

# Municipio Saludable: Una estrategia de Justicia Social

Hernán Málaga <sup>1</sup>

## Resumen

**S**e presenta el desarrollo en Colombia de una estrategia ya probada en otros países de condiciones socioeconómicas similares, encaminada a que las autoridades políticas y civiles, las instituciones públicas y privadas, los propietarios, empresarios, trabajadores y la sociedad en general de un municipio, dediquen esfuerzos a mejorar condiciones de vida, trabajo y cultura de sus ciudadanos; estrategia denominada: Municipios Saludables por la Paz. Enfatiza la relación que tiene la salud con otras áreas del desarrollo como son la educación, la alimentación, la vivienda, el ingreso, la paz y los ecosistemas estables.

---

## Palabras Clave

Equidad en salud. Calidad de Servicios en Salud. Focalización y Priorización en Servicios de Salud.

---

América Latina ha tenido un modelo de desarrollo elitista que ha creado profundas y peligrosas brechas sociales que han conducido a inequidades en salud, existiendo grandes diferencias en el acceso a la infraestructura de salud, enfermedad y muerte, según condiciones de vida de las poblaciones. Así por ejemplo, en Venezuela, la tasa de mortalidad infantil es dos veces y media más alta en las parroquias que tienen entre el 90 y 100% de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), cuando se les compara con el grupo que tiene entre el 0 y el 10% de

<sup>1</sup> Representante en Colombia de la OPS/OMS  
Correspondencia : A.A. 253367, Bogotá- Colombia.

NBI. La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles es tres veces superior en el extremo y las tasas de mortalidad por causas perinatales es seis veces mayor. Prácticamente todos los casos de tétanos neonatal registrado en los últimos años ocurrieron en los municipios que tienen el 70% más de la población con NBI <sup>1</sup>. En Colombia, con base en los resultados del censo de 1993 en la información de mortalidad del mismo año, se pudo establecer que las localidades con menor desarrollo socio-económico y más NBI tienen los porcentajes más altos de muertes sin diagnóstico de causa no definida y/o mal definida, en contraste con la mortalidad certificada institucionalmente en aquellas con mayor desarrollo y menos NBI <sup>2</sup>.

Las situaciones descritas nos llevan a concluir que existen dos tipos de inequidades: las inequidades en salud y las inequidades en el acceso a los servicios y dentro de estos las inequidades en acceso a servicios de calidad. La respuesta de Colombia a las inequidades en salud se plantean en el Plan de Atención Básica (PAB), en la Salud Pública y en la Estrategia de Municipios Saludables por la Paz, a las inequidades en el acceso a los servicios se plantean las Leyes 10, 60 y 100, con el propósito de descentralización y la obtención del aseguramiento universal y el establecimiento de un Plan Obligatorio de Salud (POS).

El Ministerio de Salud de Colombia y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela han planteado la Estrategia de Municipios Saludables por la Paz y de Municipios hacia la Salud respectivamente en los que la participación y empoderamiento de los grupos más vulnerables de la población se fortalecen, se privilegia la promoción prioritariamente con enfoque de oportunidad de vida tendiente a la búsqueda de la justicia social, ya que la salud depende de otros factores que no tienen que ver con sólo la asistencial médico y estos tienen una prioridad menor, por su capacidad resolutive. Mediante esta estrategia se busca hacer realidad la misión de la Salud Pública de asegurar las condiciones en las cuales la gente puede estar saludable <sup>3</sup>, reduciéndose y/o eliminándose los factores evitables e injustos que condicionan diferencias en oportunidad de vida.

### **PORQUE DEBEMOS INVERTIR MÁS EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA REDUCIR LAS BRECHAS DE INEQUIDADES SOCIALES**

En relación a la capacidad resolutive de los diferentes sistemas, Dever <sup>4</sup> hace una clasificación en los diferentes problemas de salud de los EEUU. La organización de la atención médica, los cambios de hábitos y los estilos de vida, el mejoramiento ambiental y lo biológico, estableciendo que en general un 11% de los problemas de salud lo resuelve el sistema de atención médica, un 43% los cambios de hábitos y estilos de vida, un 19% la intervención ambiental y un 27% lo biológico, siendo muy proba-

ble que en América Latina el mejoramiento ambiental y los cambios de los estilos de vida tienen un mayor impacto resolutive que los descrito para los EEUU. Sin embargo, cuando se analiza el gasto en salud en 1995 del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, el 83,5% de la inversión era para el sistema de atención médica, un 16,3% para los programas de Salud Pública y solo 0,3% para la Promoción de la Salud constituyendo esta inversión el 7% del presupuesto nacional. En Colombia en 1996 se estimó el gasto total en salud en 6 billones 964.420 millones de pesos, lo que corresponde al 10,1% del Producto Interno Bruto (PIB), estimado para el mismo año en 88 billones 853.574 millones de pesos. De esto el gasto público es del 4,1% y el privado 5,9% <sup>5</sup>, el gasto en Promoción y Prevención para 1997 se estima, por parte del PAB, en 93.534.859.774 pesos y por el POS 403.727.930.553 pesos, lo que sumado a otros aportes del Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y otros <sup>6</sup> dan aproximadamente un gasto del 5% del total de lo invertido en Promoción y Prevención, por lo que ambos países continúan invirtiendo la mayoría de los recursos en los factores terminales y no en los determinantes de salud.

En Inglaterra, en donde existe la cobertura universal de la atención médica, no se han acortado las brechas entre estratos en materia de salud, sino que se incrementan, lo que se verifica en un seguimiento realizado entre 1931 y 1982 en que la mortalidad estandarizada baja para el grupo más privilegiado, pero para el grupo más pobre, el de los obreros no calificados, las brechas en lugar de disminuir se incrementan <sup>7</sup>. Otro estudio, realizado por Susser en 1993 <sup>8</sup>, demuestra que la ampliación de las brechas continua siendo evidente, por lo que paralelo a tratar de corregir las inequidades en acceso, se deben corregir las inequidades en oportunidad de vida.

### **PROPUESTA DE SOLUCIÓN PARA ACORTAR LAS BRECHAS SOCIALES Y DISMINUIR LAS DIFERENCIAS DE OPORTUNIDADES DE VIDA, EL MUNICIPIO SALUDABLE**

Esta iniciativa, prioritariamente, debe empoderar a las comunidades más pobres que habitan en las áreas con mayor índice de NBI, con la finalidad que los Planes de Desarrollo Municipal atiendan fundamentalmente estas necesidades. Los proyectos que se elaboran para intervenir los problemas detectados, corresponden a diferentes áreas: educación, trabajo, vivienda, saneamiento, seguridad, bienestar, violencia, servicios básicos, incluidos los servicios de salud, programas de control de enfermedades: de pobreza, del desarrollo y sociales <sup>9</sup>, como también es más factible la constitución de Empresas Solidarias ya que según la encuesta de CIMDER, las empresas que han salido en los primeros lugares como eficientes, son aquellas que están basadas en la organización comunitaria.

Como estrategia prevalece la atención primaria de salud, la que lamentablemente, como afirmó el Dr. Nakajima, ex Director de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue interpretada como Nivel Primario de Atención, entendiéndose como una respuesta de servicios a los problemas de los pobres <sup>10</sup>, cuando esta debe ser una respuesta a la solución de los problemas esenciales de salud que existen en el Nivel Local. En Colombia hay una política que favorece la descentralización y transferencia de competencias en salud a los Municipios. La Ley privilegia la Promoción de la Salud y las acciones preventivas. La Constitución ratifica el derecho a la salud de los habitantes y al acceso universal a los servicios de salud. Estos dos puntos son caminos diferentes, ya que el derecho a la salud se debe interpretar, en que no debe haber ninguna iniciativa, ni privada ni pública, que pueda afectar la salud de la gente, ya que si hay una causa que esté afectando a un grupo de población, y ésta es evitable, su permanencia es injusta, lo que es diferente a ratificar el acceso universal a los servicios de salud.

En la Estrategia de Municipios Saludables, se combaten las desigualdades sociales, se fomenta la participación ciudadana y el trabajo intersectorial y se reconoce el liderazgo del Alcalde. Sus líneas de acción son la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y cambios en los estilos de vida, la reorientación de los servicios de salud para privilegiar la Promoción <sup>11</sup> y la oportunidad de vida <sup>12</sup>. Estos dos últimos son los pilares fundamentales de la Promoción de la Salud. El desarrollo de habilidades personales y cambios en los estilos de vida y utiliza fundamentalmente el enfoque de riesgo, mientras que el de oportunidad de vida utiliza un enfoque comunitario de determinantes de riesgo. El primero busca individuos que van a tener más chance de tener algún problema en el futuro para eliminar o disminuir este efecto y retrasar o disminuir su intensidad, haciéndose recomendaciones de vida saludable como no fumar, no consumir bebidas alcohólicas, tener una dieta balanceada, hacer exámenes médicos periódicos para detección temprana de situaciones de riesgo, etc., mientras que el enfoque comunitario, busca la paz, el acceso a la educación, la seguridad alimentaria, el saneamiento básico, etc., buscando comunidades con más chance de tener problemas en vez de buscar individuos con más chance de tener un problema, por lo que el enfoque de oportunidad de vida es más sensible y más específico que el de riesgo <sup>12</sup>. Sobre políticas públicas saludables, hay intervenciones que no se realizan necesariamente desde el sector salud, sino que requieren acciones del sector político, comunicaciones, agricultura, transporte, deportes, policía, ambiente, etc. Así como acciones intersectoriales. Es evidente el impacto en salud de estas políticas en un Nivel Local. Como el uso obligatorio del casco protector para motociclistas y la consecuente disminución de muertes por trau-

matismo craneo encefálico, ensayada en Cali, la restricción del uso de los juegos pirotécnicos y la disminución de las quemaduras, probado en Bogotá. La restricción del porte de armas, experimentado por varios Municipios del país, La Ley Zanahoria y la consecuente disminución de los accidentes de tránsito y de la violencia en general, la promoción de la lactancia materna como un factor protector contra la enterocolitis necrotizante en prematuros <sup>13-15</sup>, la disminución de la contaminación atmosférica y la evidente disminución de la mortalidad por causa cardiorespiratoria, la fortificación de la sal con yodo y la disminución de las deficiencias de los desórdenes de este elemento y el fomento del deporte y el uso adecuado de tiempo libre como factor protector del embarazo precoz y la mortalidad materna <sup>16</sup>, el suministro de agua potable y la disminución de enfermedades diarreicas agudas, el reciente convenio firmado entre el Ministerio del Medio Ambiente con el Ministerio de Agricultura y los productores de plaguicidas con el objetivo de producir una agricultura ecológica, el control del tabaquismo asesino y otras muchas más que se han gestado y que contribuyen al logro de la equidad en salud, pero para que estas políticas se sostengan se requiere de una participación más activa de la comunidad, en el monitoreo de su implementación para poder evaluar el impacto de estas medidas en materia de salud, educación, acceso al bienestar, midiendo además la satisfacción de la gente y posibilitando el mantenimiento de las mismas <sup>17</sup>.

#### **ENFOQUE DE PROYECTOS POR EL ESTABLECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA**

En la década de los 70 se reestructuró el modelo de salud de Canadá por parte del Ministro Lalonde, quien aplicó una estrategia de resolución de problemas de salud, interviniendo en sus factores determinantes caracterizando las variables de influencia biológica, ambiental, estilos de vida y respuesta de los servicios <sup>18</sup>, elaborándose de esta forma árboles de problemas que posteriormente se transformaban en árboles de objetivos. Si aplicamos este modelo en el embarazo de los adolescentes podríamos caracterizar dentro de las variables biológicas a la menarquia temprana y al inicio de las relaciones sexuales tempranas como factores que incrementan la probabilidad de un embarazo precoz <sup>16</sup>, por incremento del riesgo de exposición. La primera de estas variables no sería ético intervenirla, pero la segunda si pudiera ser intervenida y como resultado podríamos obtener el que los niños permanecieran niños más tiempo. En los estilos de vida, en el mismo estudio caso-control <sup>16</sup>, se definió como el mayor determinante del riesgo de un embarazo precoz, el estado ocioso de las niñas, ya sea que no estudiaban o que tenían demasiado tiempo libre, con 41,67 veces más riesgo de salir embarazadas que las que estaban ocupadas, por lo que una intervención que produzca como resultado la disminución del tiempo libre a través de dife-

rentes estrategias, como promover el deporte, por ejemplo, que en este mismo estudio fue reconocido como un factor protector, será un resultado muy importante. También si el modelo del concubinato es el modelo social predominante, este ejerce alta probabilidad de riesgo, ya que esta variable, en ese mismo estudio, arrojó 4,6 veces más riesgo. En los aspectos ambientales, además de las diferencias por NBI el hecho de que una niña tenga menos de seis años de escolaridad, dio 7,95 veces más riesgo de embarazos lo cual está muy asociado con estar ociosa. Este tipo de intervención, diferente al que hemos estado acostumbrados en Salud Pública, nos impulsa a establecer las políticas de salud sexual y reproductiva, no basadas solamente en las intervenciones sectoriales, sino que propicien la intervención intersectorial y no limitado a consultas de planificación familiar, programas de educación sexual, consultas de educación al adolescente y uso de anticonceptivos, sino que hagan propuestas de un modelo de intervención integral, ya que la disminución del embarazo de adolescentes traerá como consecuencia indirecta una disminución de la mortalidad infantil, del bajo peso al nacer, de la tasa de abortos, de la mortalidad materna e incluso hasta la falta de acceso al bienestar de las mujeres y sus hijos en el futuro.

Para la estructuración de estos proyectos de intervención la Organización Panamericana de la Salud (OPS) viene promoviendo en Colombia el uso de la metodología y la elaboración de proyectos en Marco Lógico, en donde se conciben diferentes niveles de objetivos, un objetivo fin, que puede definirse por una comunidad como el acceso al bienestar de toda ella, un propósito para cada problema a ser intervenido, resultado esperados, (líneas de acción) que contribuyen a la obtención del propósito y plan de actividades para alcanzar cada resultado esperado. Los tres primeros niveles deben tener indicadores verificables y el último nivel debe referirse a los insumos y recursos que permitan el alcance de los resultados<sup>19</sup>. Con este enfoque en Venezuela obtuvimos un Banco de Proyectos y un convenio con el Fondo de Inversión Social y la OPS, ya que este no tenía fórmulas para identificar las necesidades prioritarias de las comunidades y con la Estrategia de Municipios Saludables esto si se conseguía, por lo que se facilitó el vehiculizar sus recursos a los Municipios para el establecimiento de auténticos planes de desarrollo municipal. Este tipo de estrategias en Colombia ha producido impactos de disminución de problemas de salud e incluso hasta de la violencia, como se puede observar en el Municipio de Versalles, en donde se ha reducido de 15 y 22 muertos por violencia a menos de cinco en los últimos años<sup>20</sup>, sin haber realizado ningún plan específico contra la violencia, sino mediante el desarrollo de una auténtica democracia. En los municipios vecinos predomina la violencia como era antes de empezar la estrategia en Versalles, por lo que la consideramos

como muy válida para conseguir la tan ansiada paz para el pueblo colombiano.

## SUMMARY

Healthy towns: A strategy of social justice.

This developing strategy presented in Colombia has been proved in other countries with similar economic and social conditions directed to civil and political authorities, and also to public and private institutions, the owners of enterprises and workers and the common society of the cities.

The aim is to put all this potential to make an effort to improve the conditions for living, working and culture of the citizens. This strategy is named Healthy Towns for Peace. It emphasizes the relation of health with several areas of development like education, alimentation, housing, income, peace and stable ecological systems.

**KEY WORDS:** Equity in health, Quality of health services, Focalization and priority in health services.

## BIBLIOGRAFIA

1. UCV, OPS, MSAS. Perfiles de Mortalidad según condiciones de vida: Experiencia en Venezuela. Boletín Epidemiológico OPS 1993;14(3):11-14.
2. DANE, Ministerio de Salud, OPS. Condiciones de Vida y Salud en Colombia, Informe Preliminar 1998:11 págs
3. Mann J. Medicine and Public Health Ethics and Human Rights. Hasting Center Report 1997;27(3):6-13
4. Dever A. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, OPS/OMS. 1990:470 págs.
5. Vargas JE, Sarmiento A. Descentralización de Servicios de Educación y Salud en Colombia, documento mecanografiado, 1997:35 págs.
6. Ministerio de Salud. Dirección de Promoción y Prevención de la Salud, Informes varios. 1998.
7. Saracci R. Epidemiological Strategies and Environmental Factors. Int Journal of Epidemiology 1978;7(2):131-138
8. Susser M. Health as Human Right: An Epidemiologist Perspective on the Public Health. Am J Of Pub H 1993; 83(3): 418-426
9. WHO/SHS/NHP. Health Systems Reorientation in Urban Areas to reach the Underserved Training Workshop, Zambia. 1989:71 págs.
10. Nakajima H, WHO Director General. Calls for new health paradigm. Press Release, WHO/4, 1991:3 págs.
11. OPS/OMS. Municipios Saludables – Una Estrategia de Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud en el contexto local. Washington, D.C. Mayo 1992;16 págs.
12. Kadt E, Tasca R. Promover la Equidad, un nuevo Enfoque desde el Sector Salud. OPS, serie Salud en el Desarrollo. Washington, D.C. 1993;102 págs.
13. Instituto Distrital de Cultura y Turismo, Secretaría Distrital de Salud. Impacto de la restricción para venta y uso de pólvora de Santafé de Bogotá. El Obs De Cult Urb 1997;1(3):1-8 págs.
14. Acero H, Martínez H, Suarez GI, Hernández W. Prevención de lesiones de causas externas en Santafé de Bogotá, diciembre BOL,CRNV 1996; 17: 61-62 pp
15. SEA-CDC/INS. Enterocolitis necrosante en el Hospital Simón Bolívar, Santafé de Bogotá, D.C. Inf. Quincenal Epidemiológico Nacional 1996; 2(16): 237-240
16. Costagliola A. Factores de riesgo del embarazo precoz en el Municipio Zamora del Estado Falcon, Venezuela. Tesis de Grado para optar al título de especialista en epidemiología, UCV Caracas 1995.
17. Malaga H, Perdomo M. Sistemas de información Municipal. Bol Epidem Dist Bogotá 1998; 3(3): 4-8 pp
18. Lalonde M. El concepto de Campo de la Salud. Una perspectiva canadiense. En: Promoción de la Salud: Una Antología. Publicación Científica 557, OPS/OMS, Washington 1996.
19. OPS. Enfoque lógico para la gestión de proyectos en la OPS 1996; 49 pp
20. Municipio de Versalles. Versalles: Municipio Saludable por la Paz, un modelo de participación, sana convivencia y justicia social. Inf Mimeogr 1997