

## 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<sup>(1)</sup> 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.

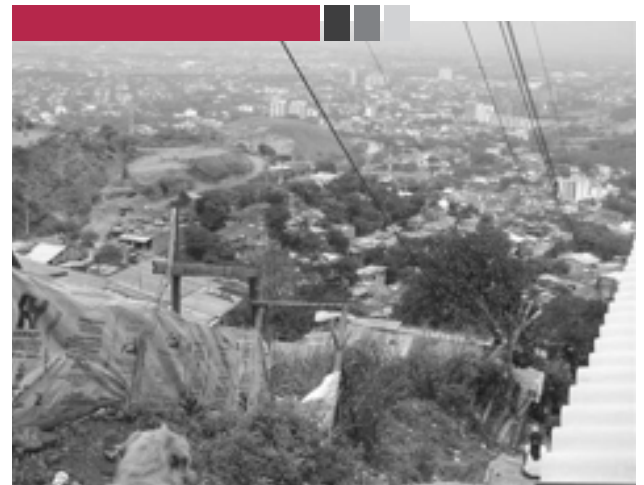


Foto Ganadora Concurso Ojo Público para Cali  
Stefany Vieda, III Semestre de Economía.

(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

