconfianza permanente, atenta contra esta premisa. Es indudable que la violencia es un problema de salud pública y más allá de esto, constituye el problema más grave y complejo de este sector, alcanzando niveles epidémicos en el caso colombiano.

Los efectos de esta violencia, que se manifiesta en la pérdida de vidas humanas y personas lesionadas, se extienden al sentimiento de frustración e injusticia de la familia y conocidos de las víctimas, por la forma inesperada en que se presenta el hecho, así como el impacto sobre aquellos que lo presencian y lo viven a diario. Esto ha contribuido a la formación de ciudadanos aislados e individualistas que viven en un estado de desconfianza y hostilidad hacia sus semejantes, de intranquilidad e inseguridad hasta en sus propios vecindarios, se han desarrollado actitudes agresivas que alimentan el ambiente de violencia. Se presenta así un deterioro general de la salud anímica y mental.

En estas condiciones, la violencia se ha vuelto endémica; encuentra un nicho propicio en las condiciones sociales de iniquidad, corrupción, impunidad e injusticia imperantes. El sentimiento de frustración ante la falta de espacios de realización plena del individuo, la desigualdad en el acceso a una mejor calidad de vida, la desconfianza de los individuos en los órganos de seguridad legales y la carencia de mecanismos comunitarios de apoyo para que los miembros puedan hallar espacios de solución pacífica de conflictos, llevan a crear un ambiente de inseguridad en que los miembros buscan sus propios mecanismos de defensa.

La lógica a la que se responde es que en la medida en que el Estado no garantice esas condiciones de integridad física y social, el individuo está en su derecho de proveérselas por sí mismo. La debilidad de este argumento se encuentra en que estos mecanismos de defensa se convierten en mecanismos de agresión: la gran mayoría de los actos violentos no se presentan en medio de un robo o en defensa personal contra un delincuente; ocurren en medio de situaciones cotidianas como altercados de tránsito, diferencias entre conocidos y otras situaciones de intolerancia ciudadana.

Es así como la epidemia de la violencia ha persistido; generando sus propios mecanismos de reproducción dentro de las instituciones ideológicas de la sociedad como la familia, la escuela y los medios de comunicación masiva donde se promueven y repiten los valores de una cultura violenta, cada vez más irracional, deshumanizada e indiscriminada.

En medio de este ambiente, el Estado a través de los medios legítimos debe garantizar la seguridad y la convivencia ciudadana. Los estados deben revisar y en algunos casos actualizar los instrumentos legales que les permitan enfrentar legítimamente cualquier alteración de la tranquilidad de los ciudadanos, todo esto enmarcado en una política integral de seguridad y convivencia, como lo ha hecho la Ciudad de Bogotá-Colombia, que ha desarrollado diferentes políticas saludables que buscan mejorar las condiciones de seguridad y convivencia en que se interrelacionan los ciudadanos que viven en la ciudad.

En esta ciudad desde 1995, las Administraciones de los alcaldes Antanas Mockus y Paul Bromberg (1995-1997) y Enrique Peñalosa Londoño (1998-2000), han venido desarrollando una política integral de se-

guridad y convivencia ciudadana que con éxito está logrando reducir esos factores que atentan contra la tranquilidad de los ciudadanos. En esta estrategia están comprometidas muchas de las instituciones del Distrito Capital, con la vinculación del Banco Interamericano de Desarrollo BID, el sector privado y la activa participación de la ciudadanía.

Esta estrategia de seguridad tiene como fin la reducción de los índices delincuenciales de la ciudad, que hasta el momento ha logrado buenos resultados, como se verá a lo largo de este escrito. De igual manera se ha logrado mantener una reducción de las muertes violentas en la ciudad, cifra que continua día a día en descenso. Con ello, el Gobierno Distrital tiene la pretensión de devolverle a la ciudadanía una ciudad visiblemente más segura, perceptiblemente más segura y realmente más segura.

Los resultados de esta Política Integral de Convivencia y Seguridad, se han logrado gracias a la aplicación de algunas políticas saludables como el control al porte de armas de fuego y al consumo de licor, a la acción de las autoridades de policía en tránsito y control ciudadano, a las políticas de resolución pacifica de conflictos y la prevención y atención de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil, al respeto de los derechos humanos, a la restricción al uso de la pólvora y a la atención de jóvenes que se encuentran en riesgo o están involucrados con asuntos de violencia o consumo de drogas.

Todas estas políticas apuntan a prevenir el delito y la violencia, y a reducir el riesgo en que se pueden ver inmersos los ciudadanos en su vida cotidiana. Son acciones que con el correr del tiempo se han convertido en políticas públicas eficaces a la hora de enfrentar los factores que afectan la seguridad y convivencia de los ciudadanos.

2. Contexto

En 1997, un informe del Banco Interamericano de Desarrollo –BID–, mostró cómo Colombia ocupaba el tercer lugar en los países de América Latina con una *tasa de 89,5* homicidios por cada 100.000 habitantes, después de Guatemala y El Salvador que tienen una tasa de 150 homicidios por cada 100.000 habitantes (ver Tabla 1).

La tasa de homicidios comunes del país es más de cuatro veces el promedio de los países de las Américas; casi tres veces la de Guatemala; más de cuatro veces la de Brasil, Nicaragua y México; más de cinco veces la de Venezuela; y ocho veces la de República Dominicana y Perú.

Tabla 1. Homicidios por cada 100.000 habitantes en países de América Latina, 1997.

País	Tasa x 100.000 hab.
Guatemala	150,0
El Salvador	150,0
Colombia	89,5
Jamaica	35,0
Brasil	19,7
Nicaragua	18,3
México	17,8
Venezuela	15,2
Republica Dominicana	11,9
Perú	11,5
Panamá	10,9
Ecuador	10,3
Honduras	9,4
Costa Rica	5,6
Argentina	4,8
Uruguay	4,4
Paraguay	4,0
Chile	3,0

Fuente: Informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Periódico El TIEMPO Mayo 9 del 2000.

En el mismo sentido, un informe de la Organización Panamericana de la Salud –OPS– de 1997, indica con relación a las muertes

en accidentes de tránsito, que Colombia ocupa el cuarto lugar en los países de las Américas con una *tasa de 17* muertes en accidentes de tránsito por cada 100.000 habitantes, después de Venezuela que tiene una tasa de 21, Cuba 18 y el Salvador 18 (ver Tabla 2).

Ahora, si se observa el comportamiento histórico de los homicidios comunes en Colombia (Tabla 3 y Figura 1), para 1960 el país registraba *3.690 homicidios*. Según estos datos, el año más violento de los últimos cuarenta años fue 1990 cuando se registraron *28.516 casos* y a partir de ese año comenzó un proceso de descenso hasta situarse en *22.957 homicidios* en 1999.

En lo relacionado con la violencia urbana en Colombia, el informe de Medicina Legal de 1999, muestra cómo existen algunas ciudades que doblan y en algunos casos triplican la tasa de homicidios del país (ver Tabla 4).

Hay que anotar que desde el año de 1994 las muertes violentas en Bogotá vienen disminuyendo de manera progresiva; los homicidios comunes pasaron de *4.452* en 1993,

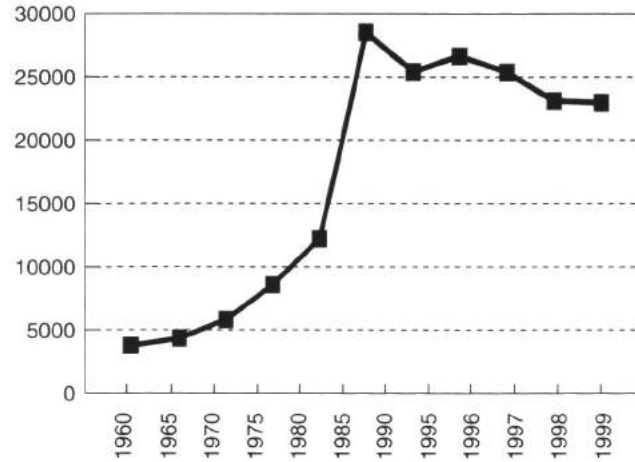
Tabla 2. Muertes en accidentes de tránsito en las Américas 1997.

País	Población (Miles 1997)	Casos (Accid. de Transito)	Tasa x 100.000 Hab.
Venezuela	22.777.000	4.773	21
Cuba	11.068.000	2.011	18
El Salvador	5.928.000	1.087	18
Colombia	**37.068.000**	**6.135**	**17**
Brasil	136.132.000	26.627	16
Puerto Rico	3.771.000	614	16
Costa Rica	3.575.000	546	15
Ecuador	11.937.000	1.806	15
Estados Unidos	271.648.000	41.507	15
México	94.281.000	14.409	15
Dominica	71.000	9	13
Martinica	388.000	49	13
Panamá	2.722.000	320	12
Uruguay	3.221.000	376	12
Chile	14.625.000	1.679	11
Argentina	35.671.000	3.688	10
Canadá	29.943.000	3.049	10
Nicaragua	4.351.000	399	9
Paraguay	5.088.000	394	8
Republ. Dominicana	8.097.000	557	7
Perú	24.367.000	809	3
Guatemala	11.241.000	112	1
Jamaica	2.515.000	37	1

Fuente: Organización Panamericana de la Salud –OPS/OMS– (1997).

Tabla 3 y Figura 1. Comportamiento histórico de los homicidios en Colombia.

Año	Cantidad
1960	3.690
1965	3.766
1970	4.338
1975	5.823
1980	8.565
1985	12.199
1990	28.516
1995	25.398
1996	26.642
1997	25.379
1998	23.096
1999	22.957



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal.

que representaban una tasa de 85,2 homicidios por cada 100.000 habitantes, a *2.477 homicidios* comunes en 1999, que representa una tasa de 39,5 (ver Figura 2) Tabla 5.

En el caso de las muertes en accidentes de tránsito se pasó de 1.387 en 1995 (25,17 muertes en accidentes de tránsito por cada 100.000 habitantes) a 878 en 1999 (tasa de 14,0), ver Tabla 5.

Como se puede observar en la Tabla 5, la ciudad ha logrado una reducción de casi el 50% de los homicidios comunes en los últimos cinco años. En las muertes por accidentes de tránsito algo similar ha sucedido, se ha logrado una reducción cercana al 37%, se pasó de 1.387 muertes en accidentes de tránsito en 1995, a 878 en 1999 (ver Tabla 5).

Ahora, si se compara Bogotá con otras ciudades de las Américas en términos de la tasa de homicidios comunes por cada 100.000 habitantes, la ciudad está por debajo de ciudades como Medellín, Cali, Washington, Caracas, San Salvador, Ciudad de Guatemala, Río de Janeiro y Sao Paulo y por encima de Lima, New York, México D. C., Buenos Aires y Santiago de Chile (ver Figura 3).

Estos logros se han debido a la aplicación de una política integral de seguridad y convivencia que la ciudad ha venido ejecutando desde 1995, que incluye diferentes proyectos y programas que pasan desde el fortalecimiento de las autoridades que tienen que ver con garantizar la seguridad y la convivencia de los ciudadanos, como son las autoridades de policía y de justicia, hasta la aplicación de una serie de Políticas Públicas Saludables que buscan prevenir hechos delincuenciales y de violencia, que se exponen más adelante.

3. Políticas Públicas para la seguridad y la convivencia

Con la promulgación de la Constitución de Colombia de 1991, el concepto de orden público, que era utilizado para definir una serie de situaciones que atentaban contra la seguridad del Estado, se extendió a otros ámbitos como la estabilidad institucional y la convivencia ciudadana (Art. 213 C. P.).

Así apareció constitucionalmente el concepto de convivencia ciudadana, que

Tabla 4. Muertes por homicidio común en capitales de departamento en 1999.

	*POBLACION	**HOMICIDIO	TAS x 100.000 hab.
FLORENCIA	126.680	263	207,6
ARAUCA	74.647	130	174,2
MEDELLÍN	1'957.928	3.311	169,1
PEREIRA	456.816	647	141,6
YOPAL	75.225	105	139,6
CÚCUTA	624.215	747	119,7
MOCOA	31.719	33	104,0
CALI	2'110.571	2.172	102,9
MANIZALES	361.965	357	98,6
POPAYÁN	221.413	190	85,8
RIOHACHA	95.734	74	77,3
BUCARAMANGA	520.874	375	72,0
SANTA MARTA	374.933	226	60,3
ARMENIA	288.977	173	59,9
VILLAVICENCIO	314.213	187	59,5
BARRANQUILLA	1'226.292	691	56,3
VALLEDUPAR	328.740	170	51,7
MONTERÍA	321.249	165	51,4
PASTO	378.606	172	45,4
BOGOTÁ	**6'276.428**	**2.477**	**39,5**
IBAGUÉ	421.195	165	39,2
TUNJA	118.855	46	38,7
QUIBDÓ	114.318	42	36,7
PUERTO CARREÑO	14.850	5	33,7
SINCELEJO	228.609	73	31,9
CARTAGENA	877.238	263	30,0
NEIVA	322.076	94	29,2
LETICIA	36.528	4	11,0
SAN ANDRÉS	66.046	5	7,6

* *Fuente:* DANE.

** *Fuente:* Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses.

junto con el de seguridad ciudadana, no incluido en la Constitución, reorientaron la mirada y la acción del Estado hacia la tranquilidad y seguridad de los ciudadanos y no exclusivamente hacia la seguridad de las instituciones. Sin embargo, en el desarrollo de políticas públicas por parte del Gobierno Nacional y de la gran mayoría de las Administraciones Locales, aún prevalece la defensa de las instituciones por encima de la defensa de los ciudadanos.

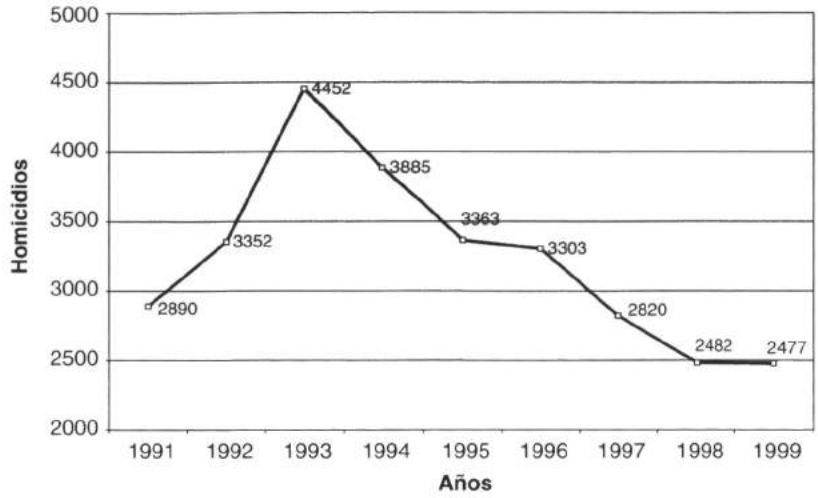


Figura 2. Homicidios comunes en Santa Fe de Bogotá 1991-1999.
Fuente: Revista Criminalidad. Policía Nacional 1991- 1992.

En el caso de Bogotá, hasta hace muy poco tiempo la seguridad era de manejo exclusivo de los organismos de seguridad del Estado, y su tratamiento era predominantemente coercitivo y fundamentado en el uso de las armas y mecanismos de seguridad, como únicas posibilidades de protección de los ciudadanos. No obstante, las evidencias mostraron que para enfrentar el fenómeno de inseguridad no bastaba con la trilogía policía-justicia-prisión, sino que era necesario desarrollar una política de seguridad y convivencia ciudadana de carácter integral, que contemplara acciones preventivas.

En este sentido, la Administración Distrital diseñó un plan de seguridad que sin descuidar las acciones coercitivas, se basa en la aplicación irrestricta de las normas, el fortalecimiento de las barreras sociales y culturales frente a la trasgresión de las normas y

Tabla 5. Muertes Violentas en Santa Fe de Bogotá. 1991-1999.

Año	No. Habitantes	Homicidio Comun	Tasa x 100.000 Habitantes	En accidente de Transito	Tasa x 100.000 Habitantes
1991	4'977.126	2.890	58,07	1.089	21,88
1992	5'105.209	3.352	65,66	1.284	25,15
1993	5'236.588	4.452	85,02	1.260	24,06
1994	5'371.348	3.885	72,33	1.341	24,97
1995	5'509.577	3.363	61,04	1.387	25,17
1996	5'636.314	3.303	58,60	1.301	23,08
1997	5'765.966	2.814	48,91	931	16,15
1998	5'898.601	2.482	42,08	914	15,50
1999	6'276.428	2.477	39,50	878	14,00

Fuente: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 1991-1999.

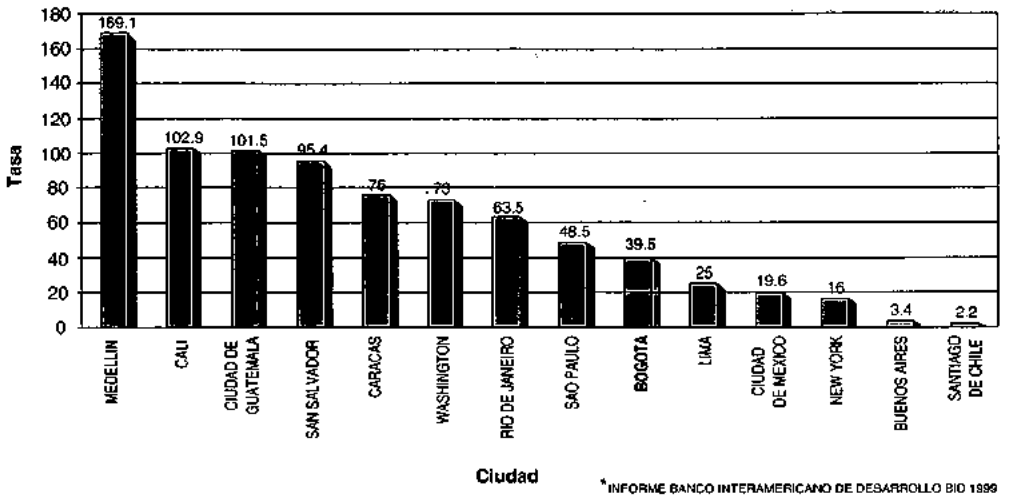


Figura 3. Tasas brutas de homicidios × 100.000 hb. en las ciudades de las Américas.

la agresión contra la vida e integridad de las personas, el apoyo de la convivencia pacífica y la tramitación concertada de conflictos.

Con base en lo anterior y con la orientación conceptual y metodológica de la aplicación de Políticas Públicas Saludables, se diseñaron y pusieron en práctica las siguientes políticas, que buscan reducir los delitos, riesgos de violencia y agresiones en que se encuentran inmersos los ciudadanos y presentan alternativas para resolver los conflictos de manera pacifica.

3.1 Desarme: menos violencia y mayor igualdad entre los ciudadanos

Diferentes países adoptan posturas esencialmente diferentes en el tema de las armas de fuego; cada país adopta leyes según sus circunstancias particulares. Sin embargo, el comercio de armas de fuego tanto legal como ilegal rebasa todas las fronteras, así que una política respecto a las armas en un país es lógico que tenga repercusiones en otros países. La situación se viene deteriorando progresivamente en todos los países con el aumento del número de denuncias por delitos con armas de fuego. Por estas razones, cada vez es más difícil que un país pueda mejorar sus crecientes problemas con las armas de fuego, confiando solamente en sus leyes internas (INOUE et al 1996)[1].

La posesión de armas legales e ilegales por los particulares, que constituye una agresión hacia los ciudadanos que no las portan y pone en entredicho el principio de igualdad que establece la Constitución Nacional, se ha venido incrementado porque muchos ciudadanos ven esta circunstancia como un hecho normal y justificado por las condiciones generales de inseguridad.

La incidencia de la utilización de armas de fuego, legales o ilegales, en el número de homicidios que se cometen, es alta. En 1999 en Bogotá, se cometió el 73% de los homicidios comunes con este tipo de arma. Cabe anotar que esta cifra era la que tenía la ciudad de Medellín en 1993, hoy el porcentaje se acerca al 94%, es decir se ha aumentado el número de agresiones con armas de fuego.

[1] INOUE, YOSHIAKI. Look Japan, april 1996.

En muchos de estos casos se utilizaron armas con salvoconducto, como lo demostró el censo de armas decomisadas en homicidios en 1998. Sobre 674 armas decomisadas, 320 fueron vendidas por la Industria Militar de Colombia –INDUMIL– y 227 tenían salvoconducto vigente.

Frente a esta situación, desde 1995 la Administración de Bogotá ha promovido el desarme de los ciudadanos, tanto con campañas de desestímulo al porte y tenencia de armas, como solicitando la restricción legal para que los ciudadanos no las porten; cabe anotar que en algunas épocas la ciudad ha contado con esta última medida.

Contra esta política a menudo se escuchan argumentos que sostienen que un desarme generalizado afecta a las gentes de bien que tienen armas. No obstante, no debe desconocerse que el Estado debe contener el riesgo que genera el potencial ofensivo de un arma, siendo imposible saber con certeza cuál va a ser su empleo efectivo; "*En efecto, si un arma de defensa no fuera susceptible de herir o matar a otra persona dejaría de ser arma. Su posesión implica pues, riesgos objetivos*" (Sentencia 038-95, Corte Constitucional).

Frente a los argumentos en contra de esta política, las cifras son contundentes. Como se puede observar en la Figura 4, mientras no hubo restricción al porte de armas entre enero y julio de 1997 el promedio mensual de muertes con armas de fuego fué de *182*, cuando hubo restricción, entre agosto de 1997 y junio de 1998, el promedio mensual descendió a *143*, y una vez se eliminó la restricción el promedio subió a *161*.

Por otro lado, la protección que ofrece a los ciudadanos el armamentismo privado es ilusoria, o reposa en defensa privilegiada de determinados sectores sociales en detrimento del principio de igualdad.

Por encima de las consideraciones armamentistas de quienes consideran que un arma brinda seguridad individual o colectiva, prevalecen principios básicos constitucionales de la protección de los derechos humanos, tanto de la vida como la integridad, así como el espíritu de convivencia, el derecho a la paz, y la búsqueda de la seguridad y la no-violencia.

Las armas son elementos fabricados para intimidar y causar la muerte. En este senti-

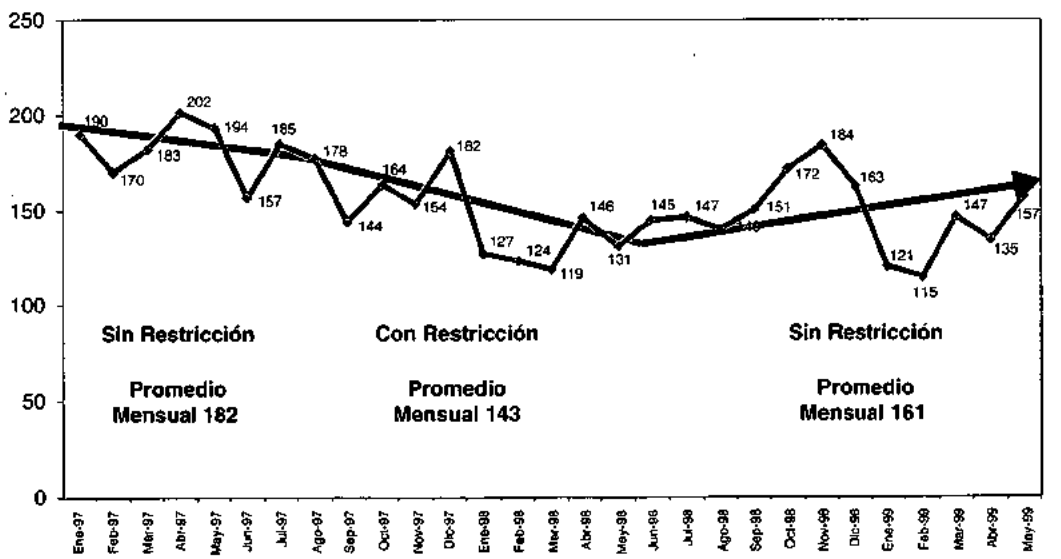


Figura 4. Homicidios con Armas de Fuego.
Fuente: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

do, es obligación del Estado garantizar la seguridad individual y colectiva y por lo tanto deben reprimirse las conductas que ponen en riesgo la vida y seguridad de los asociados, de tal manera que el Estado no debe tolerar ni menos aún estimular, situaciones de violencia.

El argumento que la inseguridad debe ser enfrentada por la ciudadanía mediante el uso de las armas, carece de todo fundamento. La incapacidad del Estado, no justifica el traslado de armas a la sociedad civil para que sus miembros asuman por sí mismos la función de defensa, protección y justicia (Sentencia 007-95 Corte Constitucional).

Los resultados de esta política, junto con las otras acciones de la Política Integral de Seguridad y Convivencia, han contribuido a la alta reducción de los homicidios comunes, casi el 50% menos en los últimos cinco años, como se puede observar en las cifras de violencia de la ciudad que se presentaron al comienzo de este escrito.

3.2 Justicia cercana al ciudadano

Atender los trámites médicos o de servicios públicos es algo que la gente suele hacer directa o personalmente, y a pesar de los esfuerzos realizados por mejorar la calidad del servicio, aún son actividades que por principio no producen ninguna alegría. Con las diligencias judiciales pasa algo similar, pero su gestión produce aún menos alegría, aún cuando no resulta necesario hacerlo directamente –sólo para la presentación del poder y una que otra diligencia que deba atenderse personalmente–, casi todo puede surtirse por medio de un abogado.

Generalmente, la sensación de angustia que vive el usuario es por temor a lo desconocido, a aquello que pueda resultar del proceso. A veces es suficiente este temor que naturalmente se causa, para que una persona utilice el *"juicio"* o la *"demanda"* como un *"arma"* en contra de otra.

Salvo contadas excepciones, entre las que se encuentran los delitos culposos y aquellos cometidos por premeditación, la mayor parte de los procesos judiciales que se tramitan en los despachos son el resultado de un conflicto de proporciones mucho menores, que no fue tratado adecuadamente. Conflictos que ponen a los ciudadanos en contradicción irreconciliable y que no pocas veces, ante la imposibilidad de soluciones pacíficas, terminan con hechos violentos.

En Bogotá los problemas creados por intolerancia, violencia cotidiana, delincuencia y deficiencias de aparato de justicia, han facilitado la ejecución de soluciones a estos problemas por fuera de la ley. La *"justicia por la mano propia"*, inapelable y sin ninguna consideración a los principios del debido proceso, es una justicia amparada en la violencia, que mina los fundamentos del *"Estado de Derecho"*.

Ante esta situación, la Administración Distrital viene desarrollando el Programa de Justicia Cercana al Ciudadano, basado en la resolución pacífica de los conflictos, a través de la creación y fortalecimiento de Centros de Conciliación, Comisarías de Familia e Inspecciones de Policía.

a) Creación y fortalecimiento de las Unidades de Mediación y Conciliación

En los mecanismos alternativos de resolución de conflictos no existen ni vencedores ni vencidos, como suele acontecer en un juicio, sino partes negociadoras de un acuerdo, como resultado de un diálogo que vincula y compromete. El objetivo de los Centros de Mediación y Conciliación, creados desde 1998, es el de constituirse en el espacio y en el eje que impulse la resolución de conflictos en la comunidad, iniciando un proceso para la construcción de estructuras de paz desde la sociedad civil.

De acuerdo con este esquema, las funciones de los centros no se limitan a intervenir en los conflictos de carácter interpersonal, dejando de lado los conflictos que día a día viven las comunidades en su interior. Si

bien es cierto, que uno de los fines de los Centros de Mediación y Conciliación es el de contribuir a que las partes en conflicto encuentren por sí mismas una solución acorde con sus intereses, si la comunidad no conoce, asume y aplica la figura de conciliación en sus conflictos internos, muy poca legitimación y credibilidad pueden tener en los conflictos interpersonales.

Por lo tanto, las funciones de los Centros de Mediación y Conciliación están dirigidas al análisis y comprensión del conflicto, la difusión de las figuras de la conciliación y la mediación, el fomento de las prácticas comunitarias de tratamiento del conflicto y a la promoción del conciliador en equidad, el mediador y los profesionales del Centro como figuras para el tratamiento de conflictos.

El Centro de Mediación y Conciliación está compuesto por un coordinador, un conciliador en equidad, dos profesionales con experiencia en el área comunitaria, resolución de conflictos o de construcción de paz y derechos humanos, un conciliador en equidad de la comunidad y una secretaria.

En la actualidad existen en Bogotá, diez Centros de Mediación y Conciliación, localizados en igual número de localidades (ver mapa en la Figura 5).

El funcionamiento de estos centros es reciente y ya comienzan a mostrar los beneficios para la seguridad y la convivencia ciudadana y las primeras impresiones de los ciudadanos y de las autoridades, son positivas. En el primer año de funcionamiento (1999) se atendieron cerca de 10.000 casos de conflicto, y en lo que va corrido del año 2000, esta cifra ya se está superando.

Si se desagregan los casos consultados por los ciudadanos, se puede apreciar cómo un alto porcentaje de los conflictos tiene que ver con el problema de los arrendamientos (53%), le siguen los de contrato civil (17%), conflictos intrafamiliares (16%) y conflictos entre vecinos (7%) (ver Figura 6).

b) Comisarías de familia y prevención de la violencia intrafamiliar y maltrato infantil

En la violencia intrafamiliar se conjugan, la historia personal de los protagonistas y determinadas condiciones sociales que propician la impotencia y la frustración. El hecho que el proceso de socialización de los individuos se realice en un medio familiar violento, es determinante en la reproducción de la cultura de la violencia.

Se puede asegurar que la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil son la causa más importante de la violencia en todos sus ordenes, mientras en los procesos de socialización que se llevan a cabo en el interior de los hogares, el valor de la no violencia se quebranta con prácticas violentas, se seguirá estableciendo por norma, que la violencia es un mecanismo de interrelación entre las personas, y que generalmente se ejerce sobre los más débiles. Esta observación se puede corroborar cuando se analizan las historias de vida de muchos actores que ejercen en la actualidad la violencia, y se que tienen antecedentes de violencia intrafamiliar y maltrato infantil.

Frente a esta problemática, la Administración Distrital ha venido fortaleciendo y creando nuevas Comisarías de Familia, como un espacio para conversar y concertar, con el fin de proteger, asesorar y guiar a la familia sobre sus derechos fundamentales y las posibles formas para solucionar los conflictos que se presentan en su interior.

Las Comisarías de Familia fueron creadas para contribuir con el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, buscando la protección de los derechos del menor y promocionando la convivencia pacífica en la familia.

En Bogotá, las comisarías de familia están compuestas por un comisario (a) de familia, un médico, un psicólogo, un trabajador social, un secretario y un escribiente. Los casos que atiende son: violencia intrafamiliar, maltrato infantil e incumplimiento de obligaciones.

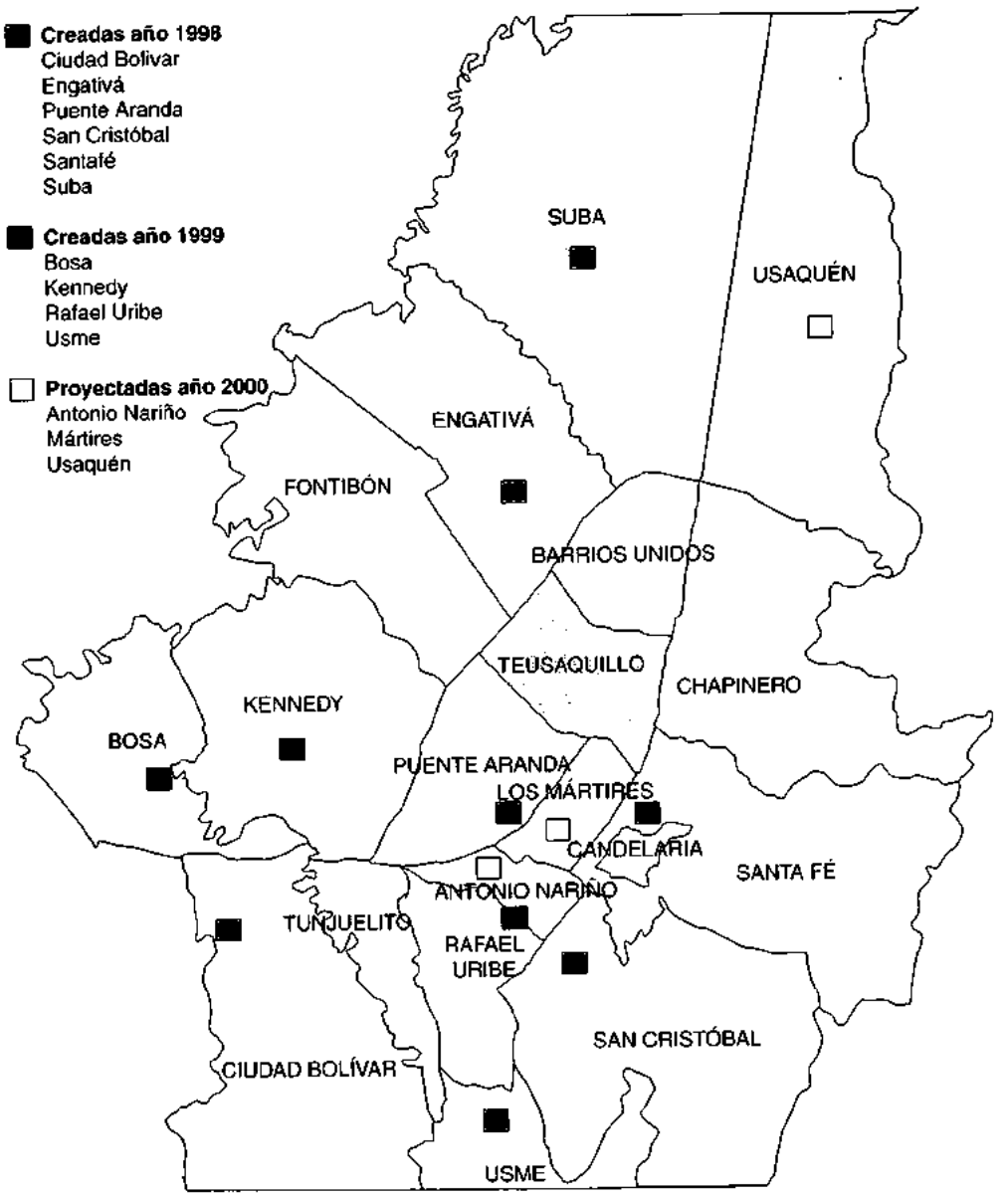
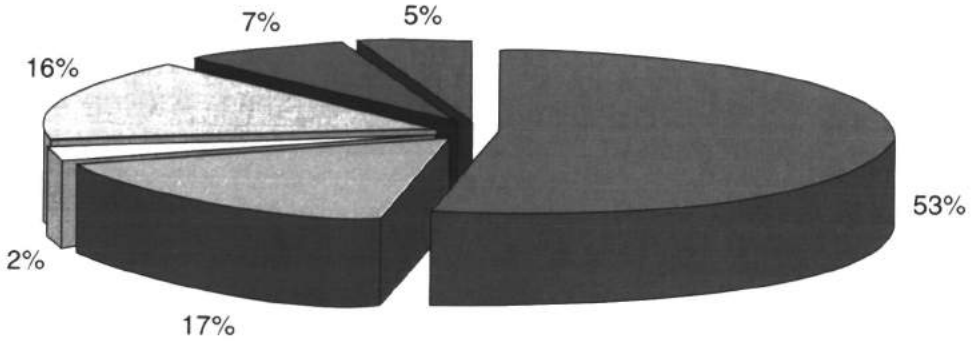


Figura 5. Unidades de Mediación y Conciliación. Casa de Justicia. Alcaldía Mayor de Bogotá.
Fuente: Sistema de Información de Violencia y Delincuencia. Dirección Telemática.

Los mecanismos que ofrece la Comisaría de Familia para encontrar soluciones son la conciliación, la psicoterapia, las labores de prevención, las acciones coercitivas, las actas de compromiso y las visitas domiciliarias.

La Administración Distrital cuenta en la actualidad con 15 Comisarías de familia ubicadas en las diferentes localidades; y se va a ampliar este número durante el año 2000 para conseguir que funcione una de ellas por localidad (Figura 7).



Asuntos	Dic. 1998 - Dic. 1999	
	Total	%
Arrendamientos	5.049	53%
Otro contrato civil	1.588	17%
Conflictos laborales	231	2%
Conflicto intrafamiliar	1.559	16%
Conflicto entre vecinos	669	7%
Otros	454	5%
TOTAL	9.550	100%

Figura 6. Asuntos consultados diciembre de 1998 a diciembre de 1999. Unidades de Mediación y Conciliación.

Las Comisarías de Familia atendieron durante el año 214.208 casos, lo que implica un promedio de 17.850 casos por mes. Esta cobertura demuestra la confianza que esta instancia comienza a despertar en la ciudadanía, pues las actuaciones van en franco ascenso, si se tiene en cuenta que en sólo tres años se ha multiplicado en 12 veces, el número de los casos atendidos.

Un dato interesante que vale la pena resaltar, y que mostraría los efectos de la acción preventiva de las comisarías, está en el hecho significativo del número creciente de casos que son resueltos a través de mecanismos de conciliación y de los compromisos –soluciones mediadas a conflictos–, pues durante 1997 se resolvieron de esta manera 11.240 conflictos, en 1998 fueron 28.519 y en 1999 se alcanzó la cifra de 25.230 lo que se traduce en una aceptación del 96% (Tabla 6).

Por otro lado, las comisarías realizan un importante trabajo preventivo en el ámbito comunitario, donde cabe destacar la formación de multiplicadores en detección y atención de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, y en métodos alternos de resolución pacífica de conflictos; para tal efecto, fueron escogidos 600 docentes del Distrito pertenecientes a 140 centros educativos, quienes fueron capacitados en estos temas, así mismo se concretaron acciones para su incorporación en los respectivos Proyectos Educativos Institucionales –PEI–.

A partir de 1998 se puso en funcionamiento una línea telefónica con el propósito de brindar información oportuna a los habitantes de la ciudad, sobre las Comisarías de Familia y los servicios que éstas pres-

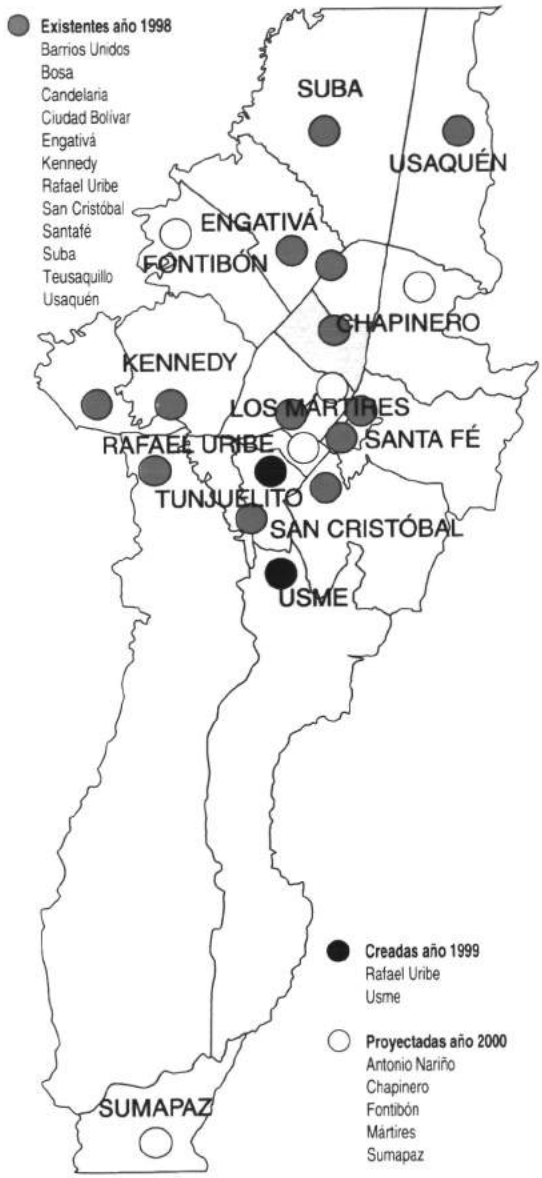


Figura 7. Comisarías de Familia.
Fuente: Sistema de Información de Violencia y Delincuencia. Dirección de Telemática.

tan. De igual manera, se orienta a los usuarios hacia entidades estatales o privadas ubicadas cerca al lugar de residencia, que pueden aportarles herramientas de solución para la solución de problemas intrafamiliares.

Finalmente y con el fin de apuntalar la acción desarrollada por las Comisarías de Familia, se creó y puso al aire a través de una emisora de amplio cubrimiento, un programa radial en el que un grupo interdisciplinario de profesionales presenta de manera sencilla y agradable, los métodos alternos de resolver conflictos en la familia.

c) *Conflicto ciudadano e Inspecciones de Policía*

Las Inspecciones de Policía, además de su trabajo en el campo jurídico, deben estar encaminadas a la apertura de espacios de convivencia y conciliación en la comunidad, a la desjudicialización de los problemas y a su prevención. Las Inspecciones como entidades distritales creadas para la resolución de conflictos cotidianos entre los ciudadanos, deben dar respuesta a las grandes problemáticas de convivencia presentes en la comunidad.

La Subsecretaría de Gobierno para la Convivencia entiende las Inspecciones de Policía como formadoras permanentes de convivencia y seguridad ciudadana, con un carácter dinámico y de relación directa con la ciudadanía.

Se ha venido trabajando en las Inspecciones de Policía con el objetivo de lograr una mayor eficiencia en el servicio que prestan. Por este motivo se implantó un programa de mejoramiento institucional, con el arreglo de las instalaciones locativas de las 59 inspecciones existentes en la ciudad. A finales de 1999, se inició un programa de sensibilización de los funcionarios de estas inspecciones, con el propósito de acercarlos a los problemas de sus comunidades y convertirlos en promotores de la convivencia en sus localidades.

En la actualidad las inspecciones están ubicadas en las 20 localidades de la ciudad, como se puede observar en la Figura 8 (mapa-tabla).

Tabla 6. Casos atendidos en 1999 susceptibles de ser conciliados.

Conflicto	Conciliados	No conciliados
Alimentos	10.411	698
Reglamentación de visitas	4.621	69
Residencia separada cónyuges	1.222	29
Custodia y cuidado del menor	3.827	110
Alimentos, custodia, visitas y residencias separadas	471	15
Alimentos, custodias, visitas	2.774	96
Custodia y visitas	706	22
Régimen económico	28	
Derechos sucesorales	10	
Separación de cuerpos	178	4
	24.187	1.043

Fuente: Dirección de Derechos Humanos y Apoyo a la Justicia. Secretaría de Gobierno (1999).

3.3 Menos riesgos, menos niños quemados con pólvora

La pólvora por sí misma no recorre las calles, se requiere que alguien la venda y que otro la compre y la utilice. Quien vende la pólvora no puede abstraerse que éste es un elemento peligroso, de uso prohibido en la ciudad y que al entregarlo a otra persona, en particular a un menor de edad, lo está colocando en riesgo inminente para su integridad.

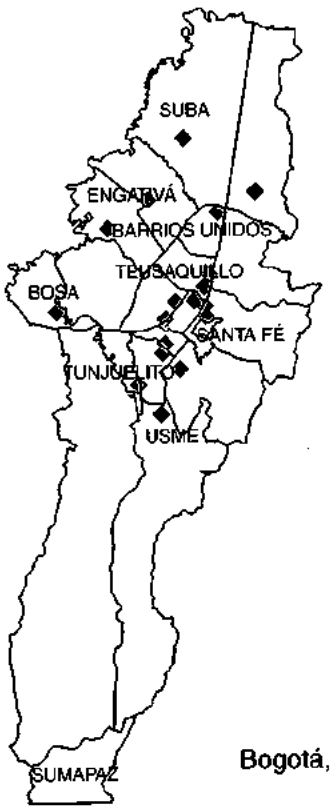
Hay que clarificar que los datos existentes no recogen la realidad de la ciudad, en tanto que la pólvora no sólo ocasiona quemaduras, también ocasiona politraumatismos y múltiples amputaciones, motivo por el que no todos los afectados son hospitalizados en unidades de quemados; al respecto, no hay información disponible. Adicionalmente, la pólvora ocasiona grandes pérdidas económicas cuando se presentan incendios tanto en polvorerías como en lugares de expendio.

En este marco, se restringió la venta de artículos pirotécnicos en 1995, limitándola a unos pocos sitios en Bogotá y exclusivamente para personas mayores, pero se hizo una advertencia terminante: al primer niño quemado, la restricción se convertiría en prohibición total. Un niño perdió varios dedos y el Gobierno Distrital prohibió definitivamente la pólvora en las navidades bogotanas.

Según datos de la División de Epidemiología de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en diciembre de 1993 se registraron 262 personas quemadas, especialmente niños, en 1994, 204; con la restricción en diciembre de 1995, sólo se registraron 77 y 40 en la Navidad de 1998 (Figura 9). Como puede observarse los resultados son contundentes, hubo una reducción de quemados del 85% en los últimos seis años.

3.4 Proteger la vida de los motociclistas, con casco y chaleco reflectivo

El 2% de los vehículos matriculados en la ciudad de Bogotá, son motocicletas. Los motociclistas se encuentran en alto riesgo de sufrir lesiones y muertes en accidentes de tránsito, y también se encuentran relacionados como causantes de accidentes de



LOCALIDAD	NÚMERO DE INSPECCIONES	LOCALIDAD	NÚMERO DE INSPECCIONES
USAQUÉN LOC: (1)	Secretaría General "4" inspecciones	ENGATIVÁ LOC: (10)	Secretaría General "3" inspecciones
CHAPINERO LOC: (2)	Secretaría General "4" inspecciones	SUBA LOC: (11)	Secretaría General "5" inspecciones
SANTA FÉ LOC: (3)	Secretaría General "5" inspecciones	BARRIOS UNIDOS LOC: (12)	Secretaría General "5" inspecciones
SAN CRISTÓBAL LOC: (4)	Secretaría General "3" inspecciones	TEUSAQUILLO LOC: (13)	Secretaría General "2" inspecciones
USME LOC: (5)	Secretaría General "2" inspecciones	MÁRTIRES LOC: (14)	Secretaría General "4" inspecciones
TUNJUELITO LOC: (6)	Secretaría General "2" inspecciones	ANTONIO NARIÑO LOC: (15)	Secretaría General "3" inspecciones
BOSA LOC: (7)	Secretaría General "2" inspecciones	PUENTE ARANDA LOC: (16)	Secretaría General "4" inspecciones
KENNEDY LOC: (8)	Secretaría General "4" inspecciones	RAFAEL URIBE URIBE LOC: (18)	Secretaría General "3" inspecciones
FONTIBÓN LOC: (9)	Secretaría General "2" inspecciones	CIUDAD BOLÍVAR LOC: (19)	Secretaría General "2" inspecciones

Figura 8. Inspecciones de Policía.
Fuente: Sistema de Información de Violencia y Delincuencia. Dirección de Telemática.

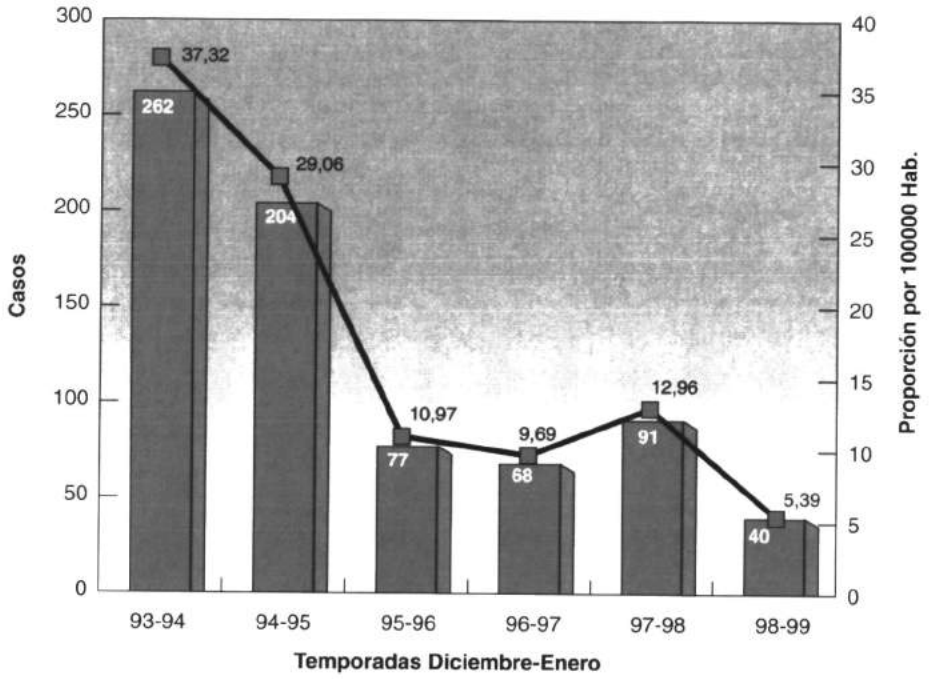


Figura 9. Quemaduras por pólvora desde diciembre 1993.

tránsito. Durante 1999 en Bogotá, los motociclistas causaron el 8% de las muertes de peatones (en 140 casos se registró la información sobre el tipo de vehículo que causó la muerte al peatón).

Los accidentes de tránsito son los más fáciles de prevenir a menor costo y con resultados a más corto plazo. Comparando las diferentes alternativas de intervención para la morbilidad por accidentes de tránsito, en un análisis de costo-efectividad, y entre la intervención de mejor balance (en términos de años de vida potenciales), se encuentra el uso obligatorio del casco y de chaleco reflectivo para motociclistas.

Entre las medidas de prevención de choques o lesiones por accidentes de tránsito en motociclistas aplicadas en la ciudad de Bogotá, se encuentran el uso de espejos retrovisores laterales, y el uso de material reflectivo en el chaleco, las motocicletas y el casco para mejorar la visibilidad de conductores y peatones en el horario nocturno. También se obliga al uso de la luz blanca cuando transiten por las vías de uso público y a emplear el pito para alertar a peatones o conductores.

En agosto de 1997 la Administración Distrital reglamentó el uso obligatorio del casco y chaleco reflectivo para los motociclistas y acompañantes. Los resultados no se hicieron esperar, cuando las víctimas venían en aumento hasta agosto, en los cinco últimos meses de ese año se produjo una disminución importante; de 44 motociclistas muertos en los últimos cinco meses de 1996, se pasó a 27 en el mismo período de 1997.

Durante los siguientes años la tendencia permaneció, entre 1998 y 1999 se registró una disminución del 8,2% y en los primeros cuatro meses del 2000 la reducción fue del 38%; se pasó de 29 muertos entre enero y abril de 1999 a sólo 18 en el mismo período del año 2000.

Cabe anotar que a finales de 1999 el Concejo Distrital expidió un Acuerdo que obliga a los conductores de motocicleta y sus pasajeros a portar tanto el casco como el chaleco reflectivo con el número de la placa.

Esta medida, adicional al efecto de reducir el número de motociclistas y pasajeros muertos, tuvo efectos importantes en la reducción del número de motocicletas que se roban en la ciudad, en especial con la forma de hurto de halado, que son los casos más frecuentes. Hay que anotar que a partir de la utilización de estos elementos de seguridad, los ladrones que no quieran ser detenidos por las autoridades, una vez se roben la motocicleta, deberían también hurtar el casco y el chaleco, porque se exponen a que la policía los requiera por no portar dichos elementos, y se dé cuenta que la motocicleta es robada. Con esta medida y acciones de control de la policía, se pasó de un promedio mensual de 217 motocicletas robadas en 1997 a 129 en 1999.

3.5 Reducir el consumo de alcohol, menos riesgos, lesionados y muertos

Frente a este problema, la Administración Distrital desde el año de 1995 ha implantado distintas medidas de las que cabe destacar las siguientes: La medida denominada "*horario zanahorio*" que estableció un horario de funcionamiento hasta la una de la madrugada para los establecimientos nocturnos y que busca llevar a los ciudadanos que asisten a estos lugares, de regreso a su casa, sin que hayan llegado a excesos en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas.

Durante el primer trimestre de 1996 el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, realizó una evaluación en la que muestra cómo se redujeron los homicidios en accidentes de tránsito en un 4,3%. Las víctimas de homicidio común durante ese lapso, y en el mismo horario, con presencia de alcohol en la sangre, disminuyeron en un 9,5%; y en el caso de accidentes de tránsito, también por alcohol, bajaron en un 12,3%. El número de mujeres víctimas de homicidio en ese horario también descendió, en un 30%.

Después de esta evaluación se han realizado otras, de las que cabe destacar la efectuada cuando se tomó la decisión de aumentar en una hora el horario de los establecimientos nocturnos, hasta las dos de la mañana. En ese momento el promedio de muertes violentas aumentó en cinco; mientras que el horario fue hasta la una de la madrugada, el promedio de muertes violentas entre la una y las seis de la mañana fué de siete, pero cuando se aumentó hasta las dos de la mañana, se pasó a 12, en ese mismo rango. Después de analizar estos resultados, la Administración Distrital tomó la decisión de regresar al horario de la una de la madrugada como límite para estos establecimientos.

Esta medida, junto con los controles policíacos de embriaguez, el programa del "*conductor elegido*", la "*cátedra de alcohol*" que se imparte en algunos colegios del Distrito y la difusión de mensajes que desestimulan el consumo de licor, además de programas en otros sentidos, propiciaron la reducción importante de las muertes violentas, en especial de las muertes en accidentes de tránsito y los homicidios comunes, como se anotó anteriormente.

3.6 Atención a jóvenes involucrados en asuntos de violencia

Este programa parte del análisis de la vulnerabilidad de la población joven de Bogotá frente a hechos violentos, como víctimas o como victimarios, y como un fenómeno con tendencia a incrementarse. De esta forma, se identifican diferentes factores que se consideran asociados a la violencia juvenil y se plantean estrategias para incidir sobre el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la ciudad en general, dirigiendo sus actividades de manera particular a los jóvenes.

Es así como se plantean actividades que en su ejecución cuentan con la participación de los jóvenes, como beneficiarios de los programas y como principales actores para la adecuación de los mismos, de manera que estratégicamente mantengan su capacidad de acogida dentro de los beneficiarios.

Según el censo de 1993, de la población total de la Capital (5´484.244), los jóvenes representan el 30% (1´645.273). De éstos, existe una franja importante involucrada en asuntos de violencia. De acuerdo con una investigación realizada por Alonso Salazar para la Dirección de Seguridad del Distrito, existen más de dos mil organizaciones juveniles, desde grupos cívicos y comunales hasta organizaciones espontáneas denominadas galladas, parches, pandillas y bandas; algunas tienden a ser asociadas con asuntos de violencia, comportamientos delincuenciales y situaciones de inseguridad y desorden público. Estas últimas agrupaciones tienen fronteras difusas, obedecen a formas asociativas diversas y entremezcladas. Según la Fiscalía General de la Nación, para 1997 existían en Bogotá 201 grupos comprometidos en actividades delictivas, con presencia de pandillas, particularmente en el sur-oriente de la capital.

Los factores causales identificados en la problemática de violencia, en la que se encuentran involucrados los jóvenes, son: la exclusión del sistema escolar, la falta de oportunidades laborales, el núcleo familiar disfuncional y un entorno barrial violento. De esta forma, el programa surge como una necesidad de brindar respuesta institucional a la problemática mencionada, en donde se halla inmersa una población altamente vulnerable, como es la que constituyen los jóvenes, particularmente de los estratos socioeconómicos 1 y 2 del Distrito Capital.

Dentro del programa existen diversos componentes, orientados fundamentalmente a incidir sobre aquellos factores asociados a la generación de comportamientos y entornos violentos, mediante el aumento de las ofertas sociales dirigidas a esta población.

En esa medida, el programa desarrolla una serie de componente en torno de los siguientes temas:

a) La problemática de la deserción escolar juvenil

Asociada no sólo con factores económicos, sino también con las características propias del sistema escolar, que para el caso de ciertos grupos juveniles, expulsa principalmente poblaciones altamente vulnerables y susceptibles de involucrarse en actividades delictivas.

Siendo así, los programas de Educación planteados, enfatizan en la convivencia pacífica en los colegios y escuelas como respuesta a la problemática de violencia relacionada con los jóvenes, y consideran un trabajo basado en la construcción de proyectos pedagógicos que legitimen procesos y promuevan una cultura de la paz y del sentido común, que se fundamenta en la construcción de proyectos de beneficio colectivo. En esta línea ya se han intervenido mas de 25 instituciones educativas con buenos resultados en la reducción de la violencia. A través de la participación de la comunidad educativa se reelaboró el Manual de Convivencia, se organizó la participación de los estamentos de la institución y de la comunidad, y se organizaron diversos programas de convivencia, como las emisoras estudiantiles y una red de emisoras estudiantiles que se reúne periódicamente.

b) La necesidad de contar con la participación de los jóvenes

Para fortalecer la convivencia debe generarse la participación juvenil. Para ello se busca fortalecer el liderazgo juvenil, su participación política y su inserción en las dinámicas de las localidades y de la ciudad. El Gobierno Distrital, a través de la secretaria de Gobierno, el Departamento Ad-

ministrativo de Acción Comunal y las organizaciones comunitarias apoya la organización y la asociación para la realización de propuestas de iniciativa propia de los jóvenes, en proyectos de beneficio comunitario y de promoción de la convivencia, como lo es el proyecto de iniciativas juveniles para la convivencia.

c) *La necesidad de atender las dificultades de ingreso de los jóvenes*

Se entiende que los jóvenes de los estratos económicos más deprimidos de la ciudad, deben iniciar su vida productiva rápidamente para subsanar carencias básicas de alimentación, habitación, vestido y educación propias y de sus familias. En este caso, el ingreso no está necesariamente ligado a las demandas consumistas con las que se identifica comúnmente a los jóvenes.

De esta forma, se consideró importante brindar oportunidades laborales para los jóvenes y alternativas de formación integral para el trabajo, que comprenden la capacitación técnica, la formación en valores de convivencia y el desarrollo de habilidades y competencias básicas, que habilitan a los jóvenes para dar respuesta efectiva ante una oferta laboral. Esto se hace a través de varias instituciones técnicas, universitarias y ONGs como la Universidad Distrital, el SENA y el ITEC-TELECOM, que brindan formación en áreas que en la actualidad están siendo demandas por el mercado laboral. Una vez se han capacitado, en asocio con algunos sectores industriales, se les ofrecen pasantías laborales para aumentar sus conocimientos, recibir ingresos y adquirir experiencia.

d) *La necesidad de poner en oferta, alternativas de ocupación del tiempo libre*

Las acciones en este campo permiten realizar intervenciones preventivas sobre aquellos grupos pre-juveniles y juveniles que se encuentran inmersos en entornos violentos, y que son susceptibles de involucrarse en asuntos de violencia. En ese sentido, se desarrollan actividades alternativas para la ocupación del tiempo libre extraescolar de niños y jóvenes, a través de propuestas lúdicas, culturales y deportivas, entre otras, para la generación de espacios de creación, re-creación, reflexión e imaginación.

Muchos proyectos o trabajos dirigidos a jóvenes implantados en Bogotá, han resultado ser trabajos aislados, circunscritos a barrios determinados, con características particulares, que han beneficiado a grupos minoritarios, sin generar mayor impacto dentro del grupo poblacional. La Alcaldía Mayor ha desarrollado un programa de mayor envergadura que involucra la mayor cantidad de jóvenes posible, ejemplos claros son: Los programas: Tejedores de Sociedad, Guías Cívicos, Gestores Culturales Locales, Encuentros Ciudadanos (con un capítulo particular para jóvenes), Vacaciones Creativas y Actividades culturales como Rock al Parque y el programa de Ciclovías.

En esta misma línea, las actividades que este proyecto plantea, buscan insertarse dentro de este carácter de convocatoria general, que claramente se diferencian de las puntuales de intervención y que contribuyen a la consolidación e institucionalización de actividades, que por su permanencia, se convierten en el deber ser de la acción Distrital, hasta llegar a consolidarse dentro de las políticas de juventud en el Distrito.

Es por eso, que este programa busca crear las condiciones para llegar a todos los jóvenes de la ciudad, incidiendo principalmente sobre la población más vulnerable y de manera articulada con otros proyectos Distritales, como los descritos anteriormente. Esta política integral, lleva a tomar medidas preventivas y a involucrar a los jóvenes mediante su participación directa en estos programas, que ayudan a mejorar la calidad de vida de la ciudad en general, al disminuir los índices de violencia.

3.7 Respeto de los Derechos Humanos

Si bien la Alcaldía Mayor ha considerado, que todos y cada uno de los proyectos que emprenda deben contemplar el respeto de los Derechos Humanos de todos los ciudadanos, además de velar por su bienestar, también ha considerado de gran relevancia, destinar un espacio y una dirección que permita canalizar esfuerzos en cuanto a diseño de políticas y seguimiento, control y evaluación de un plan operativo, que hagan viable la construcción de nuevas formas de acción desde el Estado. En la actualidad la Secretaría de Gobierno cuenta, de acuerdo con su reestructuración, con la Subsecretaría de Seguridad y Convivencia Ciudadana, que tiene entre sus ejes de acción los Derechos Humanos.

La política general que desarrolla la Dirección de Derechos Humanos de la Alcaldía Mayor, es la de hacer de las Comisarías de Familia, las Inspecciones de Policía y los Centros de Conciliación, agentes propositivos de los Derechos Humanos y la concertación entre los ciudadanos.

En principio, las Comisarías se han constituido en instancias propositivas en cuanto a los Derechos Humanos de la Familia. Dada su especificidad, las Comisarías pueden detectar en su jurisdicción, los lugares donde se presenten la mayor cantidad de demandas en los temas de su competencia, con el fin de establecer las causas de riesgo que afectan en especial a su comunidad y así realizar acciones preventivas y de promoción de derechos, que puedan tener como resultado positivo la reducción de demandas, lo que significa el mejoramiento de las relaciones ciudadanas.

Las Inspecciones de Policía son mediadoras para prevenir acciones específicas y reconocer problemáticas en cuanto a la violación de Derechos en la población.

Los Centros de Conciliación, promueven la defensa de los Derechos Humanos como forma de convivencia, desarrollo de las relaciones pacíficas entre los ciudadanos y apoyos directos a la creación de la cultura ciudadana promovida desde la Administración Distrital.

Adicionalmente, la Alcaldía Mayor hace parte del Comité Distrital de Derechos Humanos de la Unidad Coordinadora de Derechos Humanos y de la Oficina permanente de Derechos Humanos –OPDH–, que funcionan como órganos que promueven, defienden y desarrollan políticas en esta materia.

En este sentido, la participación de la Alcaldía, representada por la Subsecretaria de Seguridad y Convivencia de la Secretaria de Gobierno:

- Canaliza información, a través de las Comisarías de Familia, las Inspecciones de Policía y los Centros de Conciliación, sobre las demandas de la ciudadanía en cuanto al respeto de sus Derechos Humanos, de manera que puedan plantearse discusiones abiertas en el Comité Distrital de Derechos Humanos que redunden en sugerencias para la Personería Distrital.
- Aporta informes y estadísticas que consolidan una base de datos unificada, sobre el estado de los Derechos Humanos en el Distrito Capital.
- Además, plantea y desarrolla programas de prevención y atención de los Derechos Humanos.

18 Experiencias Rurales

Hernán Málaga

Dentro del modelo de desarrollo vigente en la mayoría de los países de América Latina, se ha venido postergando al medio rural y generado inmensas diferencias en salud en un escenario de pobreza, en parte por haberse manejado el campo en latifundios, como lugares de explotación y extracción de capital en materias primas, o como economías de subsistencia que no generan desarrollo local ni capital social. Esto ha producido la fuga de personas, en su mayoría de varones, hacia las grandes ciudades o hacia espacios de bonanza económica. Estas últimas incursiones han producido la reemergencia de algunas enfermedades que se han reintroducido en el medio rural o hacia las grandes ciudades, situación inversa a la que sucede con las enfermedades "del desarrollo", que generalmente son menos prevalentes debido al predominio de población joven con vidas menos estresantes que la que se enfrenta en las grandes ciudades.

Para buscar la equidad en salud se debe buscar la satisfacción de necesidades básicas con enfoque de oportunidad de vida, focalizando intervenciones en los municipios o comunidades que tengan los más altos porcentajes de NBI, procurando la autogestión con el propósito de definir su desarrollo humano sostenible y el autocuidado para retrasar la morbilidad. Las experiencias presentadas muestran cómo se gestan Políticas Públicas Saludables; se reorientan los Servicios de Salud para privilegiar la Prevención de la Enfermedad y la Promoción de la Salud; se crean ambientes favorables; se promueven cambios de hábitos y estilos de vida; se refuerza la acción comunitaria como la base del movimiento; e incluso se llegan a medir los resultados con indicadores concretos de satisfacción de necesidades básicas.

En América Latina se ha venido postergando al medio rural. Evidencia de ello se encuentra en los estudios sobre Condiciones de Vida, cuando se caracteriza la pobreza estructural según Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI–, al existir una clara tendencia a ser el más carente en la estructura de servicios. Esta inequidad también se manifiesta en el acceso a la distribución de la riqueza, que por su carácter extractor se direcciona hacia las ciudades capitales, quedando los ingresos, producto de la venta de las materias primas en manos de muy pocos, perpetuando así la postergación.

Estas poblaciones rurales conformadas fundamentalmente por poblaciones indígenas, mestizas, mestizas aindiadas y negroides, que habitan poblados dispersos, localizadas en tierras de bosques bajos, desiertos y montañas altas, han sido mantenidas con un alto porcentaje de analfabetismo por parte de los Gobiernos y los latifundistas, que les han pagado salarios por debajo de los mínimos en el manejo de sus explotaciones rurales; situación que llevó a algunos a establecerse en forma independiente en minifundios con agricultura de subsistencia, caracterizados por bajos niveles de producción y productividad y en consecuencia con ingresos familiares per cápita inferiores a salarios mínimos (Briceño 1992).

La postergación del medio rural ha conducido a una atención primaria y saneamiento básico deficientes, y a una vivienda inadecuada, como las casas de bareque sin frizar y techo de palma, con paredes apropiadas al habitat de triatominos que producen el mal de Chagas (Briceño 1990).

De otra parte, la deficiencia del Saneamiento Básico, los bajos ingresos y la deficiente higiene, originan problemas propios de la pobreza como el parasitismo, las enfermedades diarreicas y zoonosis como la Leishmaniasis, resultante del trabajo en la floresta o del fecalismo al aire libre en horas en que los flebotomos pican; razón por la que esta enfermedad afecta a los más pobres del medio rural, a los que viven lejos de la carretera en medio de la floresta y en vivienda sin energía (Rojas, Zeledón y Urbina 1991).

Además el personal obrero que trabaja en el campo, por su contacto con animales, sufre de Brucelosis y Leptospirosis, que actúan como auténticas Enfermedades Ocupacionales del campesino (Málaga 1991). El cólera en países como Venezuela, Perú y Colombia, caracterizado por altas tasas de ataque y corta duración de los brotes epidémicos que se explican fundamentalmente en el origen hídrico de los mismos, ha afectado más a los grupos indígenas y a las poblaciones negroides debido a las deficiencias estructurales de Saneamiento Básico y de normas elementales de higiene.

En el medio rural el tétano revela contrastes de mayor incidencia, producto de las diferencias de densidad de población animal entre área urbana y rural; así por ejemplo en Chile entre los años 70 al 75, el riesgo de tétano revelaba una tasa de 0,21 por 100.000 habitantes para la población urbana y de 0,60 para la población rural, siendo el riesgo 2,2 veces mayor para los hombres que para las mujeres y su distribución geográfica casi exclusiva (99%) de las zonas central y sur del país, eminentemente agrícolas y ganaderas (Vincent y Venturino 1976).

Las carencias de servicios y niveles diferenciados de organización generan una baja cobertura de los programas de vacunación, apareciendo en estas regiones la mayor incidencia de enfermedades inmunoprevenibles, incluido el tétano neonatal (Ghisais 1999). Estos resultados pueden deberse a la ausencia de Servicios de Salud, pero también, al insuficiente uso de los mismos como consecuencia de su baja calidad desde el punto de vista del usuario. Razón por la que ha sido explicada en otros países, la preferencia de esta población por curanderos tradicionales, quizás por la forma en que los pacientes rurales son recibidos en los Centros de Salud y la manera en que el

personal de salud se comunica con ellos (Bichman et al 1991).

Algunos estudios demuestran que debido a los bajos ingresos, estas poblaciones tienen una deficiente ingesta de calorías y algunas veces de proteínas, generando desnutrición crónica y, como consecuencia, estatura baja y escasa corpulencia, que se observa en los bajos promedios de estatura y peso de niños y niñas. Por ejemplo en Caracas, los niños a los siete años de edad lograban una media de 1,16 mts. de altura y 21,516 Kg. de peso, mientras que la media en Sanare era de 1,12 mts. y 18 Kg., conservando esta tendencia incluso hasta los 15 años, con una media en Caracas de 1,59 mts. y 49,726 Kg., contra 1,57 mts. y 44 Kg. en Sanare, evidenciándose en esta población rural una desnutrición crónica. Es imperdonable que esta problemática recogida con estadísticas de hace 50 años, mantenga en muchos aspectos vigencia indiscutible (Bengoa 1992).

Actualmente estas diferencias llegan a ser aproximadamente de cuatro centímetros a los siete años y 2,6 cm. en los adultos jóvenes (Jiménez et al 1993), además de ser la desnutrición y el hacinamiento generadores de una mayor mortalidad por tuberculosis (Nuñez 1992 y Bengoa 1992). Estos problemas generan incluso situaciones como la del Estado Portuguesa en Venezuela con el segundo más alto déficit desnutricional, de 30,97% en 1988 y de 27,35% en 1989 (INN 1990), no obstante ser considerado el granero del país, con una producción agrícola estimada en 1990 en 22.000 millones de bolívares anuales, pues tenía sembradas 103 mil h. de maíz, 25 mil de arroz, 8 mil de sorgo y ser el primer productor del café en ese país.

De otra parte, por el predominio en el medio rural de ancianos, mujeres solas y niños que cohabitan promiscuamente, se presentan en esta población problemas socio–culturales como el incesto y el embarazo precoz rural entre hermanos o por los abuelos, reflejado en el alto porcentaje de hijos ilegítimos, así como también en la prostitución eminentemente juvenil y en la precocidad de la primera relación sexual. Esto puede explicar el hecho que una cuarta parte de la población venezolana tenga una tasa global de fecundidad alta –entre 4,9 a 6,5 hijos–, y muy alta –por encima de 6,5– localizada en casi la totalidad de las áreas rurales del país, mientras que otra cuarta parte de la población tiene una tasa global de fecundidad baja –de 2,5 hijos– en los residentes casi exclusivamente en áreas urbanas de la Capital (López y Bidegaín 1989). El alto porcentaje de bajo peso al nacer está correlacionado con malnutrición proteico–calórica, infecciones comunes y factores ambientales, porque donde la incidencia de bajo peso al nacer es del 6% el 70% de los niños son prematuros, mientras que donde la incidencia de bajo peso al nacer es del 41,6% sólo el 17% de estos niños son prematuros y el 83% son niños a término, siendo este último hallazgo, detectado en poblaciones indígenas rurales en Guatemala (Belizán et al 1978).

Esto ha ocasionado la fuga de los varones a las grandes ciudades o hacia zonas de bonanza económica como las de explotación del caucho, pieles, coca, oro, etc. (Guevara 1987), originando en la época actual, como en Venezuela, incursiones en nichos ecológicos de la Malaria, que ha provocado su incremento en las últimas décadas en forma proporcional al incremento de la producción de oro, debido a que la gran mayoría de los casos de Malaria fueron detectados en centros de explotación aurífera y diamantífera (Mandel y Peroso 1991). Estas intromisiones en nichos ecológicos ocasionaron rabia humana en el Perú, por ingreso de hombres al nicho de vampiros rabiosos, registrándose en 1989 la aparición de 24 casos en campamentos de trabajo de lavadores de oro (López y Betz 1990).

Sin embargo no todo es desventajoso en el mundo rural, pues existe evidencia que cuando las poblaciones rurales migran a grandes ciudades, debido a los factores psicológicos que conducen a una vida estresante, generan hipertensión arterial. Teherán,

capital de Irán, en 1940 tenía 500.000 habitantes y en 1976 alcanzó los 4'000.000, en su mayoría producto de la migración rural (10% de estos migrantes provenientes de Azerbaiján, provincia que en Irán habla turco, en vez de la lengua faroe, que habla el resto del país); estos migrantes poseen la más alta tensión sistólica y diastólica en comparación con la observada en las áreas rurales de origen, siendo la diferencia más marcada según edad en las mujeres oriundas de Azerbaiján ($P < .001$), no obstante no existir diferencias entre migrantes y no migrantes en Teherán y no siendo estas diferencias secundarias a otros factores, sino explicadas por diferencias de dieta, menor actividad física en la ciudad, diferencias socio-culturales y estrés de la vida en la ciudad (Nadin et al 1978).

Estos hallazgos hacen ver las grandes diferencias en materia de condicionantes de calidad de vida en el medio rural, que determina que estas poblaciones tengan los peores indicadores de salud de los países de América Latina. De ahí que el establecimiento de la Estrategia de Municipios Saludables o de Comunidades Saludables en el medio rural, debe ser prioridad de la gran mayoría de estos países. Para ilustrar con ejemplos los desarrollos de la Estrategia, no se limita el concepto de rural al tamaño de población existente en el Municipio, que en la mayoría de los ejemplos es pequeña - de menos de 30.000 habitantes-, sino a la actividad económica de la misma, con predominio de prácticas artesanales en el manejo de los insumos, en minifundios o una gran área de caseríos dispersos con estas características.

Caracterización de Experiencias

Para caracterizar experiencias rurales, se utilizan las líneas de acción de la estrategia de Municipios Saludables propuestas por la OPS (1992):

1) Políticas Públicas Saludables
2) Reorientación de los Servicios de Salud, para que privilegien la prevención de la enfermedad y la Promoción de la Salud.
3) Creación de ambientes favorables
4) Cambios de hábitos y estilos de vida.
5) Reforzamiento de la Acción Comunitaria,

complementado en la Figura 1 con el enfoque de Oportunidad de Vida de Emmanuel De Kadt para focalizar acciones (Kadt y Tasca 1992).

1. Oportunidad de Vida

La escogencia de municipios postergados con población rural dispersa o urbano-marginal, fue realizada en Venezuela para iniciar el proceso de Municipios hacia la Salud (Málaga 1996), a fin de privilegiarlos con cooperación técnica y finalmente desde el nivel nacional y estatal o local, reducir las brechas de inequidad, mediante el establecimiento de programas sociales debidamente focalizados, que inviertan en las personas y solucionen sus NBI a través transferencias y prestaciones para aumentar la productividad de las poblaciones más vulnerables (Oletta et al 1999).

Si bien las comunidades rurales son bastante homogéneas, también existen dentro de ellas inequidades en sus condiciones de vida, porque si uno compara las NBI del casco de un Municipio con los caseríos vecinos, existen claras diferencias, como la probabilidad de casas de habitación de un solo cuarto, más prevalentes mientras más alejados del casco se encuentre el caserío (Bengoa 1992). Por esta razón, se deben focalizar acciones en caseríos y veredas dispersas para buscar equidad.

La Red Venezolana de Municipios hacia la Salud, focalizó su desarrollo inicial en áreas rurales, constituyendo un Banco de Proyectos conformado por 256 iniciativas de 33 Municipios; en un 36% de estas iniciativas la prioridad fue el mejoramiento de las condiciones de vida, realizando

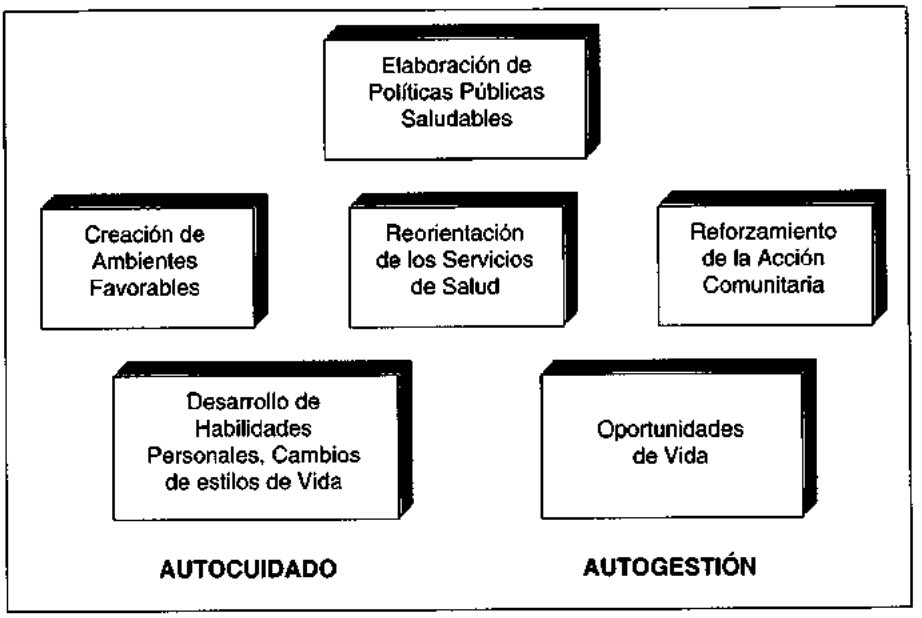


Figura 1. Lineamientos de la promoción de la salud.

proyectos de vivienda, suministro de agua potable, disposición de aguas servidas y disposición de desechos sólidos; un 11%, por su parte, dió prioridad a la infraestructura de educación y educación integral, un 10% al empleo, y otro 19% al desarrollo de Servicios Públicos y de atención de Salud (Mandl 1999).

El trabajo de Cooperación Técnica de Organismos Nacionales e Internacionales se enfocó en comunidades excluidas y, en las favorecidas, buscando las excluidas dentro de ellas; se utilizó para esta focalización el enfoque de oportunidad de vida que según De Kadt es más sensible y específico que el enfoque de riesgo (De Kadt y Tasca 1992). El primero busca comunidades con múltiples problemas ligados a la pobreza y a algunos aspectos sociales que derivan en múltiples problemas de salud, mientras que el segundo busca individuos que en el futuro puedan contraer una enfermedad, con el fin de intervenir en ellos con cambios de hábitos y estilos de vida.

Ambos enfoques son complementarios y son la base de la Promoción de la Salud: uno busca la autogestión y por ende la responsabilidad de las poblaciones en definir su propio destino, y el segundo el autocuidado para de esta forma retrasar la morbilidad, contribuyendo ambos a mejorar la calidad de vida de la gente.

2. Políticas Públicas Saludables

La sostenibilidad de las "*Políticas Públicas Saludables*" se garantiza por el compromiso con ellas, por lo tanto es esencial el respaldo comunitario a las medidas emanadas de las autoridades.

En 1996 la comunidad del Municipio de Sucre del Estado Portuguesa, eminentemente productora de café, identificó un grave problema de Infecciones Respiratorias Agudas –IRA–, al presentar una incidencia dos veces mayor que el promedio nacional de Asma y cuatro veces mayor de IRA's, culpando de ello a las trilladoras de café como contaminantes del aire y pre-

disponentes de IRA's. Esta comunidad escogió como uno de los proyectos a desarrollar, la reubicación de las fuentes de trabajo contaminante, planteando como indicadores del proyecto la reubicación del 80% de las trilladoras en un período de tres años y la diversificación de los cultivos en un 30%, decidiendo así dejar de ser monodependientes del café, diversificando sus fuentes de ingreso (Málaga, Toba y Manzanilla 1996).

El Gobierno Local con su Alcalde a la cabeza, logró que las más grandes tostadoras y moliendas de café salieran del área perimetral del pueblo, a la par que inició una vigorosa campaña de concientización para que los particulares comenzaran a sustituir tales prácticas, que por su dimensión habían llegado a provocar uno de los más grandes problemas de Salud Pública de la zona. La alcaldía dictó una normativa que trasladó el secado y desconchado del café de las calles, vías públicas y solares a otros espacios dentro del pueblo; la medida obligó a trasladar fuera del área urbana, los galpones y centros de acopio y tostado del café. La disposición se aplicó mediando, negociando y conversando con todos los sectores involucrados, de modo que no causara un impacto a la economía local, pero conciliando la actividad económica con la salud de la población (Mandl y Toba 1999). Este tipo de políticas se consolidan gracias a que la comunidad y sus líderes las asimilan y se comprometen con ellas, pudiendo decirse que son políticas de hecho.

En Versalles, Colombia se identifican varias de éstas, a saber:

- Construcción de ciudadanía a través de la creación del Comité Infantil de Participación Comunitaria, que tiene como función crear en los niños una cultura participativa y de respeto por las tradiciones culturales.
- Desarrollo de la mujer, reconociendo que los problemas de género son un obstáculo para el desarrollo integral, fomentándose el respeto y la dignificación de la mujer, procurando aumentar su poder con proyectos específicos de microeconomía.
- Mejoramiento nutricional de tipo carencial, con proyectos de producción de alimentos y tecnificación del sector agropecuario.
- Mejoramiento de infraestructura física para incidir en las condiciones de vida: vías de comunicación, conservación del ecosistema, electrificación, viviendas.
- Control de la migración hacia las ciudades por medio de estímulos a la creación de empleos locales y capacitación.
- Comunicación a través del proyecto concreto de VERSAVISION, núcleo de comunicación social propio de la comunidad (Restrepo 1999).

3. Reorientación de los Servicios de Salud para que privilegien la Prevención de la Enfermedad y la Promoción de la Salud

El Municipio de Morán, en el Estado Lara-Venezuela, es uno de los Municipios que conjuntamente con la Sociedad Civil ha impulsado y asumido la conducción de los programas de salud, habiéndose constituido diferentes asociaciones como:

- Asociación Civil Amigos del Distrito Sanitario, cuyo objetivo principal es la consecución de recursos para invertir en el área de salud.
- Fundación de Integración del Discapacitado de Morán, con el objetivo de integrar al discapacitado a la vida laboral activa, rescatando su imagen, fortaleciendo su autoestima y enfatizando en una rehabilitación basada en la comunidad.
- Asociación Civil del Diabético de Morán, con el objetivo de brindarle al paciente diabético una mejor calidad de vida, para que pueda asumir prácticas saludables y de autocuidado.

- Asociación Cardiovascular de Morán, que proporciona espacios físicos para la rehabilitación del paciente cardiovascular.
- Asociación Civil de Promoción a la Lactancia Materna, que ha puesto en marcha un programa para capacitar al 100% del personal que labora en el Distrito Sanitario, con el propósito de masificar la práctica de la alimentación de seno para los lactantes.
- Fundación para la Salud Bucal de Morán.
- Fundación del Suministro de Medicamentos e Insumos de Morán.
- Fundación de Ayuda al Niño Tocuyano, que atiende, protege y orienta al niño trabajador de la calle y en situación de riesgo.
- Sistema Local de Documentación, Capacitación e Información en Salud, considerado en Venezuela como un modelo en el país, en lo que a educación y documentación en salud se refiere, y que une a todos los ambulatorios rurales y urbanos del Municipio por medio de una biblioteca electrónica.

Todas estas constituyen un ejemplo de un Municipio que decidió auténticamente privilegiar la Prevención de la Enfermedad y la Promoción de la Salud, reorientando sus servicios de salud con este propósito, con plena participación social (Mandl y Toba 1999).

El Proyecto de Casa-Hogar para reducir la mortalidad materna y neonatal de Versalles, es un ejemplo de cambio de orientación de los Servicios de Salud, pues las maternas de la zona rural, en especial de los corregimientos alejados son traídas a las casas campesinas quince días antes de la fecha probable de parto y atendidas por voluntarios de la comunidad, estudiantes de bachillerato y personal del hospital. Durante este tiempo producen en una Cooperativa ropa para bebe, con el fin de financiar el proyecto, dando como resultado una reducción muy significativa de las muertes maternas en los últimos años (Restrepo 1999).

En Anzá-Colombia, se observa que el Centro de Atención Asistencial empieza a proyectarse realmente hacia la comunidad a través de proyectos especiales y programas extra murales, como el de puertas abiertas para adultos mayores (Restrepo 1999); y en Sanare-Venezuela se ha promovido la creación de brigadas de salud, conformadas por miembros de las mismas comunidades que aprenden a clorar el agua y enseñan a otras comunidades cómo hacerlo para combatir las enfermedades endémicas, como es el caso del elevado índice del mal de chagas. Estas mismas brigadas de salud se encargan de la fumigación, recibiendo apoyo e instrucción por parte de la Dirección de Malariología del Ministerio de Salud. La Alcaldía ofrece la capacitación y garantiza el suministro de hipoclorito de calcio en el ámbito rural; la supervisión del trabajo de los comités está a cargo de los ambulatorios rurales tipo 1 siendo el docente un maestro rural de la zona. Se resalta a esta práctica como la determinante en la disminución de las enfermedades o muertes asociadas a problemas hídricos en el municipio.

En relación con las diarreas, este programa ha conducido a una disminución de casos equivalente a un 38% o menos al comparar el año 96 con el 97, y ya en el primer trimestre del 98 se observaba una disminución adicional del 27%; además del hecho de haber promovido los acueductos, que llegan al 90% de las comunidades rurales, manteniéndose un control de la calidad de las aguas a pesar de la distancia que existe entre las comunidades y la falta de viabilidad entre ellas. Se ha aplicado también en este municipio, un programa denominado de "*Salud Integral en Salud Oral*", que permite dotar de crema y cepillo dental a poco más de un millar de niños de la capital y en localidades y caseríos apartados del municipio (Mandl y Toba 1999).

4. Creación de ambientes favorables

En el Municipio de la Vega, Departamento de Cundinamarca-Colombia, el mejoramiento del ambiente físico ha sido objeto de muchas de las acciones que realizan los Promotores de Salud en las veredas y en el casco urbano. La Unidad Municipal de Agricultura y la Corporación Autónoma Regional, realizan cursos de capacitación a los gestores y promotores de salud, orientados a incrementar la educación ambiental de la población. Entre los logros obtenidos está la siembra de 1.000 árboles para proteger los nacimientos de agua. Los ambientes culturales se están mejorando con programas de actividades artísticas como danzas, bandas de música estudiantiles, actividades turísticas, competencias deportivas, etc. (Restrepo 1999).

Muchos Municipios se han preocupado por el mejoramiento de las áreas verdes, la conservación del medio ambiente,el manejo adecuado de las basuras y, en el ambiente cultural, la conservación de las tradiciones y el orgullo hacia sus ancestros indígenas. En Venezuela, varios de estos municipios rurales han realizado programas de construcción de viviendas y saneamiento con participación comunitaria, participando los vecinos en la medición topográfica del terreno, en la construcción de las calles, veredas, aceras, además se están realizando excelentes programas de autoconstrucción. Haber construido estas viviendas desde el nivel municipal ha servido de promoción de la construcción de viviendas apropiadas con materiales existentes en la zona, acabando con las políticas de vivienda generadas desde un nivel nacional que muchas veces, originaron la construcción en estos ámbitos locales de viviendas inadecuadas, sin la utilización de mano de obra del propio municipio, sino a través de contratos con compañías provenientes de las capitales, y sin contribuir, de esta forma con la generación de empleo para la propia comunidad.

A este respecto en el municipio de La Vega-Colombia, se ha completado un proyecto de unidades sanitarias, con el apoyo de las Damas de Naciones Unidas que proporcionaron los materiales, los vecinos que colaboraron en la construcción de los pozos sépticos para las unidades, y la Alcaldía que proporcionó los ladrillos para su construcción. Existen además, otros ejemplos de granjas integrales sostenibles que producen cultivos saludables con jornadas de capacitación a los campesinos, divulgando más de un centenar de técnicas, que no por su sencillez pierden la importancia que tienen. Los lugareños han aprendido a crear a tal punto, que las mejores tecnologías provienen del mismo nivel local.

En Eloy Blanco-Venezuela, se ubica uno de los huertos ecológicos que produce hortalizas y legumbres libres de toda contaminación por químicos y pesticidas, tales como papa, tomate, zanahoria, lechuga, repollo y otras variedades. Por el procesamiento utilizado se han convertido en los primeros en el Estado en envasar pasta de tomate concentrada, favoreciendo así la constitución de microempresas.

En el Municipio de Sucre del Estado Portuguesa esta iniciativa, que partió de la necesidad de diversificar los cultivos, permitió generar los productos básicos del "*Pan Llevar*", que por la monocultura se habían descontinuado, lo que hizo necesario enseñarle a la gente nuevamente su consumo y de esa manera, obtener dietas más saludables en la alimentación de sus pobladores (Mandl y Toba 1999).

5. Cambio de Hábitos y Estilos de Vida

El último ejemplo debe destacarse, porque la globalización tiende a especializar cada vez más la producción local, acentuándose la desnutrición rural. A este respecto, el Municipio de Mesitas del Colegio del Departamento de Cundinamarca-Colombia ha establecido una línea de proyectos de

Seguridad Alimentaria, con el adelanto de los siguientes programas:

- ***Programa de conservación de alimentos.***
- ***Bono alimentario,*** mediante el suministro de especies menores o semillas a mujeres cabezas de familia con hijos menores de 15 años.
- ***Censo frutícola***, para identificar potencialidades alimentarias.
- ***Programa de fomento a la cría de cabra lechera***, a través de la Unidad Municipal de Asistencia Técnica Agropecuaria (UMATA), que capacita a pequeños productores agropecuarios del sector rural del municipio, y a personas interesadas para posteriormente, entregar en comodato una cabra hembra preñada, seguir su forma de crianza a través de visitas técnicas a la finca, y que los beneficiarios devuelvan crías a partir de los cuatro meses de edad, a la Unidad.
- ***Programa de fomento a la cría de gallinas ponedoras***, capacitando primero a mujeres rurales interesadas en el programa, luego se les entregan gallinas a partir de las 16 semanas, se les hace el seguimiento y en pago se solicita una bandeja de huevos.
- ***Fomento al pollo de engorde***, que capacita también al grupo de mujeres rurales interesadas, se le entregan pollos de un día de nacidos y se hace el seguimiento al programa por parte de un técnico.
- ***Programa de fomento a la piscicultura***, con pequeños productores, que son capacitados y reciben alevinos de cachama, mojarra roja y trucha y tienen visitas de asistencia técnica, y
- ***Fomento a la cría de conejos***, con la capacitación de mujeres rurales interesadas y la entrega de una hembra y un macho, se realiza un seguimiento para asistencia técnica, y se le paga a la UMATA con la devolución de dos hembras.

Todos estos proyectos, han establecido una metodología de evaluación a través de visitas de seguimiento para constatar el cumplimiento de las recomendaciones dadas en la capacitación y verificar el estado sanitario de los animales. Se han establecido indicadores de resultados:

- 944 familias capacitadas en la cría de especies menores, beneficiando de esta forma a 4.720 personas.
- Generación de ingresos por venta de huevos (30 huevos semanales por familia).
- Consumo de proteína animal, 15 huevos semanales por familia.
- Consumo de carne de pollo, 5 lbs. semanales por familia.
- Consumo de 1,5 botellas de leche de cabra por día.
- Generación de ingresos por venta de carne de pollo de 112.500 pesos/mes.
- Generación de ingresos por venta de crías de cabra macho-hembra de 150.000 pesos cada seis meses.

Todo lo anterior para medir a corto plazo el porcentaje de niños con desnutrición crónica (talla para la edad), desnutrición aguda (peso para la talla), desnutrición global (talla para la edad) y a largo plazo, gastos familiares en alimentos como porcentaje del total de gastos, promedio de gastos de alimentos persona/día y porcentaje de incremento en mejoramiento de las vías de comunicación (Municipio de Mesitas del Colegio 1999).

Con el propósito de combatir la ociosidad y su relación con el embarazo de adolescentes, el Municipio de Zamora-Venezuela, abrió cursos sobre panadería, repostería, corte y costura, mecanografía, dulcería, manualidades y artesanías, posteriormente complementados a nivel técnico en otras áreas de formación, atacando con profundidad los problemas del ocio y disminuyendo ostensiblemente el embarazo precoz, a partir de esta iniciativa.

6. Reforzamiento de la acción comunitaria

Esta estrategia crea en los niveles rurales una serie de ONG's con el propósito de

constituir auténticas respuestas a problemas específicos existentes. Un excelente ejemplo de esto es el Municipio de Zamora, del Estado Falcón, primer Municipio hacia la Salud de Venezuela, en dónde se constituyeron 50 Asociaciones de Vecinos y diversas instituciones públicas y privadas que se ocupan de desarrollar actividades de beneficio social. Estas Asociaciones realizaron en su momento un diagnóstico de su ámbito, jerarquizaron sus problemas y presentaron alternativas de solución a todo nivel y en todas las modalidades del quehacer colectivo.

Uno de estos diagnósticos reflejó la permanencia del problema ambiental causado por una importante fábrica de cemento instalada en la zona. Un estudio sobre las condiciones de salud de la población dió cuenta del elevado índice de enfermedades respiratorias, especialmente en niños y jóvenes, situación que empeoraba en los barrios ubicados en los alrededores de la empresa debido al polvillo que despedían sus grandes chimeneas, según la dirección de los vientos. Los centros de atención médica en esta población de cerca de 30.000 habitantes, reportaban que esas enfermedades sobrepasaban la media regional de enfermedades por afecciones respiratorias y en muchos casos el promedio del país, a pesar de estar frente al mar.

De esta contingencia resultó un movimiento por la salud y el ambiente, que muy pronto llevó a esta comunidad a tocar las puertas de la fábrica, con la autoridad local a la cabeza. A pesar de ser ésta la mayor empleadora en el Municipio, también era la mayor contaminante, lo que derivaba en un conflicto de intereses, razón que llevó a la Alcaldía o tomar una serie de medidas que desembocaron en una orden de cierre temporal de la empresa, hasta que colocara los filtros en sus chimeneas. La medida fue apelada por la empresa argumentando que el Municipio no tenía facultades de control industrial; sin embargo, un tribunal sentenció que bajo la ley orgánica del régimen municipal del Medio Ambiente, la Alcaldía estaba en pleno derecho de aplicar las sanciones a que hubiese lugar si como en este caso, la empresa causaba daños al ambiente y a la Salud Pública, y demostraba además, que no hacía nada por remediarlo.

Se pudo revertir la situación adversa y permitir que un Municipio de los más postergados del Estado, se levantara por encima de estas dificultades e hiciera valer el derecho de los ciudadanos a tener ambientes públicos saludables; la empresa tuvo que colocar los filtros y hoy en día desarrolla políticas de saneamiento y cuidado ambiental que, en medio de un proceso de negociación y alianzas a favor de las comunidades, ha permitido el triunfo de la sana convivencia (Málaga, Toba y Manzanilla 1996).

Puerto Cumarebo fué considerado como un ejemplo de sinergia colectiva por un Delegado de la Unión Europea, que posteriormente apoyó esta iniciativa. También cabe destacar que el Municipio de Zamora fué el primer Municipio que estableció una casa de proyectos; se constituyó así en la base para la organización de la Red Venezolana de Municipios hacia la Salud, red que impulsó el intercambio de experiencias a través de un Boletín impreso, que produjo una auténtica cooperación horizontal al comenzarse el intercambio de experiencias entre expertos e interesados en los proyectos desarrollados en diferentes Municipios, con el propósito de establecerlos en sus municipios de origen.

La experiencia del trabajo en red, en países como Venezuela, Colombia, México y Cuba y la de la Red Latinoamericana de Municipios Saludables, se ha hecho manifiesta en la Organización de los Congresos de las Américas de Municipios Saludables, que están permitiendo también el intercambio de experiencias entre todos los países de América Latina y el Caribe. La Estrategia de Municipios Saludables en América constituye una auténtica estrategia de Justicia Social, porque implica una democracia participativa que propicia la disminución de las brechas en los factores

condicionantes, determinantes y causales de salud, enfermedad y muerte y que hará posible lograr la Salud para Todos y por Todos, que fuera propuesta por los países a la Organización Mundial de la Salud como la meta a lograr, al permitir que las comunidades lleguen a ser auténticas artífices de su propio destino.

Bibliografía

BELIZAN, J.; LECHTIG, A.; VILLAR, J. (1978). Distribution of low - birth weight babies in developing countries. Am J. Obstet Gynecol 132 (6): pp. 704 – 705.

BENGOA, J.M. (1992). Sanare hace 50 años. Edición CAVENDES, 3ra Edición. Caracas, 278 p.

BICHMAN, W.; DIESFELD, H.L.; AGBOTON, Y.; EBAUIDI, E.; SIMSHAEUSER, V. (1991). District Health Systems: Users' Preferences for Services in Benin. Health Policy and Planing: 6 (4): pp. 361 – 370.

BRICEÑO LEON, R. (1990). La casa enferma – sociología de la enfermedad de Chagas. Consorcio de Ediciones Capriles, Caracas. 149 p.

BRICEÑO LEON, R. (1992). Venezuela: Clases Sociales e Individuos. Editorial Capriles, C.A. Caracas. 235 p.

De KADT, E.; TASCA, R., (1993). Promover la equidad un nuevo enfoque desde el Sector Salud. OPS, Serie Salud en el Desarrollo, Washington D.C. 102 p.

GHISAIS, G., (1999). Evaluación de las actividades de eliminación del Tétanos Neo-natal, Colombia, 1989 – 1998. Ministerio de Salud – OPS, 15 p.

GUEVARA, J., (1987). Etno desarrollo y medicina indígena ecológica. Ministerio de Salud, Editorial Gente Nueva, Bogotá.

INN (1990), Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, Bol. Inf. 1988 – 1989.

JIMENEZ, M.; TOMEI, C., (1993). Las diferencias Socio – Económicas y Ambientales repercuten en el crecimiento del Niño. FUNDACREDESA, Investiga 1 (1): pp. 6 – 7.

LOPEZ, A.; BETZ, T. (1990). Epidemia de rabia humana en el Departamento de Madre de Dios. Rev. Peruana Epidemiología 3(1): pp. 61 – 73.

LOPEZ, D.; BIDEGAIN, G. (1989). Diferencias espaciales y socio - económicas de la fecundidad en Venezuela. (1967 – 1981). CELADE, CIDA, UCAB. Doc. de Trabajo No. 35.

MALAGA, H., (1991). Perspectivas de Investigación en Zoonosis. Rev. Científica, FCV de Luz 1 (1): pp. 52 – 57.

MALAGA, H., (1996). Proyecto Municipios hacia la Salud: La Experiencia Venezolana en Municipos Hacia la Salud, Red Venezolana de Municipios hacia la Salud, OPS/MSAS , Litobrit, Caracas: pp. 15 –22.

MALAGA, H.; TOBA, M.; MANZANILLA, M. Editores(1996). Proyecto Municipios Hacia la Salud: La Experiencia Venezolana, RED VENEZOLANA DE MUNICIPIOS HACIA LA SALUD, OPS/MSAS, Litobrit, Caracas, 172 p.

MANDL, J., (1999). Proyecto Municipios Hacia la Salud: El cambio que queremos. En: Municipios Hacia la Salud, Tomo II, Red Venezolana de Municipios Hacia la Salud, OPS/MSAS, Caracas: pp. 17 – 30.

MANDEL, M., PEROSO, A. (1991). Paludismo y salud ocupacional. Resúmenes de trabajos libres V. Congreso Latinoamericano de Medicina Social. 20 p.

MANDL, J.; TOBA, M. Editores, (1999). Municipios Hacia la Salud: La Experiencia Venezolana, Tomo II, RED VENEZOLANA DE MUNICIPIOS HACIA LA SALUD, OPS/MSAS, Caracas. 184 p.

MUNICIPIO MESITAS DEL COLEGIO, (1999). El Colegio, Cundinamarca, Municipio Saludable por la Paz. Informe de Progreso, Noviembre, 26 de 1999.

NADIN, A.; AMINI, H.; MALEKAFZALI, M. (1978). Blood pressure and rural urban migration in Iran. Int. J. of Epidemiology 7(2): pp. 131 – 138.

NUÑEZ, N. (1992). Perfiles de Mortalidad según Condiciones de Vida en Venezuela, II. Congreso Brasilero de Epidemiología, 27 p.

OLETTA, J.F.; MANDL, S.; TOBA, M. (1999). Municipios Hacia la Salud ¿ Hacia dónde vamos? En: Municipios Hacia la Salud Tomo II., Red Venezolana de Municipios Hacia la Salud, OPS/MSAS, Caracas: pp. 73 –83.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1992). Implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud en el contexto local, Washington, D.C., 16 p.

RESTREPO, H., Editor (1999). Experiencias de Municipios Saludables por la Paz, Colombia, Ministerio de Salud/ OPS. Trazo Digital Ltda., Santafé de Bogotá, 97 p.

ROJAS, M.; ZELEDON, R.; URBINA, A. (1991). Risk factors associated with cutaneous Leishmaniasis in an Endemic Area of Costa Rica. (Datos no publicados).

VINCENT, P.; VENTURINO, H., (1976). Antecedentes Epidemiológicos del Tétanos en Chile 1970 – 75. Bol. OSP. 81 (5): 414-419.

narse asfixiante si no se combina con espacios socializadores.

- ***Madurez - Fase doméstica:*** En esta fase, la inventiva del urbanista debe estar dirigida en ofrecer a las familias las posibilidades de encuentro más allá de los confines domésticos, donde los distintos grupos de edades, separados por la diversidad de intereses individuales, puedan unirse o frecuentar lugares comunes sin perderse de vista.
- ***Madurez - La fase individual:*** Uno de los signos de la madurez es la necesidad de soledad, y la ciudad no-sólo debe reunir a hombres y mujeres sino que debe permitirle a cada uno, accesibilidad fácil a los lugares de aislamiento y paz. Pese a que una parte importante de la urbanística está orientada a las relaciones sociales y públicas, también debe considerar espacios para la intimidad espiritual diferentes a los espacios religiosos.
- ***Fase Final - La edad de la vejez:*** Este es el período de la vida menos considerado por la sociedad y la urbanística. En el último siglo se conquistó un aumento general de la expectativa de vida, que casi dobla el promedio de edad –que en el año 1900 no superaba los 47 años–. En algunas sociedades, pese a que los ancianos disfrutan de una pensión de jubilación, ésta no es una compensación suficiente para la exclusión social progresiva, de tal manera que su vida se ve reducida y privada de significado.

En la reconstrucción orgánica de la vida familiar una de las tareas primordiales, es devolver a los ancianos una posición digna y fructífera. El único proyecto admisible en el ordenamiento de los viejos será el que evite su segregación, le proporcione la sensación tranquilizadora de la vida activa y el desempeño de funciones sociales proporcionales a sus posibilidades de autonomía, mientras sus funciones mentales no estén comprometidas.

El desarrollo de entornos saludables y sustentables implica tiempo, paciencia, voluntad política, muchas veces intervenciones estructurales y soluciones consensuadas a mediano y largo plazo. Es quizá una de las razones por las que, éste sea el tema de la Carta de Ottawa, que ha tenido un menor desarrollo.

Según Carol Buck (1985) experta canadiense del área de Promoción de la Salud, el entorno es el más importante de los cuatro elementos del concepto de salud de Lalonde (1974), *"si el entorno no es adecuado, tampoco lo serán la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención de los servicios"*.

Los esfuerzos que favorecen sólo la transformación individual sin considerar el ambiente en que se desarrollan, tienen un pobre impacto y son insuficientes para acrecentar la salud. El concepto de salud compromete muchas condiciones que van desde un ecosistema equilibrado hasta formas de organización social, que favorecen o que conjuran contra lo saludable.

Algunos de los grandes desafíos para la salud con relación a los entornos son:

- ***La inseguridad.*** Surge ante el crecimiento desordenado de las ciudades, la incapacidad de éstas para proporcionar empleo y servicios básicos a toda la población y además, propicia la violencia. No obstante, algunos de los causantes de la violencia son víctimas de la incoherencia de su entorno. La seguridad debe estar en función de la serenidad de la persona y no del temor y la defensa.
- ***La contaminación.*** Pone en peligro el entorno por la atención insuficiente en la preservación en cantidad y calidad de los recursos que sustentan las condiciones de vida como el aire, el abastecimiento, uso y calidad del agua, los residuos, la fauna, y los impactos generados por las actividades humanas, en su interacción con el medio ambiente.
- ***La falta de espacios verdes y lugares de esparcimiento.*** La recreación facilita y

hace agradable la vida. La diversión, el sentido lúdico y estético de la vida contribuyen no solamente a desarrollar nuestro potencial humano, sino que son un importante paliativo ante el estrés, las dificultades de la vida cotidiana y posibilitan además el desarrollo de hábitos saludables. Muy poco favor pueden hacer las recomendaciones del sector salud por las personas de sectores más pobres, víctimas del estrés de las grandes urbes, de la contaminación visual y auditiva de las ciudades y el sedentarismo por falta de amenidades seguras, si las municipalidades no desarrollan parques, alamedas y en general espacios públicos seguros, que permitan el ejercicio físico, sano y accesible a sus posibilidades económicas.

- ***Ambientes laborales hostiles.*** Para muchos el trabajo no es una fuente de solaz. Los procesos de automatización y la reducción del aparato estatal y de las empresas, traen consigo amenazas como la inestabilidad por los contratos a corto plazo y la incertidumbre de lograr una pensión digna en la jubilación. Esto, aunado a la competencia desleal, la mayor demanda de especialización de las funciones y el incremento de responsabilidades repartidas en un menor número de personas, crea un clima laboral que genera ansiedad e insatisfacción. El psicólogo David Small (1993) en un capítulo de su libro "*El origen de la infelicidad*", describe el abandono de la reflexión ética en la era post-moderna en un mundo laboral depredatorio. Estas condiciones prevalecen en muchas organizaciones, donde si bien se avanza en el reto de lograr calidad total de objetivos e indicadores de desempeño, también se introducen elementos de estrés y empobrecimiento ético. La lucha por la supervivencia laboral produce gran desgaste emocional y efectos aún insuficientemente estudiados en la calidad de vida y la salud mental de los trabajadores.
- ***La exclusión social.*** Es la experiencia de vivir al margen, cuando las expectativas, costumbres y valores no son compartidos con la sociedad a la que se pertenece. Esta alienación muestra que las personas en situación de aislamiento social, víctimas de la soledad, la vejez, la discapacidad y el desplazamiento, tienden a sufrir más enfermedades por falta de una red social que les apoye en sus necesidades básicas y de afecto (Berkman and Syme 1979).

2. Estrategias para fortalecer los entornos saludables

El desarrollo de "*entornos saludables*" en el aspecto operativo, tiene una serie de estrategias que facilitan tanto la puesta en marcha como la diseminación de las experiencias de pequeña a gran escala, que deben ser tenidas en cuenta, tales como:

- ***La expresión de la voluntad política.*** Catalizador que facilita la participación del sector público y proporciona viabilidad a las actividades; de otra forma, los proyectos tendrán un curso tórpido y lento.
- ***El diagnóstico del entorno.*** Ejercicio colectivo que permite determinar cuales son los problemas de salud, los condicionantes de vida, los factores de riesgo y los factores protectores; como elementos que permiten fijar las prioridades, determinar las intervenciones, la factibilidad y responsabilidades y, elaborar un proyecto en un tiempo y lugar determinado.
- ***Participación de la Comunidad.*** La intervención activa de la colectividad en la deliberación y toma de decisiones, y el compromiso con la mejoría de su medio ambiente es fundamental para determinar los problemas que requieren respuesta.
- ***Participación Intersectorial.*** Una mirada interdisciplinaria y el compromiso de los diferentes sectores, es clave para

que estos espacios sean diseñados a escala humana y accesibles a las necesidades de los consumidores. Una mirada integradora con un enfoque holístico, permitirá que ese medio ambiente facilite el desarrollo de habilidades y destrezas, y sea una fuente de crecimiento personal.

- ***Fortalecimiento del Tejido Social.*** Es a partir de las comunidades y sus organizaciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, donde se entrelaza la trama que articula el interés público y el privado. Ellas actúan como elementos independientes pero sincronizados, para mejorar su eficacia y dinamismo. Esta sinergia puede llegar a potenciar las acciones que cada uno pueda hacer por separado.
- ***La Estética Social.*** Surge de una redefinición semántica del concepto de lo estético que no sólo apela a lo bello sino a la sensibilidad, al sentir frente a la construcción conjunta y a la producción de intercambios significativos en los que el proceso es más importante que el resultado (Corporación Opción Colombia 1997); en ella los aspectos conflictivos de la vida cotidiana se representan mediante rituales, juegos, arte y dramaturgia popular. Este trabajo plantea la armonía y promueve una vigilancia ética frente a los actos cotidianos públicos, privados o institucionales.
- ***Enseñanza de Habilidades y Destrezas.*** Para que las personas que viven los entornos tengan herramientas de transformación, que les permita alcanzar cambios positivos de sus comportamientos y estilos de vida.
- ***Empoderamiento.*** Necesario para la obtención de la autonomía personal y colectiva, y de la capacidad de tomar decisiones informadas respecto a la propia salud, la familia y la comunidad. En términos amplios, el empoderamiento implica un cambio de mentalidad y de actitudes, en una comunidad que se hace cargo de sus capacidades, saberes, deberes y derechos.
- ***Desarrollo Sostenible.*** Debe estar en el horizonte de los proyectos para transformar los entornos en saludables (Naredo y Rueda 1996). Para ello, es preciso evitar poner en riesgo los entornos naturales. Esta es una condición necesaria para hacer operativos los proyectos, que dependerá tanto de la posibilidad que tengan de abastecerse de recursos como de deshacerse de los residuos (Rueda 1996).
- ***La selección de las mejores prácticas.*** Ejemplifica acciones que pueden ser recomendadas para su aplicación posterior en condiciones similares. Las mejores prácticas representan las últimas soluciones a los problemas más comunes que enfrentan las comunidades. Se consideran como las mejores prácticas, los procesos de aprendizaje que constituyen una base para lograr acciones efectivas de mejoramiento directo o indirecto de los entornos de una manera sustentable y que además, permitan hacer transición de proyectos de pequeña a gran escala (ONU 1996).

3. Ejemplos Operacionales

Mientras en los países industrializados el desarrollo de "*entornos saludables*" se analiza desde una perspectiva amplia que busca mejorar la calidad de vida y un desarrollo medio-ambiental sostenible (Rueda 1996 y Habitat II), según Helena Restrepo "*en los países en vías de desarrollo un grupo importante de prioridades para el desarrollo de entornos saludables se ubica en el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico*" (Restrepo 1996). Los problemas de agua, basuras, desechos y contaminación ambiental son determinantes de una problemática que afecta el desarrollo en muchos países de América Latina, razón por la que, este componente ha sido definido como prioritario en muchos proyectos de municipios

saludables, tanto en Centro América como en Venezuela y Colombia (Mandl y Toba 1999).

3.1 Mejoría del entorno socio-ambiental: el caso de la ciudad de Curitiba en el Estado de Paraná-Brasil

Esta ciudad como muchas ciudades en América Latina, ha encarado problemas de degradación ambiental, desempleo y violencia; sumado a un crecimiento poblacional que de medio millón de habitantes en 1965, pasó a 1.5 millones a finales de la década de los noventa. En los últimos diez años, la ciudad ha tenido un proceso de planificación y rediseño que la ha convertido en la capital ecológica del Brasil. Su Alcalde cree que "*Las ciudades, como instrumento de cambio necesitan ser descubiertas*" (Lerner 1995), y el mejoramiento de su espacio público es evidente en los últimos 25 años. En 1970 sólo existían 0,5 metros cuadrados de espacio abierto por habitante. Hoy existen 52 metros cuadrados por residente. Se han plantado 1.5 millones de árboles, se establecieron mil plazas y 16 parques a través de la ciudad, con periódicos murales para la lectura pública y rutas para bicicletas.

Otro de los aspectos de la revitalización de Curitiba ha sido su carácter de naturaleza voluntaria y participativa. El reciclaje fue introducido en las escuelas, los niños aprendieron y enseñaron a sus padres a recoger y seleccionar la basura en casa. Hoy las 2/3 partes de la basura de la ciudad (100 ton) son recicladas y sirven para la recuperación de alcohólicos e indigentes que colaboran con los servicios sociales. El programa es voluntario y como bonificación, los participantes reciben bonos para comida y transporte. Cerca de 25.000 familias participan de este programa y su éxito, ha producido una disminución en el daño ambiental y la reducción de la morbilidad y mortalidad infantiles, especialmente en las áreas más pobres de la ciudad.

Quizá el aspecto más conocido de Curitiba es el sistema de transporte, desarrollado con el lema "*Transporte para todos*" (Edesio 1995). Su diseño tiene una cobertura total, y comprende: a) Un servicio expreso que acorta el tiempo de transporte a la mitad; b) Un sistema interdistrital que conduce a terminales; y c) Rutas directas que atraviesan la ciudad en un eje norte-sur en forma expresa, conectándose con un metro de superficie que cubre la ciudad y que alivia el tráfico. Como resultado la contaminación ambiental es mucho menor. El sistema de transporte público emplea 25% menos de gasolina por vehículo y la congestión del parque vehicular es menor, si se compara con otras ciudades del mismo tamaño (Ravinivitch 1992).

3.2 Mejoría del entorno cultural

El mejoramiento de los ambientes culturales ha demostrado también ser un área atractiva para las acciones intersectoriales de la Promoción de la Salud. Como ejemplos están las experiencias de Palmira (Colombia) y Majadahonda (España).

En Palmira se realiza la Feria Nacional del Niño y su Mundo desde inicios de la década de los noventa, con la participación de organizaciones gubernamentales presididas por la Alcaldía Municipal y organizaciones de carácter civil y comunitario. Entre sus acciones se cuentan: la adecuación de parques y espacios públicos que sirven para realizar demostraciones de servicios de atención integral en salud orientadas al niño y la familia; el desarrollo de actividades promocionales como la vacunación contra la violencia intra-familiar, que involucra a padres de familia, cuidadores, maestros y niños; y acciones preventivas como la fluorización bucodental y las inmunizaciones en un ambiente lúdico y de recuperación de juegos tradicionales. También exhibe murales representativos del arte y el folklore de los municipios colombianos. Las microempresas femeninas exponen y venden material didáctico infantil que producen para las es-

cuelas y ludotecas comunitarias (Gómez 1999).

En Majadahonda (España) entre el ayuntamiento de la ciudad, las asociaciones científicas (Asociación española de Medicina e Higiene escolar y Universitaria), Las asociaciones de padres de familia y la empresa privada a través de una alianza estratégica, realizan una feria cultural que incorpora actividades educativas, lúdicas y de promoción de hábitos saludables en torno al fortalecimiento del vínculo familiar (Sáez 1999).

3.3 Optimización del entorno institucional

Existen en la literatura ejemplos muy ilustrativos de procesos de estímulo al desarrollo de entornos saludables. Algunos se orientan a establecer la selección de actividades que contribuyan directa o indirectamente a mejorar los entornos de una manera sustentable. Entre ellos podemos citar los procesos iniciados con políticas públicas que han conducido al desarrollo de:

a) Escuelas Saludables

Esta iniciativa emerge en la década de los noventa como Escuelas Promotoras de la Salud, impulsadas por la OMS, UNICEF y UNESCO (1990) para promocionar la salud en la escuela. El entonces Director de la OMS, Hiroshi Nakayima enunció "*Educar a los niños para la salud a través de la Escuela, debe ser una prioridad, no sólo para el sector salud. Para que los niños aprendan, deben de gozar de buena salud*" (Nakajima 1996 y Obyrne 1994).

Siempre se ha considerado que la escuela es un componente básico del proceso educativo, en el que se ha prestado atención al diseño, la construcción y el mantenimiento de la estructura física; así mismo, se ha hecho hincapié en los aspectos curriculares tradicionales, como la enseñanza de matemáticas o geografía, y se ha puesto más el acento en la enseñanza que en el aprendizaje. Hoy en día este punto de vista tradicional ha evolucionado, y se considera a la escuela como un sistema de elementos interdependientes, que incluye no sólo la planta física sino también el ambiente emocional y social. Por esto la Promoción de la Salud en la escuela, forma parte de una visión integral que considera a los niños dentro de su entorno familiar, comunitario y social.

> "Las escuelas que cuentan con una construcción segura y confortable, con instalaciones sanitarias adecuadas y un ambiente psicológico positivo para el aprendizaje, que propenden por relaciones humanas constructivas y armónicas y que promueven aptitudes y actitudes positivas hacia la salud, favorecen la recreación y el deporte, son las escuelas promotoras de la salud" (Henderson 1994).

Existen Redes de Escuelas que intercambian experiencias significativas en Europa, América Latina (Cerqueira 1996), y se están desarrollando también en otros continentes (Barnekow 1996).

En Colombia la Estrategia de Escuela Promotora de la Salud iniciada en 1996, se transformó en "*Escuela Saludable por la Paz*", en respuesta a la violencia endémica que sufre el país[1] y como medio para la construcción cultural de la paz en generaciones futuras. Se enmarca en una política pública nacional, tendiente a generar la convivencia pacífica en los espacios de la vida cotidiana, denominada "*Haz Paz*" (Presidencia de la República de Colombia 1999).

[1] La violencia es la primera causa de mortalidad para la población en general – en Colombia desde 1985 – según el Ministerio de Salud colombiano.

La estrategia aprovecha el espacio escolar para promover competencias psico-sociales, aptitudes y destrezas, para enfrentar eficazmente los retos de la vida diaria mediante programas como:

- ***Habilidades para la vida***, desarrolla destrezas que permiten lograr un manejo armónico consigo mismo, con otras personas y con el mundo circundante. La enseñanza parte de la capacidad que debe tener el niño para expresar sentimientos, tomar decisiones, resolver conflictos, comunicarse efectivamente y sobreponerse a las dificultades (OMS 1993, Ministerio de Salud de Colombia 1998).
- ***Valores para vivir***, para establecer desde muy temprano un sistema de valores éticos para la convivencia ciudadana a partir de las aulas. Es indispensable que la comunidad escolar determine claramente los valores que quiere legar a sus hijos. Se requiere de un alto compromiso del docente, cuyo papel va más allá de transmitir información, para transformarse en un maestro que ejemplifica con su vida y que considera que todo acto educativo encierra un comportamiento ético, no sólo por el ejercicio formativo en sí mismo, sino por sus consecuencias (Ministerio de Educación Nacional 1998).

La Escuela Saludable parte del diagnóstico de las necesidades identificadas por la comunidad escolar, mediante un proceso participativo de maestros, alumnos y familia. El Plan de trabajo forma parte del currículo escolar o "*Proyecto Educativo Institucional*" –PEI– a fin de generar procesos de formación integral y de desarrollo individual y colectivo.

b) Cárceles Saludables

La tarea de quienes trabajan en un sistema carcelario es ofrecer a los hombres y mujeres privados de libertad, la oportunidad de cambiar y transformar positivamente sus vidas (Coyle 1996).

El movimiento de cárceles saludables, se inició en Inglaterra a partir del reconocimiento que en 1992 hace el conocido Documento Blanco cuando enuncia los elementos de la "*Salud de la Nación*" (Department of Health 1992), e identifica como ámbitos de trabajo, las escuelas, los sitios de trabajo, los hogares, los hospitales y también las prisiones.

El desarrollo inicial de cárceles saludables en Liverpool, ha conducido a que este concepto se encuentre en proceso de diseminación en otros países europeos, y se tiende a la formación de la Red Europea de Cárceles Saludables que apoya la Organización Mundial de la Salud. Una cárcel saludable debe estar comprometida con la Promoción de la Salud de la población carcelaria.

Los determinantes de la salud en el ámbito carcelario son:

- El ambiente físico, social y político en el contexto de la prisión.
- La cultura organizacional de la cárcel.
- Las características demográficas de la población privada de libertad y los problemas sanitarios ligados a estas particularidades.
- La capacidad de mejorar las habilidades y destrezas que permitan a los internos enfrentar dignamente la vida.
- El establecimiento de vínculos con la comunidad externa a la prisión (University of Liverpool 1996).

La Cárcel Saludable parte del diagnóstico de las necesidades identificadas tanto por los presos como por los guardianes y el personal de salud, y promueve el bienestar a partir de un proceso participativo de la comunidad carcelaria. Es vital buscar que los actores sociales desarrollen sus potencialidades positivas. El hacinamiento habitual y las pobres condiciones higiénicas, conducen a la desesperanza y hacen que un simple transgresor se torne en un delincuente profesional por falta de oportunidades para su adecuación.

4. Conclusiones

La revisión del tema de *"Entornos Saludables"* lleva a concluir que si bien, éste es un componente significativo en el desarrollo de la PS, aún tiene poco desarrollo. Hecho atribuible a que la construcción de *"entornos saludables"* requiere medidas continuas y sistemáticas de carácter estructural a mediano y largo plazo. Medidas que deben enfrentar la dificultad de comunicación entre los grupos de interés y los aspectos más amplios del entorno, que modelan la elección individual pero que muchas veces escapan al control individual.

Hoy en día, restaurar el equilibrio en el interior de la comunidad y desarrollar colectivamente *"entornos saludables"* habitables, sustentables y accesibles a las necesidades de las comunidades, requiere del engranaje de toda una ingeniería social que debe involucrar:

- ***El compromiso político,*** que exige el despliegue no sólo de habilidades gerenciales, sino del arte de lograr consensos y dirimir conflictos de interés entre diferentes sectores y grupos políticos en favor del bien público. Cada vez más, se necesita de la transparencia en el ejercicio público y de la vigencia de una *"contabilidad social"* o gestión pública por resultados. Este es el gran imperativo ético y el gran desafío de los servidores públicos.
- ***El diálogo de la sabiduría popular,*** para que los actores sociales que son los usuarios naturales de estos entornos, puedan desplegar todo su potencial, y efectivamente determinen sus necesidades y preferencias, de tal manera que no sólo hagan una utilización reconocida del lugar, sino que puedan establecer una relación con él e integrarlo a sus vivencias; apropiarse del lugar y convertirse en actores de su transformación y no simples espectadores.
- ***Una planificación a escala humana del entorno urbano,*** que identifique cómo habitan las personas en determinados espacios, cuáles son sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones tienen. Por otra parte, que tenga en cuenta la mirada y participación de las diferentes disciplinas en la reflexión, planificación y puesta en marcha de los proyectos.

Bibliografía

ANTONOVSKY (1996), citado por Kikbusch I. En: Global Experiences in *Health Promotion since Ottawa Charter and Future Action for International Collaboration based on its framework*. WHO: International Forum on Health Promotion.

BARNEKOW, R. (1996). Novedades en una Europa en rápida evolución. Salud Mundial. 49 año No 4, julio-agosto.

BERKMAN, L. F. and SYME, S. L. (1979) Social networks, host resistance and mortality: A nine years follow-up study of Alameda County Residents. Am. J. Epidem vol. 109: pp. 186-204.

BUCK, C. (1985) Después de Lalonde: La creación de la salud. Canadian Journal of Public Health 1985, 76 (suppl. May-June).

CERQUEIRA (1996). Las escuelas promotoras de la Salud en las Américas. Salud Mundial. 49 año No 4, julio-agosto.

CHAWE, S.P. (1984). The origins and development of Public Health. En: HOLLAND, DETELS and KNOX. Oxford Textbook of Public Health: Oxford University Press.

CORPORACIÓN OPCIÓN COLOMBIA (1997). La Estética Social como herramienta de gestión comunitaria".

COYLE, A. (1996). Healthy Prisons: A vision for the future. 1est. International Conference on Healthy Prisons. Liverpool. pp. 24-27. March.

DEPARTMENT OF HEALTH (1992). The Health of the Nation: A Strategy for Health in England. London. HMSO.

EDESIO, J. (1995). Curitiba, Brazil, successfully integrating land use and transport policies, Interantional Report. Planning Magazine. June.

GÓMEZ, M. I. (1999). La participación intersectorial en la Feria Nacional del niño. Palmira- Valle de Cauca. Comunicación Personal. Noviembre.

HABITAT II- Desarrollo comunitario e intervención sociolaboral en la periferia de la ciudad de Salamanca (España).

HART, J. (1925), citado por TONUCCI, F. La cita des bambini (1996). Biblioteca Pedagógica. Colección Fundada por Lorenzo de Luzuriaga. Editorial Lozada. Buenos Aires.

HENDERSON A. C. (1994) The importance of a healthy school environment. En: CORTES Ep, Middleton K, Eds. The comprehensive school health challenge: Promoting health through education. Vol.1. Santa Cruz, California: ETR Associates.

LALONDE, M.A (1974). A new perspective on the health of Canadians: A working document, Government of Canada.

LERNER, J - Mayor of Curitiba- (1995) Curitiba´s voluntary sustainability. Case studies Sustainability in Action: Profiles of community initatives American Forum for Global Education.

MANDL, J., TOBA, M. Edit. (1999). Municipios hacia la Salud: La experiencia Venezolana, Tomo II, Red Venezolana de Municipios hacia la Salud, Caracas. OPS.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL (1998). Educación ética y valores humanos. Proyecto Edit. Creamos alternativas.

MINISTERIO DE SALUD (1998). Programa Habilidades para vivir. Marco Teórico. Programa de Comportamiento y Salud - Equipo Técnico de Fe y Alegría. Santa Fe de Bogotá, D.C.

MUMFORT, Lewis (1945). La planificación para las distintas fases de la vida La rivista di urbanistica.

NAKAJIMA, Hiroshi (1996). Escuelas Promotoras de la Salud. Salud Mundial. 49 año No 4, julio-agosto.

NAREDO, J. Y RUEDA, S. (1996). La ciudad sostenible: Resumen y Conclusiones. Presentado en la Conferencia de Hábitat II. Estambul – Junio.

OBYRNE (1994). La iniciativa mundial de Salud Escolar de la OMS. SaludMundial. 49 año No 4, julio-agosto.

OMS (1993). Enseñanza de habilidades para vivir en las Escuelas Ginebra. División de Salud Mental. Versión en español.

OMS, UNESCO, UNICEF (1990). Strategies introduce Health School Promotion.

ONU (1996). The United Nations Conference on Human Settlement Habitat. A guide to nominating and learning from the best practices in improving living environment. The City Summit Istambul.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1996). Informe Anual del Director. Gente Sana en entornos saludables.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA (1999). Política de Convivencia Pacifica "Haz Paz".

RAVINIVITCH, J. (1992). Curitiba: Towards sustainable development. Environment and Urbanization, 4 (2) October.

RESTREPO, H. (1996) La promoción de la salud y la nueva práctica de la salud pública. Revista de la Facultad de Salud Pública. Universidad de Antioquia, Colombia. Vol. 14 (1) julio – diciembre.

RUEDA S. (1996) . Habitabilidad y calidad de vida. Presentado en la Conferencia de Habitat II. Estambul - Junio.

RUEDA, S. (1996). Habitabilidad y calidad de vida. En: Ciudades para un futuro más sostenible. Memorias Conferencia de Habitat II. Estambul- Junio.

SÁEZ CRESPO, A. (1999). Promoción de la Salud en la Feria escolar de Majadahonda. Boletín de AMHEU. Primer Semestre.

SMALL, D. (1993) The origins of unhappiness: A new understanding of personal distress. London. Harper Collins.

SUNDSVALL (1992) Supportive Environments for Health- Sundsvall Statement.

UNIVERSITY OF LIVERPOOL (1996). Healthy Prisons: A vision for the future. 1est International Conference on Healthy Prisons. Liverpool, 24-27. March.

20 Comunidades indígenas

Javier Uribe Echeverri

Se realiza una revisión conceptual para dar a conocer a los interesados en este campo algunos referentes técnicos, políticos y prácticos, de tal forma que puedan contar con bases para el abordaje de este tema. Se han considerado algunas tendencias internacionales que con el tiempo se han constituido en marcos obligados de referencia, aceptados por las autoridades de salud de la Región. Igualmente se abordan los aspectos centrales de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas en América –Iniciativa SAPIA–. De manera paralela se ha realizado una juiciosa revisión del material disponible que aunque escaso, dada la especificidad del tema, recoge la importancia de considerar las particularidades conceptuales y culturales altamente específicas y relevantes en las comunidades indígenas.

En consideración a la importancia del tema y al escaso material que se encuentra documentado de una manera organizada, se ha realizado la adaptación de una metodología que permite la documentación de experiencias prácticas exitosas en Promoción de la Salud en comunidades indígenas. En el presente artículo se incluyen los perfiles de las experiencias: Promoción y Prevención en Enfermedades Bucodentales para las zonas de Papunahua, Isana y bajo Apaporis en el Vaupés y, En búsqueda de un modelo de salud para el pueblo indígena del Vaupés.

Introducción[1]

La búsqueda de la meta de "*Salud para Todos*" presenta nuevos y complejos desafíos. 500 años después del encuentro de dos mundos, las cifras disponibles permiten establecer las

[1] Textos adaptados de la información disponible en la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. En su versión original puede ser consultado en la dirección electrónica http://www.paho.org/spanish/hsp/hso_indig_home.htm

inmensas inequidades existentes entre los grupos poblacionales de la Región (en América se estima una población de 43 millones, agrupadas en unas 400 etnias), dentro de las que la población indígena es una de las más vulnerables como se observa en los siguientes indicadores:

- ***En salud materno infantil:*** La mortalidad de los lactantes indígenas es 3,5 veces más alta en Panamá (Amaris et al 1992). El 20% de los lactantes indígenas en Bolivia mueren antes de cumplir un año y 14% de los sobrevivientes muere antes de alcanzar la edad escolar (Asongs 1986). La mortalidad infantil nacional en Chile fué de 17,1 por 1.000 nacidos vivos, comparada con 20,6 en las comunidades indígenas (UFRO 1988); en el Perú fué de 169 por 1.000 nacidos vivos, en comparación con 269 para las poblaciones indígenas (Masferrer 1983); en Belice los niños mayas en edad escolar, mostraron un retardo del crecimiento mayor que el que presentan los niños de los otros grupos étnicos (Gobierno de Belice et al 1996); en México, la mortalidad entre los niños indígenas en edad preescolar es de 12,8%, frente a 4,8% en el nivel nacional (Instituto Nacional Indigenista 1993); la tasa de mortalidad materna en la población indígena de Guatemala es 83% más alta que la tasa nacional (Velázquez 1994).
- ***En lo referente al impacto de algunas patologías y la expectativa de vida:*** La mortalidad por diabetes fué 166% más elevada en los indígenas estadounidenses (Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos 1996); en Canadá, la tasa de 1990 estandarizada por edad, de muertes por accidentes y violencia, correspondiente a la población indígena es de 81/100.000 habitantes, comparada con 46/100.000 para la población canadiense (Minister of National Health, and Welfare 1992); en Honduras, la esperanza de vida de los hombres y mujeres indígenas es de 36 y 43 años respectivamente, mientras que en la población general (Rivas 1993), es de 65 para los hombres y 70 para las mujeres.

El anterior contexto como lo mencionan algunas publicaciones, permiten reconocer que *"la salud como bienestar integral, no es la resultante exclusiva de los servicios prestados a los individuos o colectividades, sino que depende también de las políticas adoptadas por los diferentes sectores estatales en el marco de la equidad"*. También se reconoce que *"las acciones puramente médicas en la prestación de servicios de salud, además de insuficientes, han resultado inadecuadas para enfrentar un perfil epidemiológico tan complejo y de tan difícil resolución"* (OPS/OMS 1993).

La Organización Panamericana de la Salud –OPS– definió la atención especial de la salud de los pueblos indígenas, basada en el respeto de los valores propios de cada cultura, con el objetivo preciso y definido de fortalecer las identidades recíprocas, como base para el cambio necesario, aprendiendo y comprendiendo los problemas, para definir sobre la base de este entendimiento, políticas y planes de acción que contribuyan realmente a su solución.

Se sabe que a través de este proceso de fortalecimiento de la identidad cultural, se pueden recuperar y utilizar las muchas, profundas e importantes lecciones del saber autóctono de nuestra América, que pueden y deben complementar ese otro saber que nos da la ciencia y la tecnología modernas.

1. Contexto internacional de la Promoción de la Salud en los pueblos indígenas: una mirada desde la Organización Panamericana de la Salud

La Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas –SAPIA– es por principio una iniciativa de Promoción de la Salud, que resulta evidente al revisar la doctrina

de esta estrategia definida en la Carta de Ottawa, adoptada por la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en noviembre de 1986 (OMS 1986). La Carta de Ottawa dice que *"la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma"*.

La Promoción de la Salud, ha sido *"concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva"*. De esta manera, la Promoción de la Salud es una estrategia para materializar la concepción de salud en el desarrollo (OPS 1991). En consecuencia, la estrategia de Promoción de la Salud se constituye en una orientación básica para apoyar la Iniciativa SAPIA.

2. Marcos de referencia

2.1 Técnicos

Marc Lalonde, Ex Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá, definió el concepto de *"Campo de la Salud"*[2], con dos ejes fundamentales: el medio ambiente y los estilos de vida. Ambos marcan de una manera particular el diseño de intervenciones en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en comunidades indígenas, si tenemos en cuenta que con respecto a su entorno éste ha sido manejado de manera ancestral, con criterios de conservación y preservación acordes con sus tradiciones.

En algunos casos, estas tradiciones se han dejado de lado por la presión de la pobreza, obligándolos a adoptar medios de producción rápidos y que les brinden alta rentabilidad económica, como el cultivo de algunos precursores de drogas psicoactivas, principalmente en la región andina de Sur América y en otros casos, aunque en menor número, su incorporación al trabajo mecanizado ha generado problemas relacionados con la contaminación (enfermedades profesionales), alta vulnerabilidad a los accidentes laborales, etc.

De manera paralela su entorno familiar, social y cultural se ha visto afectado, pues por lo general se ven obligados a ocupar zonas urbano-marginales de las grandes ciudades, únicos sitios donde su capacidad de producción le permite su sostenibilidad económica. Claro ejemplo de ello puede observarse en la apreciación de Carol Buck[3] cuándo establece, con respecto a la promoción de hábitos saludables en alimentación, que *"no puede esperarse que las personas que acuden a los servicios de bienestar social se vean motivadas a incrementar el contenido proteico y vitamínico de sus dietas cuando su mayor problema es satisfacer el hambre que tienen"*.

Desde el punto de vista conceptual no se puede olvidar que la Promoción de la Salud es definida[4] como *"el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar esa salud"*. En este contexto la Dra. Ilona Kickbusch, considera la salud como *"un recurso aplicable a la vida cotidiana y no como el objetivo de esa vida; es un concepto positivo que se apoya en los recursos sociales y personales y también en la capacidad física"*; lo que per-

[2] Para mayor información se puede consultar: El concepto de "Campo de la salud": una perspectiva canadiense. Marc Lalonde.

[3] Información complementaria puede revisarse en el artículo "Después de Lalonde: la creación de la salud", presentado en la Conferencia sobre Políticas de Salud Pública celebrada en Toronto, Canadá, 7 a 12 de octubre de 1984.

[4] Según el "Proyecto regional/interregional de Promoción de la Salud", OMS.

mitiría pensar que, en el caso de las poblaciones indígenas, la conformación en fuertes redes sociales será el eje fundamental de las iniciativas de Promoción de la Salud, siempre y cuando su abordaje se realice sin vulnerar su entorno cultural.

2.2 Políticos

La transformación de los Sistemas Nacionales de Salud y el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud –SILOS– (OPS 1990), aparecen como un recurso táctico valioso para la superación de los actuales problemas de déficit de cobertura, falta de acceso, pobre aceptabilidad y bajo impacto en salud de los sistemas y servicios de salud entre las poblaciones autóctonas. La participación social es uno de los ejes centrales de la estrategia SILOS, a partir de la que se reconoce la necesidad de desarrollar una relación horizontal y simétrica con las organizaciones y comunidades indígenas, generando espacios de concertación entre los distintos actores sociales en el nivel local.

La búsqueda de una mayor equidad, a través de la descentralización y la intersectorialidad, y la investigación participativa, son aspectos de la mayor relevancia para el desarrollo de la iniciativa SAPIA (OPS/OMS 1990).

Es dentro del escenario de los SILOS, donde el saber tradicional de los pueblos autóctonos puede rescatarse y articularse con el saber y quehacer institucional de manera recíproca. Es también en los SILOS, donde puede medirse el impacto de las diferentes acciones frente a metas concertadas de salud y bienestar. El desarrollo y fortalecimiento de SILOS constituye la estrategia práctica fundamental, para alcanzar salud en la diversidad de situaciones y necesidades concretas desde el nivel local.

Se presentan ahora algunos lineamientos de política, que pueden tomarse como marco de referencia a la hora de abordar el tema de la salud de los pueblos indígenas.

a) Plan de Inversiones en Ambiente y Salud: salud ambiental, preservación del habitat y protección de las formas de vida tradicionales

Constituye una iniciativa particularmente importante para los pueblos indígenas, tanto en apoyo a la movilización de recursos y esfuerzos para la superación de su condición de marginación, y la provisión de servicios básicos que garanticen condiciones mínimas de bienestar, como para aprender del saber ancestral de estos pueblos en su relación con el ambiente natural.

b) Recursos humanos

De acuerdo con las recomendaciones suscritas en este campo por la Reunión de Trabajo de Winnipeg, se requiere de actividades fundamentalmente orientadas hacia:

- La formulación de estrategias educativas para la formación de profesionales y trabajadores del sector salud en relación con la SAPIA.
- El apoyo a los centros formadores de recursos humanos en salud para la creación de incentivos particulares, que faciliten el acceso de indígenas a las carreras profesionales, y a la vez, adapten los currículos con el fin de ayudarlos a preservar su identidad y compromiso con sus pueblos de origen.
- El rescate de experiencias e iniciativas de la Región con el fin de asistir a los países miembros, en la generación de estrategias e incentivos para que los trabajadores de la salud se interesen en trabajar en comunidades indígenas.

c) Evaluación y vigilancia de la salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas

Es necesario establecer mecanismos apropiados de recolección y utilización de la información, que cuente con la perspecti-

va y el apoyo de organizaciones y comunidades indígenas. Se hace imperativo contar con una información de base y con sistemas de vigilancia adecuados y de bajo costo, (v.g. con poblaciones centinela o en muestras seleccionadas) que permitan evaluar, sobre una base periódica, el impacto y los avances de proyectos e intervenciones en las comunidades autóctonas.

Existen por otro lado, estrategias e instrumentos de evaluación rápida, que pudieran superar en el corto plazo la falta de información en ciertos sectores y problemas.

d) Formulación de políticas de salud de los pueblos indígenas, aspectos legales y éticos

Se debe ayudar a los países miembros a revisar las políticas macro y las sectoriales que tienen o deberían tener que ver con la resolución de los problemas de salud específicos de los pueblos indígenas en el país o en alguna región particular, contando con la presencia vigorosa de las identidades indígenas y la reiteración de la propuesta de estados nacionales, pluriculturales y multilingües, abiertos hacia la diversidad y el pluralismo (OPS/OMS 1993).

El apoyo al rescate y revaloración de los pueblos indígenas, y la búsqueda de un nuevo tipo de interrelación entre ellos, el Estado y la sociedad nacional, incluidos los llamados sectores de solidaridad, constituyen aspectos centrales de las nuevas políticas.

Entre las áreas de política que merecen especial consideración y desarrollo está la que se refiere a las prácticas tradicionales y a la utilización y preservación de plantas medicinales, reconociendo la vigencia, la trascendencia y el valor cultural de las prácticas médicas tradicionales. El abordaje de cuestiones jurídicas y legales para revisar los instrumentos legales y códigos pertinentes, tiene como propósito limitar o reducir los dispositivos que descalifican o proscriben dichas prácticas.

e) Programas, áreas y problemas de salud de particular importancia

Entre los problemas que afectan más intensamente a los pueblos indígenas y que requieren particular atención se encuentran:

- las distintas formas de violencia,
- el abuso de alcohol y sustancias,
- las enfermedades infecciosas,
- las enfermedades de transmisión sexual,
- los problemas relacionados con la contaminación del habitat y del ambiente de trabajo, y
- la malnutrición y las deficiencias de micronutrientes.

Entre los programas que merecen particular mención además de los ya tratados, los participantes de la Reunión de Winnipeg subrayaron:

- Salud mental.
- Salud, mujer indígena y desarrollo.
- Comunicación para la salud de los pueblos indígena.
- Alimentación y nutrición.
- Salud de las poblaciones migrantes, en particular de aquellos grupos transitorios en zonas fronterizas.

2.3 Sociales

Es indiscutible que el final de siglo marcó dentro de los procesos de globalización, el resurgir de la polémica por la conservación de los patrimonios culturales de los grupos étnicos y entre ellos, particularmente de las comunidades indígenas.

En el caso de la Promoción de la Salud, este contexto social representa inmensos retos, por la necesidad de incorporar a poblaciones con culturas y creencias específicas, una serie de acciones que han demostrado mejorar la calidad de vida de las personas como son la vacunación, el adecuado manejo de las excretas, etc. De manera paralela ha de abordarse el problema instrumental para realizar las intervenciones, pues por lo general los profesionales

de la salud no tienen formación para el abordaje de comunidades con particularidades étnicas y sociales.

Al respecto, revisando algunas experiencias prácticas realizadas con comunidades indígenas se encuentra que "*... la gran mayoría de los problemas tenían como origen las permanentes contradicciones entre la antropología y las disciplinas específicas de la salud; en últimas se resaltaban los conflictos permanentes entre los enfoques cualitativos, cuyos resultados sólo pueden entreverse a muy largo plazo, y las necesidades inmediatas de mostrar resultados en términos de la relación costo/esfuerzo/beneficio (Herrera y Lobo-Guerrero 1998)*".

Es importante destacar en especial que a partir de la década de los años 80, el fortalecimiento de la participación comunitaria ha permitido de una manera organizada, preservar los valores sociales de las comunidades con particularidades étnicas. En estos casos, la mayor debilidad para alcanzar un mayor impacto en el desarrollo de procesos de participación, que propendieran por incorporar la Promoción de la Salud en sus quehaceres diarios, se debió a la escasa participación y compromiso de los gobiernos, que en muchos casos, sobre todo en un comienzo, no dieron el suficiente apoyo a dichas acciones en los Ministerios de Salud. En el caso de América Latina, otro aspecto que ha dificultado el proceso, ha sido la escasa formación que los profesionales de la salud tienen en el área de la Promoción de la Salud.

En algunos casos, como la experiencia realizada en el Departamento del Vichada-Colombia en 1985, se logró que el perfil del promotor de salud indígena, transformara su rol institucional en un rol comunitario; las diferencias significativas entre estos perfiles se observa en la Tabla 1.

2.4 Económicos

Este es posiblemente uno de los referentes más difíciles de abordar cuando se analiza cualquier comunidad indígena, en consideración a que el modelo de producción continúa siendo de subsistencia, frente a modelos de desarrollo basados en la acumulación. De manera paralela los recursos públicos con que las comunidades cuentan, generalmente son marginales frente a otras asignaciones de los gobiernos.

En el caso de la Promoción de la Salud y de la Prevención de la Enfermedad, este referente ha de considerarse como central si se tiene en cuenta que las acciones tienen alto costo en su inicio, costo que se incrementa significativamente considerando

Tabla 1. Diferencias en los roles institucional y comunitario del Promotor de Salud.

Perfil Institucional	Perfil Comunitario
Diagnostica las enfermedades comunes y presta primeros auxilios a los enfermos.	Investiga la realidad de su aldea.
Repite los discursos memorizados sin mayor impacto en la comunidad.	Es crítico y activo ante los factores de riesgo que afectan a su población.
Facilita la labor de los profesionales médicos en la comunidad.	Educa orientando a su gente y aprende de ella.
Espera a que los problemas ocurran para buscar soluciones.	Comparte las actividades sociales, económicas y político-culturales de su población.
Su sitio de trabajo es el puesto de salud.	Es un buen técnico sanitario; sabe dar cuidados a los enfermos.

Fuente: Herrera Lobo-Guerrero (1998).

que los usuarios de dicha información, en el caso indígena, tienen limitantes de acceso (generalmente habitan lugares inhóspitos y de difícil acceso), y más preocupante aún, el diseño del material y su apropiación que requiere de largos y cuidadosos procesos, debido a las particularidades propias de cada cultura, lo que representa el financiamiento de equipos multidisciplinarios (personal de salud, pedagogos, antropólogos, etc.), que puedan desarrollar dicha labor con responsabilidad.

2.5 Culturales

Se destaca por su especificidad técnica la experiencia desarrollada en Nunavut, territorio canadiense con 25.000 habitantes, siendo el 85% de población nativa inuit. La reciente creación de este territorio y la trasferencia del Estado de US$ 737 millones en los próximos 8 años, es considerado por muchos (Johnson 1999), como el "*paso más osado que una nación haya dado jamás para satisfacer los reclamos políticos y geográficos de sus pueblos aborígenes*". Este esfuerzo financiero será sólo el primer desafío de los servicios de salud en la provincia, pues a diferencia del país, en salud este territorio marca un gran contraste pues la "*tasa de mortalidad infantil en Nunavut es el doble del promedio nacional, y la tasa de embarazos precoces también es elevada. Las tasas de tuberculosis y de enfermedades de transmisión sexual del territorio exceden en forma alarmante el promedio nacional; el abuso de alcohol y de sustancias tóxicas también está muy difundido. Alrededor de 68% de la población adulta fuma cigarrillos, en comparación con el promedio canadiense de 27%.*

La tasa de suicidios en Nunavut, es seis veces superior al promedio nacional, es la más alta del Canadá. Las razones que se citan generalmente se relacionan con las presiones por mantener un estilo de vida más moderno, el subempleo, la lenta desaparición de costumbres y tradiciones centenarias, la falta de experiencia de los inuit para vivir en asentamientos –especialmente en condiciones de hacinamiento– y la consiguiente pérdida de identidad y autosuficiencia". (Johnson 1999).

La referencia anterior muestra claramente, como se estableció al inicio del presente artículo, la manera marcada como a las condiciones históricas del desarrollo de las poblaciones indígenas, se ha sumado el reto de adaptarse a la modernidad.

A pesar de los desafíos, el gobierno del Canadá desde 1950, inició una serie de intervenciones de base comunitaria, programas fortalecidos en su componente de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en las áreas de nutrición prenatal, control del tabaco, consumo de alcohol, drogas y solventes, así como asesoramiento sobre suicidio y enfermería.

En la actualidad, y dadas las difíciles condiciones de acceso a los servicios, el escaso personal de salud y los costos que implica la atención, se ha tomado la determinación técnica y política de fortalecer los programas preventivos, pues como lo menciona el Ministro de Salud y Servicios Sociales de Nunavut Ed Picco "*además de lograr que la salud sea más sensible a los valores culturales, esperando cambiar las actitudes en cuanto a la salud. Queremos adoptar un enfoque más holístico y poner de relieve el aspecto preventivo de la salud. Queremos difundir información y decirle a la gente que se protejan a sí mismos. Pero ello llevará 5, 10 ó 15 años*".

Algunos pueblos indígenas representados por ONG's, han planteado sus aspectos culturales mostrando un abordaje integral entre la salud y el medio ambiente, expresando (OPIAC –Organización de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Colombiana– 2000):

> *"Para los pueblos indígenas el concepto del medio ambiente y salud, se halla asociado a la relación que tiene el hombre con el territorio, la naturaleza y el cosmos; conformando así un todo, que mediante el conocimiento y la aplicación de los principios generales del manejo cultural brindan las condiciones necesarias que garantizan la salud física y espiri-*

tual del pueblo indígena. De esta manera recobra importancia el fortalecimiento cultural de los pueblos indígenas, garantizando así su autonomía y pervivencia que significa la conservación del medio ambiente que les va a permitir seguir recreando las prácticas culturales y del conocimiento de la medicina tradicional y toda su concepción que en ella encierra.

Hablar de la conservación del medio ambiente de la Amazonia implica involucrar a los pueblos indígenas nativos de estos territorios, fortaleciendo la medicina tradicional, el conocimiento propio, la historia de las leyes de origen territorial y humano, su economía de subsistencia del medio natural, porque de la tierra es donde nacen las plantas y los animales necesarios para la alimentación, el trabajo, los diferentes medios de vida y sobre todo para curar y prevenir enfermedades; así mismo, es de donde proviene el espíritu de la naturaleza que causan las enfermedades y el control del medio ambiente; generalmente manejados y controlados por los sabios y ancianos de las comunidades indígenas con fundamento en el conocimiento milenario que poseen a través de la tradición de cada pueblo indígena.

Por otra parte se maneja una concepción de enfermedad propia como desequilibrio natural, que consiste en la relación que tiene un individuo con la naturaleza y su sociedad, en la aplicación y cumplimiento de las normas, en este sentido curar significa también restablecer el equilibrio entre el individuo, la naturaleza y el universo. Por eso decimos: un pueblo indígena sin tierra, sin medio ambiente sano, es estar enfermo y sin proyección de vida.

Las comunidades y pueblos indígenas mediante sus organizaciones representativas han iniciado un proceso de defensa y fortalecimiento territorial – ambiental, de acuerdo a los derechos constitucionales y normas especiales vigentes del orden nacional e internacional, para contribuir desde su propuesta en la construcción de una política alternativa para el país y el mundo; porque el conocimiento indígena es el que ha logrado mantener milenariamente el medio ambiente en sus territorios".

3. Experiencias prácticas[5, 6]

En consideración a que el tema de la Promoción de la Salud en comunidades indígenas, cuenta con escasa documentación en el ámbito internacional; en Colombia se han tratado de caracterizar las experiencias según los items descritos en los puntos 3.1 y 3.2 de este artículo.

Se pretende llegar a aprender y comprender los problemas de los pueblos indígenas de las Américas, para definir sobre la base de este entendimiento, políticas y planes de acción que contribuyan realmente a la solución de los problemas de salud que los afectan.

Se sabe que a través de este proceso de fortalecimiento de la identidad cultural, se pueden recuperar y utilizar las muchas, profundas e importantes lecciones del saber autóctono de nuestra América, que pueden y deben complementar ese otro saber que da la ciencia y la tecnología moderna. Se ha de trabajar junto con los líderes y representantes de los grupos indígenas, en los niveles internacional y nacional, mirando siempre hacia la obligación moral y la necesidad imperiosa de llegar a las comunidades particulares.

De manera ilustrativa, se reseñan los principales logros obtenidos en dos experiencias llevadas a cabo en la Amazonia co-

[5] Adaptado de la metodología presentada en la publicación: UNAIDS (1999). "Summary Booklet of Best Practices".

[6] Se ha distribuido a nivel nacional el documento "Experiencias prácticas exitosas en el desarrollo de programas de Promoción de la Salud en comunidades indígenas"; con el objeto de documentar desde la práctica algunos desarrollos temáticos.

lombiana, que presentan importantes aportes en esta discusión:

3.1 Proyecto Promoción y Prevención en Enfermedades Bucodentales[7]

Objetivo General

Implantar una estrategia de promoción, prevención y etnoeducación en salud familiar y comunitaria, con énfasis en salud bucodental.

Objetivos Específicos

- Impulsar procesos participativos de autodeterminación y autocuidado, para la protección de la salud bucal.
- Desarrollar investigación participativa para el conocimiento de las representaciones comunitarias del proceso salud-enfermedad bucodental.
- Producir material etno-educativo que permita la expresión artística y lingüística, de cada una de las etnias, para la retroalimentación del proceso de investigación participativa.
- Incidir en los procesos etno-educativos, mediante la implantación de una estrategia de educación en salud, dentro de los Proyectos Educativos Institucionales –PEI– de cada una de las zonas de intervención.

Antecedentes

Con la expresión de las comunidades acerca de las necesidades de salud específicas, se planteó una nueva propuesta de conformar grupos multidisciplinarios de salud para la atención integral de las comunidades del Departamento, asumiendo funciones principalmente promotoras de salud y de desarrollo comunitario, mediante la aplicación de estrategias etno-educativas, según el área de mayor preponderancia para cada zona específica.

De tal manera, durante la primera fase del proceso de investigación participativa, varias comunidades priorizaron las enfermedades de los dientes como uno de los principales problemas de salud, entre ellas: zona del río Papunahua, Querarí, Pirá, Paraná, Tiquié, Isana, etc.

Particularizando, la experiencia de etno-educación en salud bucal se inicia a partir de 1996 durante el desarrollo del proyecto, "*Promoción y etnoeducación en salud familiar y comunitaria para las zonas de Papunahua, Isana y bajo Apaporis en el Vaupés*".

La comunidad, con la asesoría del equipo extramural en salud, inicia los trabajos a finales de 1996, con el *Plan de Etno-educación en Salud Oral*, partiendo del diagnóstico comunitario y el diseño y producción de material etno-educativo.

Por tratarse de un programa identificado lingüísticamente por la etnia Curripaca, se propuso su extensión a las zonas del río Isana y Suruby, donde el grupo étnico Curripaco también tiene su asentamiento. El programa tuvo acogida por las comunidades y su participación se dió mediante grupos focales, de tal forma que en el proceso se logra terminar la prueba del material etno-educativo para salud oral de los Curripacos, teniendo en cuenta las siguientes actividades:

- Definición de la enfermedad
- Descripción del origen mítico de la enfermedad
- Causas de la enfermedad
- Signos y síntomas
- Tratamiento
- Prevención

Del desarrollo de estos temas surgen los correspondientes objetivos educacionales, expresados en forma bilingüe (Curripaco-Español), mostrando que más allá del estudio de la en-

[7] Información suministrada por el Servicio de Salud del Vaupés, Colombia.

fermedad, se generó un proceso de apropiación lingüística del material producido, para la educación de niños y adultos.

La primera fase de etnoeducación finaliza con el manual curripaco para la salud bucal *"Paumaca Machiaca Panoma" –Buscando Salud Bucal–*, queda pendiente la fase de retroalimentación, para la que se formuló el proyecto de *"Capacitación y Etno-educación para la Promoción de la Salud Bucal y la Prevención de las Enfermedades Bucodentales en la zona del río Papunahua, Isana, Pirá-Paraná y medio Apaporis"* como componente del Plan de Atención Básica (PAB) Departamental.

Actividades principales desarrolladas

- Investigación cualitativa-participativa
- Diagnóstico participativo.
- Elaboración de Planes Locales de Salud Oral.
- Formulación de propuestas de cofinanciación comunitaria.
- Desarrollo de acciones promotoras para la protección de la salud oral, articulado a saberes médicos de las diferentes áreas de la salud.
- Elaboración de material etno-educativo.
- Programas comunitarios de salud oral con responsabilidad de agentes comunitarios en salud.
- Seguimiento y evaluación de los proyectos.
- Acompañamiento y asesoría con investigación participativa.
- Etno-educación continuada.

Resultados

- Planes Locales de Salud Oral
- Planes zonales indígenas
- Programas etno-educativos
- Ampliación de cobertura
- Evaluación de resultados positivos.

Evaluación

Evaluación permanente de procesos y resultados durante la ejecución del proyecto.

Enseñanzas aprendidas

Conocer y actuar el mito y a partir de este proceso, analizar y complementar con la intervención de la salud oral desde la óptica moderna.

3.2 En búsqueda de un modelo de salud para el pueblo indígena del Vaupés

Objetivo General

Construir participativamente un Modelo de Salud adecuado al contexto indígena del Vaupés.

Objetivos Específicos

- Identificar participativamente los estímulos externos del medio ambiente contextual, en beneficio del bienestar físico, social, mental y espiritual del pueblo indígena.
- Definir y operativizar integralmente la diversidad de factores que intervienen en la solución de problemas de salud.
- Trabajar conjunta y coordinadamente para el intercambio de saberes y experiencias.

Antecedentes

Al estar coexistiendo en la región del Vaupés colombiano, el pueblo Tucano Oriental como pueblo de cultura tradicional, con la sociedad modernizada dominante de tipo occidental, se produce un fenómeno de superposición cultural en un mismo espacio y tiempo, generando un problema de marginalización del pueblo indígena, con respecto a las políticas de salud modernas. La contradicción entre estas dos culturas desata un grave problema de etnocidio cultural, infringido por la sociedad dominante, por lo que, la práctica médica tradicional, que por más de dos mil años había actuado saludablemente en la Amazonia colombiana, se ve amenazada de muerte.

Desde el punto de vista técnico del Servicio de Salud, se pudo conocer el fenómeno de superposición cultural e iniciar un proceso de revaloración de la intervención en salud propia del pueblo indígena, generando el intercambio de saberes y experiencias, para la complementación de las teorías y prácticas, con la medicina occidental.

Sobre la base de esta experiencia, también se pudo visualizar el umbral que separa los conceptos que van de la salud a la enfermedad, es decir, desde la óptica de la salud se ha demostrado la complementariedad entre los dos tipos de medicina, pero en lo que respecta a enfermedad y tratamiento hospitalario, se ha dificultado, porque la concepción clínica de la medicina occidental parte del proceso curativo, sobre la base de una etiología anatomo-clínica y desde el punto de vista de la concepción tradicional, la etiología responde a principios propios de la medicina ecológica indígena.

La complementariedad saludable en la operacionalización del Plan Obligatorio de Salud –POS– (Ley 100 de 1993), es un aspecto que hay que seguir conociendo y practicando con más detenimiento; mientras que en lo que respecta al Plan de Atención Básica –PAB– (Ley 100 de 1993), se complementan más fácilmente con la teoría y la práctica de la salud tradicional.

En la actualidad el Servicio Seccional de Salud del Vaupés, no solamente está desarrollando algunos programas de etno-protección y prevención en salud, sino también trata de abarcar el acto médico en su respectivo POS, en lo relacionado con la seguridad social en salud y adecuación de ambientes hospitalarios propicios.

Actividades principales:

- Investigación participativa como opción metodológica educativa.
- Conformación de grupos extramurales en salud.
- Promoción de la salud directa e indirecta (Servicio Seccional de Salud del Vaupés).
- Producción participativa de material etno-educativo en salud.
- Seminarios de inducción y educación continuada a los equipos extramurales.
- Reuniones interculturales permanentes, con diálogo bilingüe para: planear, ejecutar, controlar, retroalimentar y evaluar los procesos.
- Desarrollo de sinergia con la División de Promoción y Prevención del Servicio de Salud del Vaupés, para planear y ejecutar administrativamente la búsqueda de un modelo particular de salud.
- Sistematización de proyectos de salud y organización en planes generales, gestionando la financiación.
- Reuniones periódicas y permanentes con todas las dependencias relacionadas con el PAB para planear, ejecutar, evaluar y ajustar los proyectos.
- Inclusión de los proyectos en los planes de vida indígena.
- Gestión de los planes de vida indígena ante el Plan de Desarrollo del Departamento.

Cómo se organiza el trabajo y quién lo hace?

Actualmente la División del PAB, con todas sus dependencias, según el Plan Anual de Actividades, asigna y reasigna funciones a las diferentes dependencias encargadas de la promoción directa de salud a las comunidades.

El trabajo lo realizan los grupos extramurales de salud, que están compuestos básicamente por un médico, un representante del área social, un representante de la organización indígena local, un representante del área de atención al medio ambiente, una enfermera jefe encargada de la supervisión, los auxiliares y promotores indígenas y el agente de la medicina tradicional de la comunidad donde se esté trabajando.

Los grupos extramurales se conforman según las necesidades de los diagnósticos participativos y de las soluciones susceptibles de aplicar en terreno, implantándose la promoción directa con las comunidades y organizaciones de base.

Orden en el que se llevan a cabo las actividades:

- Concertación con el pueblo indígena: cómo se va a realizar la promoción y la intervención en salud.
- Según resultados de la concertación se orienta la planeación, ejecución, control y evaluación de las actividades a desarrollar.
- Control de suministros.
- Distribución presupuestal.
- Seguimiento permanente de los procesos y proyectos.
- Retroalimentación y educación continuada.

Resultados

1. Ampliación de coberturas en un ciento por ciento, en todas las zonas de intervención:
   - Visitas domiciliarias en salud integral
   - Consulta médica
   - Consulta odontológica
   - Saneamiento ambiental
   - Jurídica y territorial
2. Cualificación de la participación del pueblo indígena en la construcción de su proyecto de vida en salud.
3. Inclusión de los planes participativos en el Plan de Desarrollo del Departamento por parte del ordenador del gasto.
4. Veedurías indígenas en salud.
5. Ampliación de los procesos de evaluación integral.
6. Participación activa del pueblo indígena en la toma de decisiones, tanto del sector salud, como de los otros sectores: educación, administración municipal, agricultura, etc.

Evaluación

Se ha realizado una evaluación interna al Servicio Seccional de Salud y una evaluación del pueblo indígena a la intervención en salud. La metodología se basa en el análisis e investigación participativa del inicio y resultados de los procesos y proyectos emanados del trabajo de concertación. En algunos casos ha faltado la evaluación de impacto, desde la estadística y la cuantificación. El proceso de evaluación se ha centrado en el análisis cualitativo de las soluciones y acciones, reflexionando sobre el inicio y confrontando el resultado esperado con lo logrado.

Los resultados emanados de la práctica de los proyectos, han brindado conceptualización teórica para continuar con el proceso, pero vale aclarar que es necesario confrontar la teoría de nuevo en un proceso de retroalimentación, pues con los resultados de la práctica y de esta confrontación, emanan nuevas prácticas y por lo tanto nuevas teorías orientadoras de los procesos.

Enseñanzas aprendidas, lecciones más importantes

- La cultura y la salud son susceptibles de transformación.
- Es necesario producir las transformaciones, que se generan a partir de los procesos de concertación con el pueblo indígena y su participación en la toma y calidad de las decisiones.
- Una labor altruista, frente a las instancias del Estado, para que acepten la concertación y la planeación integral participativa.
- Priorización de ciertas intervenciones en salud tradicional, frente a las intervenciones de la salud institucional.
- No mirar la salud para todos como la aplicación de conceptos globalizadores y únicos, para llegar a la salud.
- Reconocimiento del concepto de la multiculturalidad, y aplicación operativa en el mejoramiento de la calidad de vida del pueblo indígena.

- Unas estrategias básicas:
  - la participación del pueblo indígena,
  - la medicina tradicional,
  - la tecnología apropiada al medio cultural, y
  - la organización de métodos, tanto en la delegación como en la asignación de funciones, que impregnan y modifican los componentes básicos de los PAB y los POS institucionales, haciendo así una prestación de servicios diferente, más no incoherente, con el objetivo último de lograr la salud para todos.
- Los componentes básicos institucionalizados de los PAB y los POS, deben ir siempre complementados con acciones de capacitación, educación continuada, supervisión y evaluación adecuados al medio en que se construyeron los planes y proyectos, tratando de lograr así, una estructura de prestación de servicios interculturales.

Claves para el éxito

- Garantizar una estabilidad laboral de los funcionarios encargados de este tipo de actividades.
- Definir y clarificar los objetivos de la intervención.
- Promover la internalización y compromiso por parte del equipo, de los valores y normas que rigen y organizan el trabajo.
- Manejar y controlar las tensiones psicosociales entre los miembros que organizan, ejecutan y reciben la atención integral en salud.
- Gestionar suministros adecuados y oportunos para cada uno de los proyectos o acciones planteadas.
- Manejar adecuadamente la integralidad intra e interinstitucional.
- Participar en la formulación de la política general de salud.
- Ser propositivos y asertivos en el accionar del equipo de trabajo.
- Tener una visión empresarial y sinérgica de los planes y proyectos.

Problemas u obstáculos

La superposición cultural en un mismo tiempo y espacio, que genera marginalidad socio-cultural y prácticas de etnocidio cultural, dificulta en grado sumo, la prestación de un servicio de salud adecuado. Este impase se intenta solucionar a partir del reconocimiento del otro cultural como interlocutor válido, para la construcción participativa de los proyectos de vida del pueblo indígena.

No existen planes decenales que permitan un proceso de continuidad para, al final, evaluar el impacto socio-cultural y poder así detectar los cambios producidos, por la intervención en salud, en los comportamientos, hábitos y costumbres de la población, a sabiendas que los procesos de cambio cultural no producen resultados inmediatos sino por el contrario, deben abarcar más de dos generaciones en la internalización de los valores, normas y prácticas saludables.

Ante esta situación, el Servicio de Salud ha venido promoviendo nuevos valores interculturales en la salud, teniendo en cuenta que el proceso de normalización y ejecución, por parte de los individuos del colectivo en cuestión (aceptación psíquica y afectiva), forzados a aceptar las normas emanadas de los nuevos valores, no se logra sino a través de la intervención sujeto a sujeto, en una relación de *"nosotros"* y no en la relación *"los objetos-ellos"*, que son diferentes de nosotros.

La falta de voluntad política de carácter nacional y regional, agravada por las permanentes crisis administrativas, someten los planes y proyectos a los vaivenes de los políticos de turno. Este obstáculo ha sido el más difícil de sobrellevar y tanto ha incidido, que muchos de los procesos se han visto estancados, solamente quedando como opción, la promoción con las pocas personas que conocen y sobreviven a la inestabilidad laboral.

Bibliografía

AMARIS A, FLORES C., MOJICA J. (1992). Mortalidad infantil en Panamá: Un análisis de sus tendencias, derivadas del Censo 1990. Panamá.

ASONGS (1986). En: Cenda; Centro de Comunicación y Desarrollo Andino (1993). Los Jampiris de Ragaypampa. Bolivia.

HERRERA XOCHITL/LOBO-GUERRERO M. (1998). Promoción de la Salud desde la comunidad. Etnollano/ IDRC-CIID/COAMA. Santa Fe de Bogotá.

INDIAN HEALTH SERVICE (1996). Trends in Indian Health. Washington.

JOHNSON, M. (1999). Nuevo territorio canadiense traza su camino. En: Perspectivas de salud. Vol. 4 No. 2. OPS.

MASFERRER E. (1983). La situación social de los grupos indígenas de América Latina. En: RODRÍGUEZ J, MASFERRER, VARGAS VEGA R. Educación, etnias y descolonización en América Latina: Una guía para la educación bilingüe intercultural. Vol. II. UNESCO. México.

MINISTER OF NATIONAL HEALTH, AND WELFARE, MINISTER OF SUPPLY AND SERVICES (1992). Aboriginal Health in Canada. Minister of Supply and Services Canada. Canadá.

ORGANIZACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA COLOMBIANA –OPIAC- (2000). Plan Estratégico para la Conservación y Fortalecimiento del Medio Ambiente-Salud en los Territorios Indígenas de la Amazonia Colombiana. Santa Fe de Bogotá.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1990). Documento CD 33/14.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1993). Salud de los Pueblos Indígenas, SILOS –34. Washington, D.C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS/OMS– (1997). Serie Salud de los Pueblos Indígenas #6: Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales. Washington, D.C.

SECRETARÍA DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA (1993). La salud de los pueblos indígenas en México. Secretaría de Salud, Instituto Nacional Indigenista. México.

SERVICIO DE SALUD DEL VAUPES ( ). Proyectos: Promoción y prevención en enfermedades bucodentales, y, En busca de un modelo de salud para el pueblo indígena del Vaupés. Documentos internos de trabajo.

THE GOVERNMENT OF BELIZE, MINISTRY OF EDUCATION, PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, INSTITUTE OF NUTRITION OF CENTRAL AMERICAN AND PANAMA, UNITED NATIONS CHILDREN´S FUND, UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (1993). Closing the gap: National Height Census of School Children in Belize, 1996. Ministry of Education. Belice.

UFRO (1988). Censo de reducciones indígenas seleccionadas. Análisis demográfico. Chile.

VELÁSQUEZ L. (1994). Mujer maya y salud. Guatemala.

21 Reflexiones sobre el futuro del movimiento de Municipios Saludables en América

Hernán Málaga - Helena Restrepo

La razón de ser más importante del movimiento de Municipios Saludables en América Latina es la disminución de la exclusión social, por ser la principal explicación de las grandes diferencias en materia de salud. Este énfasis ha constituido la principal diferencia de este movimiento con el modelo de desarrollo vigente en la mayoría de los países de la región, caracterizándose por tres elementos básicos, como son: la participación comunitaria para la toma de decisiones, buscando el auténtico empoderamiento de los grupos excluidos; el haber pasado de un enfoque unisectorial al intersectorial, puesto que la sectorización habría impedido priorizar la oportunidad de vida igual para todos, más factible en el nivel local por el liderazgo de la autoridad legítimamente elegida; y, el transformar el contexto de cooperación vertical en horizontal como enfoque más solidario, porque permite el intercambio de experiencias a través de Bancos de Proyectos y Sistemas de Información con base municipal.

Introducción

No obstante haberse iniciado en los 90's, el movimiento de Municipios Saludables en América Latina ha madurado lo suficiente como para decirse que es un proceso en pleno desarrollo y que ya comienza a brindar importantes resultados en la construcción de la salud y el bienestar de poblaciones en diferentes países, en especial, de los grupos mas excluidos socialmente. En los países de las Américas la exclusión se origina por diversas causas, como: diferencias geográficas, étnicas, de género y edad; o por niveles de educación, de ingresos, y de empleo; o por grandes variaciones en el acceso a los alimentos, al agua potable y a otros servicios básicos.

Todas estas exclusiones, traducidas a inequidades relacionadas con el acceso al bienestar, son consideradas responsables de las grandes diferencias en materia de salud que afortunadamente, a través de este movimiento se están modificando, y de las que se tiene evidencia, comienzan ya a disminuir.

Este movimiento de municipios saludables plantea tres elementos básicos, que lo diferencian de otros procesos de desarrollo que no mejoraron las grandes exclusiones sociales, como se esperaba. Dichos elementos que caracterizan a estos municipios saludables, son:

1. Participación comunitaria para la toma de decisiones en el nivel local.
2. Paso del enfoque unisectorial al intersectorial para la solución de problemas, y
3. Transformación de la cooperación vertical en cooperación horizontal.

1. Participación comunitaria para la toma de decisiones en el nivel local

El modelo de desarrollo centralista, que primó en América Latina durante la mayor parte del siglo XX, se caracterizó por decisiones de tipo paternalista tomadas desde el nivel nacional para el nivel local, por gobiernos populistas que ofrecieron la reducción de las inequidades socio-económicas a cambio del apoyo político de los grupos excluidos en las votaciones, a través de promesas no cumplidas. Este fenómeno, transformó a América Latina en un continente donde los tres poderes del nivel central –ejecutivo en la figura presidencial, el legislativo en el Congreso Nacional y el Judicial en la Corte Suprema de Justicia–, son los que dirigen las políticas, dando poco margen de discusión en otros niveles territoriales.

Los gobiernos centrales, a pesar de ignorar por mucho tiempo las iniciativas locales, se han visto forzados a instancias de organismos financieros internacionales, a iniciar procesos de descentralización en toda América Latina con el fin de disminuir el gasto público y combatir la "*corrupción de los políticos*". Esta transferencia de competencias del gobierno central a los gobiernos locales, condujo al surgimiento de diferentes formas de ejercer el gobierno local, pasando de lo que históricamente se había presentado con líderes elegidos a dedo por un gobierno nacional, a una elección popular de gobernantes regionales y locales, que ha marcado una diferencia significativa en los últimos años.

Los partidos políticos tradicionales, que no practicaron el poder igualitario y equitativo en el nivel local y que usaron el clientelismo político para favorecer la distribución de recursos nacionales privilegiando a sus seguidores partidistas, han ido perdiendo paulatinamente su poder, tendiendo incluso a desaparecer en algunos países. Los Alcaldes y Gobernadores elegidos popularmente son cada vez más, personas que demuestran auténticamente su interés por disminuir las grandes diferencias sociales, y que desean ejercer gobiernos más participativos en búsqueda de la meta de equidad para conseguir un Desarrollo Humano Sostenible, y una mejor conservación del ambiente en el municipio.

Esta nueva forma de gobierno local basada en procesos democráticos, es la premisa más importante del Movimiento de Municipios Saludables en América Latina, porque ha conseguido progresivamente que los planes de desarrollo municipal, dentro de un marco participativo dirigido a conseguir la satisfacción de las necesidades básicas y las aspiraciones legítimas de los grupos excluidos, reflejen las orientaciones de la política nacional.

De otra parte, en los procesos de municipios saludables, se observa que el Estado, representado por el gobierno local, asume más conscientemente sus deberes para con los más pobres y desprotegidos, y fomenta más el principio de solidaridad de los grupos más favorecidos hacia los más excluidos.

Como resultado de estos nuevos procesos, en los municipios se da el empoderamiento de los grupos de tal modo, que son ellos los que van a influir en las decisiones políticas y en las acciones para el desarrollo integral de éste. Los grupos comunitarios empoderados (organizaciones de toda índole) priorizan sus necesidades, son capaces de plantear y aún en ocasiones de elaborar, ejecutar y verificar el impacto de proyectos

de intervención. Esto se convierte en un proceso cíclico que madura cada vez más y conduce a la disminución de las brechas entre los diferentes estratos y grupos de población.

2. Paso del enfoque unisectorial al intersectorial para la solución de problemas

Las estructuras del gobierno nacional como poder ejecutivo, están representadas por los Ministerios, a los que arbitrariamente se les considera como unidades sectoriales para fines de las políticas públicas. Estas estructuras también se reflejan en los otros niveles gubernamentales, intermedios y locales, con la existencia de *"funcionarios-gerentes"* en salud, educación, agricultura, economía y finanzas, vivienda, etc., lo que tiene implicaciones en el análisis, con perspectiva sectorial o unisectorial, de los problemas nacionales, regionales y municipales. Esta situación condiciona una apropiación de los problemas y de sus soluciones por el carácter sectorial, que usualmente, se limita a ejecutar lo que considera es de *"su competencia"*.

En el campo de la salud, este enfoque sectorial ha sido perjudicial, porque ha tendido a observar los problemas desde el punto de vista de prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación del enfermo y a reducir la PS a la modificación de comportamientos individuales y al autocuidado para manejo de riesgos y enfermedades. Este enfoque reduccionista, ha impedido ver la salud como un proceso holístico, resultado de satisfacer los pre-requisitos de la salud de que habla la Carta de Ottawa; en otras palabras, la sectorización impide priorizar la oportunidad de vida igual para todos los grupos de población.

Lo mismo ocurre en los otros sectores, trayendo como consecuencia la reducción del potencial que tienen unas políticas concertadas e integrales, para conseguir el desarrollo a escala humana. En general, las políticas sectoriales se unen para conformar los planes de gobierno, que se diseñan en los países con cada cambio presidencial. Muchas veces este plan, está listo a mitad del período, por consiguiente, casi nunca alcanza a aplicarse en su totalidad en el período de gobierno, lo que conduce a establecer respuestas nacionales a problemas emergenciales, y no, a una respuesta consolidada y dirigida a corregir las situaciones prioritarias de la población en forma permanente.

En resumen, el enfoque y la respuesta intersectorial a los problemas es difícil de lograr en los niveles ministeriales; por el contrario, la sabiduría de la gente y la mayor conciencia sobre las necesidades existentes en el nivel local, hace mucho más factible la intervención intersectorial ante los problemas municipales; además, por existir en este nivel una autoridad legítimamente elegida por el pueblo, que es el Alcalde, se hace también más factible intervenir en los problemas con una visión multisectorial e intersectorial, inter e intra disciplinaria, que reconoce como el auténtico dueño de los problemas al pueblo, siendo éste quien debe liderar la intervención para la solución de los mismos.

Los funcionarios y los técnicos de cada *"sector"* deben estar al servicio de las comunidades con el propósito de ayudarlas a resolver sus problemas, proporcionándoles las herramientas técnicas para mejorar la calidad del diagnóstico de situación y su interpretación, así como para diseñar las intervenciones más efectivas y los métodos de evaluación de los proyectos. Todos estos procesos deberán tener un enfoque integrador.

3. Transformación de la cooperación vertical en cooperación horizontal

Este elemento es muy importante para continuar el desarrollo de la estrategia de municipios saludables en el futuro. La cooperación técnica y financiera a través de las asesorías para la solución de los problemas nacionales, se daban en el pasado desde el nivel nacional/internacional, muchas veces ignorando las características propias

del nivel municipal. Esta cooperación se prestó a diversas distorsiones en los países de América Latina, y produjo grandes equivocaciones técnicas. Por ejemplo, hubo casos en que desde la capital de un país, se diseñó un modelo de vivienda única para poblaciones del altiplano, de zonas desérticas, y selváticas, lo que se agravó aún más, por el hecho que una misma compañía, también de la capital, fue contratada por las autoridades nacionales para ejecutar las obras de desarrollo, en las diferentes zonas del país, olvidándose las diferencias de clima, cultura, ingresos, tradiciones, etc.

En el nivel local se está favoreciendo cada vez más, el cambio hacia la utilización de asesores y consultores de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, conocedores de sus realidades y que por lo tanto, interpretan mejor los problemas identificados por la comunidad. Las ONGs y los expertos locales, requieren apoyo para mejorar su competencia y jugar mejor su papel de asesores de las comunidades.

Una propuesta ya hecha realidad en varios países, es la creación de redes de municipios saludables, que favorecen una cooperación más horizontal y permiten el intercambio de experiencias, apoyadas por bancos de proyectos y sistemas de información. En cuanto a los bancos de proyectos, es muy conveniente que sean creados para que los fondos de inversión social generados desde un nivel nacional, atiendan las auténticas necesidades locales, y que la inversión social no sea dirigida por políticos inescrupulosos, que pretenden favorecer el clientelismo de sus partidarios, y no el auténtico desarrollo local con equidad. Para el desarrollo de la cooperación horizontal, es también importante la creación de un sistema de información municipal que caracterice los problemas, las modalidades de intervención y el impacto de éstas. Todo con el propósito de diseminar la información a otras localidades, para que se beneficien de la experiencia desarrollada en otros municipios de la misma o de otras regiones del país, o incluso de otros países en problemas que pueden ser similares.

En Venezuela la estrategia de banco de proyectos, consiguió que el Fondo de Inversión Social, conociera las prioridades locales y les entregara recursos a comunidades excluidas que habían sido capaces de elaborar sus propuestas de plan de desarrollo, acercando de esta forma el nivel nacional al nivel municipal.

En Colombia se viene desarrollando una experiencia de sistemas de información municipal, en la que diferentes municipios líderes están haciendo conocer vía Internet, áreas de proyectos que ellos han desarrollado y avanzado, como por ejemplo políticas públicas saludables, organización de bancos de proyectos, éxitos en participación comunitaria, escuelas saludables, planes de atención básica, etc. El modelo propuesto por estos municipios piloto, permite que otros municipios que pertenecen a la red nacional, puedan alimentar este sistema de información, promoviendo así el intercambio de experiencias entre municipios y haciendo funcional la red nacional de municipios saludables. Este tipo de experiencias existe también en el nivel continental, que además se afianzan en los congresos internacionales (continentales y mundiales) de municipios saludables y ciudades saludables.

Subsisten aún peligros y amenazas para el movimiento en América Latina, tales como la burocratización de los proyectos municipales, la politización partidista de los movimientos regionales (estaduales, departamentales) y nacionales, y la falta de comprensión y entendimiento de la idea-fuerza que contiene este movimiento por parte de diversos profesionales y técnicos, que desaniman a las organizaciones comunitarias y a los gobernantes locales. No obstante, los resultados alcanzados hasta ahora son alentadores, y el futuro del movimiento se garantizará, si se logra a su vez, evitar el capitalismo salvaje, mejorar la distribución de la riqueza, buscar la generación de capital social, combatir la pobreza y promover un desarrollo humano sostenible con justicia social, para de ésta manera construir la salud para todos y por todos.

Índice Analítico

A

Abogacía/Cabildeo 26, 37, 42, 206
Acción
  comunitaria 39, 204, 208, 261, 262
  intersectorial 203, 207
  política 205
Activos o bienes de la comunidad -Assets- 213
Acueductos 18, 106, 259
Adecuación a la realidad 111
Agenda para la Promoción de la Salud 26, 34, 36
Alcantarillado
  condominial o en régimen de condominio 107
    filosofia y conceptos 111
    principales ventajas 115
    principales desventajas 115
  convencional 107
  déficit de 106
  sistemas de 106
Ambientes favorables, creación de 260
Arbol
  de problemas 179
  de objetivos 182
Armas de fuego, prohibición de 240, 241
Atención primaria 204, 208
  evaluación de la 208
Autogestión comunitaria 65
Avances tecnológicos de la informática 52
Autonomía municipal 67

B

Bienestar 20
Brechas, disminuir las 158, 202

C

Cabildeo 206
Calidad de vida 56
  acciones para mejorar la 279
  condicionantes en el medio rural de la 256
  como reacción a criterios economicistas 57
  para evitar migraciones 68, 256
  procesos de gestión y autonomía local para la 67
Cambio y diferenciación del estándar 111
Camino crítico, método de 184
Capital social 227
  y salud 134
  humano 170
Caracterización del área 114
Carta de Otawa 23, 26, 105, 220, 276

Ciclo vital 265
Ciudad, definiciones de 219
Ciudades saludables,
conceptos 221, 222
Comunicación 195
social 49
grupal 49
interpersonal 49
en salud 49
Comunidad/es
activos o bienes de la 213
necesidades de la 213
indígenas 274
Concertación 52, 60
Conciliación 242
Condiciones
de vida 20, 21, 125, 256
de salud ambiental 81
de equidad 106
Condominios 114
Conferencia
de Adelaida-Australia, 1988 27, 221
de México, 2000 9, 27
de Sundsval-Suecia, 1991 27, 221, 264
Mundial de Promoción de la Salud de Otawa-Canadá, 1986 25, 105, 220, 277
Sanitaria Panamericana, 1990 63
Conflicto 194, 225, 241
ciudadano 245
resolución de 194, 195, 241
Cooperación
horizontal 291
vertical 291
y competencia 195
Creatividad en la negociación 197
Creencias en salud 15
Cronograma de Gantt 185

D

Datos
recolección, registro, organización y análisis de 151, 152
Decisión
dimensión motivacional de la 195
dimensión operacional de la 195
Democracia y paz 80
Desarrollo
a escala humana 58, 59
contexto del... a finales del siglo XX 58
de aptitudes personales 40
estrategias para promover el 170
físico, mental y social de los niños 17
humano sostenible 73, 75, 168, 268
indicadores de 169
procesos concretos de 170
y crecimiento económico 59
Descentralización 65, 67
como eje fundamental para el desarrollo 67, 80
como pacto social 74
como proceso político 75
de recursos 72, 73
de responsabilidades 75
desafíos municipales para la 68
en salud en Colombia 73
en salud en Brasil 78
normas colombianas de la 70, 71
y desarrollo humano sostenible 75
Desigualdad / Inequidad
definición 84
Diagnóstico
comunitario 204
de potencialidad del desarrollo 168
de situación 161
del entorno 267
participativo 213
utilidad de los 172

E

Educación
sanitaria 48
y comunicación 48
para la salud 51
Empatía 196
Empoderamiento 39, 120, 268
como proceso de acción social 121
de los excluidos 120, 124, 202, 204
ejemplos de 40
el proceso de 134
para la descentralización 76
político 121
psicológico 121
Enfermedad/es 21
crónicas no trasmisibles 25
ocupacionales / profesionales 254, 276

prevención de la 34, 35, 276
Enfoque
de riesgo 158
de oportunidad de vida 158
sectorial 290
Entorno saludable 38, 264
concepto 264
desafíos para la salud con relación a los entornos 265, 266
ejemplos operacionales 268
estrategias para fortalecer los 267
Escenarios de la Promoción de la Salud -Settings- 44, 223
Estética Social 268
Estilos de vida 30, 40, 41, 260, 261
Estratificación de los municipios 149, 150, 153
Equidad 25
concepciones 158
en los procesos de participación y negociación 199, 200
horizontal 158
vertical 158
Evaluación
como parte de la planificación 213
contínua 191
costo - beneficio 179, 188
costo - efecto 179, 188
de experiencias y proyectos de Promoción de la Salud 212
de municipios y ciudades saludables 215
de procesos locales de Promoción de la Salud 202
del impacto 202
del proceso 202, 206, 215
ex - ante 179, 187
ex - post 179, 191
Exclusión / excluidos
concepto 121
desde el punto de vista racial 221
en el nivel cultural 221
en el plano tecno - económico 221
en la esfera social y política 221
por nivel de participación 71
social 121, 228, 267
Experiencias
prácticas 171, 182
rurales 253, 256

F

Factibilidad 179, 191
Factores
de riesgo 25
condicionantes, determinantes y causales 167, 178
Focalización
definición 158
en la práctica de la Promoción de la Salud 157
con enfoque de oportunidad de vida 259
procedimientos de 158

G

Gestión municipal 67
niveles de gonierno para la 70
Globalización 227
y exclusión social 228
y patrimonios culturales 278
Gobernabilidad 68
Grado
de urgencia 159
básico de prioridad 175, 176
Gradualismo 111

H

Habilidades
para la vida 271
y destrezas 268
Hábitos
saludables 276
y estilos de vida 260, 261
Higiene 16, 18, 61
tratados de medicina e 18

I

Indicadores 183
de Necesidades Básicas Insatisfechas 106
de condiciones de vida 128, 170
de desarrollo 169
de pobreza 170
de proceso 203, 215
epidemiológicos 214
internacionales 215

para evaluar la atención primaria en salud 208
Inequidades
de desarrollo humano 257
en condiciones de vida 256
en el acceso a servicios 128, 133
en materia de sexo y género 129, 130, 131
en pueblos indígenas 275
en salud 84
y su efecto en la salud 125
Información
como recurso de la sociedad 76
democratización de la 200
módulos de 140, 141
recolección y análisis de la 278
sistemas de 138, 139
Informe Lalonde 62
Iniciativa SAPIA 274, 276
Integración de los servicios 111
Interacción social 135
Intereses 196
de las partes en una negociación 196
Intervención
en factores de riesgo 25
intersectorial 133, 203
modelos de 213
planificación de la 213
programas de 178, 179
Investigación
en ciudades saludables 214
participativa 214, 277

J

Jóvenes, participación de los 249, 250
Justicia
cercana al ciudadano 241
social 262
sanitaria 107

L

Liderazgo comunitario 204
Listserver 139, 149

M

Mapas
municipales 153
de riesgo 154, 155
Mediación 198, 242
Medicina
funciones de la 22
reforma de la 21
social 20, 22, 29
tareas esenciales de la 62
Medición de las desigualdades
el ejercicio de la 85
medidas de dispersión en la 87
metodologías para la 86
modelos multinivel para la 96
Medio ambiente y salud 280, 281
Mejor alternativa al acuerdo negociado MAAN 197, 198
Mercadeo / comercialización social
en salud pública 49, 50
argumentos en contra de la 51
críticas 50
campañas de 50
Método
del camino crítico 184
del marco lógico 179
Módulos de análisis 149
Módulos de información
de línea de base 140
de participación social 141
de políticas públicas 141
Municipo saludable
como estrategia de justicia social 262
conceptos 223, 224, 256
líneas de acción 256
nombres dados 224
reflexiones sobre el movimiento de 288

N

Necesidades
básicas insatisfechas 105, 128
y satisfactores 58
Negociación
acuerdos y compromisos de la 198
alternativas en la 197
definición 194
en el ámbito local 199
habilidad para la 196
modelo de 194
objetividad y subjetividad en la 195
opciones en la 197
posiciones frente a la 196

procesos de 193, 197, 262

O

Oportunidad de vida 256

P

Panacea e Hygea 16
Participación
ciudadana 74
definición 75
de la comunidad educativa 250
de las comunidades indígenas 279
de los jóvenes 250
en la cogestión de la salud 204
en la gestión y evaluación de proyectos de intervención 203
intersectorial 267
normas 66
social / comunitaria 111, 228, 258, 259, 267, 277
y negociación 199
Plan
de actividades 184
de desarrollo municipal 205
Planificación
de la intervención 214
participativa 213
urbana 265
Pobreza
según NBI 254
y exclusión 121
y salud 162
Poder igualitario 124
Políticas públicas
construcción de 36
monitoreo y evaluación de 216
origen 219
para la seguridad y la convivencia 236, 238
saludables 37, 205, 234, 257, 258
Prácticas
en salud 16, 18, 24
selección de las mejores 268
Prioridades municipales 203
Pre-factibilidad 179
Proceso gerencial 146
Programas y proyectos de intervención 178
Promoción de la Salud
agenda para la acción de la 26, 36
antecedentes de la 15, 22, 25
argumentos en contra de la 34, 35
aspectos controversiales 27, 28
como calidad de vida 61
conferencia internacional de la 25
definiciones 29, 63, 276
en los pueblos indígenas 275, 279
escenarios de la 44
instrumentos metodológicos de la 47
proceso educativo en la 47
Promotor de la salud, rol institucional y comunitario 279
Proyectos
banco de 288, 291
costeo de 186
de inversión 178
de ramales condominiales 115
de seguridad alimentaria 261
definición 179
elaboración de 179
Publicidad en salud 51

R

Red de municipios saludables 262
participación en la 205
Reformas
del sector salud 228, 229
de los sistemas de salud 25, 42
del Estado 69
Resolución pacífica de conflictos 234, 241
Reuniones de condominios 114

S

Sala de situaciones
componentes básicos 148
conceptos y aplicaciones 147
estrategias de desarrollo 148
estructura y organización 150
fases de implantación 153
Salud
cambio trascendental del concepto de 24
campo de la 276
catecismo de la 19
como bienestar integral 275
como concepto holístico 24

conservar la 18
de los pueblos indígenas 278
derecho a la 62
determinantes de salud 161
en el desarrollo 60
en el imperio romano 17
en el nivel local 228
en las metrópolis 226
para todos en el año 2000 26, 105, 274
protección de la 19
pública 17, 18, 19, 22, 29
Salud urbana 219
aspectos controversiales 229
vacios de conocimiento 229
Saludable
cárceles 271
ciudades/municipios 20, 21, 45, 221, 222, 223, 291
comunidad 17
escuela 22, 45, 270
hábitos 278
pre-requisitos para ser 21
ser/estar 16
sociedad 200
universidades 45
Seguridad
alimentaria 261
y convivencia 232
Servicios básicos
problemas de salud y acceso a 162
Servicios de salud
acceso universal a los 225
coberturas de los 227, 228
reorientación de los 106, 258
Settings (escenarios) 44, 223
Sistema de información y comunicación municipal
componentes 140
estructura y composición 140
objetivos 140
plan operativo 142
plataforma tecnológica 142
propósito 139
resultado esperado 140
Sistema predictivo 147
Sistemas locales de salud -SILOS- 223, 277
Solidaridad 204

T

Tecnología tradicional 109
Tejido social, fortalecimiento del 268
Teoría
de la difusión de innovaciones 49
del aprendizaje social 48
Término de adhesión 115
Tiempo libre 251
Tolerancia 195
Toma de decisiones 151, 152, 204
Tratamiento de aguas residuales 116

V

Variables
ambientales 182
biológicas 179
de estilos de vida 181
de respuesta de los servicios 182
trazadoras 168
Valores para vivir 271
Violencia 233
de género 133
intrafamiliar 243, 244
juvenil 249
seguridad y salud 232
urbana 237, 238
Vivienda
urbana sin servicios básicos 106
rural sin servicios básicos 106
Voluntad política 267

Con el noble empeño de despertar conciencias sobre la importancia de construir salud a través de la promoción de la salud, los autores de este libro hacen un aporte invaluable a las instituciones y personas que tienen la responsabilidad de preservar el bienestar de las poblaciones.

En América Latina se hace imprescindible el trabajo comprometido en la promoción de la salud como única opción para avanzar en la reducción de las brechas existentes en las condiciones de salud y bienestar de las personas.

Este libro profundiza los conceptos teóricos y prácticos de la *Promoción de la Salud* como meta para avanzar en la búsqueda de la *Equidad* en los niveles locales con la aplicación de diversas estrategias de acuerdo a los distintos entornos en los cuales las personas viven y trabajan.

Esperamos que ésta sea una verdadera contribución para enriquecer el inmenso movimiento de Municipios Saludables de América Latina, hacia la paz, la democracia y la justicia social, que son los auténticos precursores de la salud de nuestros pueblos.

ISBN 958-9181-55-4
9 789589 181553