UNA PROPUESTA PARA REFORMAR LA SALUD*

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia -ANEC-. Seccional Antioquia.

Sonia Duque Cardona, Mabel Castañeda Montoya
Alba Elena Correa Ulloa, Gloria Estela Gómez Tabares
Marta Lucía Palacio Campuzano, Liria Pérez Peláez
Marta Lucía Toro Restrepo

Resumen

Se presenta una propuesta de reforma en salud para la Asamblea Nacional Constituyente convocada en Colombia para 1991. Se analizan algunos de los problemas más importantes del sector salud en este momento y se plantean alternativas de solución que deben ser discutidas y consignadas en la nueva Carta Magna del país. Contiene dos ejes principales que orientan toda la propuesta: un concepto diferente de salud y la participación comunitaria en todas las esferas de la reproducción social de los diferentes grupos de población.

Al final se presenta el articulado correspondiente a los temas tratados.

Palabras claves:
Administración de servicios de salud
Legislación en salud
Servicios de salud

---

* Propuesta presentada a las comisiones de trabajo de la Asamblea Nacional Constituyente. Medellín, noviembre de 1990.

Introducción

Los cambios sociales y políticos que se vienen gestando en nuestro país, particularmente la convocatoria a la Asamblea Nacional Constituyente, adquieren un significado histórico dado el proceso de restricción de derechos que cada día compromete más las diferentes instancias de la vida social, negando aun, la vida misma. La Asamblea Nacional Constituyente representa hoy un espacio de apertura democrática y participativa, que requiere el protagonismo del pueblo para posibilitar los cambios y reformas que el país necesita. La apertura democrática como búsqueda de una democracia no decretada, exige la búsqueda de la igualdad ante la vida y la posibilidad a diferir.

Esta propuesta está apoyada por *Alborada Médica* –Comité de base médica, ASMEDAS, seccional Antioquia–.

1. Una forma distinta de pensar la salud

La propuesta de reforma en salud que presentamos es el resultado de esta reflexión que hacemos como trabajadores profesionales de la salud, pues consideramos que toda propuesta para el quehacer en salud debe tener en cuenta el contexto global de lo político y la realidad nacional. Por lo tanto, la reforma no puede quedarse en el plano técnico-formal y aislada de transformaciones históricas más amplias, sino que debe ser democrática, de tal forma que posibilite ampliar y consolidar espacios que permitan mayores niveles de participación y la superación de los esquemas de planificación vertical. Así mismo, debe ser una reforma nacional que fortalezca las propias decisiones sin condicionamientos externos a nuestra realidad, y además, deber ser popular, es decir, que asuma los intereses de las mayorías poblacionales como criterios de referencia para la adopción de contenidos y formas de gestión estatal en salud. Lo anterior, implica superar los modelos tradicionales de reforma administrativa restringida e impulsar la demanda y conquista de una propuesta de reformulación más profunda, que tenga cabida dentro de los planteamientos de cambios constitucionales que se materialicen con la Asamblea Nacional Constituyente, en los que se explicite la salud como un derecho y sea el Estado quien asuma una política de salud consecuente e integrada a las demás políticas económicas y socia-

les, asegurando los medios que permitan efectivizarlas. Por lo tanto, la presente propuesta se fundamenta en la revisión de los principios tradicionales que han orientado la gestión del Estado en salud, en la revisión del concepto mismo de salud y en la renovación de la estructura administrativa y de las normas jurídicas relacionadas con la calidad de vida y la salud. En resumen, el quehacer en salud debe servir como instrumento de potenciación de todas las fuerzas capaces de humanizar la sociedad, y no simplemente estar orientado a la reparación de daños finales y de enfermedades aisladas.

La situación económica y social del país se ha caracterizado por períodos de crisis cíclicas, resultado de un capitalismo dependiente, de las deformaciones estructurales del desarrollo y de las condiciones de atraso que confluyen al desgaste del proceso productivo global, observándose un estancamiento del desarrollo industrial. El acelerado proceso de urbanización con un desarrollo desigual de áreas urbanas, suburbanas y rurales, socioeconómicamente diferenciadas, han conformado núcleos de desarrollo en oposición a otras regiones con gran deterioro económico-social; al lado de grandes latifundios se encuentran regiones campesinas atrasadas y áreas de colonización. La creciente deuda externa además de incrementar la dependencia, limita la capacidad presupuestal del Estado, reduciendo el gasto social particularmente para salud y educación, a lo cual se agrega el alto índice inflacionario y el desempleo ascendente, que se reflejan en el progresivo deterioro de las condiciones de vida de grandes sectores de la población.

El Estado colombiano ha venido en un proceso de debilitamiento y descomposición, reflejado en el bloqueo al desarrollo de la nacionalidad, en la crisis institucional, en la inflación y en el déficit fiscal que muestran una ausencia de protagonismo estatal, en relación a propuestas coherentes con las necesidades económicas y sociales de la población. La visión estatal del sector salud y de las políticas sanitarias se fundamentan en un enfoque esencialmente reparativo, centrado en los hospitales y en la atención médica, conformando un modelo asistencial excluyente, discriminatorio, centralizador y corruptor. Así mismo, las desigualdades sociales y regionales existentes, han sido factores limitantes para el pleno desarrollo de un nivel satisfactorio de salud y de una organización de servicios socialmente ade-

cuada. Esta situación, interrelacionada con la problemática en los ámbitos político, económico y social, evidencian la necesidad de desarrollar reformas que conduzcan a la resolución de los conflictos socioeconómicos con políticas consistentes que permitan el fortalecimiento institucional, el replanteamiento de las tareas en el frente social y el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población.

Con base en lo anterior, en esta propuesta el fenómeno de salud-enfermedad se entiende como el resultado de las condiciones de vida históricamente determinadas, en las que se desenvuelven e interactúan las clases sociales, y que se generan a partir de las formas de organización social de la producción, y que consecuentemente, dan origen a diferencias en la calidad de vida y en la exposición a riesgos de sufrir enfermedad y muerte. La calidad de vida de las clases sociales depende de las formas de reproducción social de cada clase, es decir, de aquellos procesos relacionados con las formas de trabajo y con las maneras de adquirir y disfrutar los bienes y servicios requeridos para satisfacer las necesidades, los cuales se vuelven procesos benéficos y potenciadores de la vida, o por el contrario, procesos deteriorantes que dan lugar a enfermedad y muerte.

La planeación general en el sector salud debe trascender el pensamiento estatal que fundamenta en la eficiencia y en la cobertura de las acciones en salud, la explicación de los logros en el bienestar de la población. La oferta de los programas y acciones sanitarias debe programarse con base en los intereses y demandas de los diferentes grupos sociales de la población y sustentarse en los perfiles epidemiológicos específicos de las colectividades y no solamente en los diagnósticos descriptivos que permiten conocer los efectos por simple medición de índices de enfermedad, dejando de lado los procesos relacionados con las condiciones de vida que los determinan. La demanda de servicios de salud está condicionada por la decisión que toma cada individuo según su pertenencia a una clase social, una vez que ha percibido su problema mórbido, ya que el hecho biológico por sí mismo no genera demanda, pues el individuo como miembro de una clase, participa en forma diferente de la distribución de condiciones de vida, o de reproducción social, y por tanto, del acceso a servicios de salud. La oferta debe trascender el desarrollo de acciones puntuales, orientadas a corregir los desfases que se presentan entre la oferta y la demanda, y debe

buscar la estructuración de servicios eficientes que sean al mismo tiempo eficaces y efectivos.

En cuanto al aspecto administrativo, la planificación, organización, gestión y ejecución de programas debe girar alrededor de la participación popular y dirigido a racionalizar, reorientar y dinamizar las acciones, bajo un sistema de servicios de salud de cobertura y calidad universales y homogéneas.

2. Financiación

La crisis socioeconómica que afecta al país desde hace varios años, no puede considerarse como una limitante para la realización de reformas sanitarias, sino como una razón histórica más para su urgente desarrollo. Uno de los aspectos que más ha influido en esta crisis, ha sido el creciente endeudamiento externo que ha significado costos sociales altos, ya que los servicios a la deuda se pagan con los ingresos obtenidos por exportaciones, frenando así el desarrollo de la reproducción económica y social del país.

La financiación del sector salud en el país ha estado relacionada estrechamente con los gastos privados realizados por los hogares para la conservación de la salud, o sea la venta de servicios, lo cual ha jugado un papel importante en dicha financiación. Las fuentes financieras estatales son de gran diversidad, constituyendo el situado fiscal el principal aporte para los niveles nacional, seccional y local. Dicho situado fiscal, asignado por la Ley 46 de 1971, proviene de ingresos corrientes del Gobierno representados en impuestos, tasas, multas y rentas contractuales; su cuantía fue definida en proporción del 15% para 1975, con un aumento del 2% cada año hasta un máximo del 25%. En los último años la variación del situado fiscal ha estado por debajo de esta proporción. El Estado ha dejado de lado esta disposición legal, desconociendo además los cambios ocurridos en la estructura espacial de la población, para hacer una redistribución equitativa del ingreso hacia sectores menos favorecidos de la economía, según lo establece la filosofía del mismo situado fiscal.

Otra fuente de financiación es el impuesto a la cerveza, con un 8% destinado directamente al funcionamiento de los hospitales, el cual, aunque ha

presentado un comportamiento regular y creciente no ha sido efectivo totalmente. El impuesto del 35% de la venta de licores nacionales y extranjeros está destinado al funcionamiento de hospitales regionales y universitarios, que deben ser girados por las licoreras en los diez primeros días de cada bimestre. Sin embargo, este ordenamiento no se cumple, presentándose retrasos hasta de diez meses y una ausencia de control sobre el recaudo y los flujos de fondos. A esto se agrega la complejidad del cálculo y liquidación del impuesto y la deficiencia en la vigilancia efectiva sobre los flujos de licores interdepartamentales.

El impuesto a las loterías constituye otra fuente de financiación de la asistencia pública, según la Ley 64 de 1923, pero la interpretación elástica de este concepto ha desviado la destinación de los recursos, sometiéndolos al interés individual y político de las autoridades departamentales. Al igual que la lotería, existe el impuesto al chance o apuestas permanentes, Ley 7a. de 1982, el cual aunque se recoge a través de las beneficencias, se ha visto limitado por la transferencia de la explotación del juego a concesionarios privados.

Existen también los aportes departamentales incluidos en el presupuesto departamental, los cuales son bajos y dependen de la voluntad e interés político del momento. A nivel municipal, el impuesto al valor agregado IVA, establecido por la Ley 12 de 1986, tiene como finalidad el desarrollo municipal pero no aclara el aporte específico para salud, quedando a la voluntad de los políticos locales del momento.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace evidente la necesidad de una reformulación presupuestaria y financiera orientada a una planificación unificada del sector social, que sea considerada como una prioridad por parte de la política estatal, trascendiendo el sistema de financiación diverso y fraccionario, dependiente e ineficiente. La marcada inconsistencia financiera del sector y la dependencia de recursos extrapresupuestarios de origen extranjero, deben ser sustituidos por un incremento de la asignación presupuestal nacional para salud y por la designación de obligaciones tributarias adicionales a los propietarios de empresas, que mayor daño ocasionan a la salud de los trabajadores o a la población por el deterioro al medio ambiente. Así mismo, es necesario fortalecer los mecanismos de control y de

cumplimiento de las disposiciones legales. En síntesis, la financiación del sector salud, debe generarse a partir de un presupuesto social, que englobe los recursos destinados a las políticas sociales de los distintos ministerios y fondos sociales, correspondiendo al de salud una parte significativa y suficiente de los recursos. Estos serán establecidos a través de la prefijación de un porcentual mínimo sobre los ingresos públicos. La financiación del sistema de salud debe ser responsabilidad del Estado, desarrollando una política de descentralización y articulando la participación efectiva de los municipios. Este criterio de financiación del sector salud es coherente con el concepto amplio y totalizador de la salud-enfermedad, para que involucre las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. La distribución de los recursos financieros debe apoyarse, no solamente en el volumen poblacional de cada región, sino fundamentalmente en las condiciones de vida y salud de la región.

3. Reformulación de la organización de los servicios

La estructura orgánica-administrativa establecida para la prestación de los servicios de salud a la población, debe fundamentarse en principios claves como:

– Universalización de la atención.

– Integralidad de las acciones, superando la dicotomía preventivo-curativa.

– Regionalización y jerarquización de los servicios.

– Descentralización del proceso de decisión.

– Democratización de las instancias gestoras.

– Política integrada de recursos humanos con énfasis en la remuneración digna e igualitaria.

La universalización se refiere a la cobertura poblacional; la cual debe iniciarse por las regiones con deficiencia o carencia total de asistencia. Debe considerar también la equidad con relación al acceso de los que necesitan

atención y la atención oportuna según las necesidades. Igualmente, es básico el respeto a la dignidad de los usuarios por parte de los servidores y prestadores de servicios de salud, como una expresión de su deber y función pública.

3.1 Los sistemas locales de salud

Con base en los principios de descentralización y desconcentración y como uno de los pilares de la aplicación de la estrategia de atención primaria, los Silos o Sistemas Locales de Salud se definen como: "Un conjunto de recursos de salud interrelacionados, ya sean sectorial o extrasectorialmente, responsables del desarrollo de la salud de una población definida en una área geográfica determinada". El marco en que se desenvolverán los Silos dependerá de las necesidades propias de cada comunidad; por lo tanto, la reorganización de los sistemas locales de salud enmarcan todos los sectores que intervienen en el desarrollo de los Silos, para lo cual, es fundamental definir el nivel de responsabilidad y participación de la comunidad; esta participación social en los Silos debe permitir que en el proceso de toma de decisiones para la programación, ejecución y control del proceso de atención de salud participe la población a través de sus organizaciones representativas.

El enfoque intersectorial deberá manifestarse en la atención integral de las necesidades básicas de la población, manteniendo la salud como una parte del bienestar y desarrollando acciones que tengan como base el autodiagnóstico de las necesidades de la población y una programación participativa. En este sentido la investigación-acción se convierte en guía de todo el desarrollo de los Silos mediante lo cual se presenten nuevos programas con nuevas visiones administrativas y operativas orientadas a modificar la estructura de la morbilidad y mortalidad de la población del área.

3.2 Imagen objetivo

Con la mira puesta en el desarrollo de un nuevo modelo de atención, cuya meta final es mejorar el perfil epidemiológico de la población, relacionado con los riesgos y problemas de salud colectivos e individuales en cada lugar, cada Silo deberá subdividirse en unidades geopoblacionales mínimas

de análisis que incluyan a toda la población pertinente, respondan a sus necesidades y atiendan todas las demandas de atención; las acciones serán globales y su ejecución integral evitando la sectorización por patologías o programas aislados.

3.3 Plan de acción

Lograr la imagen objetivo planteada requerirá:

3.3.1 Un análisis muy completo de la situación de salud del área geopoblacional, que incluye:

– Volumen y estructura de la población (sexo y edad, por grupos específicos).

– Caracterización de la población según perfil epidemiológico, es decir, según condiciones de vida (perfil reproductivo) y formas de enfermedad y muerte (perfil de salud-enfermedad).

– Estructura de la demanda.

– Identificación y categorización de las necesidades sentidas y de las demandas.

– Identificación y categorización de las soluciones.

– Identificación de los sectores y subsectores que tienen competencia en la solución de las necesidades y demandas identificadas y categorizadas.

3.3.2 Análisis de la red de servicios de salud y de los servicios sociales y recursos disponibles en esa área geopoblacional, lo cual incluye:

– Identificar las unidades de salud existentes en el área, como recursos de salud disponibles para ese grupo poblacional, incluyendo todos los organismos de salud del sector público y privado.

– Identificar y caracterizar otros recursos con los cuales pueda contar la población para solucionar sus necesidades de salud y otro tipo de necesi-

dades sociales: vivienda, trabajo, educación, recreación, transporte, infraestructura sanitaria, vías, entre otros.

– Caracterizar la capacidad de resolución técnica-administrativa de las unidades de salud existentes en el área e identificar otras unidades de salud como centros de referencia en la solución de problemas de salud de la población.

3.3.3 Conocida la estructura de las necesidades y demandas de la población de un lado y los recursos de salud existentes, se establecerá un balance con el fin de conocer las necesidades reales de nuevos recursos, su tipo, ubicar su procedencia, financiamiento y sector de competencia.

3.3.4 Establecer una programación local acorde con las necesidades y recursos, estableciendo mecanismos de monitoría y evaluación permanentes que garanticen la consecución de la meta final.

4. La seguridad social

La seguridad social como el conjunto integrado de medidas de ordenación estatal, para la protección del ser humano y para el desarrollo pleno de sus capacidades físicas y mentales debería atender la salud, recreación, invalidez, vejez, rehabilitación y muerte de toda la población; pero la realidad es que en nuestro país la seguridad social es fraccionada y sólo está orientada a la población vinculada laboralmente dejando, aun, un sector significativo de ésta sin cubrir. El Seguro Social en Colombia no cumple con eficacia y efectividad la tarea de brindarle seguridad social a la población trabajadora, pues adolece de fallas estructurales derivadas en primera medida de:

– Incumplimiento del Estado con el aporte que debería hacer y que desapareció con la reestructuración de la institución en 1977.

– Manejo estatal de los recursos del I.S.S. invertidos en papeles del Estado de baja rentabilidad.

– Ampliación de coberturas del Instituto a trabajadores independientes, servicio doméstico, sector informal y la familia del trabajador sin aumento de recursos humanos, físicos y financieros.

– Grandes incrementos en el gasto de insumos como la droga, provenientes del paso del control de precios al Ministerio de Desarrollo.

– Contratación de servicios de salud con entes privados como resultado de su incapacidad en la planta física y de personal, hecho que representa el 8% del presupuesto de gastos de la institución.

Mediante el sistema de seguridad social, el Estado debe garantizar la protección adecuada a todo trabajador impedido por su edad, invalidez o enfermedad; en caso de muerte del trabajador, debe garantizar similar protección a su familia. Por lo tanto, el Seguro Social y las Cajas de Previsión Social deben incorporarse política y administrativamente al Sistema Nacional de prestación de servicios de salud, y de manera funcional al Ministerio de Trabajo, con el fin de garantizar una dirección única y coherente desde un solo organismo rector en materia de salud.

– El sistema de seguridad social que asegure una política nacional de salud de los trabajadores debe ser:

– Universal.

– Descentralizado.

– Regionalizado.

– Con un sistema de referencia por nivel de complejidad de atención.

– Definir políticas y programas de salud nacionales con base en los perfiles epidemiológicos de la clase trabajadora.

Tener una clara legislación referida a:

– Control y erradicación de procesos de producción peligrosos.

– Abolición de sustancias peligrosas no permitidas en otros países.

– Cumplimiento de los convenios O.I.T.

– Enfermedades profesionales.

– Pérdida de capacidad laboral.

– Mecanismos que exijan a las empresas el cumplimiento de la legislación.

– Indemnización, incapacidades.

– Jubilación.

– Reubicación laboral.

– Obligatoriedad en la denuncia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

– Funcionamiento efectivo del plan nacional de salud ocupacional.

– Crear y fortalecer los programas de rehabilitación de los trabajadores.

– Programas de readaptación y participación para los jubilados.

– Desarrollo de la investigación, con el fin de definir límites permisibles de sustancias utilizadas en Colombia.

Definir claras políticas sobre:

– Trabajo de la mujer (salario, doble jornada, embarazo, lactancia).

– Trabajo del menor (cumplimiento estricto del Código).

– Trabajo de los indígenas.

– Trabajo de los mineros.

– Trabajo de construcción.

– Trabajo agrícola.

– Trabajadores temporales (frente a la inestabilidad laboral, cobertura por seguridad social, salario, etc.).

– Transferencia tecnológica.

– Acciones precisas frente a la organización del trabajo en relación con:

– Jornada laboral.

– Utilización de incentivos (tensión síquica y aumento de accidentes).

– Turnos rotatorios, horas extras.

– Turnos nocturnos.

– Trabajo a destajo.

– Salario.

– Estabilidad laboral.

Participación de los trabajadores a partir de:

– Comités paritarios.

– Comité de vigilancia y control de condiciones de trabajo.

Políticas de aumento de empleo.

Transformación de condiciones de vida garantizando:

– Alimentación.

– Vivienda.

– Transporte.

– Educación.

– Recreación.

– Saneamiento básico.

5. Legislación laboral en salud

Los trabajadores del sector salud actualmente son clasificados como:

– Empleados públicos, vinculados bajo el régimen de libre nombramiento y remoción, con recorte en el ejercicio de derechos políticos y sindicales.

– Trabajadores oficiales, regidos por el Código Sustantivo del Trabajo y que actualmente conforman un porcentaje de aproximadamente el 25%.

– Funcionarios de la seguridad social, clasificados así a partir de la reestructuración del Instituto de Seguros Sociales en 1976 y regidos por un estatuto similar al de empleados públicos.

La reforma a la legislación laboral para los trabajadores de la salud debe tener como principios fundamentales el mejoramiento de la calidad de vida y de sus condiciones de trabajo, la garantía del libre ejercicio de los derechos políticos y sindicales y la plena participación en las decisiones relacionadas con la salud tanto de la población como de los mismos trabajadores. Así mismo, la reforma debe corregir la diversidad de regímenes laborales a los cuales están sujetos los trabajadores del sector, como consecuencia de la existencia de diferentes patronos con objetivos opuestos en la prestación de servicios de salud. Además de los aspectos generales de la reforma laboral, solicitados por las centrales obreras y que cobijan a los trabajadores de la salud, los aspectos específicos que deben estar contenidos en el régimen laboral para este sector son:

– Plenas garantías para el ejercicio de los derechos de asociación, contratación colectiva y huelga para todos los trabajadores de la salud, en los

términos consignados en los convenios de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.).

– Libertad para el pleno ejercicio de los derechos políticos de los trabajadores.

– Autonomía sindical para que los trabajadores puedan dotarse de la forma organizativa que consideren conveniente, sin ningún tipo de intervención estatal, excepto la contemplada para el control de cualquier organización.

– Remuneración digna e igualitaria en cuanto al salario entre las mismas categorías profesionales y técnicas en los niveles nacional, departamental y municipal, con sistemas de recuperación y mantenimiento de los salarios y prestaciones sociales que cualifiquen sus condiciones de vida.

– Derecho al empleo y garantía de su pleno ejercicio.

– Estabilidad laboral.

– Plena vigencia del estatuto de la carrera administrativa.

– Protección de la salud de los trabajadores.

– Fortalecimiento y ampliación de la organización y participación de los trabajadores de la salud en las diferentes instancias administrativas y en los procesos disciplinarios.

– Derecho a la capacitación y educación permanente.

– Inclusión en los programas de formación de recursos humanos en salud de los conocimientos de otras prácticas alternativas (bioenergética, homeopatía, medicina natural, medicina tradicional, etc.).

– Incorporación de los diferentes agentes populares de salud como personal remunerado, bajo la coordinación del nivel local de los Sistemas Locales de Salud –Silos– para las actividades en educación para la salud y atención primaria básica.

Además de lo anterior, consideramos de gran importancia la inclusión en las discusiones de la Asamblea Nacional Constituyente del "Proyecto de Estatuto del trabajador de la salud y la seguridad social", elaborado y presentado por la Federación nacional de trabajadores de la salud y la seguridad social en 1988; éste constituye una alternativa laboral, global y totalizante, que a partir de una nueva visión frente a la prestación del servicio de la salud en el país y apoyándose en el espíritu integral de la Constitución Nacional, da especial énfasis en que dicho servicio sólo puede ser eficaz en la medida en que haya satisfacción de las necesidades básicas de los trabajadores de la salud.

Para los trabajadores de la salud esta filosofía del Estatuto, significa que la demanda por sus derechos forma parte integral del proceso de lucha de la población por tener acceso a una atención de salud en forma oportuna y eficaz. El Estatuto está basado en dos fuentes del derecho: los avances del derecho laboral internacional, compendiados en los convenios de la Organización Internacional del Trabajo –O.I.T.– y la adecuación de éstos a las necesidades, desarrollo económico, político y social de nuestro país.

En relación con la carrera administrativa reglamentada por el Estado colombiano desde años atrás, el Estatuto contiene el proyecto de escalafón unificado para todos los trabajadores de la salud, vinculados tanto al Sistema nacional de salud y la seguridad social como a las instituciones de origen privado.

6. Atención en situaciones de desastre

Casi cada día, algún desastre amenaza las vidas y la propiedad de muchas comunidades. En Colombia se presentan diversas situaciones de desastre generadas por múltiples causas que colocan al trabajador y al sector salud en el ejercicio de funciones que exigen la atención masiva de víctimas por patología común, urgencias médico-quirúrgicas o problemas de saneamiento básico. Pueden mencionarse situaciones especiales provocadas por el desplazamiento de poblaciones, paros cívicos, manifestaciones públicas, enfrentamientos armados y masacres humanas. Todos estos fenómenos han mostrado una alta mortalidad y morbilidad y han sobrepasado las capacidades locativas y de recursos humanos y materiales.

Para medir los efectos de los desastres, es necesario una evaluación de la magnitud de acuerdo con los daños ocasionados en la organización, infraestructura física, características sociales, económicas y políticas existentes en el área afectada.

Para cuantificar y cualificar la magnitud de un desastre a través de los efectos se debe disponer de un equipo multiprofesional previamente entrenado capaz de trabajar coordinada y armónicamente, para lo cual se requiere de un entrenamiento previo.

La evaluación de los daños de un desastre deben estar orientados a:

– Evaluación económica: considerando los efectos directos, cómo han sido afectadas las personas, las empresas y colectividades. Los efectos indirectos: disminución de los ingresos de los hogares y la reducción en la producción de las empresas debido básicamente a una cadena de sucesos. Los efectos inducidos, que aparecen con posterioridad al desastre como son la desigualdad del ingreso y aislamiento de regiones agrícolas. Pérdidas de capital: ocasionadas por daño a inmuebles, equipos, reservas en la agricultura, la industria, la infraestructura del transporte, las telecomunicaciones, comercio y el sector de servicios. Pérdida de reservas, destinadas al consumo final o a unidades de producción intermedia. Pérdidas de producción, ocasionadas por disminución en los ingresos, destrucción de cosechas o plantaciones, mortalidad de semovientes, cierre de comercios y de unidades de producción industrial.

– Evaluación de los efectos en el sector salud; debe hacerse teniendo en cuenta tres grandes aspectos: los daños en la infraestructura del sector y el tiempo de recuperación; el estado individual y colectivo de la población afectada antes, durante y después del desastre, las condiciones de saneamiento y los daños ecológicos.

La ley 46 de noviembre 2 de 1988, artículo 2, define desastre como "el daño grave o la alteración grave de las condiciones normales de vida en un área geográfica determinada, causada por fenómenos naturales y por efectos catastróficos de la acción del hombre en forma accidental".

El Estado considerará como desastre toda alteración en las condiciones de vida de una comunidad que sobrepase la capacidad de los recursos de la misma, sea ésta causada por la naturaleza o por la acción voluntaria del hombre. La atención de desastres implica:

– Incorporar la dimensión ambiental en la prevención de los desastres, debe considerarse seriamente para crear en toda la población una cultura que proteja el ecosistema.

– Establecer desde la escuela primaria una educación y entrenamiento apropiado para la evacuación de residencias, edificios y lugares públicos, ya que el atropellamiento, la confusión y el pánico causan muchas víctimas en el momento de un desastre.

– Obligatoriedad de elaboración e implementación de planes de evacuación en edificios residenciales, oficinas públicas y privadas, colegios, escuelas, universidades y en los lugares públicos donde hay afluencia de personas.

– Obligatoriedad de medidas de seguridad, mediante construcciones antisísmicas, escaleras de emergencia, extintores y educación a todos los niveles.

– Normas precisas y cumplimiento de las mismas que impidan la ubicación de industrias de alto riesgo en zonas residenciales.

– Educar a la población en la cultura de la prevención, ya que la meta en el manejo de los desastres es prevenir y minimizar las muertes, las lesiones, el sufrimiento y la destrucción.

– Modernizar y actualizar periódicamente las leyes referentes a la prevención y atención de los desastres.

7. Participación comunitaria

La política de participación comunitaria debe implementarse en la reorganización de los servicios de salud como un componente básico para el funcionamiento y desarrollo de los sistemas locales de salud. Esta política debe materializarse en la conformación de consejos de salud que actúen

como organismos de cogestión en los niveles nacional, departamental y municipal, donde converjan con poder de decisión las organizaciones populares, los gremios de trabajadores de la salud y los expertos.

Los Silos, más que un espacio geográfico, deben convertirse en un espacio social de vida y trabajo comunitario, en el cual se incorpore el poder interno de la comunidad para tomar decisiones acerca de su propia problemática y las acciones para resolverla.

La organización y distribución de los bienes y servicios relacionados con la salud, dependen de la propiedad de los recursos y del poder que se tenga para movilizarlos en una dirección prevista. Por lo tanto, el poder se convierte en una dimensión esencial para definir líneas de trabajo con intervención auténtica de la población en la planeación, gestión y control de los programas que rigen las acciones de salud. Las necesidades de la población estarán presentes en las políticas estatales en la medida en que la comunidad logre fuerza suficiente para que sus intereses y requerimientos sean considerados por el Estado. La Asamblea Nacional Constituyente se convierte hoy en un espacio de confrontación, de discusión y de participación que puede devolver el protagonismo al pueblo, para incorporar lo social a la esencia misma de la interpretación y comprensión de la salud-enfermedad y de las acciones en salud, con miras a conquistar realmente un sistema de prestación de servicios que tenga un sentido democrático, nacional y popular.

La participación comunitaria dentro de la nueva reorganización del sistema nacional de salud debe fundamentarse en:

– Participación de la población a través de sus organizaciones representativas en la formulación de la política, en la planificación, en la gestión, en la ejecución y en la evaluación de las acciones de salud.

– Los fondos de salud destinados a financiar la salud deben ser administrados conjuntamente con la participación de órganos públicos y las organizaciones representativas de la comunidad.

– Las necesidades e intereses de las mayorías poblacionales como punto de referencia y criterio para la planeación de las acciones sanitarias.

– La conformación de consejos de salud como organismos de cogestión a nivel nacional, departamental y municipal.

8. Investigación en salud

La política estatal en salud debe sustentarse sobre las necesidades reales de las comunidades, identificadas a partir de estudios socio-epidemiológicos que permitan construir perfiles epidemiológicos por grupos socioeconómicos específicos. Lo anterior, requiere retomar las bases teóricas y metodológicas de la medicina social, como herramienta científica que permite establecer las características estructurales de las regiones del país y las zonas epidemiológicas diferenciales, posibilitando la formación de núcleos o distritos más específicos. Este enfoque, en la medida en que es más realista e integral, permite cohesionar el criterio de regionalización o zonalización administrativa con el de distribución de condiciones socio-epidemiológicas.

El Estado debe definir una clara política de investigación en el sector, y apoyar técnica y financieramente el desarrollo de investigaciones por equipos interdisciplinarios, que sirvan de base para la programación de las acciones de salud en los diferentes niveles operativos del sistema de salud. Dichas investigaciones permiten interpretar las tendencias y patrones de salud más generales para identificar las regiones socio-epidemiológicas. Lo anterior requiere la implementación de una infraestructura con una red nacional científico-tecnológica en salud, el fortalecimiento de los recursos de intermediación científico-tecnológica y la incorporación de las fuentes de información de la medicina privada.

9. Propuesta de reforma en salud, articulado

Artículo ...

La salud es un derecho de todo habitante del territorio colombiano. El derecho a la salud significa la garantía por parte del Estado de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos los niveles, para todos los habitantes del país, llevando al desarrollo pleno del ser humano en su individualidad.

Artículo ...

Las acciones y servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada y constituyen un sistema único, organizado de acuerdo con las siguientes directrices:

1º Descentralización, con dirección única en cada esfera de gobierno;

2º Atención integral, con prioridad para las acciones preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales;

3º Participación de la comunidad.

Artículo ...

El Estado garantiza el derecho a la protección, seguridad e higiene del trabajo, mediante la adopción de medidas adecuadas para la prevención de accidentes y enfermedades profesionales.

Artículo ...

Mediante el sistema de seguridad social, el Estado colombiano garantiza la protección adecuada a todo trabajador impedido por su edad, invalidez o enfermedad. En caso de muerte del trabajador, el Estado garantiza similar protección a su familia.

Artículo ...

El Estado protege, mediante la asistencia social, a los ancianos sin recursos ni amparo y a cualquier persona no apta para trabajar que carezca de familiares en condiciones de prestarle ayuda.

Artículo ...

La financiación de la salud es una responsabilidad del Estado, quien la garantizará con la creación de un presupuesto social que englobe los recur-

sos destinados a las políticas sociales de los diversos ministerios y a los distintos fondos sociales.

Artículo ...

Será competencia del sistema único de salud, participar en la formulación de la política y la ejecución de las acciones de saneamiento básicas y colaborar en la protección del medio ambiente, incluido el de trabajo.

Artículo ...

El Estado considerará como desastre toda alteración en las condiciones de vida en un área geográfica determinada o de una comunidad que sobrepase la capacidad de recursos de la misma, sea ésta causada por la naturaleza o por la acción voluntaria del hombre.

Artículo ...

El Estado tiene la obligatoriedad de elaborar e implementar planes de evacuación de lugares públicos y privados donde haya afluencia de gran número de personas, y establecerá normas precisas sobre modelos de seguridad y de cumplimiento de las mismas referentes a la prevención y atención de los desastres.

Artículo ...

El Estado colombiano establecerá normas precisas y de cumplimiento de las mismas que impidan la ubicación de industrias de alto riesgo en zonas residenciales.

Artículo ...

Será responsabilidad del Estado garantizar la asistencia social a todas las personas y colectivos que fueren afectadas en sus condiciones de vida como resultado de una situación de desastre.

Artículo ...

El presupuesto social, creado por el Estado para la financiación de la salud, será distribuido por sectores, correspondiendo al de salud una parte de los recursos que formarán el Fondo Nacional de Salud. A nivel departamental y municipal se formarán Fondos de Salud similares.

Artículo ...

Los fondos de salud en los diferentes niveles, serán administrados conjuntamente con la participación de órganos públicos y las organizaciones representativas de la comunidad.

Artículo ...

El Estado establecerá una red nacional científico-tecnológica en salud, incorporando las fuentes de información de la medicina privada, fortaleciendo y desarrollando los recursos de intermediación científico-tecnológica en salud.

Bibliografía

ALBORADA MEDICA. *Organo informativo, Comité de Base Médica*, ASMEDAS Seccional Antioquia. Medellín, No. 13, octubre de 1990.

ARANGO, Yolanda. *El trabajo comunitario como alternativa de los servicios de salud.* Ponencia presentada en el ciclo "Salud y Sociedad", Martes del Paraninfo, Universidad de Antioquia. Medellín, septiembre de 1990.

ASOCIACION MEDICA SINDICAL. Junta Directiva Nacional. *La ineficiencia del Instituto de Seguros Sociales.* Bogotá, septiembre de 1990.

BEDOYA D., Carmenza et al. *El profesional de enfermería en situaciones de desastre.* Universidad de Antioquia, 7a. ed. Medellín, septiembre de 1990.

BREILH, Jaime y GRANDA, Edmundo. *Notas para la reflexión sobre una política de salud democrática, popular y nacional.* Quito, Centro de Estudios y Asesorías en Salud –CEAS–, agosto 1987.

BREILH, Jaime et al. *Deterioro de la vida en el Ecuador.* Quito, Centro de Estudios y Asesorías en Salud –CEAS–, 1989.

CARMONA F., Jaime. *Neoliberalismo en Colombia y sistema nacional de salud en Colombia.* Medellín, Asociación Médica Sindical –Asmedas–, Seccional Antioquia, 1990.

CARMONA F., Jaime y CEBALLOS DE S., Lucy. *La crisis del sistema de salud: ¿Falta de finanzas o de administración?* Asociación Médica Sindical, Seccional Antioquia, Medellín, julio 1989.

CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD. *Nicaragua revolución y salud colectivo de sectores.* Quito, Ecuador.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. *Constitución política de Colombia.* 21a. ed. Bogotá: Codex Brevis, 1974.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. *Estudio sectorial de salud: la salud en Colombia.* Tomos I y II. Bogotá, Departamento Nacional de Planeación, 1990.

FAJARDO, Nelson. *Historia y lógica de la economía colombiana.* Bogotá, Fundación Universitaria Autónoma de Colombia, 1989.

FEDERACION NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL –FENTRASALUD–. *Proyecto de estatuto del trabajador de la salud y la seguridad social.* Bogotá, Colombia, 1988.

GONZALEZ C., María Patricia. La integración docente-asistencial, proceso de democratización. En: *Revista ANEC*, año XX, No. 50, abril 1989 - enero 1990, Bogotá, Colombia. p. 6.

LONDOÑO L., Ruby; GUTIERREZ, Miriam Luz y URIBE V., Estela María. El papel del profesional en enfermería en los Sistemas Locales de Salud (SILOS). En: *Boletín ANEC*, Seccional Antioquia, Medellín, septiembre 1990.

REFORMA SANITARIA EN BRASIL. Sistemas unificados y descentralización, el derecho a la salud en la Constitución, VIII conferencia de salud. En: *Cuadernos Médico Sociales.* Rosario (A). No. 47. Marzo 1989. pp. 19-38; 59-67.

ZULETA, Estanislao. Democracia y participación en Colombia. En: *Revista Foro*, No. 6, junio 1988, Bogotá.