

Desarrollo de la epidemiología en Santa Fe de Bogotá

Por: Beatriz Londoño Soto. Secretaria Distrital de Salud.

El presente Boletín recoge las intervenciones de Beatriz Londoño Soto, secretaria de Salud del Distrito, y de Hernán Málaga, representante para Colombia de la Organización Panamericana de la Salud, en el evento Avances de la epidemiología dentro del contexto de la salud pública en Santa Fe de Bogotá.

La salud pública en el Distrito Capital presenta hoy una cara distinta. La salud se asume en un sentido positivo, como la realización cotidiana del proyecto vital de los sujetos, con tendencia al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida.

Explorar el avance del sistema de vigilancia en salud pública del Distrito Capital, implica entender el sentido profundo de los cambios en la concepción y la práctica del sector en su conjunto.

Si bien hay que dar cuenta de la actualización y la modernización de nuestros sistemas, el cambio más importante se nota en la percepción de nuestro equipo profesional acerca de las implicaciones de su trabajo, su compromiso frente al cambio de las concepciones tradicionales de la salud y el reconocimiento de que su papel es determinante en el éxito del sistema de seguridad social en salud en general.

No se trata de cambios nominales, se trata de cambios de actitud, motivados por la actualización permanente en los conocimientos sobre el tema hacia la percepción de la necesidad de cambios en el quehacer, y por la sensibilidad en la problemática social.

Tampoco se trata de abandonar posiciones epistemológicas por la necesidad de cambiar *per se*. Se trata de acopiar conocimientos y prácticas que redunden en el mejor estar de la gente. Que no se pierda esto de vista, porque todas nuestras discusiones y decisiones deben mantener ese horizonte.

Para quien pregunte hacia dónde va nuestra discusión sobre la salud y la enfermedad, para quien se inquiete por nuestra ingente actividad y continua exigencia de información de calidad, que quede clara la respuesta: "Es para que la gente viva mejor". Para eso necesitamos y debemos ser más claros y eficientes.



El sentido de la desconcentración, de la participación local, de una visión más integral del proceso salud-enfermedad, de la tendencia creciente hacia visiones positivas de la salud y a buscar en las propias comunidades el potencial para mejorar sus condiciones de vida, no se encuentra en una moda ni en un mandato, sino en la convicción de que así la comunidad se verá más rápida y seguramente beneficiada. Por eso, en Santa Fe de Bogotá avanzamos conceptual y operativamente hacia una visión holística de la salud. En este orden de ideas, entendemos la vigilancia de la salud pública como un proceso de monitoreo crítico de los determinantes y condicionantes más relevantes de la salud colectiva, entrando a los dominios de la prevención profunda y la promoción humana integral. En otras palabras, la mirada es a los determinantes de la salud (protectores y destructivos), necesidades, saberes y acciones populares, situándose siempre en una perspectiva de autoconstrucción social.

CONTENIDO

Continúa página 2

Desarrollo de la epidemiología en Santa Fe de Bogotá.....	Pág. 1-3
Sistema de información municipal (SIM).....	Pág. 4-6
Estructura del sistema.....	Pág. 6-7
Productos del sistema.....	Pág. 7-8
Referencias bibliográficas.....	Pág. 8

Boletín Epidemiológico Distrital

Secretaría Distrital de Salud

Beatriz Londoño Soto

Subsecretario Distrital de Salud

Delio Castañeda Zapata

Directora de Salud Pública

Ana María Peñuela

Área de Análisis y Políticas de Salud Pública

Consuelo Peña Aponte

Área de Acciones en Salud Pública

Stella Vargas Higuera

Área de Vigilancia en Salud Pública

Elkin Osorio Saldarriaga

Comité Editorial

Beatriz Londoño Soto
Ana María Peñuela Poveda
Elkin Osorio Saldarriaga
Orlando Scopetta D.
Gladys Espinosa García
Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinación

Elkin Osorio Saldarriaga

Diseño y diagramación

X y Z Estrategias

Impresión

Linotipia Martínez

Secretaría Distrital de Salud
Dirección de Salud Pública
Área de Vigilancia en Salud Pública

Transversal 23 No. 56-00 piso 3º

Teléfono 347 65 65

Extensiones 3401-3402-3306-3310
Santa Fe de Bogotá, D.C.

(Viene de la página 1)

Los conceptos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública, dejaron de ser contenidos teóricos para convertirse en herramientas cotidianas y concretas de trabajo, dentro del contexto del sistema distrital de seguridad social en salud en todos sus niveles.

Estos desarrollos no son exclusivos de la vigilancia, son la expresión de la movilización de la Secretaría Distrital de Salud dentro del sistema general de seguridad social, en la que se articula la coordinación de las acciones dentro de los planes de beneficios y la gestión de las direcciones centrales, las direcciones locales, las áreas de apoyo y las empresas sociales del Estado, en fin, de toda la Secretaría en su conjunto.

El plan de atención básica se ha convertido en el espacio esencial para desarrollar las acciones de vigilancia en salud pública, junto con sus otros dos componentes: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Dentro de este movimiento positivo, es crucial el fortalecimiento de las localidades, cumpliendo el mandato de descentralización y de colocar los servicios al alcance de las comunidades. Los servicios tecnológicos de computación y comunicaciones se encuentran a disposición de la red de vigilancia, de tal forma que hoy contamos con *software* de fácil instalación y manipulación por cualquiera de los niveles del sistema y de los instrumentos que permiten cada vez más utilizar medios como el correo electrónico para transmitir en forma oportuna y completa la información.

En forma regular, cada mes en el distrito y en cada una de las veinte localidades, se llevan a cabo los comités de vigilancia epidemiológica, que constituyen una estrategia interdisciplinaria e intersectorial de análisis, discusión, toma de decisiones y evaluación de la situación de salud de la población, que ofrece elementos para quienes dirigen y administran la planeación, orientación y formulación de las políticas.

Así mismo, es necesario tener presente que las políticas de descentralización, no implican el relevo de las responsabilidades que las instituciones prestadoras de servicios tienen frente a la salud pública en general y a la epidemiología en particular, sino por el contrario, buscan fortalecer su uso en los procesos de planeación, investigación y evaluación de acciones.

Los sistemas de vigilancia son útiles en la medida en que aportan información oportuna y necesaria para mejorar la intervención rápida que requiere la comunidad, utilizando los recursos disponibles. Es así como hemos logrado intervenir satisfactoriamente problemas complejos como los efectos del derrumbe en el relleno sanitario de Doña Juana, el control de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos o eruptivas en comunidades cerradas y abiertas (bataliones, cárceles), alertar a la población sobre diferentes riesgos del ambiente (consumo, tóxicos, físicos y químicos), atender intersectorialmente la salud de grupos de trabajadores ante emergencias generadas en fábricas, aportar a planes de mejoramiento de la atención de las gestantes en diferentes IPS, etcétera.

El diagnóstico de la situación de salud de las veinte localidades del distrito, realizado en 1997, constituye una experiencia exitosa en el país al involucrar en forma directa la participación social en su construcción. Hoy, este instrumento se encuentra al alcance de la comunidad.

El diagnóstico local con participación social es el proceso sistemático y organizado de identificación de los problemas de salud que afectan el bienestar de la población las formas de vida que protegen la salud o la deterioran, así como la respuesta individual, grupal y social frente a dicha problemática, procurando trascender la observación institucional sobre las características de la enfermedad y la muerte.

Se realizó un ejercicio de construcción y concertación en el que participaron representantes de:

- La instancia política, representada por el alcalde local y las juntas administradoras locales.

- Las instituciones: Secretarías Distrital de Salud y de Educación y otras.
- Las organizaciones no gubernamentales.
- Los líderes comunitarios.

El diagnóstico local es una aproximación a la realidad local, que se irá afinando, y cuyos propósitos son orientar la formulación y ajuste de las políticas en salud, diseños de planes, programas y proyectos, dirigir la inversión, buscando una distribución más equitativa de los recursos, de acuerdo con las prioridades de las localidades y propiciar la acción colectiva organizada para el logro de los objetivos comunes, mejorando así la gestión local de salud.

Estos propósitos se han ido materializando en la formulación del plan de atención básica local 1998 y en el plan local de salud 1999-2001, el cual, a su vez, ha de estar inmerso en el plan de desarrollo local en el contexto del programa de gobierno distrital.

En la actualidad, contamos con la información necesaria y suficiente para el desarrollo de los planes de salud, en cada una de veinte localidades del distrito y con una gran red de información sobre eventos de interés en salud pública.

La publicación regular del *Boletín Epidemiológico Distrital*, que en forma periódica llega a los diferentes actores del sistema, también tiene el propósito fundamental de retroalimentar la información y así como de facilitar un proceso permanente de educación continuada.

Santa Fe de Bogotá cuenta hoy con el mayor número de unidades notificadoras del país, para los diferentes sistemas de vigilancia.

A finales de 1995, el Distrito contaba con 183 unidades notificadoras para el sistema de vigilancia epidemiológica, cuyo proceso se realizaba en forma irregular. Hoy contamos con más de cuatrocientas instituciones en la red del sistema de vigilancia intensificada (Alerta Acción), con un cumplimiento de notificación semanal muy aceptable (entre 90 y 95%).

Es grato mostrar que otros subsistemas de vigilancia, que por sus características requieren otras metodologías de notificación y análisis, aumentan en forma importante la red. El sistema de vigilancia de infecciones hospitalarias cuenta con 85 unidades, el Sisván, con 32 y el Vespa, con 30. Estos y otros subsistemas dan cuenta de eventos que tradicionalmente han estado excluidos de la vigilancia epidemiológica, como la violencia en diferentes expresiones y contextos (contra el menor, en la familia), el consumo de sicoactivos, la problemática nutricional, las enfermedades crónicas y no transmisibles, las coberturas de acciones en atención primaria y la vigilancia de los factores de riesgo relacionados con el ambiente. Todos estos eventos han requerido de capacidad de innovación y amplitud de pensamiento para dar cabida a hechos de salud que no han estado incluidos en los sistemas nacionales.

En fin, queremos en este escenario recoger el aporte valioso de todos los actores a la vigilancia de la salud pública, pues nos esperan escenarios más amplios para fortalecer el aporte de los sistemas de vigilancia a la planeación del sector. Por ejemplo, las ARS serán notificadoras de las actividades de promoción y prevención incluidas en el plan obligatorio de salud (prevención primaria y diagnóstico precoz), y las prestadoras de servicios relacionados con el ambiente deberán integrarse en una red intersectorial de vigilancia.

Pero la vigilancia en salud pública no se limita al mantenimiento de sistemas rutinarios de notificación; esta información se complementa con investigaciones de diferente tipo que contribuyen a conformar una visión más completa de la situación de salud y sus determinantes. La investigación se convirtió en uno de los soportes para la definición y reorientación de las acciones en salud pública.

También es necesario destacar la evaluación de impacto de políticas públicas y medidas de la Secretaría y de la administración

distrital en general, como una contribución al diseño y ajuste de medidas que mejoran la calidad de vida de los bogotanos. Entre estas se cuentan las evaluaciones de las medidas tendientes a mejorar la seguridad y la convivencia ciudadana.

Lo anterior es posible, como ya se señaló, por el concurso de un equipo humano de alta cualificación.

La dirección distrital de salud y su grupo de salud pública, cuenta hoy con la capacidad técnica necesaria para orientar la respuesta a los problemas de salud de la población, basándose fundamentalmente en su talento humano.

De una división de epidemiología, constituida por cuatro profesionales (sólo uno de ellos formado en epidemiología), se cuenta hoy con un equipo central, con al menos quince profesionales especializados en epidemiología y áreas afines. Además, en cada una de las empresas sociales del Estado de primer nivel hay un equipo interdisciplinario, liderado por un coordinador de epidemiología, algunos de ellos especializados o en proceso de especialización; y en las nacientes direcciones locales de salud con un referente en salud pública, que de la mano y en equipo con los grupos de las empresas sociales del Estado, desarrollan las acciones de vigilancia en las localidades.

Ahora bien, ¿cuál es el papel de los protocolos de vigilancia en salud pública dentro de este panorama de desarrollo? Vistos como producto, son pieza fundamental para la organización de las acciones de salud pública desde el contacto inicial con el evento. Conociendo el proceso que llevó a su redacción y publicación, son la expresión del esfuerzo de la Secretaría por concretar la nueva visión de la salud que hoy se abre paso.

Hoy presentamos con orgullo los protocolos, no sólo porque sus contenidos facilitarán las acciones de vigilancia a los diferentes actores del sistema distrital de seguridad social en salud, sino porque fueron producto de la construcción conjunta con muchos de ustedes. Servirán como herramienta para que los niveles técnicos y operativos tengan elementos de juicio al momento de iniciar acciones de orden individual y colectivo sobre los problemas que afectan la salud de la comunidad.

La Asociación Colombiana de Epidemiología -Asocepi-

Invita a la

9ª Jornada nacional de epidemiología

que tratará de

“Epidemiología, ambiente y desarrollo humano sostenible”

Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada, Santa Fe de Bogotá, D.C.,
9 al 13 de noviembre de 1998

Objetivo

Abrir un espacio de reflexión frente al aporte de la epidemiología en la formulación de políticas para la recuperación, conservación, protección, ordenamiento, manejo, uso y aprovechamiento de los recursos naturales renovables y del ambiente, a fin de asegurar el desarrollo humano sostenible.

Sistema de información municipal (SIM)*

Por: Hernán Málaga C.¹ y Marisela Perdomo²

Partimos de que la especie humana al nacer tiene todo un potencial biológico para ser saludable a lo largo de la vida y morir longeva. Sin embargo, al revisar las estadísticas dentro de los países de la región de las Américas, encontramos diferencias traducidas en indicadores de daño a la salud como tasas de mortalidad infantil temprana, materna, etcétera, AVPP, expectativa de vida, bajo peso al nacer y otros indicadores de acceso al bienestar como años de escolaridad, vivienda, desempleo, etcétera. Todos ellos están midiendo el resultado, es decir, indican hasta qué edad vivió o probablemente viva la población el nivel de bienestar alcanzado.

Además, se pueden desagregar los indicadores anteriores, por ejemplo en tasas de mortalidad específicas por causas. De esta manera, podemos decir que hoy día la mayoría de los niños de la región de las Américas que mueren durante su primer año de vida, han enfermado de diarrea y/o infección respiratoria aguda, lo que en general se relaciona con las necesidades básicas insatisfechas (NBI). Es decir, las estadísticas del sector salud y los indicadores construidos con ellas no bastan para explicar los verdaderos problemas de la comunidad.

Ahora bien, nos hacemos la siguiente pregunta. ¿Qué explica las diferencias entre las poblaciones?

Estas diferencias son explicadas según cuatro grandes categorías: 1. La biología humana, es decir, aquellos factores que traemos genéticamente. 2. El ambiente, es decir, todo lo que nos rodea e influye en nuestro organismo interno y externo, incluyendo cómo responde nuestra vida ante esos factores existentes a nuestro alrededor. 3. Los estilos de vida, es decir, la forma como interactuamos en el medio ambiente físico y social; y, 4. El acceso a servicios de salud, de calidad (Lalonde, M., 1996).

Establecer un punto de corte entre cada uno de los factores antes mencionados es bastante difícil puesto que, todos y cada uno de ellos se interrelacionan mutuamente. Sin embargo, podemos identificar algunas variables que, de ser intervenidas, pueden generar cambios medibles en la salud de la población, como lo evidencian algunas experiencias:

1. Contaminación atmosférica y mortalidad por causas cardio-respiratorias: durante la primera mitad del presente siglo, algunos países entre ellos Bélgica, Estados Unidos e Inglaterra, entre otros, demostraron la asociación directa entre contaminación atmosférica y mortalidad. En este último, en 1952, el smog que cubrió la ciudad durante 4 días, estuvo asociado con un aumento de 3.500 a 4.000 muertes; más recientemente, se ha comprobado que estas muertes se asocian con altas concentraciones de anhídrido sulfuroso o de partículas en suspensión, que generan incremento de las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Como producto de estos estudios, se han adoptado medidas para el control de la contaminación en varios países europeos y Estados Unidos (Ballester Diez, F. 1995). A este respecto, en Colombia, el Ministerio del Medio Ambiente ha establecido desde 1998, que todos los vehículos deben contar con inyección electrónica, en vez de carburador tradicional y convertidor catalítico. De esta forma, el país reducirá 88% las emisiones de hidrocarburos, 91% las de monóxido de carbono y 96% las de los óxidos de nitrógeno (*El Tiempo*, 9 de noviembre de 1997).

2. Uso obligatorio del casco protector en motociclistas y disminución de muertes por traumatismos craneoencefálicos: los estudios realizados en diferentes países del mundo identifican que el trauma craneoencefálico es la principal causa de muerte en accidente de tránsito en conductores y pasajeros de motos. Con el decreto 1231, del 5 de agosto de 1996, la alcaldía de Cali obligó a los conductores de motos a usar el casco protector. Antes del decreto, entre el 5 de agosto de 1995 y el 12 de enero de 1996, ocurrían 3,4 muertes

semanales en promedio por esta causa; en el mismo periodo (96/97), la mortalidad disminuyó a 2,5 (INMLyCF, 1997).

3. Restricción del uso de juegos pirotécnicos y disminución de las quemaduras: el alcalde mayor de la ciudad de Santa Fe de Bogotá promulgó en 1995 los decretos 791 y 756, por los cuales se prohíbe la venta y uso de artículos pirotécnicos. La Secretaría de Salud realizó actividades de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa para la temporada de fin de año. El impacto de esta política se tradujo en una disminución de 72% para el periodo 1995-1996 y de 73% para el periodo 1996-1997 con respecto a la línea de base del periodo 1994-1995 de quemaduras por cien mil habitantes, y entre los periodos 1995-1996 y 1996-1997 de 12% por cada cien mil habitantes (Instituto Distrital de Cultura y Turismo, Secretaría Distrital de Salud, 1997).

4. Restricción de porte de armas: en Santa Fe de Bogotá, como consecuencia del decreto 597 de diciembre de 1996, que restringe el porte de armas, del diseño de jornadas de desarme voluntario, con el apoyo de autoridades eclesásticas y la empresa privada (se intercambian armas de fuego por bonos de \$100.000) y de la invitación a los niños a canjear sus juguetes bélicos por libros y alquiler de videos, hubo un claro descenso de la tasa de homicidios por arma de fuego, que pasó de 5,9, 5,2 y 5,6 homicidios por cien mil habitantes en los meses de diciembre de 1993, 1994 y 1995, respectivamente a 2,8 homicidios por cien mil habitantes en el mismo periodo de 1996. (Acero, H., et al., 1996).

5. La lactancia materna como un factor protector: en estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud (INS) sobre la enterocolitis necrotizante en lactantes, se encontró que la lactancia materna temprana fue un factor protector (OR = 0,06; LC 95% = 0,01 a 0,29) evitando el ayuno temprano y la manipulación de biberones y otros factores de riesgo entre los que se destacan la alimentación parenteral (OR = 13, LC 95% = 2,58 a 70,42) (INS, 1996).

6. Fortificación de la sal con yodo y disminución de los trastornos por deficiencia de hierro: desde la década del cincuenta, los países de la región expidieron legislaciones para fortificar la sal con yodo y, de esta manera, disminuir las graves consecuencias de esta deficiencia en el desarrollo neurológico y en el crecimiento y desarrollo general, la morbilidad y mortalidad infantil, la fertilidad y la capacidad intelectual, junto con la consiguiente repercusión en el desarrollo del capital humano. Sin embargo, estas acciones no tuvieron gran impacto, demostrándonos cómo las disposiciones legales y las normas técnicas son insuficientes por sí solas, por lo que debe ponerse mayor atención en los aspectos operacionales y en armonizar los intereses de las diferentes partes. Es por ello que en la década del ochenta se iniciaron acciones de diálogo y concertación entre las instancias políticas, la industria de la sal, administradores de programas, organismos no gubernamentales y organismos de cooperación internacional, que apoyaron actividades de información a la comunidad y lograron la integración de todos para el desarrollo del programa, la cual se vio fortalecida a partir de la década del noventa (Noguera, A., 1996).

7. El fomento del deporte y uso adecuado del tiempo libre como factor protector del embarazo precoz y muerte materna: en el estudio sobre los factores de riesgo del embarazo en adolescentes, realizado en el municipio Zamora, del estado Falcón, Venezuela, encontraron como factores que determinan el embarazo temprano, el estar ociosa, abandono de los estudios, no practicar deportes; si consideramos que, a su vez, el embarazo precoz es un factor de riesgo para el

* Trabajo presentado en el I Congreso venezolano de epidemiología, II Congreso latinoamericano de epidemiología, y III Congreso iberoamericano de epidemiología, Caracas 17 al 21 de noviembre de 1997.

¹ Representante de la OPS/OMS. Colombia A.A.. 253367

² Consultora del programa salud en el desarrollo, OPS/OMS, Colombia

aborto, mortalidad materna, bajo peso al nacer, entre otros, abordar estos condicionantes de la salud, desde el sector deporte y recreación, garantizaría una notable disminución del embarazo precoz, como daño y, a su vez, como factor de riesgo. Además, incrementaría la probabilidad de acceso al bienestar (Costagliola, A., 1994).

Como se ha visto en los ejemplos anteriores, las intervenciones no se han realizado sobre el problema de las infecciones respiratorias, los trastornos por deficiencia de hierro, las quemaduras, los traumatismos, las enterocolitis, etcétera. Se han realizado sobre factores a los cuales llamaremos condicionantes de los problemas descritos (la contaminación ambiental, la deficiencia ecológica de yodo, los juegos pirotécnicos, la satisfacción de las necesidades básicas, etcétera). Y es allí donde encontramos las diferencias.

Las diferencias en los daños a la salud están en íntima relación con los condicionantes a los que la población se expone. Así mismo, como puede observarse, las intervenciones no se han realizado desde el sector salud sino que han requerido la acción del sector político, comunicación, y otros, a fin de difundir las políticas públicas saludables hacia todos los sectores involucrados con el problema y, principalmente, la participación de la comunidad.

Si continuamos viendo los problemas esenciales locales de salud en forma sectorial, seguiremos definiendo cada uno desde nuestra óptica. Por ejemplo, desde el sector salud, la deficiente calidad y cantidad de nutrientes es vista como la desnutrición, y la forma de abordarla es brindando recuperación nutricional al desnutrido. El sector agrícola abordaría el problema en función de definir cuáles son los alimentos que se deben producir según las características climáticas, orográficas, etcétera. El sector educación, por otro lado, se ocuparía de enseñar cuáles son los alimentos esenciales que deben ser consumidos y, por último, el sector economía, recomendaría cuál es el alimento más rentable para la economía nacional. La única, verdaderamente integradora, es la mamá, quien buscaría la forma de alimentar a su familia con los productos accesibles (geográfica y económicamente, en primera instancia, garantizando la cantidad de calorías requeridas, luego buscaría la calidad nutricional) (de Kadt, E., 1992).

La asociación entre condiciones de vida y salud, se manifiesta por las grandes diferencias en la estructura de salud, enfermedad y mortalidad, de acuerdo con la oportunidad de vida de las poblaciones. Así, en Venezuela, el estudio realizado en 1992 entre la OPS y la Universidad Central de Venezuela (UCV), 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 NBI, cuando se les 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 70% o más de población con NBI (UCV, OPS, 1993). En Perú, se ha demostrado que la cobertura del suministro de agua potable (porcentaje de viviendas que la tiene), utilización de servicios médicos (consulta por habitante/año) y nivel promedio del ingreso laboral por persona empleada, combinados en una regresión lineal, explican 80% de la varianza en la esperanza de vida entre departamentos (Heysen, S. Musgrave, P. 1986).

La OPS clasificó a los países de la región en cinco grupos, según su PNB, y ha calculado un índice resumen denominado índice 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 antipoliomielítica oral en niños menores de 1 año de edad; 4. Cobertura de los servicios de abastecimiento de agua potable; 5. Cobertura de los servicios de alcantarillado y eliminación de excretas, y 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 promedio del 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 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-población prioritarios (OPS, 1997).

El nivel de educación es un excelente indicador global de oportunidad de vida, lo que se demuestra en Budapest, al comparar las iniquidades 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, la que fue de 26.9% para el nivel de educación superior contra 36.6% para el nivel de educación primaria. Esta asociación también fue 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, A., Mackembach, J., 1994).

El nivel de ingresos también se relaciona con la prevalencia de enfermedades crónicas: esto se encuentra en un estudio realizado en 1987 en 6.402 mujeres españolas entre 20 y 44 años, ya que esta prevalencia ajustada por edad, disminuye con el incremento del ingreso. El nivel de empleo también correlaciona con la tasa estandarizada de mortalidad, al ser menor esta en trabajadores de cuello blanco que en los obreros (Kunst, A., Mackembach, J., 1994).

El nivel de desempleo es un buen indicador de falta de oportunidad de vida. Aunque no conocemos bien sus consecuencias, podemos responsabilizar a éste 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. Este 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 que los ingresos son menores, debido tanto a trabajo de menor categoría como a desempleo. La comparación se realizó en función a 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, vórices, enfermedades crónicas de la piel, migraña, cáncer, etcétera), siendo más afectados en los 3 valores, los desempleados, tanto en niveles sociales bajos como en los altos (Hesseling, J., Spruit, I., 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, P.L., 1994), pues así como hay diferencias entre países, también hay diferencias entre departamentos, municipios y parroquias, estas últimas de gran importancia en la salud pública; además, es probable que el capital social ayude a mejorar la equidad, del mismo modo en que la formación del capital humano, por medio de la educación, pueda llevar al logro de ese fin, por lo que crear capital social precisa que los participantes se vinculen y reconozcan su interdependencia, estimulando la clase de interacción y asociación panamericana que produzca el bien que es la salud (Alleyne, G., 1997).

Nuestra óptica sectorial limita la capacidad de análisis y de comprender el impacto de muchas acciones extrasectoriales, que son las que verdaderamente inciden en el mejoramiento de la calidad de vida y, por ende, de los indicadores de salud. Por otro lado, debemos dejar de pensar que somos los únicos responsables del incremento de la expectativa de vida o de la disminución de la mortalidad infantil, ya que nuestra limitada perspectiva biomédica de las enfermedades en la población no nos conduce a comprender cuáles son los determinantes sociales que afectan la salud. Además, la epidemiología académica está restringida a la perspectiva biomédica, limitando la enseñanza de estos condicionantes

(Viene de la página 5)

sociales (Shy, C., 1997). De esta manera, reconocemos que la medicina y los servicios de atención médica, cumplen sólo una pequeña parte en la determinación del estado de salud. Es por ello que la promoción de la salud se convierte en la estrategia llave para conservarla (Min of Pub Works and Gov. Ser. Canadá, 1997), debiéndose diferenciar la atención médica de la salud pública, por el enfoque esencialmente individual de la primera y entendiendo que la misión de la segunda es asegurar que las condiciones en las cuales vive la gente sean saludables (Mann, J. 1997).

Las diferencias existentes en la forma y la época en que muere la especie humana dependen fundamentalmente de los factores que condicionan sus oportunidades de vida incrementándose las brechas en el tiempo, lo que queda evidenciado en el Reino Unido, al comparar las diferencias en la tasa de mortalidad estandarizada ajustada por edad y clase social en 1911, en donde el estrato bajo tenía una tasa 1.6 veces más alta, con la de 1981, en donde se elevó la diferencia a 2.1 (Mann, J., 1997); estos resultados evidencian que la equidad en el acceso a los servicios de salud no es suficiente para producir equidad en salud, como lo muestran los datos de siglo XIX de Francia y Gran Bretaña, en los que se documentaba cómo las clases pobres tenían desventajas en salud, las que incluso después de contar con el sistema nacional de salud mostraban desigualdades persistentes en mortalidad y aún recientemente una mortalidad general declinante la brecha entre clases aumenta (Susser, M., 1993). Situación similar se evidencia en América en donde se registran las mayores iniquidades en los países mas pobres de la región (OPS, 1997).

Por todo lo anterior, proponemos la creación de un sistema de información municipal (SIM), integrador, el cual garantice el monitoreo de los condicionantes y/o determinantes de los daños a la salud prevalentes en ese nivel que contribuya a la toma de decisiones adecuadas y oportunas.

¿Por qué el municipio?

Porque el municipio es la mínima estructura geopolítica del Estado. Además, con la descentralización los municipios 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 las políticas decretadas por las alcaldías de Versalles, Medellín, Cali y Bogotá que han tenido un impacto positivo en la disminución de las muertes violentas, entre otros.

Además, en el municipio actúan otros sectores como salud, educación, ambiente, economía, etcétera, lo que garantiza que de ser factible la coordinación de sus acciones se puede lograr 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, cada uno de ellos recoge y procesa información, la cual, 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 hacen en su municipio.

También debemos considerar que abordar los condicionantes sociales tiene sus limitaciones a la hora de decisiones económicas, ya que lo social es, fundamentalmente cualitativo (Cohen, E., et al., 1992) mientras que las decisiones económicas en primera instancia impactan cuantitativamente, considerándose estas últimas decisiones políticas, porque son evaluadas por el cost-beneficio, y lo social es una decisión técnica ya que se evalúa por costo efecto. En el nivel local es posible atender lo social, con mayor probabilidad de éxito que en los niveles nacionales, sobre todo porque en ese nivel las decisiones tienen un gran compromiso comunitario.

La participación plena, el trabajo intersectorial y el hecho que sus autoridades puedan estar auténticamente al servicio del los más postergados, conduce a la equidad y transforma el nivel local en una auténtica democracia, al sentirse la comunidad

satisfecha. Por ejemplo, reducir un problema de enfermedad social como la violencia caracterizada en su máxima expresión por el homicidio, sin necesidad de haber adoptado una política expresa. Este resultado ha sido obtenido por el municipio de Versalles en Colombia, que enfatiza en el turismo y que ha conseguido entre otros logros un hotel comunitario, una empresa de aseo comunitaria, una casa del campesino en donde se concentran una botica comunitaria (hay seis más en el municipio), un área de recepción para parturientas procedentes del campo con atención de damas voluntarias de la misma comunidad, una microempresa para la producción de pañales y ropa para bebé, una empresa solidaria de salud que cubre 80% de la población, un grupo de la tercera edad se reúne igualmente en esta casa, con el propósito de realizar charlas y hacer ejercicios físicos, y en la cercanía una granja de gallinas ponedoras y otras de conejos, ambas con base comunitaria, una explotación de tilapias, y una unidad local del Ministerio de Agricultura que produce lechones que son vendidos a los campesinos; el grupo de la tercera edad administra un cultivo de anturios, expresándonos una señora de 75 años, responsable del cultivo, que desde hace cuatro años trabaja en el cultivo y desde que lo hace no se ha enfermado.

El agente de policía aplica políticas públicas saludables al decomisar machetes cuando los parroquianos ingresan a las cantinas. Adicionalmente, se ha constatado que desde hace tres años no se han hospitalizado niños con desnutrición severa, 90% de la población está adscrita a los servicios de salud, han disminuido las tasas de mortalidad general, materna e infantil y la morbilidad perinatal y el impacto más importante es la disminución de la violencia, la que se observa claramente, ya que en los últimos años se disminuye de 22 muertes violentas en 1993 a un promedio de siete en 1994, 1995 y 1996 y hasta el 15 de noviembre de 1997 cinco homicidios (Municipio de Versalles, 1997). Además, la expresión de la gente de que si bien no han salido de la pobreza han mejorado su calidad de vida es la mejor compensación de esta isla del departamento del Valle, ya que alrededor existen municipios con altísimos índices de violencia en situación similar a la que tenía este municipio antes de 1993 (Municipio de Versalles, 1997).

Proponemos que el SIM sea ubicado en la Alcaldía y que todos los sectores públicos y privados que actúan en el municipio, además de la sociedad civil organizada formen parte de él.

Estructura del sistema

El sistema estaría conformado por tres grandes componentes los cuales, a su vez, serían fuentes de información, con las siguientes características:

1. Componente de acción intersectorial

- 1.1. Sectores que intervienen coordinadamente en la localidad.
- 1.2. Participación intersectorial del departamento y la nación en apoyo del nivel local.
- 1.3. Diagnóstico de situación sectorial e intersectorial local: principales problemas identificados con los respectivos indicadores de cada área, condicionantes y/o determinantes de estos problemas en el ámbito municipal.
- 1.4. Participación en la gestión ejecución y evaluación de proyectos de intervención.

2. Componente de acción comunitaria

- 2.1. Censo de líderes y organizaciones no gubernamentales locales.
- 2.2. Organización de comités de participación social.
- 2.3. Empoderamiento de los postergados, quienes ganan control sobre la distribución de los recursos (los cuales son limitados) a expensas de otros (Rissel, C., 1994).
- 2.4. Solidaridad manifiesta de los grupos pudientes de la comunidad.

- 2.5. Diagnóstico comunitario: principales problemas, identificados con los respectivos indicadores de cada área, condicionantes y/o determinantes de estos problemas en el ámbito municipal.
- 2.6. Toma de decisiones sobre el quehacer local.
- 2.7. Liderazgo en la gestión, ejecución y evaluación de proyectos de intervención.
- 2.8. Participación en la red departamental y nacional de municipios saludables.

3. Componente de acción política

- 3.1. Ordenanzas en apoyo del proceso.
- 3.2. Políticas públicas saludables de ámbito municipal decretadas.
- 3.3. Recursos del plan de desarrollo municipal destinados al empoderamiento de los postergados.
- 3.4. Cabildeos para la obtención de recursos de otros niveles: departamentales, nacionales e internacionales, gubernamentales y no gubernamentales.
- 3.5. Recursos extrapresupuestarios obtenidos en apoyo del proceso.

De cada uno de ellos se escogerían personas para integrar un equipo técnico asesor, coordinado por un epidemiólogo, dependiente de la alcaldía. Este equipo técnico asesor gestionaría todo el funcionamiento del sistema y garantizaría la participación de todos los actores de cada uno de los componentes y el logro del consenso. Se deben construir indicadores que permitan medir la organización (estructura), funcionamiento (proceso) y productos (resultado) de la acción de este grupo. Esta caracterización permitirá, además, establecer un sistema de puntuación por la red departamental y nacional, que posibilitará comparar el proceso entre municipios. En general, podemos decir que el sistema quedaría estructurado por:

- a. Tres componentes o fuentes de información (intersectorial, comunitario y político).
- b. Equipo técnico asesor.

Productos del sistema

El primer producto del sistema sería el consenso grupal, para el cual se requiere la sensibilización de todos y cada uno de los actores y la negociación efectiva a fin de que los problemas y/o condicionantes identificados por cada sector se prioricen y ubiquen en áreas geográficas que faciliten la focalización de las intervenciones, de manera que queden reflejados en la propuesta final de intervención. Por lo tanto, se requiere definir indicadores para monitorear el proceso consensual, el resultado del mismo y garantizar el monitoreo permanente.

El segundo producto del sistema sería la línea de base de la situación de los condicionantes y/o problemas a intervenir en las diferentes áreas geográficas (parroquias, barrios, sectores, veredas, etcétera) que conforman el municipio. Para ello se utilizarán los indicadores cuali o cuantitativos que tradicionalmente se han usado o se construirán los indicadores adecuados, siempre teniendo en cuenta que los mismos son los que se han de monitorear y medir a lo largo de las intervenciones y permitirán evaluar el impacto de las mismas.

El tercer producto es el plan de intervenciones, logrado por el consenso de todos y cada uno de los actores. Este plan ha de abordar las siguientes líneas estratégicas:

1. Políticas públicas saludables.
2. Fomento de estilos de vida sanos.
3. Conservación y mejoramiento del ambiente.
4. Adecuación de los servicios públicos.
5. Desarrollo humano sostenible.

El cuarto producto del sistema será el monitoreo (del proceso, resultado e impacto) de las intervenciones. Este vendría a ser el trabajo continuo y permanente del sistema.

El quinto producto del sistema será el análisis permanente de los avances de cada uno de los indicadores de estructura, resultado e impacto.

Para cada una de las líneas estratégicas antes definidas, y que forman parte del plan de intervenciones, se construirán indicadores (de estructura, proceso, resultado e impacto), adecuados a los problemas y/o condicionantes a ser abordados; por lo menos cuatro en cada área serán comunes para todos los municipios incorporados en el sistema.

1. Políticas públicas saludables: se propone para cada política:

- a. Identificar cuál es la política (estructura).
- b. Cómo fue gestada (proceso).
- c. Grado (%) de conocimiento de la comunidad. (resultado).
- d. Grado (%) de cambio logrado en el problema (impacto).

Las políticas públicas saludables locales estarían dirigidas a la intervención de los problemas específicos identificados y cuyas soluciones correspondan al ámbito municipal.

2. Fortalecimiento de estilos de vida sanos: se propone para cada cambio deseado:

- a. Cuál es la intervención propuesta (estructura).
- b. Cómo participan los diferentes sectores (proceso).
- c. Grado (%) de conocimiento en la comunidad (resultado).
- d. Grado (%) de cambio logrado en el problema (impacto).

El fortalecimiento de estilos de vida sanos, incluye todos aquellos cambios de conducta esperados en la comunidad, sean estos de interés individual o colectivos. Ejemplo de ello sería el fomento de la tolerancia, la conducta ciudadana, el uso racional de agua y electricidad, entre otros.

3. Conservación y mejoramiento del ambiente. Se propone para cada intervención.

- a. Cuál es la intervención propuesta (estructura).
- b. Cómo participan los diferentes sectores (proceso).
- c. Grado (%) de cambio logrado en el ecosistema (resultado).
- d. Grado (%) de cambio logrado en el problema de salud (impacto).

El mejoramiento del ambiente va dirigido, fundamentalmente, a la conservación del ecosistema. Ejemplo de acciones sería la reforestación de cuencas, el control de contaminantes industriales, la agricultura ecológica, la conservación de ríos y quebradas limpias, etcétera.

4. Adecuación de los servicios públicos: se propone para cada área específica, por lo menos, contar con indicadores que permitan medir:

- a. Cuál es la intervención propuesta (estructura).
- b. Cómo participan los diferentes sectores (proceso).
- c. Grado (%) de cambio de cobertura, logrado en el servicio público específico.
Grado (%) de disminución de las brechas entre barrios/ comunas/ municipios.
Equidad en el acceso y en la calidad de los servicios (resultados).
- d. Grado (%) de cambio logrado en el problema de salud asociado (impacto).

En este campo han de considerarse todos y cada uno de los servicios públicos tales como saneamiento básico (agua potable, alcantarillado, recolección de basura), educación, salud,

vivienda, electricidad, aceras y lugares de recreación, transporte, seguridad, producción económica, abastecimiento de alimentos, cultura, justicia y otros correspondientes al ámbito municipal.

5. Desarrollo humano sostenible:

- a.Cuál es la intervención propuesta (estructura).
- b. Cómo participan los diferentes sectores (proceso).
- c. Equidad en la distribución de los ingresos municipales (resultado).
- d. Grado (%) de incremento de la calidad de vida (impacto).

En esta línea deben de caracterizarse las potencialidades de desarrollo, las formas de desarrollo ancestrales y especializarse en los micro-procesadores de desarrollo, estimulándose las microempresas y las cooperativas, evitando el capitalismo salvaje, tratando de hacer posible el pensamiento de un líder mundial, "Producir como capitalista y distribuir como socialista" (Pérez, Shimon, 1995).

En general, lo que se pretende es intervenir, desde el municipio, en los determinantes y condicionantes de la salud a fin de generar impacto positivo en esta, lo cual se traduce en la disminución a mediano plazo de los indicadores de morbi-mortalidad y en mejoramiento de los niveles de bienestar, expresados por el aumento de los años de vida saludable, la expectativa de vida, la calidad de vida y otros indicadores de conservación de la salud. Midiendo la eficiencia de las intervenciones, expresando estas, como por ejemplo, costo de la disminución de la mortalidad infantil en 20% en el estrato con más de 90% de NBI en el municipio, costo del incremento de la expectativa de vida sin aumento de la incapacidad, teniendo en cuenta la compresión o descompresión de la morbilidad (Kees, S., et al., 1992), en un año en el estrato con más de 90% de NBI.

Se propone que el sistema de información municipal, sólo monitoree los avances de las acciones definidas como prioritarias, para modificar los condicionantes y/o determinantes de la salud a ese nivel, independientemente de las otras que cada uno de los sectores, por separado, necesiten seguir, de acuerdo con sus funciones específicas.

Referencias bibliográficas

1. Lalonde, M. (1996) El Concepto de "Campo de la Salud". Una perspectiva canadiense. En Promoción de la Salud: Una Antología. Publicación Científica 557, OPS/OMS, Washington.
2. Ballester Diez, F. (1995) La asociación entre contaminación atmosférica y mortalidad: una revisión de los estudios epidemiológicos recientes. Rev. Española de salud pública; 69:177-188.
3. El Tiempo, Bogotá (1997) domingo 9 de noviembre.
4. INMLyCF. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (1997) Lesiones a motociclistas y uso del casco protector. Bol. 2 (1): 1-4 pp.
5. Instituto Distrital de Cultura y Turismo-Secretaría Distrital de Salud (1997) Impacto de la restricción para venta y uso de pólvora de Santa Fe de Bogotá, D.C. El Obs. de Cult. Urb. 1 (3) 1-8 pp.
6. Acero, H., Martínez, H., Suárez, G. I., Hernández, W. (1996) Prevención de lesiones de causa externa en Santa Fe de Bogotá, diciembre Bol. CRNV. 17: 61-62 pp.
7. SEA-CDC/INS (1996) Enterocolitis necrosante en el Hospital Simón Bolívar, Santa Fe de Bogotá, D.C. Inf. Quincenal Epidemiológico Nacional 2 (16): 237-240.
8. Noguera Z., Arnulfo (1996) Programas de fortificación de la sal con yodo en centroamericana: Lecciones aprendidas. Bol. OPS.120 (5): 460-462.

9. 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.
10. de Kadt, E. (1989) Making Health Policy Management Intersectorial: Issues of Information Analysis and Use in Less Developed Countries. Soc. Sci. Med. 29 (4): 503-514.
11. Universidad Central de Venezuela-OPS (1993) Perfiles de mortalidad según condiciones de vida: experiencia en Venezuela. Bol. Epi OPS 14 (3) 11-14
12. Heysen, S; Musgrave, P. (1986) Esperanza de vida y su relación con los ingresos. Agua potable y consultas médicas en el Perú. Bol. OPS 100(1): 33-46.
13. OPS (1997) La situación de salud. Entornos saludables en las Américas. Informe anual del Director. 1996. Doc. Oficial No. 283, OPS, Washington, D.C.: 1-47 pp.
14. OPS (1996) Inequidades en salud y la región de las Américas. Bol Epid OPS 17(3):1-9 pp.
15. Kunst, A., Mackenbach, J. (1994) Measuring Socioeconomics Inequalities in Health. WHO/EURO. EUR/ICP/R PD 416 Copenhagen. 115 pp.
16. Hesselink, J., Spruit, I., (1992). The Contribution of Unemployment to Socio-Economic Health Differences. Int. J. Of. Epi 21 (2): 329-337.
17. Castellanos, P. L. (1994) Perfiles de mortalidad, nivel de desarrollo e inequidades sociales en la región de las Américas. VI Cong. Latino Americano de Medicina Social, Guadalajara, México 29 pp.
18. Alleyne, G. (1997) Mensaje del Director: Gente sana en entornos saludables. Informe Anual del Director, 1996 Doc. Oficial No. 283. OPS, Washington, D.C. XI-XV pp.
19. Shy, C. (1997) The failure of Academic Epidemiology: Witness for the prosecution. A.J. of Epid 134 (6): 479-483.
20. Min. of Pub. Works and Gov. Ser. Canad. (1997). Health Promotion in Canadá, a case Study, Ottawa, 39 pp.
21. Mann, J. (1997) Medicine and Pub. Health. Ethics and Human Rights. Hasting Center Report 27 (3): 6-13.
22. Susser, M. (1993) Health as Human Right: An Epidemiologic Perspective on the Public Health. Am. J. of Pub. H. 83(3): 418-426 pp.
23. OPS (1997) La situación de salud, entornos saludables en las Américas. Informe anual del Director : 1-47 pp.
24. Cohen, E., Franco, R. (1992) Evaluación de proyectos sociales. Siglo XXI Editores, México, 318 pp.
25. Municipio de Versalles, (1997) "Versalles: municipio saludable por la paz", un modelo de participación, sana convivencia y justicia social. Inf. Mimeograf.
26. Risse, C., (1994) Empowerment: The Holy Grail of Health Promotion? Health Prom. Int. 9 (1): 39-47 pp.
27. Pérez, S. (1995) Conferencia en el auditorio de la Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
28. Kees, S., Bergsma, E., Van Ginneken, J., Van de Water, H. (1992) Establecimiento de prioridades en materia de prevención. TNO Inst. Holandés para la Atención de Salud Preventiva. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, OPS, Washington, D.C. 179 pp.