

LEGISLACIÓN Y POLITICAS SOCIALES



Oscar Javier Rodríguez Santiago /12 años

Me gusta la bici pero no tenemos. Ninguno de nosotros tenemos. Porque si mi papi le compra una a uno, los otros le piden de una vez y él no tiene para comprarnos a todos. Entonces no tenemos cicla. Por ahí teníamos una pero nos la robaron.

DOS PROBLEMAS DE SALUD EN EL LOGRO DE LA EQUIDAD

Helena Mercedes González Gómez

Resumen

Estamos lejos de la equidad y la justicia social en salud en el país. Dos graves situaciones, dos fisuras tiene actualmente la aplicación de la política de salud, las coberturas del aseguramiento y la mortalidad materna e infantil. El 37.6% de la población colombiana con necesidades básicas insatisfechas, están dando una cuota de dolor y sacrificio en salud, comprobando así las consecuencias del modelo de desarrollo vigente, que ha impulsado ajustes estructurales, con impactos negativos en las condiciones determinantes para acceder al derecho a la salud, al aseguramiento y la calidad de servicios de salud. La intervención de Trabajo Social en la planeación local y la participación social pueden potenciar algunas fortalezas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los excluidos,

Palabras Clave: Salud, Política de Salud, Equidad, Salud Pública, Pobreza, Trabajo Social en Salud

TWO PROBLEMS OF HEALTH IN ACHIEVEMENT OF THE JUSTNESS

Abstract

We are far from the equity and the social justice in health in the country. Two serious situations, two fissures, has currently the application of the policy of health: the coverage of insurances and the motherly or infantile mortality. The 37.6% of the Colombian population, with unsatisfied basic needs, they are giving a quota of pain and sacrifice in health, proving thus the consequences of the outstanding development model, that it has impelled structural adjustments, with negative impacts in the determinant conditions to accede to the right of health, to the insurance and the quality of health services. The actions of the Social Work in the local planning and social participation can develop some strengths of the General System of Social Security in health, for the excluded persons.

Key Words: Health, Health Policy, Justness, Public Health, Poverty, Work Social in Health

DOS PROBLEMAS DE SALUD EN EL LOGRO DE LA EQUIDAD

Helena Mercedes González Gómez

Trabajadora Social

Jefe de la Oficina de Participación Social

de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Colombia

“Qué si me muero sea de amor” canta Juanes.

Cuando estemos cerca de esta utopía en Colombia podemos considerarnos país con muchos privilegiados, con muchos menos excluidos, tendremos equidad en salud. Hoy NO.

Se mueren más pronto los pobres y quienes viven en zonas rurales; no obstante ha aumentado la expectativa de vida al nacer, como lo muestran los resultados publicados en Enero del 2003 del estudio 10 Años de Desarrollo Humano en Colombia, y datos oficiales del Departamento Administrativo de Estadísticas DANE, que he compilado y organizado para este artículo, en los cuadros anexos No. 1 Indicadores Demográficos y Socioeconómicos Colombia, y No.2 Indicadores Demográficos y de Salud Colombia.

La esperanza de vida pasó de 67.8 años en 1990 a 71.9 años en 2001, sin embargo cita el mismo estudio “ los habitantes de las zonas rurales, viven en promedio, alrededor de dos años menos que los de la zona urbana. En cuanto al ingreso per cápita, el de la zona urbana es más de dos veces superior”.¹ Este último hecho es determinante para

el acceso al aseguramiento en salud, a través de la afiliación al régimen subsidiado o contributivo. Tienen mucho más riesgo de morir quienes no están asegurados en salud; también las madres desnutridas, las que viven en el Guainía, Chocó, Vaupés, sin acceso a servicios integrales de salud y con calidad. Son estas graves situaciones, dos de las grandes fisuras que tiene actualmente la aplicación de la política de salud, coberturas del aseguramiento y mortalidad materna e infantil. Graves por su impacto sobre la vida. Graves por su impacto sobre el bienestar².

Si bien me ocupo en este artículo de la equidad en salud, es importante retomar algunas de las conclusiones que en materia de desarrollo humano se reportan para el país, determinantes en este contexto para la política de salud, que conforman una situación de precariedad para un número alto de la población en sus condiciones de vida, de inseguridad social, de incertidumbre económica. El Índice de Desarrollo Humano (I.D.H.) indicador compues-

¹ DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN DNP, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, Agencia de Cooperación Internacional, Programa Nacional de Desarrollo Humano. *Diez años de Desarrollo Humano en Colombia*. Primera Edición, Colombia, Enero 2003.

² Los dos indicadores de esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil se consideran los más viables para observar y medir los avances en el bienestar. Una menor mortalidad infantil implica mejores condiciones de nutrición, de ingresos de calidad de los servicios de salud, de igual forma una mayor esperanza de vida. Este último indicador también está considerado como el único formulado en positivo, hacia la vida, no hacia la muerte como el de mortalidad, causas de enfermedad entre otros.

to, utilizado como parámetro mundial para medir avances y logros del desarrollo por el Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo PNUD, por su énfasis en la calidad de vida, en la expansión y el uso de las capacidades humanas (de acuerdo con los planteamientos de Amartya Sen y su concepción del desarrollo como libertad) es una herramienta de ayuda, con la que contamos para acercarnos al análisis del bienestar y la calidad de vida, teniendo en cuenta que reúne tres dimensiones: Salud, es decir, una vida larga medida como esperanza de vida al nacer; Educación que permite participar de beneficios sociales, medida con la tasa de alfabetización, la tasa de matrícula combinada de primaria, secundaria y terciaria para ver acceso a este derecho; y el PIB per cápita ajustado.

“Las diferencias en desarrollo humano entre las zonas urbana y rural son tan altas, que el valor del IDH para la zona rural en el año 2001 no alcanza a ser igual al del país en su conjunto en 1990 (...). La diferencia en esperanza de vida por departamento disminuye, como resultado de un incremento importante en los más atrasados. De todas maneras los 66.6 años de esperanza de vida del Chocó son la expresión de una gran inequidad, ya que es una esperanza de vida inferior a la que tenía el país en su conjunto en 1990 (...). La diferencia entre el departamento con mayor y menor tasa de analfabetismo disminuye en forma continua, pero los mayores logros se presentaron en departamentos que en 1990 ya tenían una baja proporción de personas que no sabían leer ni escribir, como en el caso de Bogotá, que redujo su tasa en 83% durante el período; Valle en 67% o Antioquia en 96%. Chocó que durante todo el período tiene la tasa más alta, la redujo 32% (...) El crecimiento del PIB en los primeros años de la década no se dio por igual en todos los departamentos del país. La distancia entre el departamento con mayor y menor PIB per cápita se incrementó en forma importante, llegando casi a

los US (PPA) 3.000 en 1996. A partir de entonces la diferencia se reduce, pero aún en 2001, es mayor que la existente en 1993.”³

También en cuanto la equidad de género medidas a través del IPG índice de potenciación de género, para Colombia señala el estudio referenciado, que si bien muestra un avance hacia la equidad entre hombres y mujeres en la última década, con “logros en materia de educación, salud y participación económica... en 2001 el índice alcanza un valor de 0,511 muy por debajo del máximo (0,837) calculado para Noruega. Colombia se ubica en el puesto 42 dentro de la muestra... La tendencia a la inequidad debe ser superada con medidas dirigidas expresamente a esta finalidad. La inequidad crece con expansión económica y con depresión. El crecimiento de los primeros cinco años y la crisis de los últimos tres se han producido con una creciente inequidad”.⁴

Los 16.460.535 colombianos con necesidades básicas insatisfechas correspondientes al 37.6% de la población total, dato oficial del Ministerio de Salud año 2001, (hoy Ministerio de la Protección Social producto de la fusión entre los Ministerios de Trabajo y de Salud) están dando una cuota de dolor y sacrificio en salud, comprobando así las consecuencias del modelo de desarrollo, con nada de estado de bienestar, que ha impulsado ajustes estructurales concretados en los planes de desarrollo de la década, con impactos negativos en las condiciones determinantes para acceder al derecho a la salud, al aseguramiento y la calidad de los servicios; en últimas a alcanzar la equidad en salud, tal y como ha estado expresado en dichos planes.

³ DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, DNP Programa Naciones Unidas Para el desarrollo PNUD, et. al., Op. Cit.

⁴ Ibid

No se ha cumplido la promesa del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en virtud de la cual el mercado, la libre elección, la competencia, una mejor focalización y reorientación de los recursos, garantizarían la equidad y justicia social en salud para la población más pobre. Es esta situación la gran fisura que tiene el desarrollo de la política de salud en el país.

Son dos los problemas fundamentales del sistema de salud, las coberturas del aseguramiento particularmente del régimen subsidiado determinado por la focalización de subsidios, y la situación de salud más grave para la población pobre en cuanto a mortalidad materna e infantil, que nos alejan de la justicia social, tan resaltada en los programas de gobierno.

La complejidad de la formulación y desarrollo de la política de salud en el país tiene tres dimensiones, que necesariamente deben ser abordadas para comprender sus logros e impactos en la mejora de las condiciones de calidad de vida de la población. Son ellas la dimensión legislativa, el contexto económico determinado por el modelo de desarrollo que acompaña la gestión pública, y el papel del Estado. Desde mi punto de vista, el desarrollo de la política de salud en los últimos años particularmente a partir de la expedición de la ley 100 de Seguridad Social, está más referido al régimen subsidiado, es decir a la población pobre y vulnerable.

En cuanto a la dimensión legislativa la ruta normativa seguida desde los años noventa, con los antecedentes de reformas jurídico-políticas de la década anterior, en términos de modernización del Estado con dos elementos fundamentales la descentralización y la democracia participativa, permiten identificar una continuidad lógica coherente entre las leyes 10 de 1990 y 100 de 1993 de

Seguridad Social, que en lo concerniente a salud determina la forma como la población puede acceder al aseguramiento en salud, como se organiza administra y financia la oferta de servicios y cómo se regula la demanda.

Es importante también destacar en esta ruta todas las oportunidades y retos que en materia social ha significado la Constitución Política de 1991, reformada por el actual gobierno y en vía de una reforma que nos preocupa a quienes trabajamos en lo social y le apostamos al logro de la equidad. De otro lado, las adecuaciones para el manejo de la gestión del sector en términos de distribución de competencias y recursos con la expedición de la ley 60 de 1993. Mas recientemente, la Ley 715 de 2001 que establece el Sistema General de Participaciones, que en materia de financiación consagra el crecimiento de los ingresos de las transferencias iguales a la inflación más 2% por año.

Una segunda dimensión, la del contexto económico, es a mi modo de ver más pertinente para comprender lo social en esta política, inserta en un modelo de desarrollo determinado por amplias fuerzas económicas, institucionales y culturales a nivel nacional e internacional. Resalta en esta complejidad que el tipo de crecimiento económico de los últimos años en el país no ha servido a las necesidades sociales de la mayoría de la población, es decir que el crecimiento ha sido ineficiente para combatir la pobreza y las desigualdades; que el mercado no ha facilitado el desarrollo, ha liberalizado por un lado y focalizado por otro, y que el papel marginal del Estado (sumado a su reducción y función reguladora) frente a estas fuerzas no ha redundado en bienestar colectivo.

La tercera dimensión de análisis, es el papel del Estado, el cual evidentemente ha cambiado.

En este sentido comparto la opinión de que el Estado no ha desmontado la política de salud, sino que la está desarrollando de otra forma, acompañada de un aumento en el gasto público social como lo ha exigido la Constitución de 1991. Menos intervención en el mercado de la salud, papel más como regulador de la oferta y la demanda, subsidios a la demanda y no a la oferta, focalización de la población beneficiaria de los subsidios.

La salud, en una compleja comprensión, es la resultante de condiciones de vida materiales de un individuo o colectivo, en un momento histórico determinado; como proceso contextualizado por factores económicos, políticos, culturales, sociales, de oferta de servicios, y por las condiciones individuales como la herencia genética por ejemplo. La salud como un hecho social está íntimamente relacionada con el bienestar social, es uno de sus aspectos esenciales; el bienestar vivido y comprendido desde las capacidades, las oportunidades, las ventajas condicionantes para la calidad de vida. En este último punto de vista ubico los dos problemas de resquebrajamiento de la política de salud para lograr la salud de los pobres y vulnerables. Adicionalmente el derecho a la salud pasa por el derecho al trabajo, habida cuenta que el aseguramiento es el aspecto que viabiliza el acceso a servicios de salud, para quienes están en el régimen contributivo. Sus relaciones de trabajo formales les generan un salario que permite cubrir su cotización, su seguridad en salud, a la vez con la idea de la solidaridad. Quienes tienen el “privilegio” de devengar un salario, aportan un punto de su cotización para el fondo de solidaridad y garantías (FOSYGA) para alimentar los recursos que financian el régimen subsidiado, para la población más pobre focalizada por el Sistema de identificación de beneficiarios de subsidios SISBEN.

Llamo la atención sobre este último punto, porque encontramos la convergencia de la política de empleo y la de salud. A mayores niveles de desempleo menores posibilidades de acceder al régimen contributivo, siendo la única alternativa para el acceso a la salud el régimen subsidiado, o la atención como usuarios vinculados sujetos a las tarifas que establecen las Instituciones prestadoras de salud públicas o privadas.

Ello es coherente con la idea de que toda política económica es política social, planteamiento que en el caso de la salud es bastante evidente. Para las políticas económicas el papel del Estado puede agruparse en las siguientes áreas: asignación, estabilización, transferencia y distribución, “el escenario de operación de las funciones de asignación y de estabilización es la esfera privada/pública, y buscan mejorar la eficiencia del mercado. La función de transferencia tiene que ver con las esferas privada y privada/pública. Su objetivo es resolver la incapacidad del mercado de responder a las demandas de la necesidad (...) la distributiva explícita principios de equidad y busca prevenir las concentraciones de riqueza y poder que perjudiquen la equidad la libertad y la igualdad de oportunidades”⁵

Esto último no se ha logrado en el país, en mi opinión, como consecuencia de esa estrechísima y compleja interrelación entre políticas económicas y sociales. La política económica toma las decisiones que afectan lo social. Como consecuencia, repito, estamos aún lejos de la equidad y la justicia en salud, mientras tengamos un modelo de desarrollo que no mira otras dimensiones trascendentales del desarrollo económico, y se le continúe dando a la política social la res-

⁵ ARCOS Oscar, et. al., *Políticas Sociales en Colombia 1980-2000*, Cinep. Colciencias, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá DC, Julio de 2002, Pág. 75.

ponsabilidad de resolver la pobreza y los problemas de exclusión.

Recordemos como ejemplo qué se propuso en el anterior Plan de desarrollo “Cambio Para Construir la Paz”. La política social formulada por el gobierno dijo en su momento: “como prioridad de este gobierno y el énfasis de esta política se encierra en general en la búsqueda de mayor cobertura, equidad, eficiencia, y calidad de la educación básica superior, de la seguridad social en salud, de la formación para el empleo, del acceso a los bienes culturales y de los programas hacia la infancia y la familia”.⁶ En lo concerniente a la salud la meta fue garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud a través de la seguridad social en salud

Para ello se buscaría el compromiso de la sociedad con el sistema de salud para corregir las inequidades, la ineficiencia, la falta de solidaridad y los problemas de cobertura.

Los esfuerzos y recursos del gobierno se encaminarían a la consolidación de la reforma del sector salud y a garantizar la estabilidad financiera del sistema, para lo cual se propone modificar y hacer más eficiente la asignación y manejo de los recursos, resolver los problemas estructurales y administrativos de las instituciones, incentivar una mayor afiliación de la población al Sistema de Salud como aspecto fundamental para mejorar el acceso a los servicios, controlar la evasión, eliminar los privilegios de las Empresas promotoras de salud públicas, buscar solidez financiera de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), reestructurar las Empresas Sociales del Estado (Hospitales Públicos) y fortalecer el sistema de información.

⁶ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002 *Cambio Para Construir la Paz*. Pág.227.

Reconozco algunos avances en el aumento de coberturas en el aseguramiento, por ejemplo para el año 1999 el 22% de la población estaba afiliada al régimen subsidiado, pero el 36.26% correspondía a Necesidades Básicas Insatisfechas NBI; en el año 2001 el 30.4% afiliada al régimen subsidiado, pero los pobres son el 37.6%; tasa de mortalidad infantil en 1995 por mil nacidos vivos 28.1⁷, en 2002 es de 30.10 para hombres y 22.51 para mujeres.⁸

Hay mejoras, pero tenemos problemas de exclusión y de acceso para 19.372.906 personas correspondientes al 42% de la población que se encuentra por fuera de los beneficios del régimen subsidiado y contributivo en salud de acuerdo con las conclusiones que se infieren de los últimos datos de la Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud en ese momento año 2001. Ver cuadro No. 1.

¿Cómo se presenta este tema en el actual Plan de Desarrollo ya aprobado por el Congreso de la República y sancionado por el Presidente? Encontramos como en los anteriores planes, afortunadamente, la preocupación por la equidad: Uno de los cuatro objetivos esenciales del Plan es construir equidad social, mejorando la distribución del ingreso y el crecimiento económico. Dos aspectos se buscarán para ello: Que el Estado se vincule con un gasto social eficiente y la protección de los sectores más vulnerables de la sociedad. Estos “sectores más vulnerables” también considerados como “los más necesitados”, para la política de salud son cinco millones de nuevos afiliados al régimen subsidiado, focalizados, iden-

⁷ DANE, *Proyecciones de Mortalidad Infantil*, Serie Estudios Censales

⁸ DANE Colombia, *Proyecciones Departamentales de Población por Sexo y Edad 1990-2015*, Serie estudios Censales No.2 Bogotá 1998

Cuadro No. 1 Indicadores demográficos y socio económicos – Colombia

Departamentos	Población Total ¹	Afiliación al SGSSS 2001 ²		Porcentaje NBI ³	Coeficiente GINI ⁴	Línea pobreza ⁵
		Contributivo	Subsidiado			
Amazonas	74,403	6,942	28,857	73.4		
Antioquia	5,531,893	2,290,610	1,164,108	31.3	0.52	54.90
Arauca	256,664	13,189	72,143	53.3		
Atlántico	917,899	74,023	247,639	37.2	0.52	55.10
Barranquilla	1,305,330	609,864	173,905	27.8		
Bogotá	6,712,247	3,713,214	1,225,737	17.3	0.56	43.50
Bolívar	1,137,800	42,509	380,636	71.8	0.55	57.90
Boyacá	1,385,184	290,667	492,043	38.8	0.57	63.70
Caldas	1,133,791	293,143	241,411	29.3	0.52	51.10
Caquetá	436,860	60,656	137,014	58.4	0.45	54.80
Cartagena	952,522	310,317	159,406	33.1		
Casanare	301,387	51,071	158,660	52.1		
Cauca	1,299,256	167,352	434,504	57.5	0.60	67.70
Cesar	999,758	145,356	369,435	56.4	0.59	54.60
Chocó	410,116	21,522	178,740	81.5	0.59	75.30
Córdoba	1,352,279	184,787	412,682	66.1	0.57	68.90
Cundinamarca	2,226,236	668,863	725,006	33.7	0.50	48.50
Guainía	39,577	446	19,130	100.0		
Guaviare	123,560	5,022	50,066	80.0		
Huila	953,426	221,185	290,548	39.9	0.51	57.40
La Guajira	500,029	77,018	187,719	64.9	0.48	50.90
Magdalena	922,207	69,521	283,314	66.0	0.49	60.60
Meta	729,023	248,735	172,702	41.2	0.49	43.80
Nariño	1,690,354	166,418	653,404	56.1	0.55	70.60
Norte Santander	1,405,297	264,410	325,110	41.4	0.49	58.80
Putumayo	350,705	18,352	144,538	79.5		
Quindío	582,966	150,572	201,511	23.9	0.52	49.60
Risaralda	976,964	333,846	211,853	26.6	0.49	52.30
San Andrés	77,446	17,450	16,925	33.3		
Santa Marta	410,309	133,314	69,498	34.8		
Santander	2,014,590	579,519	536,272	31.2	0.56	49.60
Sucre	824,668	85,512	251,425	64.8	0.53	61.10
Tolima	1,304,950	296,901	316,425	38.8	0.51	56.00
Valle	4,318,191	1,720,539	685,340	24.5	0.52	46.40
Vaupés	31,234	195	20,158	100.0		
Vichada	88,899	2,892	31,318	89.8		
COLOMBIA	43,778,020	13,335,932	11,069,182	37.6	0.56	53.80

¹ Fuente DANE . Estimaciones anuales de población. 2002.² Ministerio de Salud. Dirección de aseguramiento³ Ibid⁴ Cálculo DNP - con base en DANE, EH Nacionales 1999⁵ Ibid

tificados por el SISBEN en un nivel de pobreza 1 y 2; población desplazada no afiliada a ningún régimen, menores de cinco años, adolescentes (en cuanto a la incidencia del embarazo) población pobre no asegurada que padece cáncer; ancianos, discapacitados. Con relación a la mujer, reducir la incidencia de cáncer de cuello uterino.

La equidad social, que significa construir una sociedad más justa, en palabras del gobierno, implica tres desafíos:

“a) Aumentar la eficiencia del gasto social para que los mayores recursos se traduzcan en mejores resultados; b) mejorar la focalización del gasto para que los recursos lleguen a los más necesitados; c) consolidar un sistema de protección social para que las crisis económicas no comprometan, por completo, las posibilidades futuras de los grupos más vulnerables”⁹

Todas estas consideraciones han estado presentes en los anteriores planes de desarrollo, como ya lo he señalado; igualmente con los resultados ya expuestos. Por lo tanto y teniendo en cuenta la difícil situación económica que sufre el país, y los impactos sobre el empleo y sobre el bienestar, no es claro que las medidas que se propone el actual gobierno puedan superar la inequidad en salud. Más cuando el énfasis está puesto en la Seguridad Democrática que demanda muchos recursos fiscales.

Para quienes tenemos una acción social como profesionales del Trabajo Social en salud, que nos estamos haciendo las preguntas pertinentes en torno a la justicia social y la equidad, la polí-

⁹ Ley 812 de 2003 de junio 26 de 2003 por la cual se aprueba el Plan Nacional de desarrollo 2003-2006 HACIA UN ESTADO COMUNITARIO.

tica social que se supone tiene esta misión, debe ser un tema permanente de reflexión para encontrar acciones que faciliten acceder al derecho de la salud. En la planeación local y la participación social se pueden potenciar algunas fortalezas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los excluidos.

Los procesos de planeación local considerados en el país incluyen la participación social como aspecto importante para desarrollar una gestión pública en salud; por ello tenemos una oferta institucional y unos preceptos constitucionales y normativos que son oportunidades para esta participación, sin que ello sea la garantía total para que resuene una intervención ciudadana marcada por la democracia en los asuntos públicos.

Encontramos en ello un reto importante para justificar la intervención del Trabajador Social como funcionario, servidor público y ciudadano.

Propongo entonces unas opciones que nos concretan la intervención de Trabajo Social y su compromiso, que dan dirección y sentido a su acción, en torno a la planeación participativa y el control social como un nivel de la participación; Para que la población ejerza una acción organizada, comprensiva, tanto preventiva como transformadora para la situación de salud y el desarrollo social de la salud. Por estos caminos en construcción, nos encontramos quienes trabajamos en el sector salud, de ello doy testimonio en Bogotá D. C.

En el nivel de Dirección de los entes territoriales municipales o departamentales, es decir secretarías, departamentos, servicios de salud, propongo participar en la formulación de la política de participación social y en la definición de lineamientos estratégicos para su desarrollo que

incluya la organización y el control social como parte de una cultura de rendición de cuentas de la gestión pública. Privilegiar la democracia en salud, la defensa de lo público, la construcción de una ciudadanía activa. Política que en su operación es transversal a toda la gestión de salud, que se concreta en las competencias sectoriales territoriales, los procesos de salud pública, el control de la oferta de servicios y del aseguramiento, y la inversión. Orientar el desarrollo de los procesos de fortalecimiento de la participación social en la planeación local. Planear, dirigir, acompañar, organizar y evaluar las líneas de acción y estrategias de Participación Social. Diseñar y aplicar indicadores sociales para medir impacto y calidad de la participación.

A nivel de los hospitales públicos Empresas Sociales del Estado (ESE). Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradoras de régimen subsidiado (ARS):

- Promover, apoyar y fortalecer los procesos de participación social en salud, de tal manera que respondan a las necesidades de la población, se desarrolle una cultura de la participación social y se logre impactar en las condiciones de salud de la población. Es decir formación de ciudadanía en salud. Promover y apoyar el fortalecimiento de la organización de la comunidad en los diferentes espacios y mecanismos de Participación Social en salud, Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), Asociaciones de Usuarios, Comités de Ética Hospitalaria
- Promover, orientar, facilitar, la participación social en la elaboración, actualización y socialización de diagnósticos locales de salud y en la definición, desarrollo y control de los proyectos y programas de Salud Pública.

- Gestionar en coordinación con los integrantes de los diferentes mecanismos de participación social, la inclusión de proyectos de salud, de desarrollo social y de fortalecimiento de la Participación Comunitaria, en el Plan de Desarrollo de los municipios y las localidades en grandes ciudades.

- Asesorar a la Gerencia de las instituciones de salud en el desarrollo de las Políticas de Participación Social y mantenerla informada sobre los procesos participativos y los índices de satisfacción de los usuarios.

- Definir y desarrollar estrategias que conduzcan al ejercicio del control social ciudadano y comunitario, sobre la calidad de los servicios que presta la Institución, derechos y deberes de los usuarios, proyectos de inversión, planes y programas. Condición indispensable para ello es facilitar el acceso a la información. El acceso a la información es también un derecho.

- Llevar a cabo programas educativos que propendan por el desarrollo humano de las comunidades para facilitar la gestión, negociación y representación de los integrantes de los diferentes mecanismos de participación en salud, construir una cultura de la participación.

Desarrollar estas opciones en nuestra práctica e intervención social implica retos frente a:

- Una permanente reflexión en la acción como ser y como profesional, como ciudadano y como servidor público; con las personas con las cuales estamos trabajando, equipo interdisciplinario, usuarios de servicios, población, autoridades locales

Cuadro no. 2 Indicadores demográficos y salud- Colombia

Departamentos	Esperanza de Vida al nacer 2002-2005 ¹	Tasa mortalidad infantil X 1000 nacidos vivos 2002 ¹		Mortalidad complicaciones Embarazo Parto Puerperio tasa X 100.000 – 1999 ²
		Hombres	Mujeres	
Amazonas	67.39	48.60	38.09	2.9
Antioquia	70.56	24.77	18.18	1.4
Arauca	66.70	61.19	48.29	0.4
Atlántico	73.15	25.68	19.24	1.5
Bogotá	73.23	31.05	22.54	1.7
Bolívar	73.76	49.88	38.43	1.9
Boyacá	70.77	38.70	29.19	1.5
Caldas	71.43	27.86	21.01	1.1
Caquetá	69.14	70.92	56.58	3.4
Casanare	71.21	43.53	33.92	2.2
Cauca	69.87	64.18	50.65	2.8
Cesar	71.08	49.86	39.32	1.1
Chocó	66.78	98.82	81.26	4.7
Córdoba	73.52	41.92	32.16	2.2
Cundinamarca	71.55	33.12	24.39	1
Guainía	66.70	61.19	48.29	5.6
Guaviare	67.39	48.60	38.09	3.5
Huila	71.57	37.63	28.71	2.5
La Guajira	73.16	45.62	35.70	1.9
Magdalena	72.73	39.55	30.45	1.6
Meta	67.57	45.30	35.42	1.5
Nariño	70.12	59.78	46.98	1.7
Norte Santander	70.93	30.49	22.88	1.1
Putumayo	67.39	48.60	38.09	3.1
Quindío	70.57	34.98	26.60	0.5
Risaralda	72.01	35.40	26.69	0.4
San Andrés	74.68	24.14	17.92	1.4
Santander	71.8	26.36	19.32	0.9
Sucre	74.13	31.68	23.76	2.2
Tolima	70.94	29.85	22.78	1.6
Valle	71.54	22.09	16.44	1.7
Vaupés	67.39	48.60	38.09	3.4
Vichada	66.70	61.19	48.29	0
COLOMBIA	72.17	30.10	22.51	1.6

¹ DANE, Colombia Proyecciones departamentales de población por sexo y edad, 1990-2015.

Serie Estudios censales No. 2, Bogotá, 1998

² Fuente: DANE, archivo de defunciones 1999

e institucionales. Muchas preguntas tendrán que acompañar la intervención social que desarrollamos, para identificar igualmente contradicciones, por ejemplo:

- ¿Estaremos desarrollando un proceso de planeación local con participación de la comunidad acorde a los requerimientos de desarrollo socioeconómico del país? ¿Es suficiente el marco legal existente? ¿Cuál es la complejidad de este proceso?
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de este proceso?, ¿Cuáles los obstáculos?
- ¿Cuáles han sido los alcances de la metodología propuesta para la Participación de la comunidad?
- ¿Cuál es la opinión de la comunidad sobre este proceso y cual la de las autoridades locales?
- El **trabajo interdisciplinario**, para dibujar nuestra especificidad, reconociendo los saberes que pueden ayudar para una gestión integral, competente, que nos remite a la transdisciplinariedad.
- El logro de **Competencia** teórica metodológica para la intervención, con una actitud permanente para el aprendizaje, la búsqueda, la investigación.
- **Trascender lo local**, analizándolo y ubicándolo como parte de una totalidad, cuyas características lo determinan con expresiones específicas.
- La **educación** para formar ciudadanos, para construir comunidad, democracia y solidaridad como respeto por la diversidad de ideas

y de intereses, solidaridad. Educación para enfrentar las incertidumbres del desarrollo de la salud.

- La **ética** de la comprensión. En palabras de Edgar Morin como parte de los Siete Saberes Necesarios Para la Educación, “es un arte de vivir que nos pide, en primer lugar, comprender de manera desinteresada. Pide argumentar y refutar en vez de excomulgar y anatemizar. La comprensión no excusa ni acusa: ella nos pide evitar la condena perentoria, irremediable, como si uno mismo no hubiera conocido nunca la flaqueza ni hubiera cometido errores. Si sabemos comprender antes de condenar estaremos en la vía de la humanización de las relaciones humanas”.¹⁰

El **control social ciudadano y comunitario**, es justamente la posibilidad mas concreta que tenemos en este momento para contribuir como profesión y disciplina al logro de la cobertura universal, equidad, eficiencia y calidad no solo de la atención en salud, sino del **derecho a la salud**.

BIBLIOGRAFÍA

ARCOS Oscar, BECERRA Emperatriz, CORREDOR Consuelo, GONZÁLEZ Jorge Iván, RIVERA Magda, *Políticas Sociales en Colombia 1980-2000*, CINEP, Colciencias, Bogotá DC, Julio de 2002.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, DNP Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo PNUD,

¹⁰ MORIN, Edgar. *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*, Cooperativa Editorial Magisterio, Bogotá, 2001, Pág. 104.

Agencia Colombiana de Cooperación Internacional. Programa Nacional de Desarrollo Humano en Colombia. *Diez Años de Desarrollo Humano en Colombia*. Primera edición. Colombia Enero 2003.

Ley 812 de 2003 de junio 26 por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006 HACIA UN ESTADO COMUNITARIO

MORIN Edgar, *Los Siete Saberes Necesarios para la Educación del Futuro*. Cooperativa Editorial Magisterio, Bogotá, 2001

SEN Amartya. NUSSBAUM Martha. *La Calidad de Vida*. The United Nations University Fondo de Cultura Económica. México Primera reimpresión 1998.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, Departamento Nacional de Planeación. *Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002 Cambio Para Construir la Paz*. Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, 2002, *Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos*. <http://www.minprotecciónsocial.gov.co>

VELÁSQUEZ Fabio, González Esperanza, *Qué ha Pasado con la Participación Ciudadana en Colombia*, Fundación Corona, Junio de 2003.



Ginneth Triana Rodríguez / 13 años

Me trae muy bonitos recuerdos, cada vez que la veo me acuerdo cuando mis hermanos eran pequeños que eran así como ella; pequeñita.