

Editorial

Pablo Sanabria
Director del Observatorio de Políticas Públicas,
POLIS, de la Universidad Icesi de Cali.

La Constitución de 1991 implicó profundas transformaciones en la organización del Estado en Colombia. La profundización de la descentralización, así como la proposición de una visión progresista e incluyente de los derechos fundamentales -en el marco de un Estado Social de Derecho- fueron elementos que alteraron, fundamentalmente, la función del Estado, el espectro de temas de política pública que éste debía atender y su relación misma con el ciudadano. La salud, ha sido probablemente uno de los temas sectoriales de política pública más impactados por estas modificaciones a las instituciones y a la esencia misma del Estado.

Como primera medida, la descentralización planteó la política social, y dentro de ella la salud, como un área de política a nivel local. La carta de derechos del 91, así como los cambios normativos posteriores, fue orientada a plantear el municipio como unidad fundamental de la ejecución de la política de salud y al departamento como actor fundamental que debe acompañar el proceso en aquellos entes territoriales con menor capacidad institucional. Los nuevos arreglos institucionales han erigido al nivel central como director de la política, proporcionando el rol de implementadores de políticas a los territorios, con un claro objeto de aumentar la efectividad de las mismas, mejorar su implementación y satisfacer adecuadamente las necesidades de los ciudadanos.

Por otra parte, el marco de un Estado Social de Derecho, planteó importantes retos para el Estado Colombiano, los cuales han puesto a prueba a lo largo de los últimos diecisiete años su capacidad de gestión, su disposición de recursos y el entendimiento del ciudadano acerca de las funciones que éste debe prestar. Una nueva visión del Estado, Estado garante de derechos, plantea un abundante campo de acción para lo público, pero también desnuda, y lo ha hecho claramente en el caso colombiano, las falencias de los andamiajes institucionales y organizacionales, así como la incapacidad del Estado para brindar cobertura y servicios de calidad a amplias esferas de la población.

En ese contexto, el municipio ha debido asumir su responsabilidad fundamental dentro de la política pública en un contexto con fuertes restricciones. La incapacidad para llegar con servicios de calidad a poblaciones excluidas, nuevos arreglos institucionales con actores privados, la asignación tradicionalmente poco eficaz de los recursos, y los retrocesos en los procesos de descentralización han mostrado más crudamente la incapacidad del estado para brindar salud con calidad a sus ciudadanos. No obstante, algunos municipios han sido mas efectivos que otros en alcanzar, en principio, aseguramiento universal, pero también en avanzar hacia la provisión de servicios de calidad, con un tratamiento humano a las personas sin distinción y con un efecto concreto en la disminución de la exclusión.

continúa en la página 2

Encuentre en esta edición:

Página No. 3

Análisis de algunos indicadores de salud de Cali y perspectiva de política pública.
Pablo Sanabria

Página No. 6

Políticas Públicas Saludables: Hacia la creación de la Cultura de la Salud.
Alejandro Varela Villegas

Página No. 8

Situación de salud en Santiago de Cali.
María Cristina Lesmes Duque

Página No. 10

Modelo de Salud para Cali. Una experiencia de diálogo social para construir salud.
Ligia de Salazar

Página No. 13

Así Vamos en Salud, en Cinco Ciudades Colombianas.
María Luisa Latorre

Página No. 14

Los restos de Salud Pública en Cali.
Gabriel Carrasquilla

Página No. 16

La Planeación territorial en salud como un componente del Plan de Desarrollo Municipal 16.
Marta Cecilia Jaramillo

Página No. 20

Actividades sobre lo Público en la Icesi

En ese contexto, Cali, con los problemas de una urbe en ebullición, ha presenciado el deterioro implacable en la calidad de vida de sus habitantes en la historia reciente. El contexto de una ciudad con altos porcentajes de población en pobreza y miseria, de una ciudad que tradicionalmente ha excluido a importantes grupos de población, requiere una política ambiciosa e incluyente en materia de salud. Una política a largo plazo que propenda por la garantía de los derechos de todos los ciudadanos, que brinde servicios de alta calidad a todos sin importar su origen o condición económica, y que les de a todos los ciudadanos una respuesta estatal cálida y efectiva, coherente con los recursos disponibles pero que busque nuevas fuentes de financiación de lo social.

Lo social, de acuerdo con el recientemente publicado Informe de Desarrollo Humano del Valle del Cauca, debe ser de una vez por todas incorporado claramente y con instrumentos concretos como un elemento fundamental dentro de la política de desarrollo regional. Políticas públicas orientadas a la inclusión, inversión masiva en los más pobres, disminución de la inequidad y la desigualdad, hacen parte de los retos establecidos por el PNUD y los demás actores e instituciones participantes. La política social departamental y municipal debe estar fuertemente iluminada por esos criterios, y por ende la política de salud de Cali, dadas sus contingencias y particularidades, requiere considerar fuertemente el efecto sobre lo social y la inclusión de ciudadanos tradicionalmente excluidos de la política de salud. Dada la magnitud de Cali, lo que pase en nuestra ciudad con la salud es fundamental para el mejoramiento de los alcances de la política social, y la valoración que los ciudadanos hagan del Estado a nivel regional y nacional.

Este número del Boletín POLIS está orientado a brindar elementos generales de diagnóstico acerca de la salud en Cali, lineamientos para sus planes de acción y una revisión del marco institucional, alertando sobre las potencialidades y restricciones en las que dicho plan

podría operar. En ese orden de ideas, como primera medida, el Secretario de Salud Municipal, Alejandro Varela, presenta las bases conceptuales de la estrategia de salud municipal, Municipio Saludable, para los próximos tres años, definiendo la relación de las políticas públicas con los derechos fundamentales y los deberes del Estado, unas líneas tentativas de política, y finalizando con unos determinantes que guíen las acciones de nuestra ciudad en materia de salud. Posteriormente, Maria Cristina Lesmes, presenta un marco socioeconómico general de los problemas de salud en Cali y sus determinantes. La exclusión y la inequidad son planteados por la autora como elementos fundamentales que definen el norte de la política de salud en el futuro próximo. Por su parte, Ligia de Salazar presenta una importante propuesta de Modelo de Salud para Cali, desde una mirada integradora y participativa, basada en el principio de que el Estado debe considerar como imperativo brindar los mejores niveles de salud para sus ciudadanos con acciones encaminadas para ello.

En cuarto lugar, después de una breve presentación del programa Así vamos en Salud por parte de Maria Luisa Latorre, Gabriel Carrasquilla muestra una serie de retos que la ciudad debe asumir a futuro, la necesidad de proponer una política de salud integradora en una ciudad cambiante y dinámica, y plantea, como el reto más grande, la recuperación del liderazgo y el carácter pionero que tuvo Cali históricamente en sus políticas de salud a nivel nacional e internacional. Finalmente, Martha Jaramillo presenta una importante revisión de la transformación en los planes de salud como herramienta de formulación de políticas públicas, en el contexto de los cambios institucionales recientes de la salud colombiana, finalizando con el rol de la planeación territorial y su necesaria articulación con los planes municipales. ■



Foto ganadora concurso Ojo Público para Cali 2008.
Oscar Escobar, III semestre de Economía.

Análisis de algunos indicadores de salud de Cali y perspectiva de política pública.

Pablo Sanabria

Director del Observatorio de Políticas Públicas, POLIS.
Director Programa de Economía
(con énfasis en Políticas Públicas)

Marcela Hurtado Londoño

Observatorio de Políticas Públicas,
Universidad Icesi.

La salud es una de las áreas de política que mayor impacto tiene en el desarrollo de capacidades en las personas y en el bienestar social. Amartya Sen, en sus diferentes aportes acerca del desarrollo y la generación de oportunidades, define la salud como un factor determinante de las posibilidades de alcanzar capacidades y libertades por parte del ser humano. No obstante, no es la salud, por sí sola, la que define las capacidades individuales –aunque tiene un importante efecto- sino es su inversa relación con la inequidad y la desigualdad la que limita dicha capacidad. Las oportunidades que tenga una persona para alcanzar un estado saludable, juegan un rol fundamental sobre su vida, bienestar y posibilidades de crecimiento.

Este artículo pretende analizar la situación de algunas cifras escogidas de la salud en Cali a partir de la perspectiva expuesta por dicho autor. La política de salud no debe estar mediada sólo por el acceso o no a servicios de salud, sino también por la capacidad de los ciudadanos, para ejercer igualmente su capacidad para ser saludable, en relación, además de la oferta de servicios, con los factores sociales que tienden a constreñirla y a limitar el acceso.

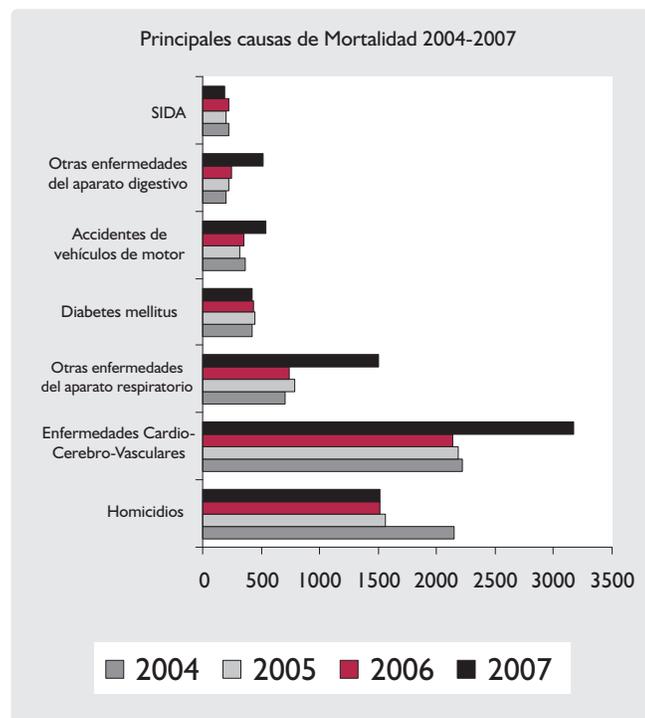
De acuerdo con Sen (2002:660) una de las injusticias más grandes se da por las escasas oportunidades que tienen algunos individuos, para alcanzar un buen estado de salud, como consecuencia de la estructura y los arreglos sociales. Pero, de acuerdo con el autor, no es sólo acerca de cómo está distribuido el sistema de salud y como unos tienen acceso a él y otros no, es también consecuencia de factores sociales –altamente relacionados con la inequidad y la desigualdad- tales como predisposiciones genéticas de grupos excluidos, niveles de ingreso, hábitos de vida y alimentación, así como el ambiente epidemiológico en el que se desarrollan y sus condiciones de trabajo. En esta perspectiva, Sen propone una visión integral de lo que debe ser la política de salud. No se trata únicamente de construir excelentes hospitales, contar con personal capacitado y con acceso a medicamentos; que son fundamentales. Es también tener en cuenta los factores sociales que facilitan y perpetúan las condiciones de insalubridad y de baja calidad de vida, así como la necesidad de romper los desarreglos sociales que limitan el acceso de todos los ciudadanos a condiciones adecuadas de salud.

En Santiago de Cali, las rápidas transformaciones sociales y económicas de los últimos años, así como la débil respuesta estatal, recientes, han impactado la

situación de la salud de sus habitantes, afectando la magnitud y distribución de las enfermedades y a su vez, el volumen y la composición de la demanda de los servicios en salud. Los cambios anteriores han ido modificando el perfil de la mortalidad y de la carga de las enfermedades y el nivel de bienestar social. En este orden de ideas, se analizarán a continuación indicadores de causas de muerte en nuestra ciudad en los últimos cinco años, resaltando a partir de ellos, el efecto de la violencia y los conflictos sociales, así como la necesidad de una perspectiva de prevención y promoción de la salud. Posteriormente observamos indicadores de la dinámica geográfica caleña como son la esperanza de vida y el crecimiento demográfico, especialmente en grupos vulnerables. Finalizando con algunos datos de oferta.

Una revisión de las principales causas de muerte, entre 2004 y 2007 en la ciudad (Gráfico 1), deja ver buena parte del impacto de las condiciones del entorno y el nivel de efectividad de la respuesta estatal a las crisis sociales y económicas recientes. Dentro de las principales razones por las que mueren los caleños en los tres últimos años, se encuentra que después de los homicidios, las enfermedades cerebro vasculares (15,2%), cardíacas (6.2%) y respiratorias (6.1%) fueron preponderantes.

Gráfico 1.



Fuente: Secretaría de Salud Municipal.

La primera causa es coherente con nuestra realidad social. Los caleños continuamos viviendo en una de las ciudades más violentas del mundo. A pesar de que se ha observado un consistente reducción en las tasas de homicidios en los últimos años, muchas vidas siguen perdiéndose, con el grave efecto que esto tiene sobre la economía y el bienestar social. En términos productivos, porque afecta particularmente a hombres de joven y mediana edad en etapas de alta productividad. Este fenómeno, que si bien es similar a nivel nacional, tiene también profundas implicaciones sociales, pues dado el grupo etáreo que afectan, además del impacto en productividad por los años de vida perdidos, atacan las estructuras familiares, propiciando el desempleo, la informalidad y el subempleo en madres cabeza de familia, la deserción escolar y bajas condiciones de salubridad en menores de edad.

Las siguientes razones, evidencian que los caleños no contamos con un modelo de hábitos saludables a nivel individual ni colectivo. La segunda y la tercera causas de muerte en la ciudad dejan ver escaso alcance en nuestra ciudad, de lo que Sen llamaría la capacidad para alcanzar buena salud, la cual es evidentemente baja para buena parte de grupos de población caleña.

Las enfermedades cerebrovasculares y cardíacas, suelen estar relacionadas con hábitos de vida poco saludables y con falencias en la promoción y prevención en las políticas de salud. Es preocupante cómo han ascendido en el ranking de causas de muerte entre los caleños. Por ejemplo, llama la atención que mientras en 1995 las enfermedades hipertensivas constituían la novena causa de muerte en Cali, en 2007 representó la primera después de los homicidios.

Aunque en algunos estudios, esta es una patología relacionada por diversos analistas como propia de países con altos niveles de desarrollo, en Colombia ha venido creciendo paulatinamente en todos los grupos de población, incluidos altos y bajos ingresos, y Cali no ha sido la excepción. Su incremento refleja que la mayor parte de nuestra población no cuenta con mecanismos formadores que estimulen y faciliten la generación de hábitos saludables. En un esquema ideal, se esperarían políticas y comportamientos individuales que propendan por generar altos niveles de educación y consecuentemente mejores hábitos alimenticios y de vida (ejercicio, cero consumo de sustancias adictivas y alcohólicas, etc). Históricamente, la respuesta estatal en nuestra ciudad, aparte de no cubrir a todos los grupos de población, ha estado más orientada a un enfoque curativo que preventivo, que propicie condiciones de salud y prevenga patologías que pueden ser evitadas con educación y los incentivos adecuados.

Una política pública moderna en el área de salud, debería considerar la necesidad de brindar al ciudadano herramientas efectivas para tener buena salud, para alcanzar un estado de salud. Ello implica no sólo brindarle acceso a servicios de salud eficientes y humanos, distribuidos adecuadamente a toda la población, sino también generar el marco adecuado –con formación y prevención– que permita facilitar la decisión de ser saludable y asumir consecuentemente hábitos de vida que mejoren el bienestar individual y social.

De acuerdo con cifras reportadas en el Plan Territorial de Salud de Cali 2008-2011, en 2007 hubo 11.603 defunciones, de las cuales el 13,1% fueron de homicidios y un 1.84% fue debido al VIH/SIDA. En el caso de los hombres, las muertes violentas fueron la primera causa de muerte con el 28% de los casos (1.825) y en las mujeres la primera causa fueron las enfermedades cerebrovasculares.

Una de las medidas más importantes relacionada con la calidad de vida y el bienestar social es la esperanza de vida al nacer, la cual refleja la probabilidad del incremento en la duración de la vida, como resultado de una conjugación de factores económicos y sociales. Según Cali en Cifras 2007, la esperanza de vida en Cali se ha incrementado en aproximadamente un año entre 2000 y 2006. Para 2007, de acuerdo con la estadística oficial, este indicador tuvo un importante incremento, llegando a 72,7 años. Al observar los datos por género, se observa que para los hombres se acercó, en el mismo año, a 69,8 años y para las mujeres a 76,6 años, reflejando nuevamente el efecto de los homicidios (por inseguridad, problemas de convivencia y conflicto interno) que afectan principalmente a los hombres de mediana edad, disminuyendo la esperanza de vida del sexo masculino y la de la sociedad caleña en general.

Consecuente con las mejores condiciones de vida, la esperanza de vida aumenta a medida que sube el estrato socioeconómico, dado que la respuesta en términos de salud es mejor dada la calidad en la atención por parte de los centros de servicios médicos, las condiciones culturales y educativas que facilitan, generalmente, hábitos saludables, y como consecuencia de los avances de la infraestructura de salud y de la mayor disponibilidad de acceso a medicamentos y profesionales actualizados, que históricamente han cubierto mejor a los individuos de mayores ingresos. Es aquí donde aparece el reto más grande para las políticas públicas de salud en nuestra ciudad: igualar (mejorar) las condiciones de riesgo para todos los grupos de población, facilitar el desarrollo de actitudes y hábitos saludables independientemente del poder adquisitivo y propiciar la decisión de salud, con particular énfasis en los grupos excluidos históricamente.

El crecimiento demográfico, ha mantenido una tendencia ligeramente creciente en los últimos cinco años, fluctuando usualmente alrededor de los 35.000 anuales y acercándose en 2006 a los 36.000. De acuerdo con la Secretaría Municipal de Salud Pública, se observa que las comunas en donde se presenta el menor número de nacimientos son la 2, 5, 17 y 22, que son las de mayores ingresos, mientras que las comunas de la zona oriente y de ladera presentan mayores tasas de fecundidad. Un dato preocupante es que gran proporción de los nacimientos en la ciudad corresponden a los embarazos en niñas y adolescentes, principalmente pertenecientes a las comunas de la zona oriente, ladera y rural, en donde el 22% y el 29% de los nacimientos ocurren en mujeres menores de 20 años, con los impactos sociales que tienen sobre las vidas futuras de esos nuevos caleños. La política pública de salud en su componente de salud sexual y reproductiva debe empezar a impactar este fenómeno que se constituye en el fertilizante perfecto para la trampa de la pobreza que afecta especialmente a los grupos más excluidos. El embarazo adolescente representa uno de los principales retos de una política que desde una perspectiva

integral fortalezca la educación sexual de los jóvenes, mejore sus capacidades de elección y facilite su desarrollo normal, de tal forma que las y los jóvenes sean madres y padres a edades que propicien el desarrollo adecuado de sus hijos en un entorno estable social y económicamente hablando.

En cuanto a la oferta de servicios de salud, la Secretaría de Salud Pública municipal muestra que en Cali existen 107 instituciones pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado (ESE) municipales de baja complejidad, de las cuales 71 son puestos de salud, 29 centros de salud, 5 hospitales básicos y un hospital geriátrico. Igualmente se cuenta con 8 centros de atención básica y 2 clínicas de la ESE Antonio Nariño que atiende la población del actualmente reformado Seguro Social. Vale la pena anotar, que la mayor oferta de servicios de salud de alta complejidad tecnológica y de atención, el desarrollo técnico y tecnológico se ha concentrado en las comunas 2, 17 y 19 – de mayores ingresos-, mientras que para las comunas de ladera y oriente, se encuentran servicios en menor cantidad y magnitud y generalmente de baja complejidad, ubicados principalmente en las comunas 15 y 18. Son destacables los casos de los hospitales Isaías Duarte Cancino y el Hospital Mario Correa Rengifo que atienden a poblaciones de escasos ingresos. La política pública de salud, debería considerar la necesidad de generar una gran red de servicios en Cali que permita el acceso de todos los ciudadanos en condiciones de equidistancia a servicios de alta complejidad. La adecuada articulación y coordinación de los recursos existentes facilitarían el acceso de todos los caleños a servicios complejos aun cuando habiten zonas periféricas o de difícil acceso. Los servicios de salud deben integrarse adecuadamente de tal forma que se agrupen y articulen instituciones de diferentes niveles de complejidad en beneficio de todos los ciudadanos.

En relación con el aseguramiento en salud, los afiliados al régimen subsidiado se han incrementado ostensiblemente, pasando de 285.577 en 2003 a 715.762 afiliados en 2007, alcanzando una cobertura en el contributivo cercana al 65% de la población. La población cubierta por el subsidiado alcanza casi un 24% con subsidios plenos y un 9% con subsidios parciales. Esto nos daría una cobertura cercana al 98%, sin embargo vale la pena preguntarse por el acceso efectivo de dichas personas a servicios de calidad.

En términos de la población cubierta por los recursos estatales, en la actualidad hay siete ESEs que contratan con el Municipio la administración de recursos del régimen subsidiado, dos de ellas públicas, cuatro privadas y una de jurisdicción especial que asegura población indígena. Este crecimiento si bien muestra una alta tasa, no permite ver el acceso efectivo a salud de alta calidad de esos ciudadanos, generalmente de menores ingresos y generalmente con lo que Sen llamaría una menor capacidad de alcanzar un estado de Salud. La existencia de un número importante de caleños en dicha situación, impone un reto al sistema en el sentido de brindar un adecuado acceso a servicios confiables a los ciudadanos, sin distinción de su condición de afiliación. Por otra parte, el reto se acentúa, ya que un total de 449.862 personas de la ciudad de Cali no tiene ningún cubrimiento por el servicio de salud y sólo el 27% de estas personas, tiene

cobertura por medio del Sisbén, estos ciudadanos son personas en alta condición de vulnerabilidad que requieren una estrategia integral que facilite su afiliación al sistema, ya sea por sus condiciones socioeconómicas o por su tipo de vinculación laboral.

No es una novedad que en Santiago de Cali como en otras latitudes, las causas de enfermar y morir tienen una fuerte asociación con las condiciones sociales y económicas prevalentes. Los artículos presentados a continuación en este boletín, tanto por parte del Secretario de Salud como por importantes académicos e investigadores de la salud en nuestra región, coinciden en que puede plantearse un modelo orientado a crear condiciones favorables para la salud, interviniendo los determinantes estructurales que la influyen y determinan, así como previniendo y reduciendo los riesgos y las consecuencias negativas de estas enfermedades.

Esta revisión de estos pocos indicadores diversos, si bien no pretende ser abarcadora de todos los aspectos, refleja tendencias generales de la salud en nuestra ciudad y la necesidad de una perspectiva coherente con el entorno social y la búsqueda del desarrollo integral de los ciudadanos. Cali requiere hoy urgentemente una política de salud con perspectiva de largo plazo. Nuestra ciudad, por sus dinámicas poblacionales recientes, muestra una tendencia, aún creciente, de crecimiento demográfico, a pesar de que se ha ido desacelerando. Este crecimiento principalmente explicado por un número ascendente de nuevos nacimientos (sin contar con el efecto del desplazamiento por el conflicto armado), pero también matizado por el envejecimiento de población y la mayor esperanza de vida. Esta situación sociodemográfica requiere del Estado una perspectiva de largo plazo que asegure infraestructura, acceso universal y calidad en un contexto de creciente demanda. Pero también requiere una perspectiva que asocie la salud con las actitudes de promoción y prevención que facilite la labor estatal a largo plazo, disminuya las presiones y propicie el bienestar individual y social. Todos esos elementos deben ser considerados dentro de una política de Estado para nuestra ciudad, que propicie, además de la salud misma de caleños y caleñas, la inclusión en un contexto histórico excluyente que asegure continuidad en las políticas públicas y aumente la posibilidad de desarrollo de los ciudadanos a partir de estrategias enfocadas a la inclusión que busquen, mas allá de curar, generar capacidades reales para ser saludables a todos los ciudadanos sin distinción.

Referencias Bibliográficas

- Alcaldía de Santiago de Cali (2008) Plan Territorial de Salud de Santiago de Cali 2008-2011.
- Departamento Administrativo de Planeación (2007) Cali en Cifras (Cali: Feriva)
- Secretaría Municipal de Salud Pública (2007) Salud en Cifras Cali 2005 (Cali: Feriva)
- Secretaría Municipal de Salud Pública (2006) Boletín Epidemiológico de Cali
- Sen, A (2002) Why Health Equity? Health Economics 11 pp.659-666 ■

Alejandro Varela Villegas
Secretario de Salud Pública Municipal

Introducción

La construcción de la cultura de la salud incluye hacer de Cali una ciudad saludable, razón por la cual hemos establecido la necesidad de tener políticas públicas saludables, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales, crear y mantener entornos saludables y seguros, y reorganizar los servicios de salud.

Nuestro reto es mejorar la salud de Cali y para observar que algo avance tiene que ser medido. Las modificaciones en la cultura de la salud deben mejorar los indicadores básicos que han sido priorizados en los objetivos de desarrollo del milenio y que actualmente son usados para medir el estado de salud de las sociedades. En nuestra ciudad, si bien hemos venido mejorando y tenemos unos indicadores que reflejan liderazgo ante la mayoría de ciudades en Colombia, también existen áreas en las cuales tenemos que reforzar para mejorar si queremos avanzar hacia esos objetivos del milenio.

Hoy se han identificado las vulnerabilidades que tiene la ciudad por comuna y se tienen respuestas estructurales a las situaciones que aquejan. Basado en ello, se han alineado las prioridades en salud pública y la perspectiva de salud urbana en seis ejes temáticos: -actividad física, -nutrición, -salud sexual y reproductiva, -prevención y control de las adicciones (alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas -drogas), -mantenimiento de entornos saludables y -habilidades para la vida.

La relación entre políticas públicas y derechos en salud es indiscutible. Las políticas públicas tienen que ser sostenibles, para ello se implementan estrategias que garanticen efectividad en las acciones y que puedan generar cambios en los comportamientos de las personas; solo así, se logrará modificar los indicadores de calidad de vida de nuestra población. Las políticas públicas saludables deben incluir la integralidad del sector social y garantizar el bienestar frente a temas como la salud sexual y reproductiva, adulto mayor, desplazados, infancia y salud mental, entre otros.

Pero estas políticas públicas requieren el fortalecimiento de la acción comunitaria, la cual, no solo agiliza los canales de gestión, sino que promueve un modelo de pares donde se garantiza la validez de los derechos y el cumplimiento de los deberes. La transparencia y la rendición de cuentas son el resultado de la acción participativa, que además de tener en cuenta espacios formales como las Juntas Administradoras Locales, Juntas de Acción Comunitarias,

Asociaciones de Usuarios y Comités de Planificación, también se facilitan escenarios para resolver problemáticas especiales en los cuales confluyen algunos o todos ellos de manera simultánea.

Adicionalmente, la responsabilidad del Estado en la creación de la cultura de la salud tiene que ver con el desarrollo de habilidades en las personas, de tal manera que puedan proteger su salud, mantenerla y mejorarla. Las actitudes, los comportamientos, las prácticas son modificables de manera que contribuyan a este fin; es decir, hacer que los individuos realicen 30 minutos de actividad física durante 5 días a la semana, que consuman 5 raciones de frutas y verduras al día, que establezcan espacios libres de humo de cigarrillo, que consuman licor de manera moderada y responsable y que tengan una buena actitud frente a la vida, se logra con el establecimiento de unos imaginarios previamente establecidos por los tomadores de decisiones.



Generar entornos saludables es uno de los grandes retos, para lo cual venimos trabajando en un comité interinstitucional de entornos y espacios saludables y seguros con las universidades, escuelas y centros comerciales, entre otros. Nuestra invitación es hacer de Cali un municipio saludable, un municipio con más de 472 entornos definidos como lugares sanos y seguros, estos pueden ser la zona verde cerca de su casa, el centro comercial que frecuenta, la universidad ó el centro educativo que lo forma, de manera que contribuyan al desarrollo armónico de quienes habitamos Cali.

Desde esta perspectiva tendremos que reorganizar los servicios de salud de manera que respondan a estas necesidades. La construcción de redes de servicios de salud permite lograr la integralidad en la atención, mejorar la calidad, aumentar la eficiencia y facilitar el acceso y la equidad a los servicios de la salud. Hemos definido cinco redes prioritarias: la de las instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAMI), la de las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI), la de salud mental (RASM), la de prevención de la violencia y sus consecuencias traumáticas (RAT) y la red de servicios para la prevención y atención de las enfermedades crónicas (CARMEN).

La actitud y el proyecto de vida son esenciales en la construcción de una buena salud colectiva, la autoestima y el optimismo son herramientas para la preservación de la buena salud y para la recuperación de las enfermedades. Se trabaja en generar una serie de habilidades para la vida, en procura de potencializar la salud de las personas, para que tengamos una mejor percepción de la salud. Las acciones emprendidas por la Secretaría de Salud se integran a la meta de un Municipio Saludable y Educador que se compromete con su gente, promueve estilos y proyectos de vida saludables y responsables; prácticas como el deporte, la recreación y la lúdica, realizadas en espacios saludables que contribuyan al desarrollo armónico de quienes habitamos Cali.

La focalización en áreas vulnerables permite mejorar los indicadores. Estadísticamente los promedios tienden a ser más sensibles a cambios en los extremos y a mejorar más rápidamente a quienes están en peores condiciones, es por ello que éticamente se deben buscar condiciones de equidad.

Nuestra meta es mejorar el estado de salud de Cali, los indicadores de bienestar, la calidad de vida y especialmente la equidad. Se trabaja en ampliar y generar más espacios de inclusión social, donde se garanticen los derechos y deberes a través modelos de gestión de calidad, competitividad, aprendizaje e innovación.

Referencias

Sachs, J. (2005) “Invirtiendo en el desarrollo: un plan práctico para conseguir los objetivos de desarrollo del milenio”.

Sachs, J. (2005). “El Fin de la Pobreza. Penguin”
Ministerio de Protección social. “Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010”. Colombia.

“Objetivos del Milenio”.Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. 2008.
<http://www.odmamericalatina.org/frontEnd/main.php?idSeccion=6790>

Organización Mundial de la Salud. “La Experiencia de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS: Conocimiento para la Acción”.
http://www.who.int/social_determinants/en/

Organización Mundial de la Salud. “Un porvenir más seguro, Protección de la Salud Pública Mundial en el siglo XXI”. 2007.
<http://www.who.int/whr/2007/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. “Juventud Libre de Tabaco”. Mayo 31.2008.
<http://www.who.int/mediacentre/events/annual/wntd/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. “Reducir los riesgos y promover una vida sana”. 2002.
<http://www.who.int/whr/2002/es/>

Organización Mundial de la Salud. “Municipios Saludables: Una Opción de Política Pública”. 2002.
http://www.iadb.org/etica/Documentos/ale_munic.htm

Organización Panamericana de la Salud. “Municipios Saludables y Salud Urbana”. Washington, DC. Septiembre.2002.
<http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/municipios.htm>

Premio Colombiano a la Calidad de la gestión.
<http://www.ccalidad.org/Publicaciones/pccg07.pdf> ■

María Cristina Lesmes Duque
 Coordinadora Nodo Sur Occidente
 Red Colombiana de Investigación en
 Políticas y Sistemas de Salud

Introducción

Este artículo pretende caracterizar la situación actual de la salud en Cali, haciendo uso del enfoque conceptual ASIS, proceso analítico-sintético que permite describir, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, la identificación de los determinantes, necesidades y prioridades, posibles intervenciones y la evaluación de impacto.(1)

La revisión se hará desde las siguientes perspectivas:

1. Características socio demográficas y económicas
2. Características del proceso salud- enfermedad.
3. Respuesta social

Descripción

Cali, tercera ciudad de Colombia, se caracteriza por un diseño que ubica a las personas con mejores condiciones socioeconómicas en la estructura central de alta movilidad y a las poblaciones más pobres, en áreas marginales, laderas y riberas de los ríos. Esta distribución se mantiene y se profundiza con el desarrollo urbano: los estratos superiores se ubican en la parte central de la ciudad en las comunas 2, 17, y 19, mientras la población de menores ingresos se encuentra principalmente en el oriente, en las comunas 13, 14, 15 y 21 y en ladera, comuna 18.



Foto ganadora concurso Ojo Público para Cali.
 Gloria Muñoz, III Semestre de Economía

Desde el punto de vista demográfico, nuestra ciudad tiene una población que crece naturalmente y por migraciones. Según proyecciones del DANE basadas en el censo de 2005, la ciudad tendrá, a junio de 2008: 2'194.695 de habitantes, teniendo en cuenta un incremento del 1,1% con respecto a 2007. En términos de estadísticas descriptivas, del total de la población, el 98% de la población es urbana, el 68% está en edad productiva, 52% del total son mujeres, 26% de los caleños son menores de 15 años, y un 6% es mayor de 65 años. Según la clasificación por grupo étnico, 26% de la población es afro descendiente y 0.5% indígena.

En términos de distribución por estratos socioeconómicos, un 85% de la población pertenece a los estratos 1, 2 y 3. De acuerdo con un informe de Foro Nacional por Colombia (2006), Cali muestra un deterioro progresivo en sus indicadores de pobreza. Entre 1998 y 2004 ésta se incrementó 29 puntos porcentuales pasando de 39% a 67.5%. Según el mismo estudio, la proporción de población en condiciones de miseria se incrementó. Pasó de 10% a 34.8%. Los datos expuestos evidencian mayores índices de pobreza en las mujeres. Por otra parte, según la encuesta del SISBEN, 21% de los hogares tiene una o más necesidades básicas insatisfechas y 1.6% está en miseria.

Con respecto al empleo, según el DANE, a enero de 2008 la tasa de desempleo fue de 10.2% y 40.3% de subempleo subjetivo, 11.6% subempleo objetivo, empleo inadecuado por ingresos el 34.1% (2)

En educación, del total de la población 5% es analfabeta, 13% tiene estudios de primaria, 6% secundaria, 9% de la población es profesional, 1.1% especialista, 0.3% magíster y 0.1% doctorado. (3)

Existen condiciones críticas con respecto al medio ambiente, puesto que hay un déficit en la recolección de basuras, 13.7% día, en barrido de calles, 64%, y en depósitos de escombros para una producción de 12.000 toneladas mes. Hasta recientemente un gran foco de contaminación ha sido el basurero de Navarro, área de botadero abierto hasta 1991 y cerrado en 2008 como vertedero de basuras sin adecuaciones y manejo de lixiviados.

(2) Encuesta Nacional de Hogares, Enero 2008
 (3) Censo DANE 2005

(1) OPS Boletín epidemiológico 1999;13(3):1-3.



La cobertura de servicios públicos global en la ciudad es 96.4%, pero analizada por comunas se encuentra que en las habitadas por personas de estratos socioeconómicos mas bajos, son menores que el resto de la ciudad, rodeando el 65%.⁽⁴⁾

En el tema de salud, son críticos los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, - ECNT- 13.74% de las personas son hipertensas. 27.3% refiere tener colesterol alto, 6.8% sufre diabetes, 15% son fumadores, 89% tiene dieta poco saludable. (SSMP de Cali- CEDETES Sistema de Vigilancia de Factores Riesgo ECNT Cali, 2005.) El 89% de los estudiantes de secundaria declara haber consumido alcohol y 4.7% cocaína. ⁽⁵⁾

Los resultados en salud muestran que de las 20 primera causas de consulta el 45% está relacionado con ECNT, 21% enfermedades infecciosas, 8% asociadas al embarazo, parto y puerperio, 8% órganos de los sentidos, 3% salud oral y 15% prevención de la enfermedad. ⁽⁶⁾ El 54% de las muertes son causadas por ECNT, 16% por causa externa relacionada con distintos tipos de violencia y por enfermedades transmisibles el 20%.

Con respecto a la seguridad social, se observa que Cali tiene 97% de su población asegurada, 64% en contributivo y 33% subsidiado, lo cual deja el porcentaje restante no asegurado. (DNP Conpes Social 112-2008)

La prestación de servicios está dada por 896 IPS: de las cuales privadas son el 86.8%, ambulatorias 95% y de baja complejidad 75%. La distribución geográfica de la oferta de servicios muestra concentración de las clínicas, tanto ambulatorias como con servicios de hospitalización, en las comunas 2, 17 y 19. Existen 14 hospitales, 5 de primer nivel, 73 puestos de salud, 23 centros de salud, y ocho centros de atención básica del Instituto de Seguro Social,

Observaciones

De acuerdo con esta rápida revisión de los datos se observa que Cali es una ciudad dinámica con tendencia al crecimiento y envejecimiento de la población, un creciente porcentaje de la población vive en condiciones de pobreza. De acuerdo con los datos, es evidente que la principal causa de muerte y morbilidad son las enfermedades crónicas no trasmisibles.

De acuerdo con los datos, podría argumentarse que las políticas deberían orientarse a afectar factores sociales, económicos, ambientales, políticos y culturales que son los que en últimas incrementan la probabilidad de enfermedad. Los datos evidencian claras inequidades en nuestra ciudad, donde se combinan las enfermedades de la pobreza con las consideradas enfermedades del desarrollo. Así mismo la respuesta social es doblemente inequitativa: la población pobre vive en las peores condiciones, sujeta a mayores riesgos de salud y está más alejada de los servicios de salud.

Referencias

Cali Cómo Vamos. "Encuesta de percepción ciudadana" 2005–2006

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). "Censo de población 2005".

Departamento Nacional de Planeación. "Documento Conpes Social 112". 2008

Organización mundial de la Salud. "Boletín epidemiológico" 1999

Secretaría de Salud Pública Municipal Cali- CEDETES. "Proyecto de Implementación del Sistema de Vigilancia de Factores Riesgo del Comportamiento Asociados con ECNT en Cali". 2005. ■

⁽⁴⁾ Cali en Cifras 2006

⁽⁵⁾ Encuesta Nacional Rumbos 2001

⁽⁶⁾ Registro individual de prestación de servicios de salud (RIPS) de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali (SSPM)

Modelo de Salud para Cali

Una experiencia de diálogo social para construir salud

Ligia de Salazar

Directora Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, CEDETES. Universidad del Valle.

Introducción

La salud, como bien de interés público, no es solamente una condición indispensable para que se produzca el desarrollo económico y social, sino también uno de los mejores indicadores del grado de bienestar alcanzado por las poblaciones. Desde este punto de vista, invertir en salud y garantizar sus mejores niveles para la población, constituye un imperativo para el Estado.

En cumplimiento de su política social, la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali se propuso, en 2007, formular y poner en marcha un Modelo de Salud para el municipio, que fijara las políticas de salud pública en los próximos años y definiera los lineamientos orientadores, tanto de la gestión pública, como de la participación del sector privado y las comunidades. Para ello, se estableció un convenio con el CEDETES, de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, con el fin de desarrollar un proceso de construcción participativa de este Modelo, con intervención de las diferentes fuerzas sociales involucradas en la salud y sus determinantes.

Para ello se desarrollaron tres fases de trabajo: la primera, de sensibilización, donde se motivó a actores sociales y a la ciudadanía a participar en la construcción del Modelo. La segunda fase, que contempló un análisis de la situación de salud y los determinantes sociales, y que es soporte fundamental del Modelo; y la tercera fase, de formulación del Modelo y recomendaciones para operarlo. Además de las entidades encargadas de la salud en el municipio y el departamento, participaron de este proceso las Administradoras de Régimen Subsidiado, las Empresas Promotoras de Salud, la academia, las ONG, la comunidad y los medios de comunicación municipales.

Hay que reconocer que hoy, la salud pública en Colombia y en Cali enfrenta una crisis crónica de identidad en la sociedad y en el gobierno, causada por un escaso desarrollo conceptual, una desfiguración de su papel en el bienestar del país, una legislación fragmentada y, en algunos casos, irrelevante y contraproducente; una débil asignación de recursos con financiación inequitativa, incierta y errática; la acción de grupos de intereses inspirados en motivos económicos, y una ignorancia sobre su papel en la reducción de las causas de la desigualdad en salud y sus implicaciones negativas en el bienestar.

Con base en lo anterior, la formulación de la propuesta de un nuevo Modelo de Salud para Cali está sustentada en una serie de insumos conceptuales, técnicos y hasta filosóficos.

Uno de éstos fue la formulación de una línea de base⁽¹⁾ que recopiló, sistematizó y valoró la información disponible sobre la situación de salud en el municipio y sus correspondientes determinantes. Con esto, se comprobó la cada vez mayor evidencia de que las personas que tienen escasas posesiones materiales, viven en barrios pobres y con viviendas precarias, tienen igualmente una nutrición deficiente, bajo rendimiento escolar y analfabetismo, empleo inestable y desempleo, y poco o nulo usufructo de poder y autoridad. Se ha demostrado que todas estas condiciones están determinando el estado general de salud de la población.

Con base en este análisis se entendió que la gestión de salud en Cali deberá priorizar situaciones e intervenciones poblacionales, territoriales, familiares e individuales, mediante estrategias y proyectos específicos dentro de los planes de desarrollo de las próximas administraciones municipales.

De este modo, se hallaron dos prioridades fundamentales hacia las cuales se deben orientar las estrategias y actividades que se definan en el nuevo Modelo de Salud. La primera hace referencia a la creación de condiciones políticas y públicas que propicien la salud de la población y, la segunda, a la creación de condiciones que garanticen un suministro de servicios de salud equitativo y suficiente, según necesidades de la población.

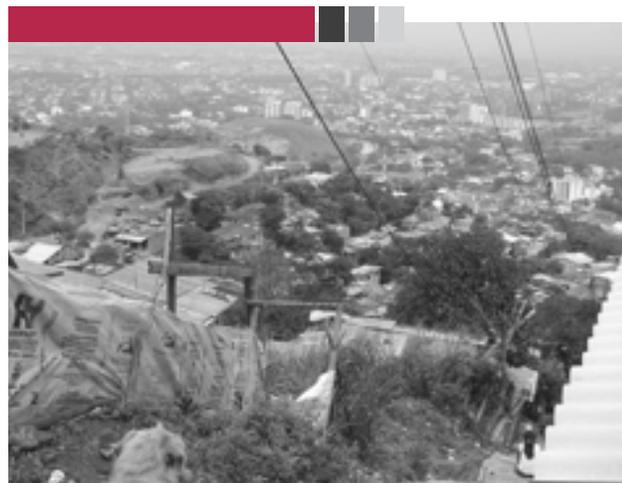


Foto Ganadora Concurso Ojo Público para Cali
Stefany Vieda, III Semestre de Economía.

(1) CEDETES – Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali (2007) Análisis de la Situación de Salud. Estudio realizado por el CEDETES, con base en fuentes secundarias, en el marco del Proyecto de Construcción Participativa de un Modelo de Salud para Cali.

El Modelo de Salud para Cali se rige por la normatividad nacional y departamental vigente, pero se ajusta adaptándose apropiadamente a las condiciones particulares del municipio, y es claro que sólo podría ponerse en marcha tras un pacto social que integre a las diferentes instancias.

I. Situación de salud en Cali: conclusiones

Los factores socioeconómicos determinantes de la salud de la población han sido poco estudiados en Cali. A pesar de esto, hay evidencias suficientes que demuestran que existe un gradiente socioeconómico que determina las condiciones de salud de grupos de población de acuerdo con su estado socioeconómico.

Los pobres son los más afectados en la salud, pues no solo están expuestos a múltiples determinantes de enfermedad, incapacidad y muerte, sino que sufren mayormente la exclusión social en una sociedad que discrimina a sus ciudadanos por su origen étnico, género, y/o condición social. La exclusión causada por el sistema y por un segmento de las clases dominantes, debe eliminarse hasta donde sea posible, como un paso eficaz en el mejoramiento de salud de la población.

Además, los comportamientos y estilos de vida no saludables están condicionados por determinantes como la pobreza que induce su propia cultura, como mecanismo de defensa, en la que se incrustan estas conductas y estilos de vida no saludables. En otras palabras, es necesario cambiar la cultura de la pobreza para cambiar hábitos y estilos de vida no saludables. En el sector salud, este contexto sólo puede conducir a desigualdades en el estado de salud e inequidad en los servicios de salud, como lo demuestran evidencias: Una persona, por el hecho de nacer y vivir en Cali, tiene una expectativa de vida similar a la del colombiano promedio, pero menor en ocho años que la de un cubano. Una mujer que queda embarazada en Cali tiene un riesgo un poco menor de morir por el embarazo o el parto que una mujer embarazada en Bogotá; pero su riesgo de morir es 3.5 veces mayor si vive en la comuna 3 -estrato 2- que si vive en la comuna 2 -estrato 5- de Cali. Aún más, su riesgo es cinco veces mayor que en una canadiense. El riesgo de un caleño de morir por homicidio es tres veces mayor que el de un bogotano. Pero si vive en la comuna 14 de Cali -estrato 1- tiene cuatro veces más la posibilidad de morir por homicidio, que si viviera en la comuna 17 -estrato 5-.

En el Sistema de Seguridad Social en Salud en Cali, una persona no asegurada tiene un riesgo de morir por VIH/SIDA tres veces mayor que una asegurada por el régimen contributivo, y tiene un riesgo de morir por

tuberculosis casi cinco veces mayor que una asegurada.

Hasta este punto, una conclusión central es que no es posible seguir con el modelo reduccionista de servicios personales de salud, si se quiere modificar sustancialmente los determinantes de salud, y si se quiere promover hábitos y estilos de vida saludables de manera eficiente y efectiva.

2. Modelo de Salud para Cali: una construcción participativa

El análisis de la situación de salud del Municipio, que lleva a fortalecer la respuesta del Estado frente a las condiciones y determinantes de salud del municipio, determinó que el Modelo de Salud que se desarrollara debía ser coherente, integral, sostenible y viable, pero sobre todo, ser construido de manera participativa.

Dada su solidez conceptual y su potencial para dirigir las estrategias y actividades que deben implementarse, se identificaron cinco Ejes de Acción hacia los que se enfoca el nuevo Modelo de Salud para Cali:

1. Orientación del sistema hacia la equidad en salud.
2. Posicionamiento de la salud pública en la agenda política.
3. Equilibrio de relaciones de poder entre actores.
4. Armonía entre eficiencia económica y rentabilidad social.
5. Transformación cultural basada en el respeto a la vida digna.

Con base en lo anterior, el nuevo Modelo de Salud para Cali tiene como propósito contribuir al aumento de la expectativa de vida saludable -libre de discapacidad- de la población y a la disminución de las inequidades en salud existentes.

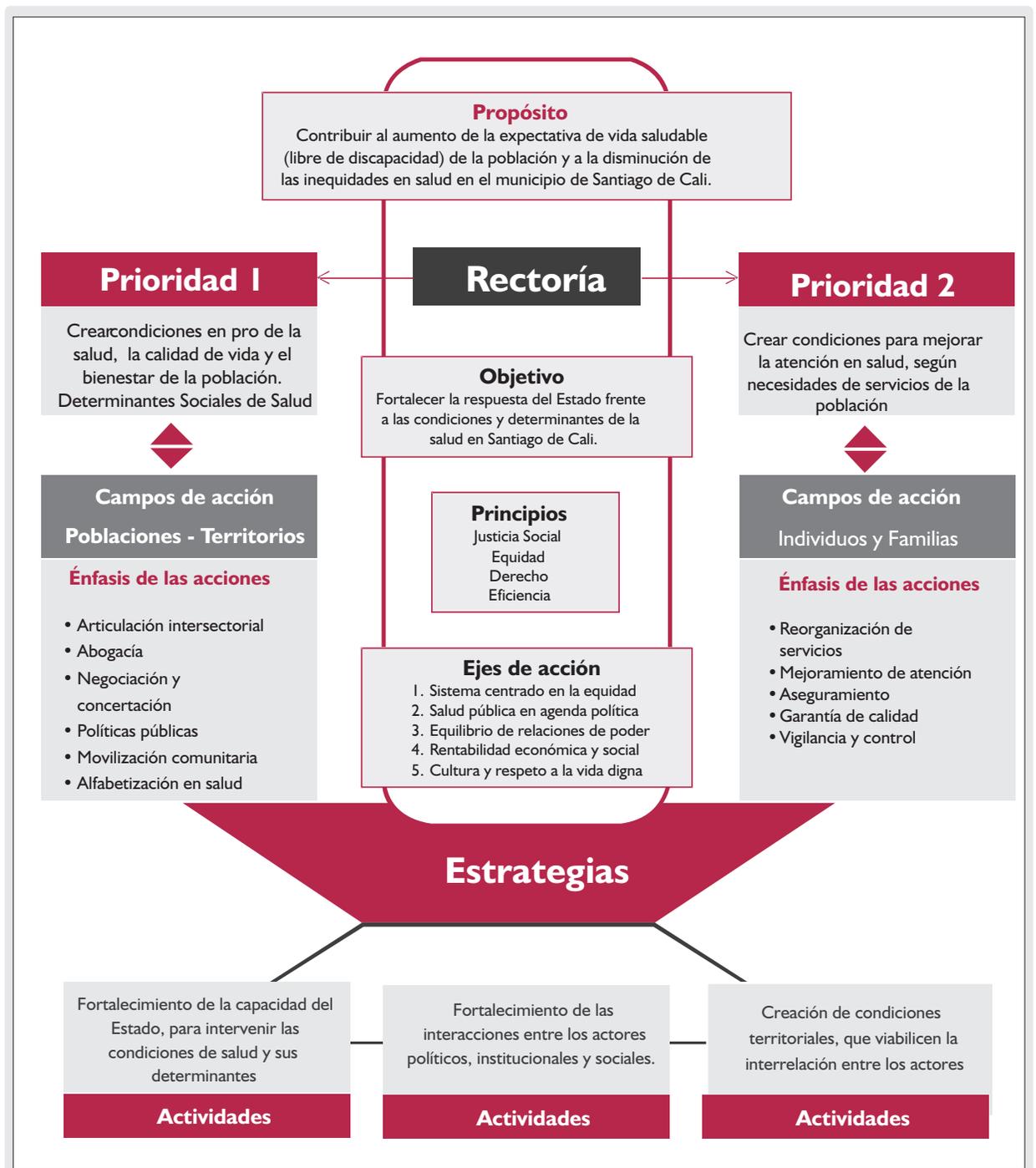
El objetivo del Modelo es fortalecer la respuesta del Estado frente a las condiciones sociales y determinantes de salud de la población de Cali, a través de un incremento de la capacidad de los actores políticos, institucionales y sociales para intervenir en las condiciones de salud y sus determinantes sociales. Así como creación de condiciones territoriales -políticas, normatividad y gestión-, que viabilicen la interrelación y articulación entre los actores, e instituciones responsables por la salud de la población, para lograr un uso óptimo y equitativo de los recursos.

La propuesta de un nuevo Modelo de Salud basado en la justicia social como eje vital para reducir la desigualdad y la inequidad en salud, es ambiciosa y difícil de consolidar, pues su esfera de acción va más allá del sector salud y del ámbito

institucional. Se requieren para ello instituciones con suficiente liderazgo y gobernabilidad que convoquen a otros sectores de la administración pública y privada para generar políticas públicas y programas orientados al cumplimiento de los objetivos del Modelo. La autoridad

sanitaria municipal deberá ejercer liderazgo, compromiso, y apoyo público, suficiente para someter el Modelo a debate y posteriormente enfrentar el desafío de llevarlo a la práctica, valorar su desempeño y proponer acciones correctivas, en caso necesario. ■

Esquema I
Modelo Conceptual y Operativo de Salud



María Luisa Latorre

Coordinadora del Proyecto Así Vamos en Salud
Fundación Santa Fe de Bogotá

El proyecto Así Vamos en Salud participó en los pasados meses, en la construcción de los Planes de Desarrollo y de los Planes Territoriales de Salud en las ciudades de Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín, en alianza con la Red de Ciudades Cómo Vamos.

El proyecto, que tiene como objetivo principal, hacer seguimiento al sector salud en Colombia, construyó indicadores de salud para comparar estas ciudades con sus Departamentos, con los indicadores de Colombia y, a su vez, los de Colombia con los de los demás países del mundo.

A continuación se presentan algunos de estos indicadores, las cifras de país, las de cada una de estas cinco ciudades y las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio concertadas para Colombia para el año 2015 (ver tabla 1).

anterior, los Secretarios de Salud o Directores de Salud tienen un compromiso grande con el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

En las grandes ciudades colombianas las coberturas de vacunación son aceptables, e incluso se aprecian coberturas mayores al 100%, posiblemente por población infantil de otros municipios que es vacunada en las ciudades. Sin embargo, en el consolidado nacional, las cifras están por debajo de las coberturas útiles (del 95%) que se requieren para evitar una epidemia por una de estas enfermedades inmunoprevenibles, especialmente en otras regiones del país como Vichada y Vaupés, en donde las coberturas están por debajo del 50%, o, como también se puede apreciar, al interior de Departamentos como Antioquia, con grandes diferencias entre algunos Municipios.

Tabla 1. Indicadores de Salud 2006 en cinco ciudades colombianas

Indicadores	Colombia	Bogotá	Cartagena	Cali	Medellín	Barranquilla	Meta ODM
Población 2008	44.450.260	7.155.052	923.219	2.194.695	2.290.831	1.171.180	NA
Mortalidad Infantil	15,07	12,56	10,35	9,98	8,6	13,14	14
Mortalidad < 5 años	18,37	14,63	12,52	12,25	10,51	14,95	17
Mortalidad Materna	70,28	50,14	37*	43,2	32,70**	46,81***	45
Bajo peso al nacer	8,45	11,26	6,21	7,56	8,12	6,28	< 10%
Vacunación Triple Viral	92,54	94,37	115,41	98,01	95,75	103,29	> 95%
Partos de NV institucionales	97,24	99,67		99,5	99,59	99,57	> 95%

Fuente: Departamento Administrativo de Salud de Cartagena-Dadis. Secretaría de Salud de Medellín. Secretaría de Salud de B/quilla. Estadísticas Vitales del DANE. Cálculos Propios del Autor.

Se puede apreciar que estas cinco ciudades presentan indicadores mejores que los del promedio nacional. Bogotá, alberga el 16% de la población del país, y supera el total de población que reside en las otras 4 ciudades. Presenta, junto con Barranquilla, peores indicadores que las otras tres ciudades (Cartagena, Cali y Medellín), especialmente en cuanto a mortalidad materna y a porcentaje de bajo peso al nacer.

Algunas de las metas propuestas para el 2015, en cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, están cerca de cumplirse, pero otras, como la mortalidad materna (70,28), aún presenta cifras muy altas, lejanas a la meta de 45 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. En estas cinco ciudades capitales, llama la atención, que si bien presentan porcentajes superiores al 99% de partos atendidos en instituciones de salud, de éstos, prácticamente el 100% son atendidos por médico (1) y sin embargo las cifras de mortalidad materna no han descendido en igual proporción. Por lo

En cuanto a la construcción de los Planes de Salud Territoriales y de los Planes de Desarrollo, si bien se aprecian avances en la construcción participativa, estos han sido especialmente en Bogotá. Cali y Medellín han construido Planes de Desarrollo más transversales, con participación de los diferentes sectores en los proyectos propuestos.

Otro de los objetivos del Proyecto en la participación de la construcción de los Planes Territoriales era promover un espacio para la articulación de los objetivos departamentales y los de las ciudades capitales, ejercicio que se realizó mediante Mesas de Trabajo con la participación de los directores de salud de algunas de estas ciudades y de los directores departamentales correspondientes.

El Proyecto Así Vamos en Salud y la Red de Ciudades Cómo Vamos realizará seguimiento a los indicadores propuestos, en consonancia con las metas del Plan de Desarrollo de cada ciudad en el tema de salud. ■

(1) Estadísticas vitales, DANE, año 2007 preliminar

Gabriel Carrasquilla

Director Centro de Estudios e Investigación en Salud Fundación Santa Fe de Bogotá

El 16 de diciembre, con la convocatoria de POLIS, se realizó la primera reunión del Programa ASÍ VAMOS EN SALUD (AVS) en la Universidad Icesi en Cali con la participación del entonces alcalde electo, el Dr. Jorge Iván Ospina. En esta primera sesión del Programa AVS el alcalde manifestó su clara intención de hacer de Cali una ciudad saludable y afirmó que su gestión estaría orientada a lograrlo. Para ello sería necesario dar un enfoque a la salud de una manera participativa, intersectorial e integral.

Ya posesionado el alcalde, el Secretario Municipal de Salud, Dr Alejandro Varela, presentó en la segunda reunión de AVS en Cali, nuevamente coordinada y organizada por la Universidad Icesi, socio del programa, la situación de la salud en Cali, en particular orientándose hacia los planes y desarrollos en Salud Pública. Se destacó cómo el Plan de Salud Pública del Municipio de Cali está alineado con el Plan Nacional de Salud Pública y con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en particular en los temas relacionados con salud, tales como reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y disminuir enfermedades como VIH/SIDA y malaria. En algunos de estos objetivos Cali ha tenido liderazgo desde hace varios años y el reto de la actual administración es mantenerlo donde existe y recuperarlo donde se ha perdido.

En el pasado, Cali tuvo coberturas de vacunación efectivas y fue un líder en la disminución de mortalidad por enfermedad diarreica aguda. Estos deberían ser, entre otros, aspectos en los que la ciudad debe recuperar ese liderazgo en salud que la caracterizó y que le permitió tener reconocimiento nacional e internacional.

El enfoque del Plan Nacional de Salud Pública, si bien es cierto considera algunos aspectos determinantes de condiciones de salud, se orienta hacia la enfermedad. El Plan de Salud Pública de Cali tiene un enfoque hacia los determinantes, entendiendo que interviniéndolos es como se logra el efecto sobre la patología. Esto requiere acciones más concertadas con otros sectores y los efectos se aprecian a más largo plazo, pero sin duda son más sostenibles en el tiempo y, desde una perspectiva económica, mucho más eficientes y efectivos.

El reto para Cali y la Administración Municipal en el desarrollo de su plan de salud pública es grande. Desde el punto de vista organizacional, porque orientar los esfuerzos hacia la salud, sus determinantes e intervenirlos requiere una organización más dinámica de



los servicios de salud, menos basada en las instituciones prestadoras de servicios y más en la integración y en la coordinación entre diferentes sectores.

Desde el punto de vista de las personas y los funcionarios requiere un gran liderazgo que sepa conducir un cambio, generar compromiso y mantener una actitud que lleve, no solo a los funcionarios, sino a la ciudadanía a una estrategia de salud pública tal como ha sido propuesta, orientada hacia los determinantes. Desde la perspectiva del financiamiento de la salud también requiere imaginación, esfuerzo y decisión. La primera porque es necesario hacerla más eficiente utilización de los recursos que permita contar con presupuesto para materializar la estrategia propuesta. Así mismo, requiere ingentes esfuerzos de concertación entre sectores y actores para llevar de una manera bien articulada los propósitos del Plan a concretarlos en la práctica y mantener la decisión de llevar adelante el Plan a pesar de los obstáculos que se van a presentar. Este proceso de cambio está planteando

una transformación en el paradigma que ha orientado hasta ahora los servicios de salud en la ciudad.

Pero la salud de Cali requiere mucho más que la definición y la implementación de un plan de salud pública, aunque si lo necesita y es claro que se deben seguir considerando problemas persistentes como la mortalidad en menores de 5 años, las enfermedades de transmisión sexual y otras mencionadas en el plan. No obstante, Cali es una ciudad que enfrenta nuevos problemas de salud, nuevos riesgos y una variedad de determinantes de enfermedad. Una ciudad grande, congestionada, con aumento de población, y con una dinámica cambiante, exige anticiparse a problemas de salud por venir o que ya son incipientes. Los problemas relacionados con la contaminación ambiental, la exposición a factores del ambiente urbano, los estilos de vida sedentarios no han recibido toda la atención requerida. Una juiciosa identificación, una cuidadosa planeación y una adecuada anticipación de estos problemas, buscando la definición de políticas claras para enfrentarlos, así como financiación suficiente para solucionarlos, son elementos que se deben tener muy presentes en el desarrollo de la política pública de salud para Cali.

Cali debe retomar ese liderazgo en salud que la caracterizó en el pasado. La ciudad se destacaba por sus indicadores de salud, por la organización de sus servicios, por la interacción dinámica y permanente entre la Universidad y los servicios, que hacía que profesionales y especialistas asumieran la prestación de los servicios con conocimiento y motivación. Esta situación tenía reconocimiento nacional e internacional y por ello Cali fue abanderada en el desarrollo de muchas estrategias que se mostraron a Colombia y el Mundo. Entre otras, la Atención Primaria en Salud, la descentralización de los servicios de salud, la delegación de funciones a personal de salud no-médico, la organización por niveles de complejidad y adecuados mecanismos de remisión de pacientes, así como la integración con otros sectores para mejorar las condiciones de salud de la población. Es el momento de retomar el liderazgo, de tener una presencia nacional muy relevante, de volver al escenario internacional para demostrar los logros alcanzados con un adecuado enfoque de la política pública de salud. Los propósitos y la capacidad del alcalde y del secretario de salud auguran para la ciudad un futuro promisorio y una esperanza de volver a ver a la salud de Cali en el lugar que nunca ha debido perder.

El compromiso de Así Vamos en Salud con la administración municipal es hacer un seguimiento a estos propósitos con indicadores que permitan vigilar su cumplimiento y con un diálogo abierto y constructivo indicar cuando se van cumpliendo y, siempre que sea necesario, alertar cuando no se haga. ■



Foto ganadora concurso Ojo Público para Cali.
Adriana Caicedo, III Semestre de Economía.

La Planeación territorial en salud como un componente del Plan de Desarrollo Municipal

Marta Cecilia Jaramillo

Directora de Programas de Salud,
Universidad Icesi.

La implementación de la elección popular de alcaldes en 1988, con su efecto sobre la descentralización, sentó las bases para el cambio de la organización del Sistema Nacional de Salud. Con la Ley 10 de 1990, se crea el Sistema de Salud de Colombia, se asigna como función a las Direcciones Locales de Salud la formulación de los planes de salud locales, iniciando así un proceso de planeación local participativa en la salud, con el desarrollo e implementación de los Comités de Participación Comunitaria, en una estructura que venía desde el nivel Nacional, Departamental y se ubicaba en el ámbito local, pretendiendo tener por primera vez una planeación de abajo hacia arriba.

En este momento la comunidad asumió grandes compromisos, pero tenía el inconveniente de que en la conservadora Constitución de 1986 la planeación era centralista. Con la reforma de la Constitución Política de Colombia en 1991 (1) aparece la formulación de un Plan de Desarrollo Nacional y se sientan las bases del modelo descentralizador, por el que los municipios y departamentos deben tener asignados recursos específicos para la salud y educación para ejecutar de acuerdo con unos Planes territoriales. En ese marco, se desarrolla la Ley 60 de 1993, por medio de la cual se establecen las competencias y se asignan los recursos para la salud y educación, se reglamenta el "Situado Fiscal" y los recursos de participaciones de los Ingresos Corrientes de la Nación, en el Presupuesto General de la Nación, llamados Recursos de Ley 60. Dichos recursos eran para inversión social en salud, educación, grupos vulnerables y programas sociales. Posteriormente, estas participaciones, con el advenimiento de la Ley 100 de 1993 se transformaron de recursos orientados a la oferta a recursos de la demanda en salud, es decir, se convirtieron en subsidios de salud que empezaron a ser transformados a partir de la ley 344 de 1996.

Con la Ley 60 de 1993 vino por primera vez la obligatoriedad de elaborar el "Plan Sectorial de Salud", como uno de los requisitos fundamentales para la descentralización de la salud municipal y el manejo autónomo de los recursos del situado fiscal y de la Ley 60 de 1993. Dicho plan, debería contener las líneas de acción, programas y proyectos que se desarrollarían durante el período del alcalde electo y que respondía al acuerdo programático inscrito para la candidatura, es decir, el compromiso adquirido con los electores. Además, debía estar en línea con los Planes de Salud del Departamento y de la Nación, puesto que los recursos de las participaciones estaban también incluidos en el Plan de Desarrollo Nacional.

No obstante, para los municipios ésta fue una de las barreras para que se decidieran a asumir el reto de la descentralización municipal, puesto que tenían que asumir el compromiso de la planeación sectorial y el manejo del Fondo Local de Salud. Con el temor de no poder asumir el costo del recurso humano a su cargo, que de acuerdo con los cambios en la política pública pasaban de los Departamentos y de la Nación a los municipios descentralizados, con el compromiso del Ministerio de Salud de asumir el pasivo pensional.

El Plan Sectorial de Salud tenía los contenidos básicos del PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA, que estaba regulado por la Ley 100 de 1993 y que contemplaba todas las acciones colectivas de la población, independientemente de su régimen, y las acciones individuales o las líneas de acción de las prioridades en salud pública, donde la población no afiliada era la responsabilidad directa y la población afiliada a los regímenes de salud, contributivo o subsidiado, debía recibir las acciones a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) o de la Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), con acciones de vigilancia y control de la salud pública por parte de los entes territoriales.

Hasta el año pasado, las políticas territoriales de salud pública, estaban contenidas en los Planes Sectorial de Salud Municipal y Departamental y eran aprobadas a través del Plan de Desarrollo del Alcalde o Gobernador electos, por el Consejo Municipal y la Asamblea Departamental, teniendo un seguimiento estricto durante el período de gobierno. Pero realmente sólo han sido tenidos en cuenta los recursos del Municipio o del Departamento para su ejecución, solo en algunos pocos casos como la cobertura de vacunación, se contabilizan las acciones de salud que realizan las EPS y ARS, lo que llevó por más de 10 años a expresar: "La salud pública se acabó con la Ley 100".



Posteriormente, aparece el Decreto 3039 de agosto de 2007, por medio del cual se adopta el PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010, el cual es de carácter obligatorio para la Nación, las entidades Departamentales, Distritales y Municipales de salud, las EPS del régimen contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las que manejan los regímenes especiales y las entidades prestadoras de servicios de salud. Por primera vez, el PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, incluye las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.

En él se define que debe haber un PLAN DE SALUD TERRITORIAL (2) (en reemplazo del plan Sectorial de Salud), a cargo de las direcciones territoriales de salud y que incluye acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el plan obligatorio de salud – POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales.

Tabla 1. Propósitos del Plan Nacional de Salud Pública(2)

- Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
- Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
- Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
- Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

El Plan Nacional de Salud Pública conjuga varios momentos de encuentro del país con otros homólogos, es así como se dice que es el resultado del análisis de las iniciativas de Salud de las Américas, donde se incluyen las funciones esenciales de salud pública, de la agenda de acuerdo de ministros de salud del área andina, definidos y acordados en las Reunión anual de Ministros de salud del Área Andina –REMSAA-, de los objetivos y las metas del milenio y del reglamento sanitario internacional. Está elaborado con un enfoque poblacional, de determinantes y de gestión social de riesgo, que busca su intervención para lograr disminuir la carga de la enfermedad y crear condiciones favorables para modificarla en el futuro en la población.

Se basa en los mismos principios del sistema General de Seguridad Social y contempla las siguientes líneas de política (2):

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos. Recuperación y superación de daños.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.



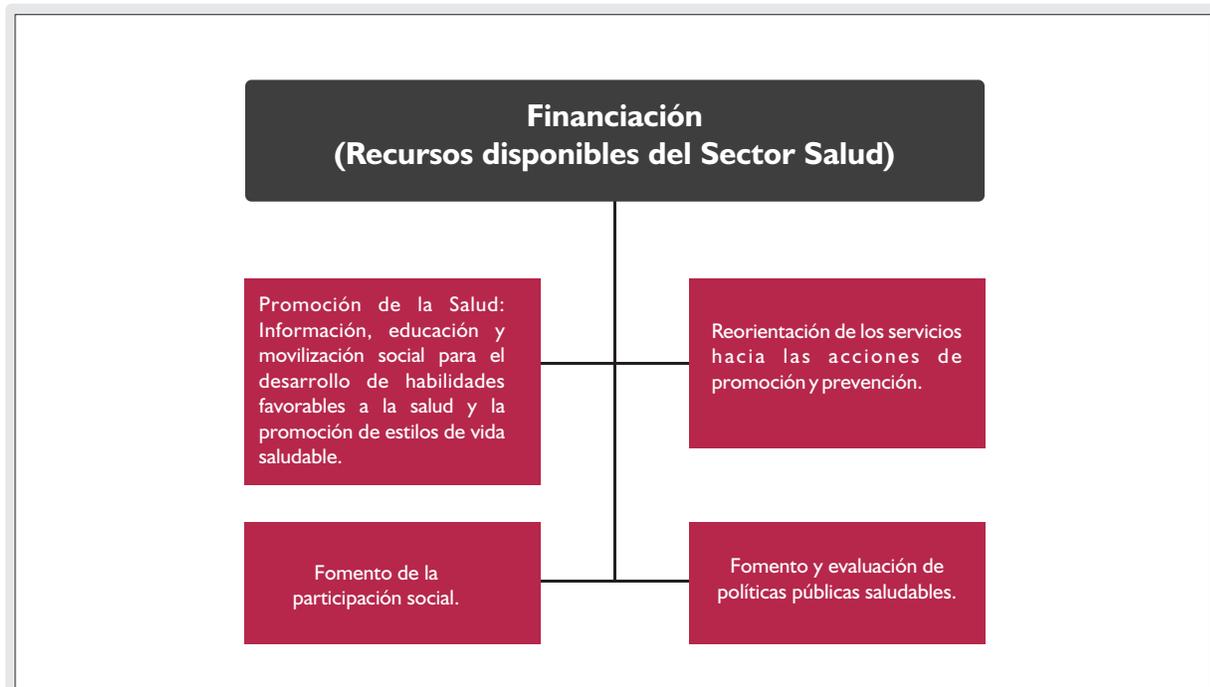
Foto ganadora concurso Ojo Público para Cali.
Adriana Caicedo, III Semestre de Economía.

Tabla 2. Líneas de Política (2)

- La promoción de la salud y la calidad de vida.
- La prevención de los riesgos.
- La recuperación y superación de los daños en la salud.
- La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

El Plan Nacional de Salud Pública(2) establece así una metodología de planificación que incluye un diagnóstico que debe ser levantado en cada uno de los municipios y Departamentos: y con base en él establecer las prioridades en salud en Colombia con el fin de ser más eficiente en los recursos y se logre el bienestar de la mayoría, para impactar en la forma más amplia posible en los habitantes del territorio nacional, por la cual se definen por primera vez responsabilidades en materia de salud pública para todos los actores del sistema (2):

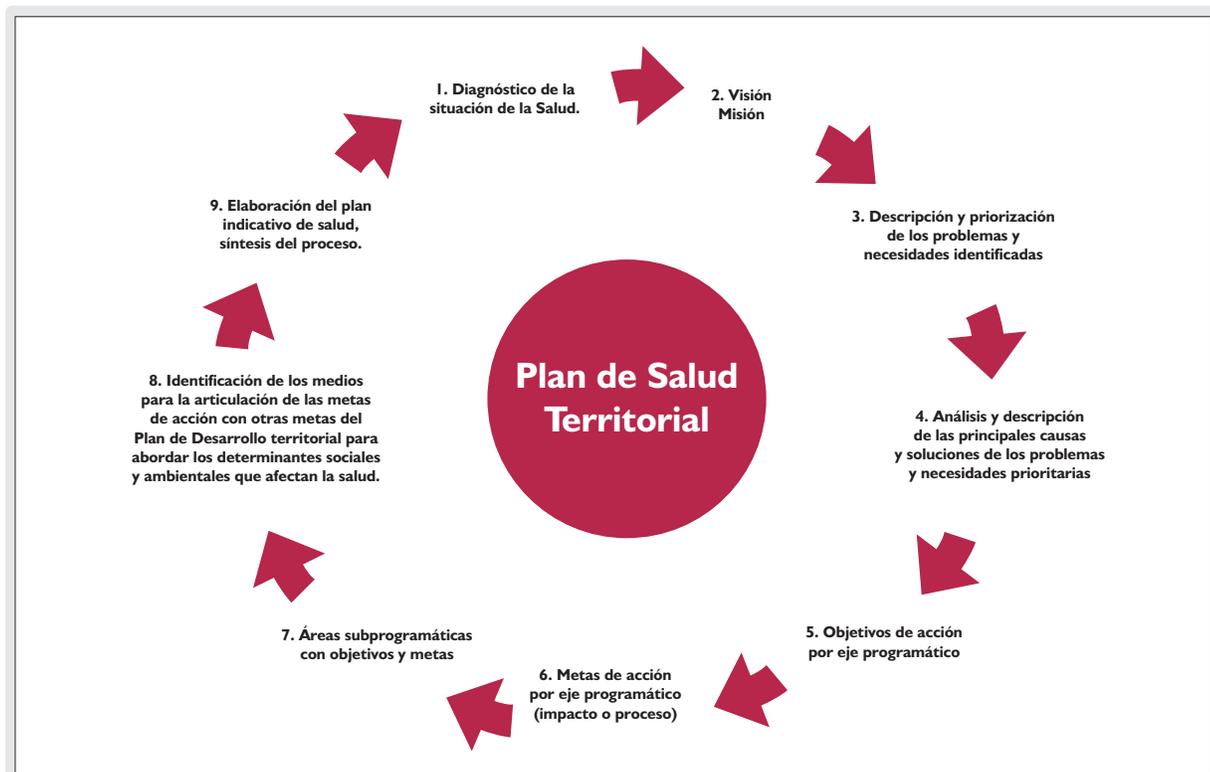
1. Nación: Es responsable de la concurrencia del Programa de Ciencia y Tecnología de la salud, proveer evidencias para el ajuste del plan a través del desarrollo de la investigación en forma periódica y sistemática sobre las necesidades y problemas de salud de la población y la respuesta del sector.
2. Departamentos, distritos y municipios de categoría E, 1, 2, y 3: Adoptar y adaptar el Plan Nacional de Salud Pública a cada uno de los territorio y formular su plan territorio y operativo anual, consultado y concertado con los distintos actores, según los lineamientos del MPS.
3. Entidades promotoras de salud: Deben analizar y mantener actualizada la situación de salud de la población afiliada, articulada con la entidad territorial correspondiente para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas de las acciones individuales de salud pública.
4. Administradoras de Riesgos Profesionales: Por primera vez se integran al sistema de salud de los territorios y le asignan como responsabilidad definir y desarrollar un plan anual de prevención de riesgos profesionales, frente a sus empresas afiliadas, basado en los principales riesgos a los que está expuesta la población en función de la actividad económica, el tamaño de la empresa y el índice de accidentalidad.



Fuente: Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública

PLAN DE SALUD TERRITORIAL(2): La Resolución 425 de 2008 define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan

Obligatorio de Salud – POS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.



PRIORIDADES Y METAS NACIONALES DE SALUD (3). El Plan de Salud Territorial, deberá adaptar las prioridades y metas en salud establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública, con los siguientes ejes programáticos:

1. Aseguramiento
2. Prestación y desarrollo de servicios de salud
3. Salud pública
4. Promoción social
5. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales
6. Emergencias y desastres

Conclusión

Al revisar lo anterior quedan varios cuestionamientos y retos que merecen ser mencionados:

1. ¿Están en capacidad los municipios y los departamentos para consolidar su plan territorial de salud y plan de salud pública antes de la aprobación del Plan de desarrollo del territorio?

2. ¿Están en capacidad las EPS del régimen contributivo y del régimen subsidiado y las ARP de elaborar el plan de salud pública de su población objetivo, con el fin de que sea incluida en el plan de inversiones y ser responsables de las acciones que se le asignan en cada uno de los ejes programáticos?

3. ¿Están los organismos de control y las autoridades mismas en capacidad de hacer el seguimiento y evaluación a la gestión del plan de salud pública y del plan territorial de acuerdo con los indicadores propuestos?

La actual normatividad es una buena iniciativa para consolidar la salud pública, involucrar a todos los actores

que manejan los recursos de salud para intervenir los determinantes sociales de la población pobre y vulnerable, con el fin de mejorar su calidad de vida. Sin embargo esto no será posible si los programas de gobierno no se integran y se mejoran los niveles educativos y se generan los ingresos necesarios para lograr una adecuada nutrición y techo para los habitantes del territorio nacional.

La equidad, la igualdad y el desarrollo social serán las metas para alcanzar. Sólo cuando esto se logre podremos decir que los planes de salud de los territorios tuvieron los resultados esperados y fueron efectivos.

Referencias

Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, Decreto 3039 de 2007 (agosto de 2007). Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud pública 2007-2010.

Ministerio de la Protección Social, Resolución número 0473 de 2008 (13 de febrero de 2008), Por medio de la cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se adopta para ello un instrumento de medición y evaluación

República de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991.

Senado de la República de Colombia. Ley 152 de 2004 (Julio 15), “Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo”. Julio 15 de 1994. ■



Actividades sobre lo público en la Icesi

Durante el primer semestre de 2008, el Observatorio de Políticas Públicas –POLIS- desarrolló diversos eventos de formación en temas de ciudad y región.

Segunda Mesa de Trabajo en Salud Febrero 28 de 2008

El Observatorio de Políticas Públicas –POLIS- realizó la segunda Mesa de Trabajo sobre Política Pública de Salud Cali, que contó con la presencia del Secretario de Salud Municipal y de expertos de la Alianza Así Vamos en Salud.

Conversatorio: Tensión en las fronteras. Debate sobre la situación entre Colombia, Venezuela y Ecuador

Marzo 4 de 2008

Debido a la crisis por la que estaba pasando Colombia con los países vecinos, el Observatorio de Políticas Públicas abrió un espacio para el debate de los estudiantes y los mismos profesores acerca de este tema.

Conversando con los líderes: Alfredo Rangel Marzo 27 de 2008

El jueves 27 de marzo el Observatorio de Políticas Públicas-POLIS realizó un conversatorio con el doctor Alfredo Rangel. El propósito era analizar la situación de seguridad por la que atraviesa el país actualmente.



Primera Mesa de Trabajo en Finanzas Abril 3 de 2008

El Observatorio de Políticas Públicas –POLIS- realizó el 3 abril la primera Mesa de Trabajo sobre Finanzas Públicas de Cali, que contó con la presencia del Alcalde encargado de Cali en el momento de la charla y Director del Departamento Administrativo de Hacienda Municipal, Juan Carlos Botero quien presentó la primera versión del Plan de Desarrollo en Finanzas. Se contó además con la presencia de la Coordinadora de “Cali Como vamos”, Arabella Rodríguez y del Director del Centro de Economía y Finanzas-CIENFI, Julio Cesar Alonso. En esta mesa, se presentó un avance del proyecto del seguimiento a las finanzas públicas municipales, por parte de Pablo Sanabria y Natalia Solano del Observatorio de Políticas Públicas- POLIS.



La Reforma Política en Colombia y El Futuro de los Partidos Políticos

Abril 25 de 2008

El Observatorio de Políticas Públicas – POLIS- , la Asociación de Jóvenes JUNTOS y el Instituto Nacional Demócrata llevaron a cabo el 25 de abril, el Foro sobre la reforma política en Colombia y el futuro de los partidos políticos en el país. Como panelistas invitados estuvieron: Nicolás Uribe, Congresista ponente de la Reforma Política de los Partidos Políticos quien expuso los puntos fundamentales y la razón de ser de la reforma. Mauricio López, Diputado y jefe de la bancada del PRI en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en el período 2003 – 2006; actual miembro del Comité Político Nacional del PRI, quien presentó la experiencia de la reforma política en México. Javier Duque, Ph.D. Ciencia Política, Profesor Universidad del Valle; Juan Pablo Milanese, Director del programa de Ciencia Política en la Universidad Icesi y Pablo León Tobón, Coordinador de programas del Instituto Nacional Demócrata.

II Foro Internacional Sobre Protección Social Mayo 7 de 2008

El Observatorio de Políticas Públicas –POLIS-, el Centro de Investigación en Economía y Finanzas – CIENFI- y el Centro de Investigación en Estudios Sociales – CIES – realizaron el 7 de mayo, el segundo Foro Internacional Sobre Protección Social. En el evento, se contó con la participación del Viceministro de Protección Social, Carlos Jorge Rodríguez, quien llevó a cabo la evaluación de la estrategia gubernamental; Olga Lucia Acosta, asesora regional de la CEPAL, quien expuso la situación colombiana en el contexto latinoamericano; Enrique de la Garza, Docente de la Universidad Autónoma Metropolitana de México-

Iztapalapa, quien trató el tema de trabajo atípico y la fragmentación de las identidades; John James Mora, Jefe del Departamento de Economía de la Universidad Icesi, cuya exposición se basó en una investigación acerca del salario mínimo y la informalidad; Rosa Emilia Bermúdez, también por parte de la Universidad Icesi, presentó un trabajo en el tema Desprotección social e incertidumbre laboral. Javier Pineda, Profesor Investigador del CIDER- Universidad de los Andes, presentó a su vez una investigación acerca de la Calidad del Empleo e Informalidad, con sus Retos Conceptuales y Evidencias Empíricas para La Protección Social en Colombia.

Publicación de POLIS en el Informe de Coyuntura Económica Regional –ICER del Banco de la República Junio de 2008

El Observatorio de Políticas Públicas –POLIS- de la Universidad Icesi, participó en la edición del año 2007 del Informe de Coyuntura Económica Regional –ICER, publicado por el Banco de la República, con un informe del proyecto “Seguimiento a las Finanzas Públicas del Valle del Cauca 2004 – 2006”. En el documento, Pablo Sanabria, Director del Observatorio de Políticas Públicas, y Natalia Solano, Joven Investigadora POLIS, realizan un análisis de la dinámica fiscal del Valle del Cauca durante el periodo 2004 – 2006 a través del estudio de indicadores de recaudo de ingresos y ejecución del presupuesto.

Lanzamiento documentos de políticas públicas Julio 24 de 2008

El Observatorio de Políticas Públicas –POLIS lanza una nueva publicación titulada “Documentos de Políticas Públicas”. El objetivo es difundir la investigación que en temas de políticas públicas se desarrolla en la Icesi y en la región y propiciar la producción intelectual sobre temas estratégicos, para el país y para los vallecaucanos, y su adecuada discusión. Es una serie de documentos de trabajo (policy papers) con informes de proyectos de investigación finalizados y en curso, ponencias, artículos, tesis de profesores e investigadores de la Universidad y abierta también a jóvenes investigadores, académicos, consultores y funcionarios públicos.

Conversando con los Líderes - Christian Garcés Agosto 14 de 2008

El programa de Economía, con énfasis en políticas públicas, y el Observatorio de Políticas Públicas – POLIS, realizaron una más de sus acostumbradas sesiones “Conversando con los Líderes”, a la cual invitaron al Dr. Christian Garcés, Diputado a la Asamblea Departamental del Valle del Cauca y egresado de la Universidad Icesi. En su charla con estudiantes, principalmente del programa de Economía, el diputado contó la experiencia por la cual fue seleccionado por la Fundación Eisenhower para realizar una visita a quince ciudades de Estados Unidos para conocer la estructura de la administración pública estadounidense y entrevistarse con importantes líderes empresariales y públicos.



Presentación Informe de Desarrollo Humano del Valle del Cauca 2008 Septiembre 5 de 2008

Convocados por POLIS, el PNUD presentó, los resultados del recientemente publicado Informe de Desarrollo Humano para el Valle del Cauca de 2008, que constituye un importante aporte a la realidad social de nuestra región. Es el segundo informe que el PNUD publica a nivel nacional después de Bogotá. En su presentación, Gustavo de Roux y el equipo del PNUD, muestran cómo el informe concluye con tres grandes líneas de recomendaciones de política pública para nuestra región: invertir en los grupos menos favorecidos para reducir la exclusión, fortalecer la política social y mejorar la gobernabilidad.

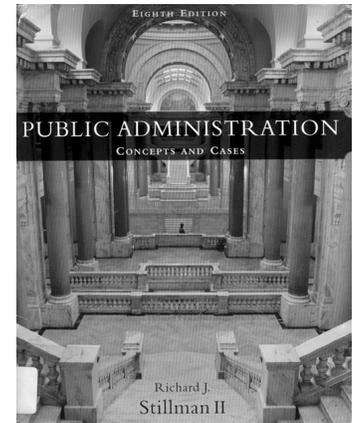


POLIS convoca

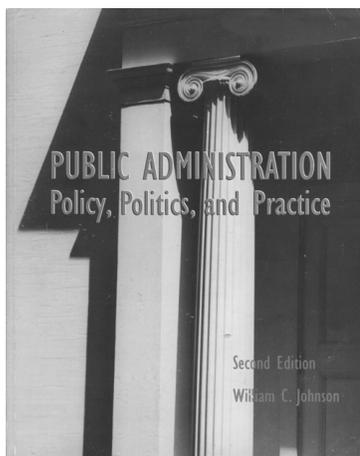
Tabla 1. Indicador de efectividad en la convocatoria en la asistencia a los eventos realizados por POLIS

Evento	# Asistentes
Segunda Mesa de trabajo en Salud	28
Conversando con los líderes: Alfredo Rangel	71
La Reforma Política en Colombia y el Futuro de los partidos	57
Mesa de trabajo en Finanzas Públicas	47
II Foro Internacional de protección social	129
Tensión en las fronteras	120
Conversando con los líderes: Christian Garcés	60
Presentación del Informe de Desarrollo Humano	50
Total	562

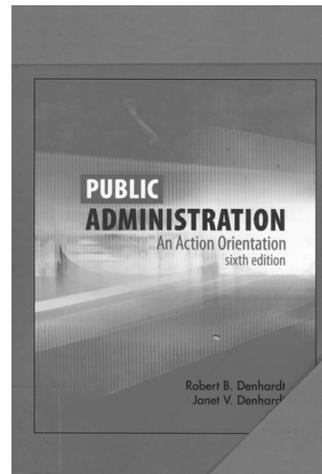
Nuevos libros en la Icesi



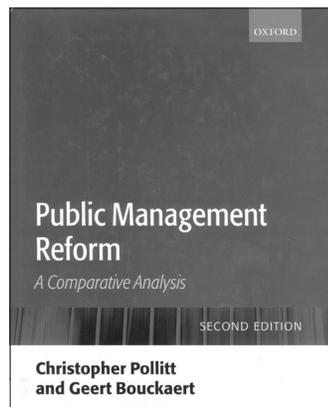
Public Administration: Concepts and cases/ Stillman II, Richard Josephs- New York: Houghton Mifflin Company. University of Colorado, 2005.- 545 p. - 351/S857p



Public Administration: Policy, Politics, and Practice/ Johnson, William C- Boston: McGraw Hill, 1996.-482 p. - 351.73/J71

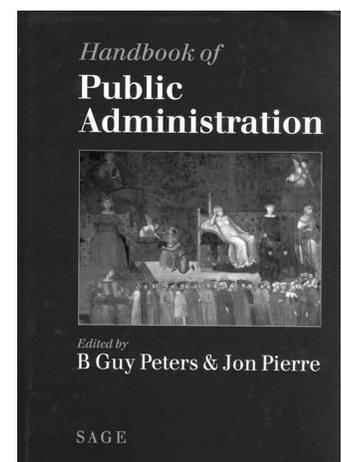


Public Administration: An action Orientation/ Denhardt, Robert B. y Denhardt, Janet V. - Belmont: Thomson Wadsworth. Arizona State University, c 2009. -487 p. - 351/D393p



Public Management Reform: A comparative Analysis/ Pollitt, Christopher y Bouckaert, Geert- New York: Oxford University Press, 2004. - 345 p.- 351/P775p

Handbook of Public Administration/ Peters, Guy B. y Pierre, Jon (Editors) - London ; Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 2005. 640 p. - 351/H236



Proyectos de Observación

Universidad Icesi

- Factores determinantes del dinamismo de las Pymes en Colombia
Mónica Franco - CDEE
- La incidencia del Sector azucarero en la configuración de la política exterior Colombiana. Una aproximación desde el enfoque de la política burocrática
Vladimir Rouvinski - CIES
- Competencias gerenciales para las pymes y clusters sectoriales
Francisco Velázquez - Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas
- Proyecto GEM- Global Entrepreneurship Monitor
Luis Miguel Álvarez - CDEE
- La Eficacia de las acciones populares en Cali
Luz Elena Figueroa - Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
- Cali, Paisaje Sonoro
Enrique Franco / Joaquín Llorca - Facultad de Ingeniería y Departamento de Diseño
- Calidad de la Educación primaria y secundaria en el Valle del Cauca
Hector Ochoa / Natalia Solano - Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas
- Propuesta metodológica para el diseño y despliegue de redes inalámbricas municipales en Colombia utilizando redes enmalladas híbridas WiFi/WiMax
Andrés Navarro / Andrés F. Millán - i2T Research Group Facultad de Ingeniería
- Conflictos, convivencia, seguridad humana: Experiencias de la Juventud en Cali, 1991-2007
- Memorias sobre violencia y paz de empresarios del Valle del Cauca
- El quehacer antropológico regional: Balance crítico y retos
Luis Fernando Barón - CIES
- Sobre-educación y desempleo en Colombia
John James Mora - Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas



El Observatorio de Políticas Públicas – POLIS – de la Universidad Icesi invita a los interesados a participar con artículos sobre temas coyunturales de carácter público que afecten al país, a la región y particularmente al Valle del Cauca.

Se dará preferencia a artículos relacionados con economía regional y fortalecimiento institucional, capital humano, ordenamiento territorial e infraestructura, política y democracia, competitividad regional e inclusión social

Si está interesado(a) en participar en nuestra publicación semestral con un artículo de máximo 1.000 palabras, por favor háganoslo llegar al correo electrónico: polis@icesi.edu.co o comuníquese al teléfono: 555 2334 Ext. 400

Pautas para la publicación de artículos en el Boletín POLIS

- Tipología: Reportes de investigaciones, artículos cortos y estudios sobre temas públicos, revisiones de temas, documentos de reflexión, derivados de investigación, análisis de coyuntura.
- Redacción en español
- Los trabajos serán sometidos a una revisión y posterior edición por parte del comité editorial del Observatorio. Los conceptos de la revisión se le entregarán o enviarán al autor.
- Los trabajos se deben presentar en formato de Word (texto) y/o Excel (cuadros y gráficas).
- Pueden contener hasta 1.000 palabras, incluyendo notas, referencias bibliográficas y tablas.
- El autor y sus asistentes deberán incluir los datos de su correo electrónico y su hoja de vida.
- El título del artículo debe ser explicativo y recoger la esencia del trabajo.

¿Qué es POLIS?

Somos una unidad académica y de coordinación de la Universidad Icesi que tiene por objeto hacerle seguimiento y evaluación a hechos y decisiones de carácter político y a políticas públicas de interés general o consideradas estratégicas para el desarrollo del Valle del Cauca.



POLIS, Observatorio de Políticas Públicas

Equipo de Trabajo

Pablo Sanabria. Master en Políticas Públicas, London School of Economics. Especialista en Evaluación Social de Proyectos, Universidad de los Andes. Economista, Universidad Nacional de Colombia. Director programa Economía (con énfasis en Políticas Públicas), Universidad Icesi. Director del Observatorio de Políticas Públicas.

Natalia Solano. Economista y Negociadora Internacional de la Universidad Icesi. Joven Investigadora del Observatorio de Políticas Públicas - POLIS.

Marcela Hurtado. Economista y Negociadora Internacional de la Universidad Icesi. Joven Investigadora del Observatorio de Políticas Públicas - POLIS.

Jaime Andrés Giraldo. Estudiante de Economía (con énfasis en políticas públicas) Universidad Icesi. Monitor POLIS.

Juan Sebastian Corrales. Estudiante de Economía (con énfasis en políticas públicas) Universidad Icesi. Monitor POLIS.

Margarita Marín. Estudiante de Economía (con énfasis en políticas públicas) Universidad Icesi. Monitora POLIS.

Investigadores asociados

Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas

Martha Cecilia Jaramillo. Médica y Cirujana de la Universidad de Antioquia. Especialista en Gerencia Hospitalaria de la Universidad EAFIT-CES y en Gerencia de la Salud Pública del Instituto de Ciencias de la Salud-CES. Directora de la Especialización en Gestión de la Salud y Auditoría en Salud de la Universidad Icesi.

Julio Cesar Alonso. Ph.D. en Economía, Maestría en Economía y Maestría en Estadística, Iowa State University. Economista, Universidad del Valle. Director del Centro de Investigaciones en Economía y Finanzas de la Universidad Icesi –CIENFI.

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

Ana Lucía Paz. Master en Sociología. Especialista en Teoría y Métodos de Investigación en Sociología, Universidad del Valle. Socióloga, Universidad del Valle. Directora del Programa de Sociología de la Universidad Icesi.

Vladimir Rouvinski. Ph.D. y Master en Estudios de Desarrollo y Cooperación, Universidad de Hiroshima. Máster y Licenciado en Historia, Universidad Estatal Irkutsk, Rusia. Director del Programa de Ciencia Política, Universidad Icesi.

Colaboradores de este número

Alejandro Varela. Máster en Investigaciones en Servicios y Sistemas de Salud con Especialización en Economía de la Salud de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Máster en Epidemiología y Médico Cirujano de la Universidad del Valle. Secretario de Salud Pública de Santiago de Cali.

Gabriel Carrasquilla. Ph.D. en Salud Pública de la Universidad de Harvard. Médico Cirujano y Máster en Salud Pública de la Universidad del Valle. Director del Centro de Estudios e Investigación en Salud – CEIS de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Ligia Malagón. Doctorado en Evaluación de la McGill University, Canadá, Máster en Salud Pública de Liverpool University, Inglaterra. Enfermera, de la Universidad del Valle. Directora del Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnologías en Salud Pública, CEDETES, y Coordinadora del Proyecto Regional Latinoamericano de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud.

Maria Luisa Latorre. Especialista en Administración en Salud con énfasis en Seguridad Social. Médica y Cirujana de la Escuela de Medicina Juan N. Corpas. Coordinadora del Proyecto Así Vamos en Salud que le hace seguimiento al sector salud en Colombia.

Maria Cristina Lesmes. Magister en Salud Pública Universidad del Valle, Especialista en Gestión de Salud. Médica Cirujana Universidad Libre. Coordinadora del Nodo Suoccidente de la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas en Salud.